

Utposten

4 2025
ÅRGANG 54

BLAD FOR ALLMENN- OG SAMFUNNSMEDISIN



Primærhelseteam i
fastlegetjenesten

Somatic Experiencing | Kongelig utmerkelse | Audit

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:

Willgard Krause / modifisert

DESIGN/LAYOUT:

Morten Hernæs, Aksell

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

NO - 1470

Du finner Utposten på
www.utposten.no**1 LEDER: Besøk for øyeblikk og oversikt***Kari Thori Kogstad***2 UTPOSTENS DOBBELTTIME: 'Det å jobbe med pasienters historier er legens glede'***Marianne Rønneberg intervjuet av Lisbeth Nilsen***6 Innestengt, men ikke glemt***Tonje Østvold Byhre og Lars Mathias Enger***12 SOMATIC EXPERIENCING:****– Et supplement i behandlerens verktøykasse***Babro Andersen***16 Erfaringer med Somatic Experiencing****18 Audit og datt! Klinisk audit i egen praksis og på grunnkurs A***Njål Flem Mæland***20 Kom primærhelseteam i fastlegetjenesten for å bli? Refleksjoner i forsøkets kjølvann***Øyvind Snilsberg et al.***23 Søvnvansker er like unike som du er***Even Mork***24 Akuttmedisinsk prehospital samtrening – gjort enkelt***Marianne Barlindhaug Franing***26 Hedret med kongelig utmerkelse***Lisbeth Nilsen***30 Hjelp Livmorshalsprogrammet med å utrydde livmorhalskreft!***Krefregisteret, Folkeinstituttet***32 DOKTOGRAD: Ph.d. Hvorfor det?***Katrine Prydz***34 INNPOSTEN: Svenske tilstander***Inga Marthe Grønseth***36 Sakset fra forskning***Kompilert av Lisbeth Nilsen***37 FASTE SPALTER****RING EN VENN 37****TIPS & RÅD 38****HVA LESER LEGEN 39****RELIS 40****LYRIKKSTAFETTEN 43****KONSULTASJONEN****JEG ALDRI GLEMMER 44**

Besøk for øyeblikk og oversikt

Når spiskammerset var tomt, gikk Klatremus i Hakkebakkeskogen på besøk. Han var strengt tatt ikke så glad i å fylle opp spiskammerset sitt, så de visittene skjedde titt og ofte. Strofa lyder: «Jeg har så mange venner i skog og mark og hei, og alle som jeg kjenner – de deler nok med meg ...» Og det gjorde de, for Klatremus var en likandes fyr. Hans behov kunne ikke blitt dekket av sosiale medier – han måtte se folk. Det var jo i det fysiske møtet *næringen* lå.

Det kan være mange gode grunner til å løfte fram denne vanen som den jevne mann i gata i løpet av en generasjon har lagt i fra seg, nemlig det å gå på besøk. Den som har satt kannelsnurrdeig i et anfall av overskudd en søndag morgen, uten å sjekke kanel-status først, kan få hjelp av en nabo. En kan også gå på besøk og spørre om hjelp til å løfte noe tungt – eller noe lett, en kan oppklare et rykte og forebygge misforståelser, eller en kan få ny kunnskap.

Et besøk kan gi hyggelige øyeblikk og en bedre oversikt

I denne utgaven av *Utposten* kan vi lese om svenske tilstander. Inga Marthe Grønseth har vært på besøk hos søta bror og vendt hjem, rystet over det hun har sett. Samtidig er hun glad for å gjenfinne det vi har her på berget. Kommersiell krefter har tatt et solid nakkegrep på både svenske allmennleger og på svenske myndigheter, og disse kreftene er i ferd med å innkassere full råderett over fagutvikling, prioriteringer og styring. Svenske kolleger sitter igjen med fragmenterte øyeblikk, de har abdisert fra førersettet og fra bagasjerommet er det umulig å styre ferden og holde oversikt. Her i moderlandet har helseminister Vestre latt seg lokke inn i øyeblikkets fortryllelse og foreslår en rett til å få møte en lege på nett, nettopp når du trenger det. Et slikt raskt og ukjent blikk på en fragmentert bit av den vegen pasienten kom fra og den kursen pasienten skal stake ut videre, gir lite rom for overblikk.

Hvordan skal vi møte dette?

Ved å se framover, holde oversikt og ta vare på øyeblikkene. Vi skal bygge solide

strukturer lokalt, som Marianne Franings tekst i dette nummeret gir tips om. Vi skal være dem som folk stoler på. Vi skal bruke kunstig intelligens på en kritisk, men god måte og gjøre den til vår. Vi skal erfare, mene og påvirke, og vi skal vite hva vi har.

Hva har vi?

Det store finnes i det lille. Over morgenkaffen i ekspedisjonen på vårt legekantor denne uka, forteller den drevne helsesekretæren at NN har sendt ei melding om behov for Cosylan kl. 01.37 og samme melding på nytt klokka 04.15 i natt. Jeg tar en slurk kaffe og tenker at herr NN har hatt ei tøff natt, og hvem har ikke det, og så farer noen raske tanker gjennom hodet mitt om vår tilgjengelighet og vårt servicenivå. NNs fastlege er også kaffetørst, og stikker hodet inn og får høre nattas Cosylan-historie. «Han klager sjelden og bør komme inn. Broren hans var her sist uke med en alvorlig lungebetennelse», er fastlegens respons. Ingen leer på et øyelokk, nå høres det lurt ut å gi karen en time. Dette nedtaket av fastlegen er tuftet på noe veldig verdifullt og genuint: *Mønsterbrudd*. NN klager sjelden, spesifikk *genuin familiekunnskap*, broren som var her forrige uke, og en *tolkning* av at det ikke nødvendigvis er hostesafta som er det en skal ta stilling til, men at det kan skjule seg en vaskeekte lungebetennelse her.

Om hovslagene denne gangen ikke akkurat er zebra, så er det mulig at de ikke stammer fra forkjølseshest, men et pneumoni-esel. Dette kan vi fastleger. Når andre spør om hva som er greia med fastlegeordningen – så er det nettopp dette.

Gå på besøk og spre budskapet! Ikke bare til Vestre, men til folk i både øst og vest, sør og nord. Øyeblikk og overblikk, kjære kolleger! Kjemp for alt vi har kjært. Sett deg i forsettet, fest setebeltet og legg hendene på rattet.

Nu kör vi!

God tur!

KARI T. KOGSTAD
K-TKOGS@ONLINE.NO

'Det å jobbe med pasienter historier er legens

Marianne Rønneberg ■ INTERVJUET AV LISBETH NILSEN

Fastleger som har jobbet mye med personsentrert medisin, tar for gitt at de jobber med pasientens historie. Og disse legene skiller seg ut ved at de bruker seg selv i dette arbeidet. – De opplever denne måten å jobbe på som veldig meningsfull og givende, sier forsker og fastlege Marianne Rønneberg.

Pasienters historier om vonde livserfaringer og krenkelser er temaet for forskningen til Marianne Rønneberg, fastlege ved Tingvoll legesenter i Møre og Romsdal og ph.d.-stipendiat ved Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet. I den første kvalitati-



– Pasienten har kunnskap om eget liv, og hvis helsetjenesten gir inntrykk av at historien ikke er medisinsk relevant, begår vi en urett overfor pasienten, sier fastlege og forsker Marianne Rønneberg. Her fra Primærmedisinsk uke i 2022, der hun holdt kurs om pasienters historier i klinisk arbeid.

pasienters glede'



ve studien fant hun at fastleger strever med å integrere pasienters historier i det kliniske arbeidet, og flere av legene var i tvil om den medisinske relevansen.

Nå har hun sett på fastlegers erfaringer med å utforske disse historiene. Dette er den andre publiserte artikkelen i doktorgradsprosjektet hennes. Gjennom fokusgruppeintervjuer har hun utforsket:

- Hvilket mål har fastlegene med å avdekke pasienters betydningsfulle historier?
 - Hva kjennetegner leger som er drevne i å jobbe med pasienters historier?
 - Hvordan gjenkjenner fastlegene tegn på at pasienten kan ha en betydningsfull historie?
- Hvilke strategier fastlegene har for å få tak i og jobbe med pasientens historie, varierer med hvilket ståsted de har i utgangspunktet, forteller Marianne Rønneberg.

To ulike syn

På spørsmål om målet med å engasjere seg i pasienters historier, hadde legene i studien generelt to ulike tenkemåter:

- Etterspørre pasientens historie med en klar hensikt om å komme ut med et slags resultat eller en endring
 - Historier er viktige i seg selv, på ulike måter
- Det er interessant at legene hadde to ulike tilnærminger. Den første innfallsporten kan kalles instrumentell, mer målrettet og

– *Jeg tror mange fastleger også bruker seg selv mye, selv om vi kanskje ikke snakker så mye om det, sier Marianne Rønneberg, som er fastlege ved Tingvoll legesenter i Møre og Romsdal.*

FOTO: BJARNE STORSET

veldig i tråd med kognitiv terapi-tankegang. Faren ved en slik tilnærming var at noen historier kunne bli avvist eller fortiet – dersom de ikke så ut til å ha noe endringspotensial i utgangspunktet. De legene som derimot betraktet historier som viktige i seg selv, mente at av og til kunne det være nok bare å lytte, mens det andre ganger var verd å utforske videre og stille pasienten spørsmål for å skape en ny og bedre historie sammen med pasienten, sier Marianne Rønneberg.

– Hvorfor tror du flere av legene var så opptatt av at det å jobbe med historien må ende opp med noe?

– Jeg tenker jo at det også har opphav i et tankesett vi får gjennom utdanningen, vi skal være problemløserne, det er vår oppgave. Det å frigjøre seg fra den tankegangen, være mer et vitne og en ledsager, skiller seg veldig fra det vi har lært og kan være krevende. Som fastlege kan vi føle at vi har lite

å bidra med. Ofte tror jeg vi undervurderer egen kompetanse, det kan være nok bare å være en som lytter.

Bruker seg selv

Tre av de fire fokusgruppene bestod av i alt 18 fastleger i Norge, 11 menn og 7 kvinner, hvorav 14 var spesialister i allmennmedisin. Den fjerde fokusgruppen bestod av 10 fastleger i Danmark, 5 menn og 5 kvinner, alle spesialister i allmennmedisin og med i en tenketank for leger som er spesielt opptatt av personsentrert medisin i allmennpraksis.

– De danske fastlegene har samme hverdag som de norske, men de danske legene kjenner hverandre godt og er vant til å ha diskusjoner om dette temaet seg imellom. Alle fra tenketanken var spesialister i allmennmedisin, og alle hadde lang erfaring. Det var litt større bredde blant de norske fastlegene, med en blanding av erfarne og mindre erfarne fastleger.

– *Ofte tror jeg vi undervurderer egen kompetanse, det kan være nok bare å være en som lytter.*

MARIANNE RØNNEBERG

Et særtrekk ved de fastlegene som var spesielt opptatt av pasienters historier, var at legene bruker seg selv som person i dette arbeidet.

– Det var dette funnet som skilte seg mest ut i studien vår og var en tilnærming vi stort sett fant hos de danske fastlegene, som har jobbet mye med personsentrert medisin. I vårt materiale var det stor forskjell på disse legene og på de som ikke jobbet så personsentrert, men jeg tror mange fastleger også bruker seg selv mye, selv om vi kanskje ikke snakker så mye om det. De personsentrerte legene i studien opplever denne måten å jobbe på som veldig meningsfull og givende, men var frustrerte over at premissleverandørene, som politikere og myndigheter, ikke anerkjenner verdien av denne måten å jobbe på.

– **Hva handler denne manglende anerkjennelsen om – er det økonomisk kompensasjon?**

– Nei, det handler ikke om takster, men om behov for anerkjennelse av å jobbe

med en tilnærming som ikke er like målbar som en mer medisinsk tilnærming, og der resultatet ikke kan tallfestes. Legene var tydelige på at det å jobbe med pasienters historier er kjernen i det de gjør. De opplevde å ha sitt eget språk for hvordan de jobber med historier seg imellom, men at det var vanskelig å forklare hvordan de jobber. De manglet språk når de snakket med beslutningstakere og myndigheter.

Tilstedeværelse

Legene hadde flere innfallsvinkler for å gå inn i pasientens historie. Dette var noen av de vanligste signalene for en mulig inngang til å stille pasientens spørsmål om temaet:

- Kroppsspråk (nøling, lav stemme eller tårer)
- Pasienter sender ut en «føler» ved å fortelle om en slektning og så fortelle om seg selv hvis legen gir respons
- Har med seg en ledsager
- Legens magefølelse

- Familiesituasjonen (økonomi, sosialt)
- Somatiske plager og medisinsk uforklarte plager
- Forklaringer/beskrivelser som ikke gir mening for legen
- Uforholdsmessig sterk reaksjon (for eksempel stor frykt for bare en sår hals)

Flere av legene fortalte at deres egen sårbarhet eller følelsesmessige reaksjon hadde betydning for om de gikk inn i pasientens historie. Det samme gjaldt legenes egen tilstedeværelse i møtet med pasienten.

Marianne Rønneberg har nettopp lest den amerikanske legen Ronald Epstein sin bok *Attending: Medicine, Mindfulness and Humanity*.

– Vi fastleger er, som alle andre, ulike som personer. Kanskje handler det litt om en evne noen mer naturlig har. Tilstedeværelse ligger tett opptil mindfulness-tenkning, og det er en evne som kan trenes opp. Det er forståelig at en travel fastlege ikke alltid er i stand til å være fullt til stede, men tilstedeværelse kan være så enkelt som å

Før den første studien i doktorgradsprosjektet til Marianne Rønneberg ble publisert, presenterte hun forskningen sin på Nidaroskongressen i 2019.



FOTO: LISBETH NILSEN



– Jeg tenker at vi også må være litt raus med oss selv, det er ikke mulig å få til alt hele tiden, sier Marianne Rønneberg. FOTO: LISBETH NILSEN

snu seg bort fra pc-skjermen i samtale med pasienten. I den første studien vår påpekte legene at enkelte dager kom flere historier fra pasientene enn andre dager, og legene knyttet dette til mindre travelhet og eget kroppsspråk. Jeg tenker at vi også må være litt raus med oss selv, det er ikke mulig å få til alt hele tiden.

Kunnskapsbetinget urett

De danske legene tok for gitt at de skulle jobbe med pasienters historier. Alle i denne fokusgruppen var enige om at det å engasjere seg i pasientenes historier er en bred definisjon på allmennpraksis. Som en uttrykte det: «Historien er alltid til stede i konsultasjonene våre».

Marianne Rønneberg understreker at pasientens historie er viktig for å forstå bakgrunnen for årsaker til helseplager og sykdom.

– Kunnskapsbetinget urett kalles det når pasienters historier ikke kommer frem. Pasienten har kunnskap om eget liv, og hvis helsetjenesten gir inntrykk av at historien ikke er medisinsk relevant, begår vi en urett overfor pasienten. For eksempel har

folk med overvekt ofte med seg vanskelige livserfaringer som gjør at de har havnet i en kropp som er altfor stor. Hvis vi bare snakker om kalorier og trening, uten å snakke om hva som kan ligge bak, begår vi en urett. Og hvis vi leger utdannes til et tenkesett der pasienters historier ikke vektlegges, begås en urett også mot oss leger.

– En av de norske fastlegene uttrykte frustrasjon over å ha lyttet til pasienter som hadde fortalt historien sin, men som kommer igjen og igjen med det samme, til legens store frustrasjon. Hva tenker du om det?

– Hvis pasienten får fortalt hele historiene, tar det kanskje litt mer tid. Vi kan også lytte til om historien forandrer seg litt fra gang til gang, for ofte gjør den det. Vi kan tolke og spørre: «Nå hører jeg at du snakker litt annerledes om historien, det har du ikke gjort før. Dette kan vi bruke for å komme videre».

En av de danske legene beskriver det å jobbe med pasienters historier som «lægens nydelse» – legens glede.

– Det er også andre studier som viser at

leger som jobber på den måten opplever en stor arbeids glede og at de ser på det som et privilegium å få lov til å være vitne til pasienters historier. Det kan også være en motkraft mot strukturelle utfordringer i allmennpraksis – at vi kan holde disse endringene litt unna og selv skape noe som er unikt og som foregår akkurat i det enkelte møtet mellom oss og pasienten. Den svenske allmennlegen og forskeren Carl Edvard Rudebeck har skrevet at det alltid vil være fastleger som har tette relasjoner med pasienten uavhengig av hvordan fastlegetjenesten er organisert, poengterer Marianne Rønneberg.

Tekniker versus lege

Hun forteller bakgrunnen for den andre studien i doktorgradsprosjektet, som er støttet av Allmennmedisinsk forskningsfond.

– I den første artikkelen, så vi på fastlegenes refleksjoner om relevansen av pasienters historier. Ett av hovedfunnene var at noen fastleger tar det for gitt at de skal jobbe med pasientens historie, mens andre opplever ambivalens. Denne ambivalensen bunnet i om dette er en del av vårt fag, usikkerhet om hvordan de skulle gjøre det og barrierer knyttet til blant annet tid. Da vi hadde gjort ferdig den første studien, ble vi nysgjerrige på hvordan legene jobber med historiene. Fordi vi fant ambivalens og usikkerhet, valgte vi å ta med de danske fastlegene som har jobbet spesielt mye med personsentrert medisin gjennom en egen gruppe i Danmark. Dette ville gi oss flere perspektiver.

– Tror du leger som velger en personsentrert tilnærming har en annen motivasjon for å bli fastlege enn leger som er mer biomedisinsk orientert?

– Jeg vil være forsiktig med å hevde det, man vi kan i hvert fall stille spørsmålet. Dette kan også handle om modenhet. Innen alle spesialitetene finner vi ulike motivasjoner for det å være lege. En lege i studien snakket om å være tekniker eller lege. Vi kan få inntrykk av at i det store systemet, den målbare jobben, er fastlegen mer en «tekniker». Kvalitet måles mye i tall, og for noen er det tilfredsstillende å ha målbare resultater. Jeg tror et godt sted å starte er å se på det teoretiske grunnlaget i medisinnutdanningen og på hva leger bør vite om vitenskapsteori for å verdsette kontekstuell kunnskap, svarer Marianne Rønneberg.

■ BETHNIL17@GMAIL.COM

Innestengt, men ikke glemt

■ TONJE ØSTVOLD BYHRE • Seniorrådgiver i Sivilombudets forebyggingsenhet

■ LARS MATHIAS ENGER • Seniorrådgiver i Sivilombudets forebyggingsenhet

Alle mennesker skal beskyttes mot tortur og umenneskelig eller nedverdiggende behandling. FNs torturkonvensjon slår fast at slik behandling er forbudt, og at dette forbudet aldri kan fravikes. Sivilombudets forebyggingsenhet besøker steder der mennesker er fratatt friheten for å undersøke hvordan de som er plassert der behandles. På våre besøk møter vi dedikert helsepersonell, men ser ofte underdimensjonerte tjenester og glippsoner mellom dem. Flere kommuner og legevakter mangler kunnskap om helsevesenets tilsynsrolle når innsatte isoleres, og lokale rutiner for dette.



Mennesker som er fratatt friheten er spesielt sårbare og i en utsatt situasjon. De kan være i et fengsel, i en politiarrest, tvangsinnlagt på sykehus, på et sykehjem, en barnevernsinstitusjon eller et utlendingsinternat. Mange av dem det gjelder er i en livskrise, akutt eller vedvarende, og mange har kjent sykdom og/eller sterke plager og nedsatt funksjonsevne.

De fleste er fratatt nesten all kontroll over egen tilværelse, og de kan utsettes for tvang og makt av de ansatte på institusjonen. Samtidig er mange helt avhengige av de samme ansatte for å få dekket grunnleggende behov, som mat, drikke, trygghet, frisk luft, sosialt samvær, aktiviteter, kontakt med sine kjære og helsehjelp.

Det er få uavhengige og eksterne organer som kontrollerer steder der mennesker er fratatt friheten. Oppmerksomheten fra ut-siden kan være begrenset, og eventuell oppmerksomhet fra media kan være negativ. Dette bidrar til at det kan utvikles og opprettholdes lukkede internkulturer på slike steder.

Frihetsberøvelse øker derfor risikoen for å bli utsatt for tortur og umenneskelig eller nedverdiggende behandling. Ved større risiko for krenkelser, øker også statens ansvar, uavhengig av om det er snakk om et fengsel, et sykehus eller en kommune.

Sivilombudets forebyggingsenhet

Forebyggingsenheten i Sivilombudet ble opprettet i 2014, og består av et tverrfaglig team med jurister, samfunnsvitere og psykologspesialist. Vårt mandat er å forebygge tortur og umenneskelig eller nedverdiggende behandling, i henhold til Norges ratifisering av tilleggsprotokollen til FNs torturkonvensjon i 2013 og sivilombudslovens kapittel 4. Vi rapporterer årlig til Stortinget og til FNs underkomite for forebygging (UNs Subcommittee on Prevention of Torture).

Sivilombudet er uavhengig av forvaltningen, vi kan se på tvers av sektorer og vi har tilgang til all informasjon vi anser nødvendig for å kunne gjøre jobben vår. I tillegg til norsk lov, forskrifter og rettspraksis, bruker vi aktivt internasjonale menneskerettsstandarter, Den europeiske menneskerettskonvensjonen (EMK) og rettspraksis i Den europeiske menneskerettsdomstolen (EMD). EMKs artikkel 3 fastslår forbudet mot tortur og umenneskelig eller nedverdiggende behandling.

Våre besøk er som regel ikke varslet på forhånd, og varer gjerne i flere dager avhengig av stedets størrelse. Det er mange som kan oppleve våre besøk som et tilsyn,



forståelig nok, men vi er ikke et tilsyn som definert i helsetilsynsloven (Statens helse-tilsyn og statsforvalterne).

Under besøk gjennomfører vi en befaring av stedet, og vi snakker med de som er frihetsberøvet og de som jobber der. Vi gjør også en omfattende gjennomgang av blant annet vedtak, protokoller, journaler og interne rutiner. Det samlede arbeidet resulterer i en besøksrapport med anbefalinger om ulike forbedringspunkter som stedet skal følge opp. Både besøksrapportene og den videre oppfølging er offentlig tilgjengelig på våre nettsider.

En viktig del av forebyggingsmandatet er å gi offentligheten bedre innsyn i forholdene på steder hvor mennesker er fratatt friheten, å ha løpende dialog med ansvarlige myndigheter, og føre en bred dialog med relevante aktører i sivil samfunn.

Vi har et rådgivende utvalg som skal bidra med erfaring, informasjon og innspill til vårt arbeid. Rådet består blant annet av represen-

tanter fra Legeforeningens menneskerettighetsutvalg, Psykologforeningens menneskerettighetsutvalg, Norsk Sykepleierforbund, Advokatforeningens menneskerettighetsutvalg, Barneombudet, Likestillings- og diskrimineringsombudet og Norges institusjon for menneskerettigheter.

Hva finner vi?

Våre undersøkelser av fengsler inkluderer alltid helsetjenestene til de innsatte. Det gjelder den kommunale helseavdelingen i fengselet og legevakten, men kan også innbefatte stedlig poliklinikk (psykisk helsevern, TSB) og andre spesialisthelsetjenester.

Det er godt kjent at innsatte har økt sykkelighet og dør tidligere enn øvrig befolkning. I et fengsel er innsatte helt avhengig av de ansatte i fengselet for å få kontakt med helsevesenet, i tillegg til at ansatte på eget initiativ kan melde inn bekymring om innsatte til helsevesenet.

Det er også kjent økt risiko for bruk av tvang og makt overfor innsatte med blant annet psykisk uhelse eller redusert kognitiv fungering som kan gjøre at de innsatte fremstår aggressive, selvskader eller fremstår suicidale.

Vi møter mange dedikerte helsepersonell som forteller om gode menneskemøter, glede og stolthet over å bidra til behandling for innsatte som aldri før har hatt tillit til helsevesenet. Samtidig forteller de om travle hverdager, harde prioriteringer og tidvis uegnede fysiske lokaler. Flere helsepersonell har prosentstillinger, og på mindre steder med få ansatte finner vi ofte at særlig legen(e) kun har kliniske oppgaver og ikke deltar i noen faste møter internt i helseavdelingen/kommunen eller med fengselet. Flere uttrykker å ikke vite så mye om hverdagen for de innsatte eller om den krevende bemanningssituasjonen i fengselet, og de kan oppleve å være nokså alene både faglig og administrativt.

Frihetsberøvelse gir sårbarhet for umenneskelig behandling. ILLUSTRASJONSFOTO: GETTY IMAGES



Norge dømt for brudd på Den europeiske menneskerettighetskonvensjonens (EMK) etter selvmord i fengsel

Norge ble nylig felt i Den europeiske menneskerettsdomstolen (EMD) for brudd på retten til liv etter EMK artikkel 2. Avgjørelsen Haugen mot Norge (rettskraftig 17.03.25) gjaldt en innsatt som tok livet sitt i fengsel, og beskriver blant annet svikt i samhandling og utydelige ansvarslinjer mellom fengsel, kommunal stedlig helseavdeling, spesialisthelsetjenestens stedlige poliklinikk og to ulike sykehus.

Det er videre flere EMD-dommer som konstaterer brudd på forbudet mot tortur og umenneskelig eller nedverdiggende behandling eller straff etter EMK artikkel 3 på grunn av svikt i helsetjenester til innsatte i fengsel (for eksempel saker mot Belgia, Italia, Tyrkia, Frankrike, Albania, Russland). Sakene gjelder for kvaliteten på helsetjenestene eller at fengselsforholdene er inkompatible med det psykisk syke innsatte trenger.

Vi finner flere helseavdelinger som er underdimensjonerte, spesielt i fengsler med mye varetekt, høy turnover av innsatte og mye bruk av isolasjon.

Dersom innsatte isoleres, enten på bakgrunn av vedtak av fengselet eller av retten, er det flere krav som skal sikre rettssikkerheten. Beslutningen skal være individuelt vurdert og forholdsmessig, og den innsatte kan anke eller klage på beslutningen. Videre skal fengselet informere helsepersonell så fort som mulig, og helsepersonell skal sørge for tilsyn daglig og ved behov. Fengselet har også en plikt til å sørge for at innsatte gis minst to timer meningsfull menneskelig kontakt hver dag.

Vi finner at fengslenes beslutninger om isolasjon ofte ikke tilfredsstiller lovens krav, og at tilhørende protokoll og journalføring heller ikke underbygger behovet for isolasjon. Vi finner det samme ved fengslenes beslutning om bruk av sikkerhetscelle, som er et tvangsmiddel og den mest inngripende form for isolasjon som et fengsel kan bruke.

Sikkerhetscelle er en umøblert celle med glatte betongvegger, et dohull i gulvet og en plastmadrass på gulvet. Sikkerhetscellen har ofte en luke ved gulvet hvor mat og drikke skyves inn. Luken er like ved siden av dohullet. Innsatte får sjelden mulighet til å vaske seg, heller ikke etter dobesøk, og cellen har ikke tilgang til vann. Den innsatte må spørre ansatte om å trekke ned etter bruk av dohullet. Det er en luke i døra, men den er ofte i hoftehøyde og vanskelig å føre samtale gjennom. Sikkerhetscellen har et vindu som brukes for tilsyn (å se at vedkommende lever) og som den innsatte typisk kan se en klokke gjennom. Akustikken inne på cellen umuliggjør en reell samtale gjennom vinduet. Det er sjelden utsikt utendørs og ofte begrenset tilgang til naturlig lys. Sikkerhetscelle er i sin utforming dehumaniserende.

Vi finner ofte at helseavdeling og særlig legevakt ikke har daglig tilsyn ved isolasjon, inkludert ved bruk av sikkerhetscelle. Vi ser at fengselet ofte informerer legevakt om plassering på sikkerhetscelle hvis det er utenom helseavdelingens åpningstid, men at legevakt ikke alltid kommer på tilsyn og ikke alltid dokumenterer hvorfor. Noen legevakter har ikke kunnskap om fengselets tvangsbruk og helsepersonells tilsynsrolle

etter straffegjennomføringsloven §§ 37 og 38.

Vi finner også at nesten samtlige helseavdelinger og deres nærmeste ledere ikke vet at mange innsatte har en fengselshverdag der de sitter innelåst på egen celle i 17-22 timer hver dag hele uken. Mennesker reagerer forskjellig på slik isolasjon. Noen kan tåle det, men særlig de med kjent psykisk sårbarhet, de med kognitiv svikt, de mindreårige og unge voksne, og de som ikke forstår norsk eller engelsk vil være ekstra utsatt for isolasjonsskader.

På tross av kjennskap til slike sårbarheter både på gruppe- og individnivå, finner vi ofte manglende tilrettelegging eller systematisk oppfølging fra både fengsel og helseavdeling.

Silotenkning

Våre funn fra fengselsbesøk viser en utpreget silotenkning både i fengselet og i helsevesenet.

Hver kommune organiserer helsetjenester til de innsatte på sin egen måte. Noen kommuner har felles leder for helseavdeling og legevakt, mens andre ikke har det. Noen har samme type journalsystem (med skott mellom helseavdeling og legevakt), andre ikke. Noen har interne rutiner for helsetjenester og tilsynsoppgaver, andre ikke. Noen har bemannet helseavdeling mandag-søndag, andre har knapt mandag-fredag. Noen har telefonvakt eller bakvaksordning, andre ikke.

Ofte mangler det en overordnet og tverrsektoriell forståelse av helsetjenestene og tilsynsoppgavene når fengselet har besluttet bruk av tvang og makt. Det er sjelden noe konkret kvalitetsforbedringsarbeid for samhandlingen mellom fengsel, helseavdeling, legevakt og sykehus. Vi finner ofte at instansene ikke har så god kjennskap til hverandres lovverk, retningslinjer, klagemuligheter eller tilsynsmyndigheter.

Med tanke på at det er godt kjent at innsatte har høy sykkelighet, særlig innen psykisk helse og rus, er det overraskende lite målrettet samarbeid mellom fengsel, kommune og spesialisthelsetjeneste. Både veiledning, undervisning og deltakelse på fagsamlinger virker nærmest tilfeldig eller personavhengig.

Vi finner flere glippsoner mellom instansene, også i saker hvor det er tydelig at flere sektorer er involvert. Eksempler på dette kan være gjentatte henvendelser fra fengsel til legevakt om en innsatt, flere akuttinnleggelser med rask tilbakeføring til fengsel og avlyste fremstillinger til spesialisthelsetjenesten grunnet manglende bemanning i fengselet eller i politiet. Rundt innsatte med sammensatte eller komplekse helseproblemer hvor både fastlege, lege i helseavdelingen, legevakt og flere sykehus (og/eller flere avdelinger ved et sykehus) er involvert finner vi ofte et forbedringspotensial for alle involverte parter, og spesielt på ledelsesnivå.

Kommuneoverlegens rolle

Straffegjennomføringsforskriften sier at fengselets ansatte kan bistå med medisintdeling hvis praktiske hensyn «nøvendiggjør dette». Slik bistand forutsetter at kommunelegen har godkjent ordningen og at de ansatte må ha mottatt nødvendig opplæring fra helsemyndighetene.

Ved våre besøk er det sjelden vi finner dokumentert at kommuneoverlegen har vært involvert i helsetjenestene til de innsatte utover klagesaksbehandling. Det hadde klart vært nyttig med et samfunnsmedisinsk perspektiv, for eksempel i kvalitetssikring av aktuelle rutiner og overordnede linjer i komplekse forløp eller ved involvering av flere sektorer.

Både leger som jobber i helseavdelinger i fengsel, på legevakt og kommuneoverleger, har en unik posisjon til å kunne bistå innsatte som er i en svært utsatt situasjon. I tillegg til vanlig helsehjelp har helsevesenet tilsynsoppgaver når fengselet beslutter bruk av tvang og isolasjon, og det er derfor nødvendig å ha kjennskap til de særegne forholdene i et fengsel. Enten det er vedtak om tvang, faktisk isolasjon, fysiske forhold eller bemanningsproblemer i fengselet, vil slike faktorer kunne påvirke de innsattes helsetilstand i stor grad.

I en kommune (som på et sykehus) vil de innsatte være en liten del av hele pasientpopulasjonen, og dermed risikere mindre oppmerksomhet eller at det blir personavhengig om noen taler deres sak. Her kan kommuneoverleger være en faglig sterk stemme som bistår med systemtenkning, til helhetlige og koordinerte forløp på tvers av sektorer og ulike lovverk, og dermed være en ressurs i arbeidet med å forebygge umenneskelig eller nedverdiggende behandling av mennesker som er frihetsberøvet.

■ TBV@SIVILOMBUDET.NO

Ozempic[®] (semaglutid)

– ukentlig GLP-1-analog²

13-19 mmol/mol[‡]

HbA1c-
reduksjon³⁻⁶



26 %

Redusert
risiko for
alvorlige
kardio-
vaskulære
hendelser^{*3,7}



24 %

Redusert
risiko for
progresjon
av nyre-
sykdom^{*3,8}

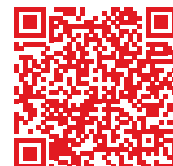


3,5-6,5 kg[‡]

Vekt-
reduksjon^{#3-6}



Du kan lese mer om Ozempic[®] på vår nettside: www.ozempic.no



[‡] Intervallene viser gjennomsnittsverdier fra SUSTAIN 2, 7 og 10 på Ozempic[®].³⁻⁶

[#] Ozempic[®] er ikke indisert for vektreduksjon.

^{*} Relativ risikoreduksjon.

Indikasjon¹

Ozempic® er indisert til behandling av voksne med utilstrekkelig kontrollert diabetes mellitus type 2 som tillegg til diett og fysisk aktivitet

- som monoterapi når metformin er vurdert uegnet grunnet intoleranse eller kontraindikasjoner.
- i tillegg til andre legemidler til behandling av diabetes.

For resultater fra studier vedrørende kombinasjoner, effekt på glykemisk kontroll, kardiovaskulære hendelser, renale hendelser og populasjoner som ble undersøkt, se preparatomtale (SPC) avsnitt 4.4, 4.5 og 5.1.

Utvalgt sikkerhetsinformasjon⁹⁻¹¹

Ozempic® skal ikke brukes hos pasienter med diabetes mellitus type 1, hos gravide eller ammende. Ozempic® er ikke et erstatningspreparat for insulin. Kvinner i fertil alder anbefales å bruke prevensjon når de behandles med Ozempic®.

- **Gastrointestinale bivirkninger:** Hyppigste rapporterte (svært vanlige $\geq 1/10$) bivirkninger: Kvalme og diare. Generelt var disse reaksjonene milde eller moderate i alvorlighetsgrad og av kort varighet.
- **Hypoglykemi:** Kombinert med sulfonylureapreparat eller insulin kan øke risiko for hypoglykemi (svært vanlige $\geq 1/10$). Egenmåling av blodglukose er nødvendig for å justere dosen av sulfonylurea og insulin, spesielt når behandling med Ozempic® startes opp og insulin reduseres. En trinnvis tilnærming til dosereduksjon av insulin anbefales.
- **Diabetisk retinopati:** Observert økt risiko for å utvikle komplikasjoner av retinopati hos pasienter med eksisterende diabetisk retinopati som behandles med insulin og Ozempic® (vanlig $\geq 1/100$ til $< 1/10$). Forsiktighet bør utvises. Rask forbedring av glukosekontroll er blitt forbundet med midlertidig forverring av diabetisk retinopati.
- **Diabetisk ketoacidose:** Diabetisk ketoacidose har blitt rapportert hos insulin-avhengige pasienter etter rask seponering eller dosereduksjon av insulin når behandling med en GLP-1 reseptoragonist ble startet.
- **Akutt pankreatitt:** Akutt pankreatitt er observert ved bruk av GLP-1-reseptoragonister (mindre vanlig $\geq 1/1\ 000$ til $< 1/100$). Pasientene bør informeres om de karakteristiske symptomene på akutt pankreatitt. Ved mistanke om pankreatitt bør semaglutid seponeres.

	Kan benyttes uten dosejustering	Anbefales ikke
Alder	Det er ikke nødvendig med dosejustering på grunnlag av alder	Barn/ungdom under 18 år
Nyre-funksjon	Lett, moderat eller alvorlig nedsatt funksjon.	Terminal nyresykdom Erfaring med bruk av semaglutid hos pasienter med terminal nyresykdom er begrenset
Hjer-tesvikt	NYHA klasse I-III	NYHA klasse IV
Lever-funksjon	Mild, moderat og alvorlig nedsatt funksjon. Begrenset erfaring ved alvorlig nedsatt leverfunksjon, forsiktighet bør utvises	

Dosering x1 per uke²

Ozempic® skal administreres én gang per uke, subkutant i abdomen, i låret, eller i overarmen.



* Ozempic® 0,25 mg: En ubrukt penn inneholder fire doser à 0,25 mg. Etter at man har injisert de fire dosene, vil det fortsatt være noe oppløsning igjen i pennen. Pennen skal kastes.

Individuell stønad og pris^{12,13}

Ozempic® er ikke tilgjengelig på forhåndsgodkjent refusjon.

Vikår for individuell stønad for Ozempic®

Fra og med 01.07.2024 kan det søkes om individuell stønad etter folketrygdens § 3 til Ozempic®.

Du kan lese mer om individuell stønad på www.helsedirektoratet.no

Reseptgruppe: C

Pakninger og priser: 0,25 mg: 1,5 ml ferdigfylt penn kr 1 120,00. **0,5 mg:** 1,5 ml ferdigfylt penn kr 1 120,00. **1 mg:** 3 ml ferdigfylt penn kr 1 120,00. (Pris per april 2025).

Les fullstendig preparatomtale eller felleskatalogen.no før forskrivning.

Referanser: **1.** Ozempic® SPC, avsnitt 4.1. **2.** Ozempic® SPC, avsnitt 4.2. **3.** Ozempic® SPC, avsnitt 5.1. **4.** Capehorn MS, Catarig A-M, Furberg JK, et al. Efficacy and safety of once-weekly semaglutide 1.0 mg vs once-daily liraglutide 1.2 mg as add-on to 1–3 oral antidiabetic drugs in subjects with type 2 diabetes (SUSTAIN 10). Diabetes & Metabolism, 2020; 46(2):100–109. **5.** Ahrén B, Masmiquel L, Kumar H, et al. Efficacy and safety of once-weekly semaglutide versus once-daily sitagliptin as an add-on to metformin, thiazolidinediones, or both, in patients with type 2 diabetes (SUSTAIN 2): a 56-week, double-blind, phase 3a, randomised trial. Lancet Diabetes Endocrinol. 2017;5(5):341–354. **6.** Pratley RE, Aroda VR, Lingvay I, et al. Semaglutide versus dulaglutide once weekly in patients with type 2 diabetes (SUSTAIN 7): a randomised, open-label, phase 3b trial. Lancet Diabetes Endocrinol. 2018;6(4):275–286. **7.** Marso SP, Bain SC, Consoli A, et al. Semaglutide and cardiovascular outcomes in patients with type 2 diabetes. N Engl J Med. 2016;375:1834–1844. **8.** Perkovic V, Tuttle KR, Rossing P, et al. Effects of Semaglutide on Chronic Kidney Disease in Patients with Type 2 Diabetes. N Engl J Med. 2024;391:109–121. **9.** Ozempic® SPC, avsnitt 4.4. **10.** Ozempic® SPC, avsnitt 4.8. **11.** Ozempic® SPC, avsnitt 4.6. **12.** Helsedirektoratet. Individuell stønad for Ozempic®. Tilgjengelig fra: <https://www.helsedirektoratet.no/rundskriv/kapittel-5-stonad-ved-helsetjenester/vedlegg-1-til-5-14-legemiddellisten/virkestoffer-semaglutid-2> (Lest 28.04.2025). **13.** Felleskatalogen. Pakning og pris Ozempic®. Tilgjengelig fra: <https://www.felleskatalogen.no/medisin/ozempic-novonordisk-653285?markering=0> (Lest 28.04.2025)

SOMATIC EXPERIENCING®: – Et supplement i behand

■ BARBRO ANDERSEN • Psykolog og spesialist i klinisk psykologi. Grunnlegger av Somatic Experiencing Instituttet Norge. Oslo Smerteklinikk

I fastlegens travle hverdag, hvor stressrelaterte lidelser forekommer hyppig, kan Somatic Experiencing tilby et effektivt og integrerbart supplement til eksisterende behandlingstilbud. Det er knappe ressurser i psykisk helsevern, i tillegg til at pasienter med somatisk sykdom eller alvorlig livsbelastning som opplever smerter og uro vil trenge hjelp til stresshåndtering.

Somatic Experiencing er en måte å se og møte pasienter på, men det er også en traumebehandlingsmetode. Den kan lett innlemmes i møte med de fleste pasientgrupper.

Hva er Somatic Experiencing?

Somatic Experiencing (SE) er en kroppsentert, nevrobiologisk tilnærming utviklet av Peter Levine, som har ph.d. i medisinsk biofysikk og psykologi (1). SE bygger på forståelsen av at både dyr og mennesker har en medfødt evne til å regulere seg etter overveldende hendelser, forutsatt at kroppen igjen kan oppleve trygghet. Modellen integrerer hjerneforskning, fysiske natur-

lover, nevrobiologi, fysiologi, etologi, læringsteori (klassisk og operant betinging) med kunnskap fra alle grener av psykologien.

SE adresserer hvordan man kan forhindre og avbetinge «kindling»-fenomenet i det autonome nervesystemet, som kan manifestere seg som angst, smerte, dissosiasjon eller flashbacks. Psykiske symptomer og idiopatisk smerte har ofte en traumekomponent der symptomet er en betinget sympatisk respons. Dette kan avbetinges ved å bringe inn gode kroppslige sansninger som signaliserer trygghet til fryktsenteret. Ved kronisk aktivisering av den sympatiske delen av nervesystemet kan pasienten



ILLUSTRASJONSFOTO: GETTY IMAGES / THALES ANTONIE

lerens verktøykasse

Barbro Andersen er grunnlegger av
Somatic Experiencing Instituttet Norge.



mangle en «av-knapp», selv om situasjonen er tilsynelatende trygg.

SE hjelper pasienten med å fokusere på sensorisk informasjon i øyeblikket (ekstero-sepsjon), noe som kan påvirke limbiske strukturer, retikulærsubstansen, respirasjon, hjerterefrekvens og hjerteratesvariabilitet (HRV). Dette kan dempe beredskapsmodus og tilpasse kroppen til nåværende realitet. Når sansene opplever trygghet her og nå, kan kroppslige reaksjoner knyttet til den opprinnelige stressoren oppstå, og det kan skje en deaktivering, etterfulgt av dypere pust og økt sansekapasitet. Dette kan legge til rette for videre bearbeiding av vanskelige temaer når nervesystemet er blitt mer balansert og det er bedre samspill mellom cortex, emosjoner og kropp (interoception) (2).

SE muliggjør reforhandling av fastlåste tilstander uten overveldelse og er en skånsom form for eksponeringsterapi. Fokus er primært på nåværende sansninger og positive opplevelser (ekstero-sepsjon), før man gradvis og kontrollert tilnærmer seg skremmende eller sårbare opplevelser for å få til en deaktivering og en reforhandling i det autonome nervesystemet (ANS). Man jobber her og nå, og ikke regressivt. Dette utvider toleransevinduet og hjelper med å komme ut av «frys»-tilstander. Immobilisering med frykt (frys) innebærer at ufullførte defensive responser fra tidligere hendelser lages i kroppen som kan være stoppet midt i en mobilisering. Dette kan senere manifestere seg som plager, både fysisk og psykisk. Impulsen til beskyttelse eller unnslippelse ligger latent i proseduralminnet, men blir dempet av den opprinnelige frykten, selv lenge etter faren er over.

SE bidrar til økt bevissthet i nåtiden for å bekrefte og støtte kroppens naturlige impulser, som for eksempel armbevegelser, som å skyve fra, for å skape grenser, flukt eller kamp. Dette kan gjenopprette balanse og finne egen personlig kraft, og føre til nevrofysiologisk ekspansjon med forbedret HRV og økt emosjonell resiliens. Større evne til nærvær og opplevelse av å kjenne seg synkron med sin egen alder gir

mestring og forbedrer evnen til å mentalisere blant annet ved å gjenkjenne, akseptere og nyansere egne følelser.

Hvordan kan behandler integrere SE-prinsipper i samtaler?

- Forsøk å gi trygge rammer, slik at pasienten kan oppleve seg sett og lyttet til. Gi kontakt med blikk. Ikke for tett på og ikke for nær.
- Vær bevisst avstanden mellom deg og pasient. Er den OK for pasienten? Pasienten kan sjekke dette ut selv og finne ønsket avstand. Kjenn hva som endrer seg på innsiden når avstanden kjennes rett (3).
- Orienter utover med bruk av alle fem sansene. For eksempel, lytte til fuglene utenfor vinduet, eller se på et vakkert bilde som henger på veggen og be pasienten fornemme hvordan det oppleves.
- Observasjon av kroppsspråk. Bevissthet om pasientens kroppslige impulser og hvordan det kommer til uttrykk i samtalen.
- Øke bevissthet: Er pasienten velregulert på en ok måte, eller i en tilstand av flukt, kamp eller frys? Hva opplever pasienten kan mangle for å komme videre eller bryte mønsteret? Fokuser på aktiveringen og ikke nødvendigvis på selve historien.

Pasientgrupper som kan ha nytte av metoden

- Akutte, belastende livshendelser og behov for støtte og stabilisering.
- De som står i vedvarende stress og er kronisk sympaticus-dominert, og som trenger hjelp til å bryte gamle mønstre og få kontakt med evne til egenomsorg.
- Tidlige traumer der det er overgrep og omsorgssvikt. SE vil gjøre det lettere å etablere tillit og kontakt og styrke pasientens opplevelse av her og nå.
- Flyktninger og veteraner med krigstraumer fra voksen alder.
- Smertelindring og hjelp til smertemestring hos pasienter med kroniske smerte-

tilstander. Både nociseptiv smerte og idiopatisk smerte kan ha effekt med SE-intervensjoner (4).

- Sykdomsmestring. Få hjelp til å orientere seg mot det i livet som gir og gav mening før. Få i gang og kontakt med gode aktiviteter og kroppsminner fra før sykdommen rammet.
- Nevropsykiatriske tilstander som ADHD, epilepsi, autisme. Dette er tilstander der toleransevinduet har enda mer begrenset kapasitet. Pasienten kan ha nytte av å bli kjent med og regulere eget ANS.
- Pårørende eller dem som har omsorgsbelastning over tid. Depresjon og sorg. Andre tilstander der kroppen har gått i arrest og kollaps.

I min kliniske praksis har jeg sett følgende: Når livet har vært truet, som i en bilulykke eller etter massakren på Utøya, er det normalt at en overlevende har intense kroppslige reaksjoner etter at de er kommet ut av situasjonen og er i trygge omgivelser. Det kan være skjelving, emosjoner og indre uro en stund etterpå. Da er det ikke hensiktsmessig å prate om alt som er skjedd med en gang eller å medisinerer vekk disse reaksjonene med for eksempel benzodiazepiner.

Derimot kan vennlig støtte, kontakt med fem sanser, trygging, psykoedukasjon om ANS og hjelp til å lade ut residual aktivering i trygge omgivelser hjelpe overleveren raskere tilbake til her og nå. Det er også viktig å hjelpe pasientene til å kjenne fra innsiden at de har overlevd. Ved vedvarende plager kan man undersøke om det er noe som pasienten ikke fikk fullført knyttet til hendelsen, og hvordan dette kan gjøres i fantasi eller virkelighet i ettertid. I plansjen som illustrerer denne artikkelen gis info om hvordan stabilisering kan gjøres.

Hva er viktig for behandleren?

Hjelperen selv bør ha noe kunnskap og bevissthet om eget nervesystem og hvordan man kjenner på egen selvregulering, for eksempel med bruk av SE-teknikker eller andre gode og viktige vaner i sin egen res-

sursbank. Behandleren bør kunne være i to tilstander samtidig: Både ha kontakt innover til noe solid i seg selv og utover til pasienten. Menneskemøter kan være emosjonelt belastende, selv for filantroper. Å sørge for å ha gode kollegaer eller annen nær støtte når man står i overveldende situasjoner privat eller i jobb er en måte å ta vare på sitt eget nervesystem.

SE er en metode som kan forhindre utbrenthet, blant annet ved at man har en tillit til at pasientens nervesystem har det som skal til for å komme på plass og bli mer motstandsdyktig. Pasienten kan trenge støtte til å bryte mønstre, komme ut av frys, modnes og utvikles. Legen må ikke «fikse» pasienten, men dette kan være noe dere kan utforske sammen. «Traumet sitter i nervesystemet og ikke i selve historien» sier Peter Levine.

Er det evidens for at Somatic Experiencing® virker?

En større og viktig effektstudie av SE pågår for tiden i Sverige på Mittuniversitet

i samarbeid med Stockholms Universitet. De undersøker effekt av SE-behandling over tid knyttet til personer som har hatt negative barndomsopplevelser. De har funnet egne reaksjonsmønstre i ANS hos den gruppen, blant annet med hensyn til opplevde kroppsgrenser. En ny måte å studere og forstå KPTSD og somatiske plager i voksen alder og sette de i sammenheng med traumer fra barndom er i ferd med å utvikles (5). Det er sykdomssammenhenger som tidligere er påpekt både av Kirkengen og Burke-Harris (6, 7). Dette er krevende og komplekse sykdomstilstander å behandle.

Resultatene fra pilotstudien er publisert, men artikkelen venter på fagfellevurdering (3). I pilotstudien undersøkte de effekt av en time SE-behandling der man arbeidet med å få til bedring av kroppslig opplevelse av grenser og trygghet i en spesifikk øvelse. Mål HRV, HR og rapportert opplevelse av trygghet. Det er lovende og valide resultat med forskjell mellom kontrollgruppen og gruppen som mottok behandling.

Hovedstudien skjer nå og har 55 deltagere og en kontrollgruppe. Ifølge leder av prosjektet, professor Pfaltz, ser resultatene lovende ut. I tillegg til å vurdere symptomer på psykiske lidelser og opplevd sosial trygghet, vil fysiologiske mål på følelsesregulering bli brukt for å utforske forbedringer i stressregulering som en mulig mekanisme for vellykket behandling.

I oversiktsartikler over forskning som er gjort på SE inntil 2020 gjennomgås effektivitet og nøkkelfaktorer for en kroppsorientert traumeterapi. Funn støtter bevis for en positiv effekt av SE i behandling av symptomer relatert til posttraumatisk stresslidelse (PTSD). (8) I en annen artikkel som tar for seg Ikke-farmakologiske og ikke-psykologiske tilnærminger til behandling av PTSD med en systematisk oversikt og metaanalyse konkluderes det med «gryende bevis» for effekt av SE-metoden (9). Konklusjonen er at effekt av SE fremdeles kan trenge mer forskning, men de resultater som foreligger til nå viser god effekt, spesielt på tilstander knyttet til KPTSD.



ILLUSTRASJONSFOTO: GETTY IMAGES / STOCK ROCKET

SETM HJELP TIL STABILISERING OG TRYGGHET I KRISE

De fem trinnene i **SCOPE** stabiliserer de fysiologiske stressresponser og øker motstandskraften i en krise. Dette er et effektivt verktøy for hjelperen i frontlinjen, for den som kommer først til et ulykkessted og for mennesker som lever under intenst press.



SLOW MOTION

SENK TEMPOET

Ta 10 langsomme skritt og merk undersiden av føttene dine.

CONNECT TO BODY

KOBLE TIL KROPPEN

Kryss armene over forsiden av kroppen, og plasser hendene innunder armhulene. Bøy hodet, og pust.

ORIENT ORIENTER DEG

Se langsomt rundt deg og legg merke til farger og former. Finn noe behagelig og beroligende å hvile blikket på.

PENDULATE PENDULERE

Legg merke til et område i kroppen som er avslappet og et område som er spent. Flytt oppmerksomheten langsomt fram og tilbake mellom det avslappede og det spente området.

ENGAGE

OPPSØK SOSIAL KONTAKT

Oppsøk eller ring noen som kan gi deg følelsesmessig støtte.

VÆR OPPMERKSOM PÅ SIGNALER FRA DET AUTONOME NERVESYSTEMET:

- Økt puls
- Overflattisk pust
- Sosial tilbaketrekking
- Tankespinn
- Muskelspenninger
- Utmattelse
- Taleflom
- Nummenhet
- Søvnløshet

ET HØYAKTIVERT AUTONOMT NERVESYSTEM KAN FØRE TIL:

- Kamp/ flukt/ hyper-responser (Sympatisk)
- Frys - respons - immobilisering, hjelpsløshet og kollaps (Parasympatisk)



GÅ GJENNOM DETTE SAMMEN MED NOEN ELLER FINN EKSTRA STØTTE:
traumahealing.org/scope



**CRISIS
STABILIZATION
AND SAFETY**
A Neurobiological Approach to Crisis Intervention



Kunnskap og opplæring

Behandlere som ønsker å innlemme SE i sin praksis bør først skaffe seg relevant forståelse og opplæring. Det finnes utdanningstilbud som gir sertifisering som Somatic Experiencing Practitioner (SEP) i Norge. Å delta på introduksjonskurs i SE er en fin start. Disse er godkjent av DNL i spesialiteten i allmennmedisin og psykiatri (10) og for psykologspesialister som vedlikeholdsaktivitet. SE kan fint kombineres med tradisjonell medisinsk behandling, psykoedukasjon og kognitiv terapi. Fastleger kan anvende SE-metoder inn i en vanlig konsultasjon, som en del av samtalerapi eller som et individuelt behandlingsopplegg for pasienter som lider av traumerelaterte lidelser, smerte eller kronisk stress. Det kan gis som en «trening av nervesystemet» og pasienten kan for eksempel få hjemmelekser mellom timene for å øve seg på å fokusere på og oppleve de gode sansninger, behag og egenomsorg for å bryte vonde sirkler. Det ansvarliggjør pasienten og hen kan få en opplevelse av at det er mulig å selv få til en endring.

Konklusjon

Kropp-sinn-teknikker som påvirker ANS via eksterosepsjon (fem sanser) og intero-sepsjon (kjenne etter hva som skjer på innsiden) kan være et viktig verktøy for alle helsearbeidere for egenomsorg og å forebygge utbrenthet. I behandling av pasienter kan slike metoder vurderes ved smerte- og stresstilstander, eller når medisiner ikke kan brukes eller ikke har optimal effekt. Det samme gjelder alle tilstander der det er reaktivitet og ustabilitet hos pasienten.

I samarbeid med nevrologer, fysikalske medisiner, psykiatere og anestesileger har jeg mange ganger fått i oppdrag å behandle pasienter med komplekse komorbide tilstander. Jeg ser at det oftest er en stress- og traumerelatert komponent som medvirker til at sympatisk aktivisering opprettholdes, eller at det til slutt blir en fullstendig nedstenging i ANS. Det er fastlege og kommunehelsetjenesten som til slutt har ansvar for pasienter med slike kroniske tilstander etter at de er utredet og ferdigbehandlet i spesialisthelsetjenesten.

I tillegg vil jeg nevne at å ta i bruk kunstig intelligens på legekontoret kan gjøre det lettere å implementere SE-teknikker. Bruk av lydopptak og automatisk resymé av samtalen, gir muligheter for å være i en mer ekte kontakt, med nysgjerrighet og tilstedeværelse i møte med pasien-

enten. Å benytte seg selv som verktøy i samtalen virker regulerende, og pasienten kan kjenne seg sett, få en erfaring med å bli tatt tilbake til her og nå, aktivisering kan gå ned og hen kan få hjelp til å finne nye perspektiv. Det vil også kunne gi behandleren mer opplevelse av mening og kontakt i møte med pasienten.

REFERANSER

1. Peter A. Levine, Ph.D. In an Unspoken Voice: How the Body Releases Trauma and Restores Goodness, North Atlantic Books, 2012.
2. Payne P, Levine P.A, Crane-Godreau M.A. Somatic experiencing: using interoception and proprioception as core elements of trauma therapy. *Front Psychol.* 2015 Feb 4;6:93. doi: 10.3389/fpsyg.2015.00093. Erratum in: *Front Psychol.* 2015 Apr 14;6:423. doi: 10.3389/fpsyg.2015.00423. PMID: 25699005; PMCID: PMC4316402.
3. Lehmivaara, Jörgen & Jansson, Billy & Pfaltz, Monique. From Somatic Experiencing to Felt Safety: Assessing the effects of a body-oriented intervention in adults with various degrees of child maltreatment. 10.31219/osf.io/fz7uk_v1. 2025.
4. Peter A. Levine og Maggie Phillips. *Freedom from Pain: Discover Your Body's Power to Overcome Physical Pain*, Sounds True, 2012.
5. Lüönd, Antonia & Ayas, Görkem & Bachem, Rahel & Carranza-Neira, Julia & Eberle, David & Fares-Otero, Natalia E. & Hashim, Mohammad & Iqbal, Naved & Jenkins, Dan & Kamari, Saman & Ledermann, Katharina & Makhshavili, Nino & Martin-Soelch, Chantal & Nebioğlu, Ertaç & Oe, Misari & Olayinka, Juliet & Olff, Miranda & Picot, Laura & Ceylan, Deniz. Childhood Maltreatment and Somatic Symptoms in Adulthood: Establishing a New Research Pathway. *Neuropsychobiology.* 84. 1–15. 10.1159/00. January 1, 20180543438. 2025.
6. Kirkengen AL. Hvordan krenkede barn blir syke voksne. 2. utg. Oslo: Universitetsforlaget, 2009. English translation: Kirkengen AL. The lived experience of violation. How abused children become unhealthy adults. Bucuresti: Zeta Books 2010.
7. Nadine Burke-Harris. *The Deepest Well: Healing the Long-Term Effects of Childhood Adversity* Hardcover – January 1, 2018.
8. Kuhfuß, Marie & Maldei, Tobias & Hetmanek, Andreas & Baumann, Nicola. Somatic experiencing – effectiveness and key factors of a body-oriented trauma therapy: a scoping literature review. *European Journal of Psychotraumatology.* 12. 1929023. 10.1080/20008198.2021.1929023. 2021.
9. Bisson, Jonathan & van Gelderen, Marieke & Roberts, Neil & Lewis, Catrin. Non-pharmacological and non-psychological approaches to the treatment of PTSD: results of a systematic review and meta-analyses. *European Journal of Psychotraumatology.* 11. 1795361. 10.1080/20008198.2020.1795361. 2020.
10. Link til Somatic Experiencing Instituttet Norge DA: <https://se-instituttet.com/447069960#!/introduksjonskurs-0x3a-p%C3%A5melding-0x3a->

■ BARBROANDERSEN@GMAIL.COM

Erfaringer med

Refleksjoner om SE fra PSYKIATER BRITT BØRVEN med erfaring fra allmennpraksis:

«Da jeg var nyutdannet lege og fersk i allmennmedisin, oppdaget jeg at det var mye jeg ikke hadde nok kunnskap om. Jeg tok raskt et år på psykiatrisk poliklinikk, men det gjorde bare at jeg ønsket å snakke enda mer med pasientene, noe som ble vanskelig i allmennpraksis. Jeg gikk etter hvert over til psykiatri på fulltid og har aldri angret på det. Min respekt for allmennpraktikere er stor, å håndtere små og store utfordringer på strak arm kan være krevende.

Jeg har nå jobbet over 25 år i sykehus, DPS og hovedsakelig som avtalespesialist. Det har gjort at jeg har hatt mulighet til å ta flere videreutdanninger med mye egenterapi. Nysgjerrighet og interesser har ført meg til stress- (og traumeterapi) med

Erfaringer fra to fastleger som er under utdanning i SE: HANNA SHOWATEK, FREDRIKSTAD

«I rollen som fastlege møter jeg ofte mennesker med såkalt diffuse kroppslige og psykiske plager med påfølgende nedsatt livskvalitet, hvor vi ofte ikke kan spore symptomene til et konkret diagnostisk avvik. Ved hjelp av SE-metoden har jeg fått en unik forståelse av hvordan levd liv kan komme til uttrykk i kropp og sinn, og ikke minst hvordan man på en trygg og skånsom måte kan hjelpe pasienten å få kontakt med de iboende ressursene hen har for å bear-



Somatic Experiencing®

EMDR, TRE (tremor release exercises) og yogaterapi før jeg fant Somatic Experiencing (SE). Jeg er evig takknemlig for grunnleggende utdannelser i psykoterapi individuelt og med grupper, som jeg bruker, men SE hjalp meg og mitt nervesystem til å håndtere jobb og privatliv på en mye bedre måte.

SE handler om å ta sitt eget nervesystem på alvor, regulere seg selv og bruke det i små og større møter med andre mennesker. Det handler mye om å kjenne etter kroppslige fornemmelser og tilstedeværelse. Enkle øvelser med titrering, nærme seg ubehag i små doser, og pendulering mellom gode og ubehagelige områder kan gi lindring og hele oss. Ut ifra egen erfaring vet jeg at mange mennesker mangler ro og hvile, inkludert god og lang nok søvn. Balanse er viktig. Stress og vanskelige erfaringer setter seg i kroppen, kan bli

til smerter og sykdom over tid. Psykologer og psykomotoriske fysioterapeuter jobber med SE samt en del terapeuter i psykisk helsevern. Jeg håper at flere leger, spesielt fastleger, kan få mulighet til å lære denne tilnærmingen som er lett å integrere i konsultasjoner. Et introkurs over to dager gir kunnskap og noe verktøy som kan brukes raskt.

De årene jeg jobbet som allmennpraktiker vet jeg nå at jeg ville hatt stor nytte av å kunne SE for bedre å håndtere utfordringer, både for egen del og i møte med pasienter. Jeg mener alle som møter pasienter i helsevesenet kan ha noe å hente fra SE eller lignende metoder som jobber med regulering av nervesystemet og hjelp til her og nå med mer tilstedeværelse. Vi har alle et nervesystem som vi bør kjenne godt og bruke til noe positivt!»



Britt Børven er avtalepsykiater på Jessheim. Hun er utdannet SE-behandler, og assisterer på SE-utdannelsen. Hun er også medlærer på introduksjonskursene i SE-metoden for leger og psykologer.

beide sårene fra et levd liv. Jeg bruker stadig vekk metoden og ressursene jeg har tilegnet meg gjennom SE gjennom arbeidsdagen.

Et forhøyet blodtrykk hos en pasient viser seg ofte som et nervøst kontortrykk som normaliseres når vi bruker sekunder på å virkelig lytte til vinden som suser, ser på de blafrende bladene utenfor kontorvinduet og kjenner kontakten mellom ryggen og den harde, men trygge og stødige stolryggen.

En nervøs og nærmest panisk pasient som endelig får stoppet tankekjøret når oppmerksomheten rettes mot den trygge fornemmelsen av varme i føttene som minner om en deilig sommerdag på hytta til mormor. Overraskende effektivt har det også vært i møte med traumatiserte innvandrere som har vært utsatt for unevnelig ting hvor ord blir fattige, men også språket i seg selv er en barriere av åpenbare årsaker. Jeg minnes en som sa:

«Jeg tåler ikke å prate om alt det forferdelige jeg opplevde, da blir jeg bare syk og uvel. Jeg føler meg bra i kroppen når jeg over på dette med deg, så jeg kommer heller hit. Jeg får håp om at jeg kan endre livet mitt til det bedre igjen».

De traumatiserte innvandrerne får ofte ikke plass i psykiatrien, de blir ofte svært retraumatiserte av å fortelle historien sin i detalj, og misforstått og kategorisert som ikke samarbeidsvillige. Overraskende mange er åpne for denne tilnærmingen som er mer skånsom og ressursorientert.»

MAGDALENA HERUD, KONGSVINGER

«SE-studiet (Somatic Experiencing) har for meg vært 'the missing link' i den kunnskapen jeg har savnet i min praksis som lege.

Nå som jeg er ferdig med det andre året av en treårig utdanning, kjenner jeg virkelig hvor mye det allerede har gitt meg – både faglig og personlig.

Det sies at «ting setter seg i kroppen», og det er nettopp dette SE-metoden arbeider med. Som fastlege gjennom 25 år har jeg møtt mange pasienter med sammensatte sykdomstilstander, der man ofte opplever å ikke helt komme i mål med tradisjonell behandling. Gjennom SE har jeg lært å observere og tolke kroppens signaler på en ny og dypere måte.

Jeg har også blitt langt mer bevisst på at pasienten selv ofte sitter med svarene. Min rolle som terapeut er å hjelpe med å tolke kroppens signaler – ikke nødvendigvis å komme med løsningene. Denne forståelsen har endret dynamikken i konsultasjonene, og jeg opplever at pasientene i større grad tar ansvar for egen helse.

SE har også gitt meg et bedre grunnlag for å forstå og møte pasienter med traumer, som PTSD og seksuelle overgrep, og det har åpnet for en mer meningsfull dialog. Traumeterapitilbudet i det offentlige DPS-systemet er ofte begrenset, og det å kunne tilby dette i fastlegepraksis oppleves derfor som både meningsfullt og etterspurt.

Per i dag er jeg fortsatt student og prøver meg forsiktig frem med metoden, men jeg



ser tydelig muligheten for å kunne tilby fullverdig traumebehandling etter hvert.

En viktig del av SE-utdannelsen er egenterapi. For å kunne hjelpe andre med å regulere sitt nervesystem, er det avgjørende å ha kontakt med og å kunne regulere sitt eget. Dette har vært både verdifullt og lærerikt for meg.

Det har gitt meg ny energi og glede i et krevende, men viktig yrke som fastlege».

AUDIT og datt!

Klinisk audit i egen praksis og på grunnkurs A

■ NJÅL FLEM MÆLAND • Redaktør i Utposten

Audit er et forvirrende begrep fordi det brukes med forskjellig innhold i forskjellige sammenhenger. «Klinisk audit» er derimot et entydig begrep. Det er en metode for kvalitetsforbedring i egen praksis. Alle spesialister i allmennmedisin må gjøre en slik klinisk audit som forberedelse til grunnkurs A. Tanken bak er god. Det er på tide å revitalisere bruken av audit.

Jeg har flere ganger hatt nytte av å gjøre audit i egen praksis, men noe avklart forhold til begrepet har jeg ikke hatt. Da jeg skulle undervise om bruk av audit på grunnkurs A ble jeg utfordret: Hva ligger egentlig i begrepet audit? Jeg startet med å søke på Wikipedia. Ifølge Wikipedia er audit

«Independent examination of financial information of any entity, whether profit oriented or not, irrespective of its size or legal form when such an examination is conducted with a view to express an opinion thereon» (1).

Hjelp! Denne definisjonen hører til i økonomifaget, men sier noe også om den medisinske bruken, nemlig aspektet med undersøkelse. Det var økonomi. Hva er så audit i medisinen?

AUDIT og alkohol

Som et slags forvirrings-pek har begrepet en dobbelt betydning selv innenfor medisinen. Begrepet brukes om et samtaleverk-

tøy for kartlegging av mengde, hyppighet og konsekvenser av alkoholbruk. De fleste leger vil kjenne begrepet brukt slik. Begrepet er da en forkortelse for «Alcohol Use Disorders Identification Test». I sin fulle versjon består det av ti spørsmål, tre om risikobruk, tre om avhengighet og fire om skadelige virkninger. Det fins også en kortversjon med tre spørsmål. Disse spørsmålene er nyttige verktøy i samtale med pasienter om alkohol. Slik bruk av AUDIT er fint omtalt og vist med videoeksempler på ROP sin hjemmeside (2). En klinisk audit er noe helt annet og har intet med alkoholanamnesen å gjøre – og det er klinisk audit denne artikkelen handler om.

Klinisk audit

En klinisk audit er en kvalitetsforbedringsmetode hvor målet er å forbedre helsetilbudet til pasienter. Hensikten er å kartlegge egen praksis, for så å bruke resultatet til forbedring. Det er altså en metode hvor

man kartlegger hva man gjør i dag, for så å sammenligne med hva som er standard eller god praksis. Denne kartleggingen skal i sin tur føre til konkrete tiltak for å bedre egen praksis. Det blir da to faser: Først en kartlegging, og så en sammenligning mot en standard (3).

Dette illustreres best med et eksempel. Jeg kan for eksempel kartlegge min egen måloppnåelse for HbA1c hos mine diabetespasienter. Her er standarden lett å definere: HbA1c under 53. Vi vet fra studier at mange ikke når dette behandlingsmålet – en studie viser at kun 62 prosent gjør det (4). Hvordan ligger jeg selv an her? Jeg kan gjøre en audit ved å registrere alle mine HbA1c målinger i en gitt periode. Da kan jeg enkelt se hvor stor andel av mine pasienter som når behandlingsmålet. Siden det er gjort nasjonale studier, kan jeg se hvordan jeg ligger an sammenlignet med andre. Jeg kan så bestemme meg for tiltak som kan øke andelen som når behandlingsmålet. Det kan være hyppigere kontroller, lære

ANNONSE



Hold av dagen til Livmorhalsprogrammets fagdag og 30-årsjubileum!

Livmorhalsprogrammet ved Folkehelseinstituttet arrangerer fagdag med tema livmorhalskreftscreening **fredag 14. november 2025, på Thon Hotel Opera** i Oslo. Dette er en unik mulighet til å få med seg det nyeste innen forebygging av livmorhalskreft.

Påmeldingen åpner i juni, og vi har søkt om kursgodkjenning for kurs i allmennmedisin.

Bli med oss for en inspirerende dag med faglige innslag og nettverksbygging. Følg med for mer informasjon her: [Livmorhalsprogrammets-fagdag-og-30-ars-jubileum](#). For spørsmål, ta gjerne kontakt med oss på livmorhals@kreftregisteret.no.



ILLUSTRASJONSFOTO: GETTY IMAGES

meg å starte opp med insulin, bruke dose-spenn på medikamentene jeg forskriver, henvise mer aktivt til mestringskurs og så videre. Det er mulig senere å gjennomføre en ny audit for å se om tiltakene har ført til kvalitetsforbedring. Slik kan jeg systematisk jobbe med å øke kvaliteten i egen praksis. Det er også nyttig å gjøre en slik registrering sammen med andre. Finner vi ulikheter? Hva kan være forklaringen? Kan vi lære av hverandre? Et slikt prosjekt er godt egnet for smågrupper.

Om audit i litteratur

Jeg finner lite om bruk av audit når jeg søker på nettet. I en artikkel fra *Utposten* i 2010 har forfatterne undersøkt ventetider ved tre forskjellige legekontor som en audit (5). De finner at ventetiden viste stor variasjon mellom kontorene. Videre skriver de at undersøkelsen «ga nyttige diskusjoner med bevisstgjøring om hva som er akseptabel ventetid». Ventetid er et kvalitetsmål og slike diskusjoner kan for eksempel føre til endringer i timebøker som gir mer akseptabel ventetid for pasienter, altså bedre kvalitet. Ut over denne artikkelen finner jeg lite om audit på norske nettsider. Et søk på engelsk gir et nyttig treff fra Skottland (6). Her har tre skotske leger laget et praktisk hefte med tittelen *Ideas for Audit* og undertittel «a practical guide to criterion audit and significant event analysis for general practitioners». Dette er nyttig lesning! I heftet legges det stor vekt på at en audit i egen praksis må være enkel og sterkt avgrenset for å kunne bli nyttig. Det er verd å sitere fra forordet:

«The evidence strongly suggests that small, highly focused audits often lead to a much better chance of the project being comple-

ted and meaningful change in practice being introduced. We cannot stress highly enough that keeping your audit projects short, simple and easily manageable is the key to success»

Audit på grunnkurs A

Tilbake til grunnkurs A hvor jeg skulle undervise. Grunnkurskatalogen for spesialistutdanning i allmennmedisin definerer audit slik:

«Audit er en metode for kvalitetsvurdering av helsetjenester som kan ta utgangspunkt i en rekke konkrete pasienttilfeller i en bestemt tidsperiode.» (7)

Videre foreslås det at deltagerne på grunnkurs A «i forkant av kurset registrerer hvilke diagnoser som er dominerende i egen praksis». Et eget skjema for en slik registrering ligger på kursets nettside. På skjemaet registreres pasienter gjennom en praksisdag med kjønn, alder og diagnose. Det er dette utfylte skjemaet deltagerne på grunnkurs A har med seg til det fysiske kurset. De møter med en forventning om at skjemaet skal brukes til noe. Problemet er at denne registreringen ikke gir mulighet for kvalitetsforbedring. Det er vanskelig å se hvordan informasjon om alder, kjønn og diagnoser på en tilfeldig dag skal kunne føre til konkrete kvalitetsøkende endringer i egen praksis. Det betyr at det anbefalte skjemaet ikke oppfyller kurskatalogens egen definisjon av en audit.

Hva er en god audit?

Jeg har alt gitt et eksempel på en audit som faktisk kan brukes til kvalitetsforbedring. Det nevnte heftet fra Skottland gir en rekke slike eksempler. Det er lett å komme på flere: Tar jeg spirometri årlig hos mine KOLS-

pasienter? Vet jeg om pasientene mine røyker? Hvor ofte velger jeg penicillin som antibiotikum ved luftveisinfeksjoner? Hvor ofte tar jeg MR av vonde knær? Hvor mange av mine pasienter med indikasjon for influensavaksine får vaksinen? Sjekker jeg om førerkortforskriften er innfridd når jeg forskriver A- og B-preparater? Når man leser disse eksemplene, forstår man også at i vår tid kan andre metoder enn papirskjema være aktuelt. Mye informasjon ligger i og kan søkes opp gjennom våre journalsystemer.

Begrepet audit kommer fra latin, *audire*, å høre. Å lytte er en bra ting å gjøre, også når det lyttes til egen praksis! Konklusjonen må bli at audit er et nyttig verktøy. Videre er det lov å mene at den foreslåtte registreringen i kurskatalogen ikke inspirerer til å bruke audit som kvalitetsforbedrende tiltak (8).

REFERANSER

1. <https://en.wikipedia.org/wiki/Audit>.
2. <https://rop.no/kartleggingsverktoy/audit/>. Lest 20.02.25.
3. <https://www.helsebiblioteket.no/innhold/artikler/kunnskapsbasert-praksis/kunnskapsbasert-praksis.no/6.evaluate-praksis>. Lest 20.02.25.
4. Scandinavian Journal of Primary Health Care: Tran AT, Bakke Å, Berg TJ, Gjelsvik B, Mdala I, Nøkleby K, et al. Are general practitioners characteristics associated with the quality of type 2 diabetes care in general practice? Results from the Norwegian ROSA4 study from 2014. *Scandinavian journal of primary health care*. 2018; 36(2): 170–9.
5. <https://www.utposten.no/asset/2010/2010-06-24-27.pdf>. Lest 20.02.25.
6. Scot-audit-booklet.docx. Lest 20.02.25.
7. <https://www.legeforeningen.no/contentassets/6c685bd69f8b461489fb33f4830de2b0/grunnkurskatalog-140319.pdf>. Lest 20.02.25.
8. <https://nettkurs.legeforeningen.no/mod/page/view.php?id=3529>. Lest 20.02.25.

■ NFLEM@ONLINE.NO

Kom primærhelseteam i f

Refleksjoner i forsøkets kjølvann

■ ØYVIND SNILSBERG • Stipendiat, Universitetet i Oslo, Institutt for helse og samfunn, Avdeling for helseledelse og helseøkonomi

■ EMILIE AANDAHL | BIRGIT ABELSEN | ANETTE FOSSE | HANNA LØYLAND | KINE PEDERSEN | ERIK MAGNUS SÆTHER | TOR IVERSEN



ILLUSTRASJONSFOTO: MORTEN HERNES / MOCKUP - PLACEIT

Stortingsmeldingen om allmennlegetjenesten (1) argumenterer for tverrfaglige fastlegekontor og uttrykker dermed regjeringens ambisjoner om en teambasert og mer tverrfaglig fastlegetjeneste.

En teambasert fastlegetjeneste er et av målområdene i *Handlingsplan for allmennlegetjenesten 2020–2024* (2). Plandokumentet slår fast at framtiden er teambasert og forutser at fastleger på sikt skal «lede teambaserte virksomheter med annet personell». Ekspertutvalget for gjennomgang av allmennlegetjenesten mente at flere personellgrupper som jobber i team rundt pasienten, kan gi større faglig bredde i tilbudet og mer effektiv ressursutnyttelse og anbefalte endring i finansierungsordningen for å legge til rette for tverrfaglighet (3).

For å få kunnskap om tverrfaglig arbeidsmåte i fastlegetjenesten gjennomførte Helse direktoratet et forsøk med primærhelseteam (PHT-forsøket). Legekontorene og kommunene som deltok i forsøket, meldte seg frivillig og hadde en positiv innstilling til PHT. Flertallet av legekontorene har fortsatt med PHT etter forsøkets avslutning og opprettholdt tilbudet til målgruppene. Positive erfaringer fra praksisfeltet tyder på at det vil være interesserte legekontor når regjeringen nå vil

«legge til rette for en teambasert og tverrfaglig fastlegeordning som fremmer tilgjengelighet, kvalitet, effektivitet, ledelse og innovasjon.» ((1), s. 32)

Denne omstillingen starter konkret med at det i Stortingsmeldingen åpnes for at det ytes stønad for konsultasjoner delegert fra fastlege til sykepleier. Regjeringen mener at det bør utredes ytterligere grep i finansierungsordningen for å understøtte en utvikling hvor flere personellgrupper kan bidra.

Fastlege-tjenesten for å bli?

Forsøket med primærhelseteam

PHT-forsøket ble varslet i *Stortingsmelding 26 (2014–2015) Fremtidens primærhelsetjeneste* (Primærhelsemeldingen). Både ny teamorganisering med en mer systematisk og proaktiv tilnærming til listeinnbyggere og ny finansiering av fastlegekontorene ble prøvd ut. PHT består av et makroteam med legekontoets fastleger, sykepleiere og helsesekretærer, ledet av en av fastlegene på kontoret, og flere mikroteam med fastlege, sykepleier og helsesekretær, bygget rundt fastlegens listeinnbyggere og ledet av den enkelte fastlege. Hovedformålet er å tilby bedre fastlege-tjenester til pasientgruppene med størst behov. Spesifiserte målgrupper var listeinnbyggere med kronisk sykdom, psykiske lidelser og rusavhengighet, utviklingshemming og funksjonsnedsettelse, samt skrapelige eldre.

PHT-forsøket pågikk formelt fra 1. april 2018 til 31. mars 2023, med en påfølgende utfasingsperiode ut juni 2024. Totalt deltok ni kommuner og 17 legekantor. Fire av legekantorene ble inkludert fra 2020. Forsøket inkluderte utprøving av to nye finansieringsmodeller. Honorarmodellen bygde videre på den aktivitetsbaserte fastlegefinansieringen med innføring av takster også for sykepleiere, mens inntektene i driftstilskuddsmodellen primært ble bestemt av antall og egenskaper ved legekontoets listeinnbyggere. Det var også i driftstilskuddsmodellen noen aktivitetsbaserte takster knyttet til konsultasjoner, herunder egne sykepleiertakster.

Forsøket ble følgeevaluert, noe som resulterte i årlige evalueringsrapporter (4–9), noen forskningsartikler (10–13) og et bokkapittel (14). Den siste rapporten oppsummerer funn fra tidligere evalueringsrapporter og analyserer erfaringer fra de involverte aktørene, endringer i tjenestetilbudet, evalueringen av finansieringsmodellene, oppnåelse av forsøksmålene, læringspunkter for videreutvikling av fastlege-tjenesten, og samfunnsnyttene av PHT.

Evalueringen avdekket blant annet at 12 prosent av listeinnbyggerne ved legekantorene i PHT-forsøket, ble fulgt opp av PHT. Disse samsvarte med forsøkets målgrupper. PHT ga særlig eldre listeinnbyggere flere konsultasjoner (9). Pasienter rapporterte om mer personlig og koordinert omsorg med lengre konsultasjoner som styrket deres lærings- og mestringsferdigheter, trygghet, og motivasjon til å håndtere egen helse (12). Høy pasienttilfredshet med PHT kan knyttes til at pasient-fastlege-relasjoner opprettholdes.

Underveis i forsøket rapporterte fastleger, sykepleiere og helsesekretærer om økt enighet om oppgaver, arbeidsfordeling og fordeling av beslutningsmyndighet (8). Majoriteten blant sykepleierne rapporterte at de utførte oppgaver både i stedet for og i tillegg til fastleger. Samlet viser evalueringen at omlegging til teamarbeid krever tid og ledelse, og behov for å jobbe fram tillit mellom sykepleiere og fastleger i mikro-team (9). I intervju gjort ved avslutningen av forsøket, vurderte PHT-lederne ved de 17 legekantorene at den systematiske og proaktive tilnærmingen med PHT er en klar styrking av en fastlegeordning som i sin vanlige form oppleves å ha for få ressurser og en for etterspørselsstyrt innretning, til å kunne nå svake etterspørere på en god nok måte (9).

Informanter i andre kommunale helse- og omsorgstjenester rapporterte at deres brukere med omfattende behov fikk raskere tilgang til fastlegen med PHT og ofte mer omfattende tjenester enn før (6, 9). PHT bidro også til avlastning for andre kommunale

helse- og omsorgstjenester, og at de selv kunne gi en bedre tjeneste. Evalueringen sporet ingen større endringer i spesialisthelsetjenesten etter innføring av PHT (9).

Beskrivelse av legekantorene etter forsøket

I forsøksperioden ble det fra Helsedirektoratet gitt et fast tilskudd for hver fastlege og et tilskudd til hver kommune i tillegg til et tilskudd til det enkelte legekantor som kunne justeres dersom det var vesentlig avvik mellom inntektene i forsøksperioden og inntektene legekantoret hadde før oppstart av PHT-forsøket. Perioden fra 1. april 2023 ut juni 2024 var en utfasingsperiode med reduserte midler grunnet opphørte tilskudd. Fra 1. juli 2024 opphørte sykepleiertakster og driftstilskudd, og finansieringen ble igjen tilsvarende som for landets øvrige legekantor.

Etter utfasingen av finansieringsordningen ønsket vi å undersøke om noen av legekantorene fortsatte med PHT. Vi gjennomførte derfor en kortfattet spørreundersøkelse til lederne av fastlegekontorene i oktober 2024. Vi fikk svar fra alle 17 legekantorene.

Femten legekantor valgte å fortsette med PHT i utfasingsperioden (SE TABELL 1). Etter at PHT-finansiering falt bort 30.06.24, fortsatte 12 legekantor, herunder 11 med samme antall sykepleierårsverk som før. I fritekst oppga noen ledere at sykepleier ble finansiert av legekantoret, andre oppga at sykepleier ble finansiert av kommunen, mens en tredje gruppe oppga samfinan-

TABELL 1. Legekantor med primærhelseteam under og etter forsøkets avslutning fordelt etter finansieringsmodell, eierskap og sykepleierressurs

	ANTALL LEGEKONTOR ¹	ANTALL LEGEKONTOR MED PHT-SYKEPLEIER 1.4.23–30.6.24 ²	ANTALL LEGEKONTOR MED PHT-SYKEPLEIER ETTER 30.6.24
Honorarmodellen	12 (2)	11 (10)	8 (8)
Driftstilskuddsmodellen	5 (4)	4 (3)	4 (3)

Noter:

1 Tallene i parentes viser antall kommunalt eide legekantor. Legene ved det kommunalt eide legekantoret med honorarmodellen driver privat næring (8.2-avtale med kommunen).

2 Tallene i parentes viser antall legekantor med samme antall sykepleierårsverk som i forsøksperioden.

	ENDRING I FORSØKSPERIODEN (STANDARDFEIL)	ENDRING ETTER FORSØKSPERIODEN (STANDARDFEIL)
Honorarmodellen		
Konsultasjoner	0.059* (0.022)	-0.001 (0.003)
Hjemmebesøk	0.004*** (0.001)	-0.000 (0.000)
Samarbeidsmøte	0.003** (0.001)	0.000 (0.000)
Driftstilskuddsmodellen		
Konsultasjoner	-0.044 (0.034)	0.037** (0.014)
Hjemmebesøk	0.008 (0.006)	0.000 (0.000)

Note: For å analysere endringer i antall tjenester sammenlignet vi nivåene før, under og etter forsøket. For 8 legekantor med honorarmodellen fra 2018 var før-perioden 2012k1–2018k1 og forsøksperioden 2018k2–2023k1. For 4 legekantor med honorarmodellen fra 2020 var før-perioden 2012k1–2020k1 og forsøksperioden 2020k2–2023k1. For driftstilskuddsmodellen var før-perioden 2012k1–2018k1 og forsøksperioden 2018k2–2023k1, med unntak av sykebesøk (før-periode: 2012k1–2019k2, forsøksperiode: 2019k3–2023k1). Etter-perioden er 2023k2–2024k2. Konsultasjoner er regninger i KUHR med takst 2ad, 2ae, 2aek, 074a, 074ae, 074be, 52a, 52ae, 52aek, 52b, 088b, 088cd og 088ck. Sykebesøk er regninger i KUHR med takst 11ad, 086a, 53, 53a, 53b og 088d. Samarbeidsmøte om enkeltpasient er regninger i KUHR med takst 14 og 55. * $p < 0.05$, ** $p < 0.01$, *** $p < 0.001$.

TABELL 2. Utvikling i anbefalte tjenester per listeinnbygger per kvartal på PHT-kontor sammenlignet legekantor som ikke deltok i forsøket.

siering mellom legekantor og kommune. Vårt inntrykk er at legekantorene har valgt å fortsette med en forventning om annonsering av en permanent finansieringsordning i stortingsmeldingen.

Utvikling i anbefalte tjenester

Helsedirektoratet (15) trakk fram konsultasjoner, hjemmebesøk og samarbeidsmøter om listeinnbyggere som viktige arbeidsformer for PHT. Vi har analysert utviklingen i aktivitetsdata (KUHR) som inkluderer tjenester utført av både fastleger og PHT-sykepleiere.

Vi undersøkte først endring i antallet tjenester i forsøksperioden ved PHT-legekantor sammenlignet med øvrige legekantor (kontrollgruppe). Dette viser endringen i antall tjenester PHT-legekantor leverte som følge av forsøket. Videre analyserte vi perioden etter forsøket (2023–2024) for å undersøke om tjenestene økte, minket eller holdt seg stabile sammenlignet med legekantor som ikke deltok i forsøket.

Tabell 2 viser at legekantorene som prøvde ut honorarmodellen, økte antall konsultasjoner (0,059), hjemmebesøk (0,004) og samarbeidsmøter (0,003) per listeinnbygger per kvartal, sammenlignet med kontrollgruppen. Etter forsøksperioden holdt nivået seg stabilt sammenlignet med kontrollgruppen. Det betyr at PHT-kantorene opprettholdt nivået på de aktuelle tjenestene også etter at forsøket var avsluttet.

For legekantor med driftstilskuddsmodellen synes det å være tendens til nedgang i antall konsultasjoner og økning i antall hjemmebesøk under forsøksperioden sammenlignet med kontrollgruppen. Etter forsøket økte antall konsultasjoner, mens antall hjemmebesøk var uendret sammenlignet med kontrollgruppen. Modellen inkluderte ikke takst for samarbeidsmøter.

Diskusjon

Legekantorene i PHT-forsøket uttrykte sterk vilje til å fortsette med teambasert arbeidsmåte etter at forsøket ble avsluttet. Hele 15 av de 17 legekantorene som deltok i forsøket valgte å fortsette med PHT i utfasingsperioden etter at finansieringen ble trappet ned, og 12 fortsatte etter at all finansiering falt bort. Videre har endret arbeidsmåte gitt varig endring i aktiviteten for flere av legekantorene. Legekantorene med honorarmodellen økte antall konsultasjoner, hjemmebesøk og samarbeidsmøter per listeinnbygger, sammenlignet med kontrollgruppen. Dette ble opprettholdt også etter forsøksperioden. For legekantor med driftstilskuddsmodellen ser vi ikke tydelige tegn til endret aktivitet og arbeidsmåte, men det kan skyldes at aktiviteten ikke registreres i samme grad som for legekantor med honorarmodellen.

Et av hovedfunnene i evalueringen av PHT-forsøket er at det har tatt tid for legekantorene å utvikle teamarbeidet, og at en forutsetning for å lykkes med teamorganiseringen var interesse og motivasjon hos de ansatte på legekantoret. En undersøkelse gjennomført i forbindelse med evalueringen av Handlingsplan for allmennlegetjenesten 2020–2024 (16), fant at fastlegene stort sett var fornøyde med antall og type annet personell på legekantoret, og at økonomi og fysisk størrelse på kontoret er barrierer for mer personell. En tidligere undersøkelse fant dessuten at flesteparten av landets fastleger var usikre på hvorvidt modellen med primærhelseteam egner seg for deres legekantor (17). Funnene fra evalueringene tyder derfor på at det i tillegg til finansiering, er behov for motivasjon, fleksibilitet, valgfrihet og tålmodighet i utformingen av teamorganisering og mer tverrfaglighet på legekantorene.

REFERANSER

1. Meld. St. 23 (2024–2025). (2025). Forne, forsterke, forbedre: Fremtidens allmennlegetjenester og akuttmedisinske tjenester utenfor sykehus. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet. Hentet fra <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-23-20242025/id3096890/>.

2. Helse- og omsorgsdepartementet, «Handlingsplan for allmennlegetjenesten 2020–2024: Attraktiv, kvalitetssikker og teambasert», Helse- og omsorgsdepartementet, Oslo, 2020.

3. Ekspertutvalget for allmennlegetjenesten, «Gjennomgang av allmennlegetjenesten», Helse- og omsorgsdepartementet, Oslo, 2023.

4. Abelsen B, Gaski M, Godager G et al., «Evaluering av pilotprosjekt med primærhelseteam og alternative finansieringsordninger: Statusrapport I», 2019a.

5. Abelsen B, Gaski M, Godager G et al., «Evaluering av pilotprosjekt med primærhelseteam og alternative finansieringsordninger: Statusrapport II», 2019b.

6. Abelsen B, Evenstad Ø, Gaski M et al., «Evaluering av pilotprosjekt med primærhelseteam og alternative finansieringsordninger: Statusrapport III», 2021.

7. Abelsen B, Gaski M, Godager G et al., «Evaluering av pilotprosjekt med primærhelseteam og alternative finansieringsordninger: Sluttrapport for 2018–2021 (Statusrapport IV)», 2022.

8. Aandahl E, Abelsen B, Fosse A et al., «Evaluering av pilotprosjekt med primærhelseteam og alternative finansieringsordninger: Statusrapport V», 2022.

9. Aandahl E, Abelsen B, Fosse A et al., «Evaluering av pilotprosjekt med primærhelseteam og alternative finansieringsordninger: Sluttrapport 2018–2023 (Statusrapport VI)», 2024. (Internett).

10. Pedersen K, Løyland HI, Sæther EM et al., «Primærhelseteam – en mer teambasert fastlegetjeneste», Magma forskning og viten, vol. 26, nr. 5, pp. 73–83, 2023.

11. Gaski M og Abelsen B, «Å lede eksperter inn i nye arbeidsmåter. En studie av lederatferd ved implementering av primærhelseteam på fastleggekantor», Tidsskrift for velferdsforskning, vol. 4, pp. 281–293, 2020.

12. Abelsen B, Pedersen K, Løyland HI et al., «Expanding general practice with interprofessional teams: a mixed-methods patient perspective study» vol. 23, nr. 1, 2023.

13. Godager G, Iversen T og Snilsberg Ø, «Betalingsmåter for teamarbeid i primærhelsetjenesten», i Mangfold og engasjement i ti år. Institutt for helse og samfunn ved Universitetet i Oslo 2010–2020., Oslo, Norwegian Medical Society, 2021, p. 100–109.

14. Abelsen B & Fosse A, «Team Effectiveness in General Practice: Insights from the Norwegian Primary Healthcare Team Pilot» i Multi-Disciplinary Teamwork in Healthcare. IntechOpen. Doi: 10.5772/intechopen.1004545, 2024.

15. Helsedirektoratet, «Primærhelseteam: Kvalitet, Ledelse og Finansiering. Rapport IS-2656», Helsedirektoratet, Oslo, 2017.

16. Tyrihjel JB, Godager G, Pedersen K et al., «Evaluering av tiltak i allmennlegetjenesten: Evalueringsrapport III», 2024. (Internett). Available: <https://osloeconomics.no/wp-content/uploads/2024/05/HPA-evalueringsrapport-III-2024-%E2%80%9393-oppdateret.pdf>.

17. Pedersen K, Godager G, Rognlien HD, et al., «Evaluering av handlingsplan for allmennlegetjenesten 2020–2024: Evalueringsrapport I», 2022. (Internett). Available: <https://osloeconomics.no/wp-content/uploads/2023/05/HPA-evalueringsrapport-2022.pdf>.

■ OYVIND.SNILSBERG@MEDISIN.UIO.NO

Søvnvansker er like unike som du er

■ EVEN MORK • Fastlege, Trondheim

Altfor mange har forsøkt forskjellige tiltak på egen hånd før de til slutt kommer til faglig korrekt diagnostikk og behandling. Søvn er for viktig til å overlates til råd hvor alle skjæres over en kam.

Se for deg at en rød varselampe plutselig lyser på dashbordet i bilen din. Du ignorerer den en stund, men den gir seg ikke. Naboer sier han fikset sin bil ved å bytte clutch. Du prøver det, men lampen lyser fortsatt. En bekjent mener det var forstillingen. Du justerer den, men det er fortsatt rødt lys. Så kommer en tredje med rådet: Sjekk dekktrykket! Du pumper opp dekkene, men – nope. Lyset er like rødt! Da innser du at det er på tide å levere bilen inn til feilsøking hos fagfolkene på verksted, hvor feilen raskt lokaliseres til lavt oljenivå, og vips etter litt påfyll av olje er alarmvarselet endelig borte.

Dette eksempelet er en svært treffende metafor for personer med søvnvansker.

Søvn er nemlig ekstremt individuelt. Det som forstyrrer din søvn, kan være helt annerledes enn det som plager naboen. For noen handler det om indre faktorer som bekymringer eller psykisk uhelse. For andre er det fysiske årsaker som søvnapné som er årsaken. Enkelte sliter med døgnrytmeforstyrrelser, mens andre reagerer på miljøfaktorer som lys eller støy. Noen kan ha underliggende medisinske tilstander som påvirker søvnen, noen kan ha bivirkninger av medisiner de bruker, mens andre har utviklet uheldige søvnvaner over tid.

Den internasjonale søvndagen arrangeres hvert år både for å feire den viktige søvnen og for å sette søkelyset på de utfordringer og problemer søvnmangel og søvnsykdommer kan ha for samfunnet vårt.

14. mars 2025 var Verdens søvndag, og årets motto er: «Gjør søvnhelse til en prioritet».

Mitt ønske på denne dagen er at alle som strever med søvnvansker skal oppsøke fastlegen for å få hjelp til å forstå årsaken til sine søvnvansker.

Vi soves!

INTERESSEKONFLIKTER:

Artikkelforfatteren driver egen praksis med utredning og behandling av søvnsykdommer.

■ DOKTOREVEN@GMAIL.COM

ILLUSTRASJONSFOTO: GETTY IMAGES / KATARZYNA BIALASIEWICZ



Akuttmedisinsk prehospit – gjort enkelt

■ MARIANNE BARLINDHAUG FRANING • Fastlege i Saltdal kommune

Samhandling og samarbeid mellom kommuner og spesialisthelsetjenesten er regulert i Akuttmedisinforskriften. Denne pålegger kommuner og helseforetak å inngå samarbeidsavtaler. I denne artikkelen skisseres det hvordan konkret trening kan organiseres i praksis.

Da jeg startet i allmennpraksis i 2001, var den prehospitale akuttmedisinske kompetansen annerledes enn i dag. Ambulansetjenesten har alltid vært en viktig samarbeidspartner, men den gang var det ingen av de som jobbet der som for eksempel kunne legge en venflon, og de hadde ikke lov å sette medikamenter. Kompetansen til ambulansetjenesten har gjennom årene økt betraktelig og ambulansesarbeidere gjør veldig mye på selvstendig grunnlag i dag. Dette er medvirkende til at legen rykker sjeldnere ut.

Jeg har over flere år hørt fra kolleger at en kan bli litt usikker på hva ens egen rolle blir når en rykker ut, nå når de som arbeider på ambulansen er drillet i prosedyrer og vi sjelden øver på sammen. På andre siden hender det at vi ikke har ambulanse tilgjengelig og at leger med sine medarbeidere må stå alene i akuttmedisinske situasjoner. Dette blir utrygt for de som har lite trening i slike situasjoner.

Leger og ambulansepersonell samarbeider ofte, men vi trener sjelden sammen.

Dette kan medføre unødig tidsbruk og feil. Den første fasen ved akutte skader og sykdom preges ofte av kompleksitet, usikkerhet om hva som står på spill og hvilke tiltak som bør gjøres. Det er en fordel at pasienten raskt hjelpes av et tverrfaglig team. Forskning viser at teamarbeid og trening via simuleringsøvelser gir bedre pasientbehandling (1).

Forberedelser

Alt dette lå til grunn for at jeg bestemte meg for at noe måtte gjøres her i min kommune. Jeg startet med å melde meg på FørsteBEST-kurs for å lære metodikken i hvordan lage gode øvelser. FørsteBEST er en nasjonal tverrfaglig ressurs for akuttmedisinsk samtrening som arrangerer kurs om hvordan en kan lage og gjennomføre øvelser.



al samtrening



Kommuneoverlegen var også positiv til å få mer systematisk samtrening. Jeg fikk så avtalt møte med ambulansetjenesten, der leder for området og tre andre fagansvarlige deltok. Disse syntes denne ideen var interessant og vi tegnet i første omgang kontrakt for et halvt år før evaluering. Ambulansetjenesten sendte så en av sine medarbeidere på kurset som jeg hadde vært på. Jeg beskrev de konkrete øvelsene jeg så for meg, og sendte det til han for informasjon og eventuell tilbakemelding. Jeg kan allerede her røpe at vi nå har holdt på i snart tre år og at alle parter er fornøyde!

Prinsippene

Vi gjennomfører øvelsene etter grunnprinsippene i FørsteBEST:

- Tverrfaglig trening
- Trener lokalt
- Realistisk – vi trener i rollen vi vanligvis har
- Sjekker at en er faglig oppdatert
- Simulering øvelser
- Refleksjoner
- Trygge rammer

Målet er at den akuttmedisinske tjenesten skal gi best mulig pasientbehandling i alle situasjoner. Trening av det akuttmedisinske teamet er et viktig virkemiddel for å oppnå dette.

Læringsmål på øvelsene er:

- Kommunikasjon/closed loop-kommunikasjon
- Samhandling
- ABCDE
- Korrekt behandling

Praktisk gjennomføring

En dag i måneden, minus juli og august, gjennomfører vi øvelse. Vi setter av to timer. Deltagerne er hver gang disse: én lege, én til to hjelpepersonell, én til to ambulanser med personell og én markør som er lege. Jeg har valgt å sette lege som markør for at legene skal få med seg flere øvelser.

Vi kjører gjennom casen en gang først. Deretter har vi en debrief. Her går vi gjennom hva som gikk bra og hvorfor, og hva en ønsker å gjøre endring på. Det er først og fremst deltakerne som sier noe om dette. Vi som leder øvelsen kan eventuelt supplere. Vi gjentar så den samme casen, noen ganger med litt endring før ny debrief. Vi har fordelt hvem som har ansvar for å sette opp deltagerne. Jeg tar ansvar for å sette opp hvem av legene som skal delta. Ambulansen tar ansvar for sine og hjelpepersonalet tar ansvar for sine.

Det kan skje akutte ting som gjør at ambulansen ikke kan delta. Vi kjører likevel gjennom øvelsen fordi nettopp dette også kan skje i virkeligheten.

Eksempler på caser vi har øvd på:

- MC-ulykke
- Brann med inhalasjon av røyk
- Fremmedlegeme i luftveier
- Sepsis
- Hjerneslag
- Hjertesvikt
- Selvmordsforsøk med medisinoverdose
- Hypoglykemi
- Klorgassforgiftning
- Trafikkulykke – pneumothorax
- Hypotermi
- Trafikkulykke – indre blødning

I tillegg til dette har vi årlig heldagsøvelse i Avansert hjerte-lunge-redning (AHLR) med ambulansetjenesten. Dette er det ambulansetjenesten som arrangerer.

Kostnadene for disse øvelsene dekker den enkelte tjeneste selv. Jeg arbeider på et kommunalt legekontor.

Evaluering

Tilbakemeldingen på disse øvelsene har vært svært god, og følgende tema går igjen:

- Trygge rammer, det er helt ok å gjøre feil
 - Vi skal ha det artig mens vi øver
 - Får testet utstyr og prosedyrer
 - Får øvd på kommunikasjon
 - Kompetansehevende
 - Viktig at øvelsene gjennomføres to ganger slik at en får forbedre det en ikke var fornøyd med første gang.
 - To timer i måneden er lett å sette av, praktisk gjennomførbart.
 - Leger i spesialisering (LIS) synes det er godt å få være observatør på en øvelse før en selv er med eller skal gå legevakt. De får da også se at en ikke er alene på vakt. Undertegnede tenker det er viktig å lage en skriftlig kontrakt. Dette gjør det mer forpliktende og det blir vanskeligere å avlyse i travle hverdager.
- Helt til slutt vil jeg si at det er artig med øvelser, og det var også artig å skrive om disse øvelsene. Dette anbefales!

REFERANSE

1. Utposten nr. 2, 2022. «Gjennomføring av akuttmedisinsk samtrening i seks kommuner», Fjære O. et al.

Hedret med kongelig utm

■ LISBETH NILSEN • *Frilansjournalist*

– Det er stor stas for meg dette, sjølsagt, sier Steinar Hunskaar, som er utnevnt til Ridder av 1. klasse, St. Olavs orden, for sin enestående og brede innsats for allmennmedisin i Norge og internasjonalt.

– Høyst fortjent! Steinars mangeårige og store innsats for å fremme kvalitet, forskning og utdanning innen allmennmedisin og legevaktmedisin er imponerende. Han er en utrolig dyktig underviser og formidler av kunnskap og har betydd svært mye for faget allmennmedisin. Et stort hurra og gratulerer, og tusen takk fra alle oss allmennleger, sier Marte Kvittum Tangen, leder av Norsk forening for allmennmedisin.

Hun er én av de ti som signerte på forslaget om å gi professor emeritus i allmennmedisin, Steinar Hunskaar, en kongelig utmerkelse. Og utmerkelse ble det: Ridder av 1. klasse, St. Olavs orden – en «belønning for utmerkede fortjenester for Norge og menneskeheten».

– Det er stor stas for meg dette, sjølsagt, sier Steinar Hunskaar selv.

Med familien til stede, foregikk den høytidelige overrekkelsen fredag 28. mars i representasjonsvillaen til Universitetet i Bergen, Knut Fægri hus.

Flere leger har opp gjennom årene blitt til delt St. Olavs orden, men blant dem som har fått ordenen under Kong Harald V sin tid, er nok bare to av dem spesialist i allmennmedisin: Steinar Hunskaar og Christian F. Borchgrevink. Sistnevnte var Norges første professor i allmennmedisin og fikk samme utmerkelse i 1995.

Norge, Norden, Europa og Afrika

Ti personer fra academia og forskningsinstitusjoner, fra forlag, politikk og Legeforeningen hadde signert forslaget om kongelig utmerkelse. I den flere sider lange søknaden skriver de blant annet:

«Steinar Hunskaar har gjennom sitt fremragende vitenskapelige og annet arbeid gitt bidrag som er viktig for utvikling av første-linjetjenesten i det norske helsevesenet, spesielt innen allmennmedisin og legevaktme-

disin. Hans arbeid er i stor grad også blitt lagt merke til internasjonalt og har bidratt til utvikling av allmennmedisinsk forskning, utdanning og organisering ikke bare i Norge, men i Norden, Europa og Afrika.»

Det internasjonale engasjementet hans har blant annet vært i Sudan, med et stort utdanningsprosjekt av allmennleger. Han har samarbeidet om konferanser, forskerutveksling og forskningsveiledning med det allmennmedisinske instituttet ved Universitetet i Wrocław i Polen, og fikk i 2008 Hippocrates-statuen, den høyeste utmerkelsen fra den polske foreningen for allmennmedisin.

Mange forbinder Steinar først og fremst med læreboka *Allmennmedisin*, som han har vært redaktør for siden første utgaven i 1997 og til den fjerde i 2023. Boka er beskrevet som en milepæl i norsk allmennmedisin og er oversatt til flere språk.

I talen sin under overrekkelsen sa NFA-leder Marte:

– Anmelderen av den første utgaven mente at dette er «verdens beste allmennmedisinske lærebok». Det er vi alle så enige i! Min egen lærebok i allmennmedisin

er tapet med sportstape i ryggen, og nesten hele teksten er markert med gult, rosa eller understreket med rødt.

Fra venstrehåndsarbeid til nødetat

Steinar var ferdig på medisinstudiet i 1982 og tok doktorgrad i 1987. I 40 år har han vært tilknyttet Seksjon for allmennmedisin ved Institutt for global helse og samfunnsmedisin, Universitetet i Bergen.

Han var sentral i oppbyggingen av et sterkt allmennmedisinsk forskningsmiljø i Bergen på 1990 og 2000-tallet, spesielt ved etablering av Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin (NKLM), der han var forskningsleder i mange år. Nåværende NKLM-leder, Jesper Blinkenberg, uttalte i forbindelse med utmerkelsen at «i den perioden som Steinar har arbeidet med legevakt, har legevakt gått fra å være beskrevet som «venstrehåndsarbeid utført av uvillige fastleger» til en moderne nødetat».

Steinar var også involvert i etableringer som Noklus, Allmennmedisinsk forskningsenhet og SKIL. Han har ledet forskerlinjen ved Det medisinske fakultet ved

Liv Signe Navarsete, statsforvalter i Vestland, stod for den høytidelige overrekkelsen 28. mars.



FOTO: PRIVAT

erkelse

Universitetet i Bergen og var prodekan for utdanning ved fakultetet i en fire-årsperiode, med ansvaret for legestudiet. Han har vært med i arbeidet med flere offentlige utredninger og var i tre år nestleder i Nasjonalt råd for spesialistutdanning og legefording. Han har hatt ulike verv i nasjonale og internasjonale fagorganisasjoner, er forfatter og medforfatter på godt over 400 faglige publikasjoner og har navnet sitt på flere bøker og bokkapitler.

Om han er vel den eneste allmennmedisineren som har snakket i det britiske Underhuset om norsk allmennmedisin og betydningen av kontinuitet, etter studien som vakte internasjonal oppmerksomhet i 2021.

Den første prisen for arbeidet sitt fikk han i 1989, Meltzerprisen for unge forskere. I 1991 fikk han prisen beste underviser på medisinske fakultet ved Universitetet i Bergen, en nordisk forskerpris i 2001, Nidarosprisen i 2005, Legevaktprisen i 2007 og Anders Forsdahls pris i 2016.

'Jeg ble så forbanna'

Prosjektene Steinar har ledet er mange, men selv er han ikke opptatt av kvantitet.

– Egntlig har jeg hatt bare ett prosjekt, slik jeg ser det: Å bygge opp og styrke akademisk allmennmedisin. Alt det andre har vært delprosjekt, og ofte litt tilfeldige delprosjekt.

– Hva er du mest stolt av?

– Læreboka i allmennmedisin står i en særstilling i sin dimensjon. Da jeg lagde første utgaven, mente mange det var et umulig prosjekt. Når jeg ser hva den har betydd i Norge og i hele Norden, et grunnleggende dokument for medisinstudentene og for de som skal bli allmennleger, så er det en stor ting. Det huset som står stødigst etter meg er Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin, som har vært en reell pådriver og har hatt stor betydning for fagutvikling og kvaliteten.

Ifølge initiativtakeren startet NKLM med en god idé – og en forbannet Steinar.

– I stortingsmeldingen om akuttmedisinske tjenester stod det mye om viktigheten av legevakt. Men alle pengene til forskning og fagutvikling skulle gå til spesialisthelsetjenesten, med regionale sentre og satsing



En glad og ydmyk Steinar Hunskår, Ridder av 1. klasse, St. Olavs orden.



NFA-leder Marte Kvittum Tangen med stolt Steinar Hunskår og med Jesper Blinkenberg, leder av Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin, som Hunskår bygde opp og ledet. FOTO: PRIVAT

på ambulansetjenesten. Jeg ble så forbanna! Det var en enorm ubalanse i det som stod og det som ble foreslått.

Han kontaktet derfor en rekke politikere før stortingsmeldingen skulle behandles i Stortinget. Det gikk noen uker.

– Alle forstod hva jeg sa, og det endte med et stortingsvedtak på at det skulle opprettes faglige ressursentre i primærhelsetjenesten. Det var startskuddet, og etter hvert fikk vi midler, men det gikk nok nærmere tre år.

Fortsatt legevaktlege

I mange år jobbet han som fastlege, og han ble spesialist i allmennmedisin i 1993.

– Allmennmedisin var jo faget mitt, og jeg følte forpliktelsen til å spesialisere meg. Jeg er genuint interessert i folk, så det handlet ikke bare om at jeg ville være en profesjonelt god allmennlege. Det er rett og slett fantastisk å få treffe så mye forskjellig folk, få innblikk i hvordan livsstilsfaktorer, miljø- og samfunnsfaktorer setter sine spor i mennesker, og hvordan folk lever livene sine. Det har vært et privilegium, og jeg savner det forferdelig. Men jeg kompenserer litt med å være en aktiv legevaktlege.

Selve *faget* allmennmedisin har vært den store interessen.

– Jeg har vært veldig på den faglige siden, ikke så mye fagpolitisk og veldig lite politisk. Helt siden 1980-tallet så jeg hvor svak allmennmedisinen var på faglige institusjoner, ikke bare svak innen akademia.

– Hvor er det i dag størst potensial for forbedring innen allmennmedisin?

– Selv om vi har sagt at vi har god spesialistutdanning, er det fortsatt ting å hente på å sikre god kvalitet hos alle. I min tid er vi blitt nesten tre ganger så mange allmennleger, men vi har nok litt problemer med å kontrollere variasjonen i praksis. Det er stor praksisvariasjon, og diskusjonene har mange ytterpunkt fra ting som er helt naturlig å gjøre for noen fastleger, mens det for andre ikke kunne falle dem inn å gjøre det. Det er også vanskelig at allmennmedisinen er så fragmentert, vi har ikke egne helseforetak eller eget direktorat. Det er mange fordeler med fastlege-modellen, men også ulemper, og jo flere vi blir, dess vanskeligere er det å gå i takt og sikre kvaliteten.

– I intervju med *Dagens Medisin* etter utmerkelsen, sa du: «Det er fint at det skinner litt også på et felt som ikke alltid er i vinden.» I hvilken grad synes du allmennmedisinen har vært stemoderlig behandlet av politikerne?

– Det er et vanskelig spørsmål. Jeg ser og hører debatter på TV og radio der vanligvis fornuftige politikere bare tror og synser og siterer avisoppslag som dokumentasjon. Få etterspør hva vi vet og hvem som vet noe om det aktuelle temaet. Ofte finnes jo den kunnskapen, men i mediestormen og i historiene om enkeltpasienter taper medisinen og kunnskapsgrunnlaget, ikke bare allmennmedisinen. Det er trist, men det er ikke et særnorsk fenomen.

Et bevisst valg

I 1992 ble han professor i allmennmedisin, og siden høsten 2023 har han vært pensjonist fra universitetet.

DETTE ER DEN KONGELIGE NORSKE ST. OLAVS ORDEN

- Grunnlagt i 1847
- Ordenen er inndelt i tre grader, der to av disse er delt i klasser, til sammen fem trinn:
 - Storkors
 - Kommandør med stjerne
 - Kommandør
- St. Olavs orden tildeles som «belønning for utmerkede fortjenester for Norge og menneskeheten»
- Søknad/forslag om tildeling sendes til Statsforvalteren i kandidatens hjemfylke
- Statsforvalteren gjennomgår søknaden og sender den videre til Ordenskanselliet
- Saksbehandler i Ordenskanselliet legger den frem for St. Olavs ordensråd, som gir en innstilling til Hans Majestet Kongen, som er ordenens stormester
- Kongen tar endelig beslutning

KILDE: KONGEHUSET.NO OG WIKIPEDIA.NO

– Jeg holder på med det samme som før, men gjør mindre av det, og jeg savner ikke noe. Det første jeg gjorde var å gi meg som fastlege for sju år siden. Det var et bevisst valg, jeg kunne ikke gjøre mindre og samtidig være fastlege. Jeg måtte ta ting ut av hodet og forlot universitetet da jeg var 67 år for å få kontroll på nedtrappingen frem til jeg blir 70 neste år. Men fortsatt har jeg et par stipendiater og ting som skal skrives.

Fremdeles er det mange prosjekter på to-do-listen. Han har akkurat gjort ferdig tredje utgave av boka *Legevaktarbeid* med medredaktør Elisabeth Holm Hansen. Og han er redaktør for et nummer av tidsskriftet *Michael* som kommer i november med historiske artikler om akademisk allmennmedisin fra 1800-tallet og frem til i dag.

– Det trengs ildsjeler for å få til endringer i medisinen. Hvordan ser du på mulighe-

tene for at det kommer flere Steinar Hunskaar etter deg?

– Jeg bekymrer meg ikke for det. Fortsatt vil det være sånn at enkeltpersoner vil ha stor betydning. Det jeg *ikke* håper, er at det kommer en ny Steinar Hunskaar, for det trenger vi ikke. Folk må ha sine egne motiverende faktorer. Det er et hav av ting som kunne ha vært alternativer til det jeg har gjort, men det har ikke *jeg* vært motivert for, svarer den foreløpig eneste Steinar Hunskaar.

■ BETHNIL17@GMAIL.COM

Steinar Hunskaar var langt fra alene om å holde tale under høytideligheten i Knut Fægri hus, representasjonsvillaen til Universitetet i Bergen. FOTO: PRIVAT





SHINGRIX

VAKSINE MOT HELVETESILD
(REKOMBINANT, MED ADJUVANS)

Nye langtidsdata¹

Helvetesild kan forebygges med vaksine¹

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

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

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

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

UTVALGT SIKKERHETSINFORMASJON:

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

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

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

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

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

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

Referanser: 1. Shingrix preparatomtale.



Shingrix
preparatomtale

For mer informasjon:

shingrix.no

Trade marks are owned by or licensed to the GSK group of companies.
©2025 GSK group of companies or its licensor.
PM-NO-SGX-JRNA-250001, mai 2025

GSK

Hjelp Livmorhalsprogram med å utrydde livmorhals

■ KREFTREGISTERET • Folkehelseinstituttet

Fastlegen har en spesielt viktig rolle når det gjelder å forebygge livmorhalskreft. Det er fastlegen som tar de aller fleste livmorhalsprøver, og som treffer kvinnene gjennom hele livet, også i ulike sårbare situasjoner. Tre av ti kvinner tar ikke prøven som anbefalt, og det er her vi trenger ekstra hjelp fra fastlegene.

Det er sendt ut ti hjemmetester per fastlege til alle landets fastlegekontor. Livmorhalsprogrammet har sendt brev til 240 000 kvinner som ikke har testet seg på åtte år eller mer, med informasjon om muligheten til å

få en hjemmetest hos fastlegen. Dette er en prøve som kvinnen kan ta selv på legekontoret, eller ta med seg hjem. Vi ser at det allerede er mange som har benyttet hjemmetesten, og vi har fått gode tilbakemeldinger

fra fastleger om at dette er et verdifullt alternativ for å nå kvinner som synes det er vanskelig å gjennomføre en gynekologisk undersøkelse. Vi har på hjemmetester oppdaget både grove celleforandringer og tidlig

FIGUR 1. Gjennomgå sjekklisten på konvolutten sammen med kvinnen før hun tar prøven.

HPV hjemmetest



Sjekkliste før utlevering av prøvekit

- ☐ Pasienten har utfordringer med gynekologisk undersøkelse
- ☐ Det er tid for pasientens neste livmorhalsprøve
- ☐ Pasienten fyller 25 år i år, eller er eldre
- ☐ Merk prøvepinnen med pasientopplysninger
- ☐ Gjennomgå brukerveiledning med pasienten
- ☐ Pasienten har **IKKE** noen av punktene under
 - Gynekologiske symptomer som bør utredes
 - Pågående menstruasjon
 - Er konisert eller under oppfølging etter unormale livmorhalsprøver
 - Gravid / født siste 3 måneder
 - Gynekologisk operasjon siste måned

**Sjekk at prøvepinnen er merket og kontroller utløpsdato**

Mer informasjon på NEL og hpvhjemmetest.no

Det oppfordres til å ta testen på legekontoret

met kreft!

kreft hos kvinner som aldri har tatt prøve tidligere.

Vi vet at de aller fleste som får påvist livmorhalskreft ikke har tatt livmorhalsprøven på mange år. Det kan være kvinner som er immunsupprimert, røyker, har vært utsatt for overgrep eller andre grunner. Disse kvinnene går ofte til fastlegen sin for andre plager. Vi vet at fastlegen har mange ansvarsområder og oppgaver, men Livmorhalsprogrammet ønsker nå å ha dette som et hovedfokus i 2025 før vi kan sende hjemmetesten rett hjem til kvinner i målgruppen.

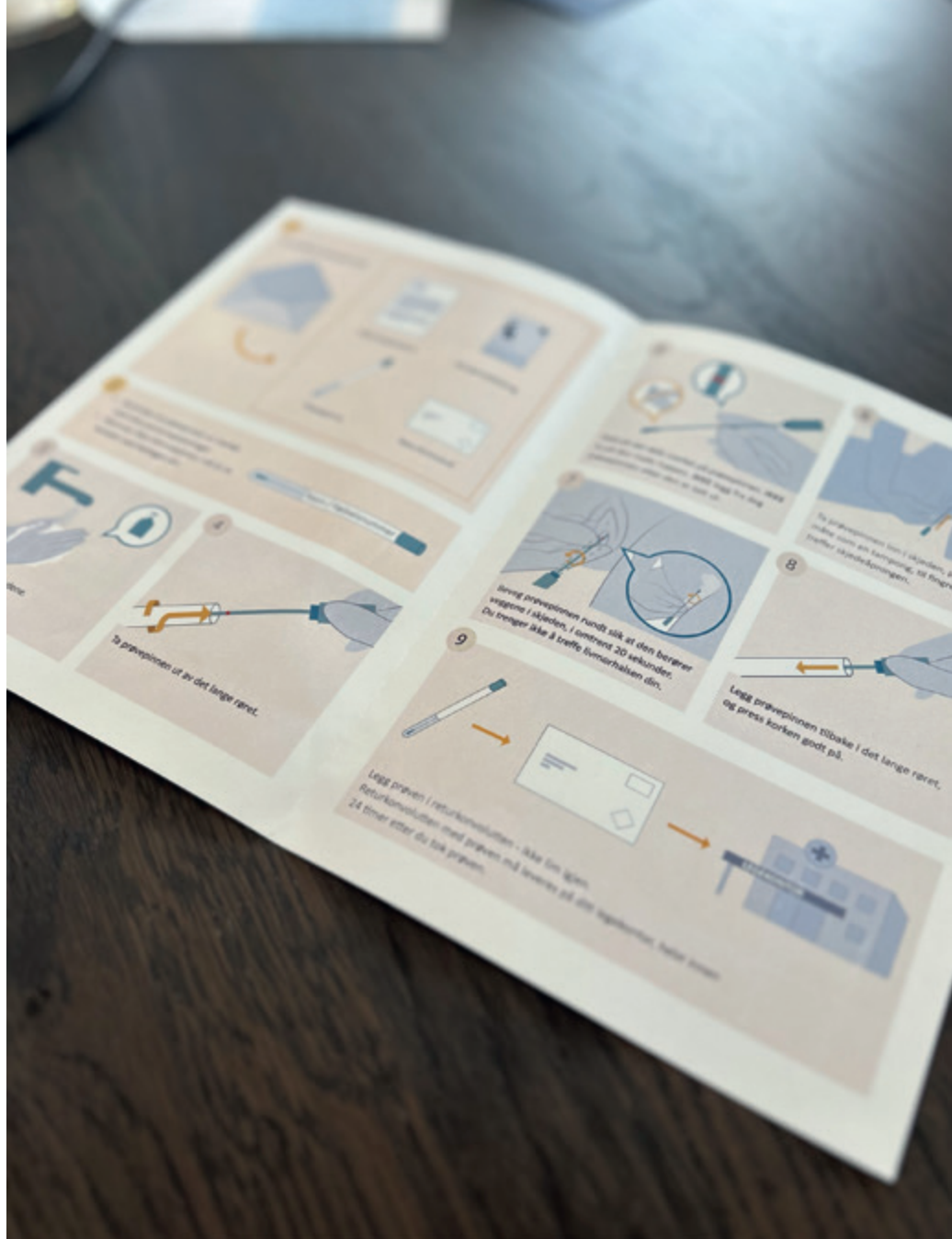
Fastlegens nøkkelrolle

Livmorhalsprogrammet ber om hjelp fra fastlegene til å utrydde livmorhalskreft ved å tilby HPV hjemmetest til kvinner som ikke tar livmorhalsprøven som anbefalt. Verdens helseorganisasjon har satt som mål at vi skal utrydde livmorhalskreft globalt. Dette betyr under fire tilfeller av livmorhalskreft per 100 000 kvinner (1). Fastleger kan bidra med å:

- **Spørre aktivt:** Når tok du sist livmorhalsprøve? For mange kan spørsmålet være det som skal til.
- **Bære button:** Bestill gratis buttons til ditt legekonto på kreftforeningen.no/brosjyrer
- **Heng opp plakater:** Når budskapet er synlig, senker det terskelen for å ta det opp som tematikk.
- **Organiser #sjekkddeg-kampanjer** på ditt fastlegekontor. Involver helsesekretærene og planlegg en kampanje denne høsten!

En nasjonal innsats

Dette er en nasjonal innsats for kvinners helse. Ved å tilby hjemmetesten til kvinner i målgruppen, kan du bidra til å forebygge flere krefttilfeller. Fastlegens innsats er avgjørende for at hjemmetesten når frem til dem som trenger den mest.



Takk for at du tar del i arbeidet – og for at du løfter dette i hverdagspraksisen.

«Tilbudet om hjemmetest hos fastlegen gjør screening mer tilgjengelig for flere kvinner som synes det er vanskelig å gjennomføre gynekologisk undersøkelse. Det bidrar til å senke terskelen for deltakelse i screening-programmet.»

MARTE KVITTUM TANGEN
Leder av Norsk forening
for allmennmedisin

Kvinner som kan ta livmorhalsprøve ved gynekologisk undersøkelse, anbefales å fortsette med det.

Sikker test

Sensitiviteten på hjemmetesten er lik leggettatt prøve, og testen er trygg i bruk (2). I Sverige tar 350 000 kvinner hjemmetest hvert år, og den samme testen brukes der som primær screeningmetode. Likevel er ingen prøve 100 prosent sikker, og det er derfor avgjørende at prøven tas av riktig

pasient (se sjekkliste på konvolutt, figur 1). Kvinner med symptomer på livmorhalskreft bør alltid undersøkes gynekologisk. Det er også viktig at fastlegene opprettholder kompetansen på å gjennomføre gynekologiske undersøkelser, slik at symptomer og plager kan vurderes på en trygg og grundig måte.

REFERANSER

1. <https://www.who.int/initiatives/cervical-cancer-elimination-initiative>
2. Performance of BD Onclarity HPV assay on FLOQSwabs

Livmorhalsprogrammet ved FHI arrangerer fagdag med tema livmorhalskreftscreening fredag 14. november 2025, på Thon Hotel Opera i Oslo.



Påmeldingen åpner i juni, og vi har søkt om kursgodkjenning for kurs. Bruk QR-koden!

Ph.d. Hvorfor det?

■ KATRINE PRYDZ • Fastlege Hammerfest med nyslått doktorgrad ved Finnmarkssykehuset



Jeg disputerte for ph.d.-graden i juni 2024, med avhandlingen: «From student to professional – mastering the necessary non-technical skills. Assessment tools and effects of multiprofessional simulation training».

Utposten utfordret meg til å svare på tre spørsmål.

– Hvorfor valgte du denne graden?

– Jeg fullførte medisinstudiet i 2012, og var da fast bestemt på én ting: aldri mer eksamen. Forskning var helt uaktuelt. I 2017 ble Finnmarksmodellen etablert – en desentralisert studiemodell hvor medisinstudenter ved UiT tar femte og sjette studieår i Finnmark. I den forbindelse skulle det gjennomføres følgeforskning, og det ble utlyst en ph.d. stilling ved Finnmarkssykehuset.

To erfarne kolleger som jobbet med Finnmarksmodellen oppfordret meg sterkt

til å søke. Jeg turte ikke annet enn å gjøre som de sa. Tilsettingsprosessen innebar både intervjuer og essayskriving, og gjennom arbeidet med dette fikk jeg øynene opp for prosjektet. Det traff meg midt i mitt faglige interessefelt. Da jeg fikk tilbud om stillingen, forsto jeg at dette var en sjelden og unik mulighet, som jeg bare måtte gripe.

Hvordan var det?

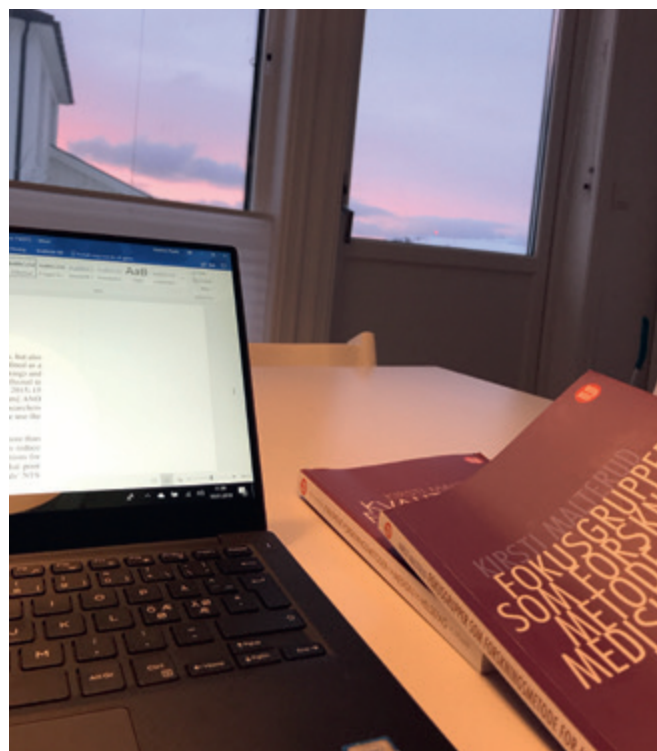
– Prosjektet gikk over sju år på deltid. Jeg hadde dyktige og engasjerte veiledere – lokal professor og anestesilege Torben Wisborg, samt medveiledere i Canada og Danmark.

Det var dog begrenset tilgang til et fagmiljø i hverdagen. Jeg var eneste stipendiat ansatt ved Finnmarkssykehuset i Hammerfest, samtidig var jeg eneste ph.d.-student på min avdeling ved UiT campus Hammerfest. Forskningsgruppa jeg var tilknyttet – Interest (INTERprofessional rural REsearch Team – Finnmark) – besto hovedsakelig av aktive klinikere med små deltidsstillinger ved universitetet. Totalt sett gjorde dette stipendiat-tiden til en ensom tilværelse. Pandemien i 2020 forsterket dette ytterligere.

Det har vært fordeler og ulemper med ensomheten. Det hadde vært nyttig med et fagmiljø hvor jeg kunne diskutert små og store praktiske og faglige spørsmål. Samtidig har det også vært en styrke: Jeg har hatt full oversikt og kontroll over prosjektet fra start til slutt. Hver beslutning, hvert valg og hver justering er gjort av meg – og jeg vet hvorfor det ble gjort akkurat slik.

Fra venstre: Førsteamanuensis Unn Sollid Manskow, Institutt for helse og omsorgsfag, UiT Norges arktiske universitet – leder av komité. Professor Petter Aadahl, NTNU- 2. opponent. Professor Berit Eika, Århus Universitet- 1. opponent. Katrine Prydz. Disputasleder førsteamanuensis Kari Milch Agledahl, Institutt for klinisk medisin, UiT Norges arktiske universitet.





Det har likevel vært en periode med stor personlig og faglig utvikling. Jeg har fått publisere viktig forskning, presentert på konferanser i inn- og utland, og sitter igjen med utrolig mye nyttig kunnskap og erfaring. Jeg er svært takknemlig for å ha fått denne muligheten.

– Avhandlingen handler om medisinstudenters ikke-tekniske ferdigheter. Det er ferdigheter som kommunikasjon, beslutningstaking, situasjonsbevissthet og samarbeidsevne. I omtrent 70 prosent av uheldige hendelser i sykehus er ikke-tekniske ferdigheter en medvirkende årsak. Ferdighetene kan trenes opp, forutsatt at man har gode verktøy for å vurdere både undervisningen og studentenes utvikling.

nikere kan bruke i undervisning, og verktøyet ble validert for det formålet.

NorMS-NTS ble deretter brukt til å sammenligne nivå av ikke-tekniske ferdigheter blant sjetteårs medisinstudenter i Tromsø, Bodø og Finnmark. Studentene hadde felles læringsmål og felles eksamen, men det var noe variasjon i læringsaktiviteter og læringsarenaer. Under multiprofesjonelle simuleringsøvelser deltok studentene i to identiske scenarier. Øvelsene ble filmet, og studentenes ferdigheter ble vurdert av «rattere» blindet for studiested.

Resultatene viste at studentene i Finnmark – som får sin utdanning i en rural og desentralisert modell – hadde signifikant høyere nivå av ikke-tekniske ferdigheter. Studentene i Bodø og Tromsø lå jevnt. Funnene tyder på at det er mulig å oppnå bedre ikke-tekniske ferdigheter for medisinstudenter i rurale, desentraliserte utdanningsmodeller. Men som alltid – mer forskning er nødvendig!

I løpet av arbeidet har jeg sett hvor viktig ikke-tekniske ferdigheter er for pasientsikkerheten. Det bekymrer meg at man jobber for bedre pasientsikkerhet ved å innføre stadig nye retningslinjer, sjekklister og flytskjema. Hvordan skal studentene utvikle sin evne til å håndtere usikkerhet, ta beslutninger og være til stede i situasjonen, om de alltid skal følge en liste? Hvordan skal de bli gode klinikere? Legger du til uklok bruk av kunstig intelligens, så tror jeg vi beveger oss enda lengre vekk fra den helt nødvendige utviklingen av ikke-tekniske ferdigheter. Men det kan jeg skrive om en annen gang!

u

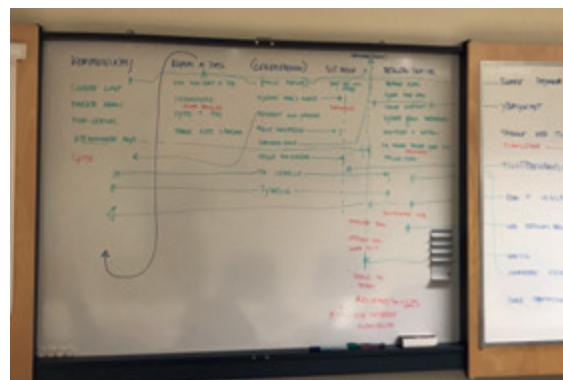
LÄRINGSMÅL

TEKNISKE

- ANVEND I SBAR

IKKE TEKNISKE

- SITUATIONSBEVIDSTHED
- INDSEET EGNE KOMPETENCER / BEGRÆNSETNINGER
- BYDE IND MED EGNE KOMPETENCER
- SIGE FRA



UTPOSTEN 4 • 2025

Svenske tilstander

Da Jan-Olaf Skalenius kontaktet meg høsten 2024 for å invitere en delegasjon til seminar i Göteborg om allmennlegens rolle og fremtid, var han klar på at han på mange vis tror slaget er tapt for Sveriges del, men han ville at vi skulle komme, høre, lære og bli advart.

Foredraget jeg holdt sammen med Hanna Helgetun Krogh på konferanse i 2019 om den norske fastlegeordningen føltes langt bak i tid, da jeg høsten 2024 ble kontaktet av en ivrig svenske som hadde sett opptak av foredraget på SFAMs (Svensk förening för allmänmedicin) nettside, og som slett ikke hadde glemt hva vi snakket om. Han har hatt turnus i Odda, senere vært kommunelege, legevaktsjef og fastlege i Hauge-sund, og brenner fortsatt for den norske fastlegeordningen. Nå arbeider han som allmennlege i Göteborg.

Jan-Olaf og lokalforeningen DLF VG (Distriktslegeforeningen i Västra Götaland) organiserte seminaret selv, på friti-

den. Engasjementet og frustrasjonen var til å ta og føle på da han ringte oss med mer informasjon om arrangementet og et sterkt ønske om norsk representasjon på seminaret. Det ble avtalt at Torstein Sakshaug og artikkelforfatter skulle komme som delegater fra Allmennlegeforeningen.

Allerede på vei i bil fra flyplassen får vi innsikt i en del av de svenske utfordringene. Jan-Olaf beskriver det slik:

«Det er stor frustrasjon over at vi har en så fragmentert helsetjeneste. 21 fylker med forskjellige varianter av 'vårdval' (SE FAKTABOKS) i primærhelsetjenesten. Dette ble innført i 2009 og er en sentral årsak til problemene, i tillegg til at det også er svært kostbart. Det

kan tidvis virke som en plan fra 70-tallet, der hensikten var å redusere legenes innflytelse. Man har virkelig lyktes – til fordel for byråkratiet og bedriftsinteressene.

Det finnes så mange ulike driftsformer: Offentlige, private små og store konsern, individuelle leger innen hvert fylke, mer preget av konkurranse enn samarbeid, med fri etablering og uten fylkenes eller kommunenes evne til å planlegge. Det er svært lav interesse blant medlemmene i DLF for å engasjere seg. Jeg registrerer en oppgitthet blant de unge legene: De opplever at det er vanskelig å få innflytelse, få har fantasier om egen drift, og mange føler seg utnyttet under spesialiseringen.»

I Sverige har kapitalismen egentlig tatt over, forteller Jan-Olaf videre.

«Jeg solgte selv motvillig livsverket mitt til Capio i 2014. Lobbyen er sterk og når disse kreftene finner veien inn, er det ingen vei tilbake».

Han sukker.

«Det vil kreve en formidabel innsats fra legeforeningen i Norge å stå imot markeds-kreftenes press. Uten en slik mobilisering risikerer dere et alvorlig tap – for pasientene, for velferdsstaten, for dem som bærer videre vår faglige tradisjon, for kunnskaps-overføringen, og for selve legestanden.»

Han bruker sterke ord, denne fargerike legen fra Göteborg – og han rygger ikke tilbake for å beskrive private aktører som for eksempel Kry som velferds-gangstere som suger til seg fra felleskassen. Man skal ikke lese mye på hans Facebook-side før man forstår frustrasjonen over disse aktørenes bruk av den svenske «Utomlänstaxan». Dette betyr bokstavelig talt «utenfor fylkestaksten» og kommer til anvendelse når pasientene får behandling i et annet fylke (region) enn der vedkommende er folkeregistrert. Kry tilbyr digitale legekonsultasjoner til pasienter over hele Sverige for vanlig egenandel, men fakturerer pasientens hjemregion via utomlänstaxa. Dette har ført til at Kry vokser raskt uten lokale avtaler, samtidig som de håndterer enkle pasienter og overlater mer krevende tilfeller til sin vårdcentral (det offentlige).

Den fragmenterte organiseringen har også påvirket tilbudet til innbyggerne på kveld og natt.

Fargen på Jan-Olafs røde velur-dressjakke illustrerer kanskje også frustrasjonen over akuttilbudet som står igjen. Han ser oppgitt til siden;

«I Sverige har vi 21 regioner (tidligere kalt landsting), med 21 forskjellige systemer og store lokale forskjeller. Jeg kjenner best til situasjonen i Västra Götaland, naturlig nok.

Når det gjelder legevakt, er hver fastlegeklinik (vårdcentral, VC) på papiret ansvarlig for sine pasienter hele døgnet, så lenge de

Seminaret ble holdt i Regionens hus i Göteborg. Det er hovedkvarteret til Region Västra Götaland og sto ferdig i 2020. Tårnbygningen er 59 meter høyt fordelt på 15 etasjer.



FOTO: PAUL BJÖRKMAN

ikke trenger sykehusbehandling. Men i praksis fungerer det ikke slik – mange kjøper seg fri fra denne plikten og inngår avtaler med ekstern aktør som tar seg av dette.

I denne regionen er nå 60 prosent av vårdcentralene private, de fleste eid av store konsern.

I begynnelsen av 'vårdvalet' i 2009 drev noen få klinikker heroisk legevakt alene. Jeg jobbet selv 70–80 timer i uken fysisk til stede på kontoret fra 2009 til 2013.

De siste årene har de private klinikkene i stedet kjøpt tjenester fra selskaper som tar hånd om legevakt på hverdager fra 16–22 og i helger fra 10–16. De offentlige klinikkene har gått sammen og driver legevakt med sin egen stab, men i praksis med innleide leger.

Resten av 'legevakttiden' – altså netter etter klokken 22 på hverdager og fra klokken 16 i helgene – er både offentlige og private klinikker avhengige av et privat selskap som har vunnet anbudet. Dette selskapet tjener enorme summer og utfører i hovedsak hastevurderinger, sykehjemstilsyn og utsteder dødsattester.

I praksis har ingen lege som jobber på dagtid på en fastlegeklinikk lenger noen legevaktplikt.»

Vi to som sitter på med Jan-Olaf fra Landvetter flyplass til leiligheten hans, hvor vi skal få overnatte i Göteborg, visste en del om det svenske systemet allerede, men har likevel fått mye nytt å tygge på i løpet av den drøye halvtimen turen varer. Det blir stille de siste minuttene.

Vel framme rekker vår vert å gi oss en kort innføring i musikkinstrumentssamlingen, som den ivrige trombonisten han er – men vi kjenner på spenningen foran morgendagens seminar og legger oss tidlig.

Seminaret fant sted i flotte Regionens hus, og oppmøtet var etter Jan-Olafs ord «bedre enn fryktet og dårligere enn håpet». Det la ingen demper på entusiasmen og diskusjonen hos dem som *hadde* møtt opp, skulle det heldigvis vise seg.

Hálfðán Pétursson, spesialist i allmennmedisin og universitetslektor, startet dagen med et særdeles humoristisk og tankevekkende foredrag om «kloke valg». Artin Entezarjou fortalte om KI-journalverktøy og digitalisering, fulgt av Jonn Öhrvill, som presenterte statistikk rundt vårdval og de viktigste aktørene på markedet.

Jan-Olaf kom så på talerstolen etter en kort pause, og med tydelige emosjoner ble både den svenske og norske modellen kort belyst. Så var det vår tur.

På konkret, kortfattet vis med rom for mange spørsmål gikk vi gjennom hovedtrekkene i den norske ordningen. Mest overraskelse virket det å vekke at vi gjør så mye selv – og et av spørsmålene var: «Hvordan klarer dere dere uten sykepleiere,

kommunikatører, ledere, mellomledere og så videre?» Det var oppriktig forbauselse å spore. I etterkant kunne vi lese kommentarer på sosiale medier som

«Kul også att se hur entusiastiskt de norska kollegorna med stolthet berättade om sitt primärvårdsystem. Fin kontrast till de flesta allmänläkare i Sverige som mer kämpar för att överleva och de flesta av oss letar efter alternativ till att vara (heltids) anställda. Missnöjet med systemet är enormt.»

og

«Tack för en väldigt intressant eftermiddag! Norrmännens genomgång var väldigt intressant, inte minst hur nöjda och stolta de var över sitt system.»

Etter gjennomført bidrag kjente vi nok begge to på motstridende følelser; nemlig stoltheten over det norske systemet – og redselen for at den kan bli tatt fra oss, og hva det så vil bety.

Den følelsen ble ytterligere forsterket av at Jan-Olaf personlig overhendinget oss en utskrevet kopi av den mer enn hundre sider tykke boken med krav til Vårdsentraler: *Krav- och kvalitetsbok Vårdval Vårdcentral*.

Det ble i det hele tatt helt tydelig at å starte et legekontor i Norge og en Vårdcentral i Sverige ikke kan sammenlignes – til tross for at en oppstart i Norge også er krevende. Ytterligere en grunn til at de store konsernene vinner fram i vårt naboland.

Til slutt fikk Ylva Sandström, leder i DLF ordet.

Foredraget om «vår framtid» hadde fokus på det som virker, for eksempel i region Jämtland der de i 2013 innførte stopp på vikarinnleie og satset på ALIS-utdanning. Det er stor mangel på ALIS-muligheter i de fleste regioner i Sverige. I tillegg slutter svært mange av de ferdig utdannede spesialistene i allmennmedisin, uten at man vet hvor de tar veien.

Allmennlegene ble i Jämtland i tillegg prioritert inn i sideutdanning på sykehus og det ble innført listetak. Man kontinuerter dette på tross av økonomiske utfordringer i regionen, og på tross av politisk maktskifte. Det virket og Jämtland beskrives nå som en foregangsregion. Sandström løftet også fram viktigheten av fokus på et godt arbeidsmiljø, og hvordan det er for mye «overtro» rundt at digitale verktøy skal effektivisere allmennlegehverdagen.

En svært variert og spennende dag ble avsluttet med middag med de fleste involverte på M/S Marieholm. Kvelden bød på både god trombonemusikk i bluesversjon, nydelig mat og enda flere engasjerte diskusjoner å fordøye.

Vi hadde på mange måter fått mye å tygge på. Det hele fortsatte på flyet hjem der vi

VÅRDVAL

er det svenske systemet hvor pasienter fritt kan velge hvilken fastlegeklinikk (vårdcentral) eller spesialist de vil gå til, innen primærhelsetjenesten.

Det ble innført for å:

- Øke pasientens valgfrihet.
- Skape konkurranse mellom tilbydere (offentlige og private) for å heve kvaliteten.
- Gi private aktører rett til å etablere seg fritt hvis de oppfyller visse krav.

Hvordan det fungerer:

- Regionen betaler klinikkene per pasient de har på listen, pluss noe ekstra for konsultasjoner og visse tiltak.
- Både offentlige og private klinikker konkurrerer om å tiltrekke seg pasienter.
- Klinikken får pengene direkte fra regionen – pasienten betaler bare en liten egenandel.

Problemer som har oppstått:

- «Enkle» pasienter prioriteres fordi de er billigst å håndtere.
- Samhandling og helhetlig omsorg svekkes.
- Store kjeder har etablert seg og presser ut mindre aktører.
- Regionens mulighet til å styre helsevesenet reduseres, for eksempel ved å plassere klinikker der behovet er størst.

(LAGET MED HJELP AV CHATGPT, FAKTASJEKKET MED SIKKER KILDE)

leste og diskuterte årets Specialutgava 2025 av bladet *Distriktsläkaren* som vi hadde fått med oss. Tittelen er «Röricht, utan en fast namngiven läkare». Den burde leses av alle som ønsker å endre retning på det tross alt gode systemet vi har i Norge, som mange land ser til og misunner oss.

Et lite snev av håp for Sverige har Jan-Olaf likevel fremdeles, vekket til live av at lokale politikere ba om et møte allerede dagen etter seminaret.

Og for oss i nabolandet?

«Hvor er engasjementet, forstår dere ikke hva dere kjemper mot» var meldingen vi mottok fra Jan-Olaf i påsken. Han skrev om den labre responsen på Legeforeningens viktige kronikk som omhandlet regjeringens plan om å teste ut en ny digital allmennlegetjeneste, og hvordan den truer selve grunnmuren i norsk allmennmedisin.

Han håper vi nordmenn våkner i tide.

INGA MARTHE GRØNSETH
Fastlege, Sørbyen legesenter i Trondheim og 4. landsråd for Sør-Trøndelag i Allmennlegeforeningen
■ I.M.GRONSETH@GMAIL.COM

YNGRE FASTLEGER

1 av 4 sluttet i løpet av ti år

Ved bruk av registerdata har norske forskere sett på flere faktorer hos fastleger som var yngre enn 40 år da de startet som fastlege i perioden 2010 til 2019. Målet med studien, som inkluderer 2038 fastleger, har vært å undersøke hva som karakteriserer de som forblir i jobben og de som slutter. Legene ble fulgt opp til de sa opp stillingen som fastlege eller frem til 31. desember 2020. I løpet av oppfølgingstiden hadde 24,5 prosent av legene sluttet som fastlege. De viktigste prediktorene for å forbli i fastlegejobben gjennom hele oppfølgingsperioden, så ut til å være høy aktivitetsbasert inntekt og det å ha en spesialitet i allmennmedisin. Blant de som forlot fastlegejobben, var ifølge forskerne de viktigste prediktorene legevaktarbeid mer enn 50 dager i året samt det å være fastlege i mindre sentrale strøk. Artikkeforfatterne, som er tilknyttet Folkehelseinstituttet og Avdeling for helseledelse og helseøkonomi ved Universitetet i Oslo, skriver i abstraktet at arbeidsmengden i allmennpraksis ikke slo ut i denne studien som en viktig prediktor for å slutte som fastlege.

● Scandinavian Journal of Primary Health Care (K Skyrud et al), mars 2025, doi: 10.1177/14034948251317465



SINUSITT

Forventer antibiotika

Pasienter med akutte bihuleplager tok først og fremst kontakt med fastlegen for å få smertelindring og for å bli raskt bedre. Pasientene uttrykte tillit til fastlegen, men hadde samtidig klare forventninger om å få den behandlingen de ønsket. De fleste forbandt legemiddelbehandling med antibiotika og trodde at antibiotika er effektivt ved bihulebetennelse. Dette fremgår av intervjuer med 12 pasienter som hadde kontaktet fastlegen for bihulebetennelse.

● Scandinavian Journal of Primary Health Care (J Thaulow et al), mai 2025, doi: 10.1080/02813432.2025.2498510

SKRØPELIGHET

Nytt screeningverktøy for legevakt

Det å motta hjelp ukentlig, være bundet til hjemmet og bruke hjelpemiddel for å gå, er sterke indikatorer for skrøpeligheit hos eldre akuttspasienter på legevakt. Samlet kunne disse faktorene forklare 74 prosent av variasjonen skår på Clinical Frailty Scale (CFS). Funnene ble utgangspunkt for å formulere tre ja-/nei-spørsmål som kan brukes i legevakt i telefonkontakt med eldre for raskt å kunne vurdere graden av skrøpeligheit: «Bruker du stokk, rullator eller lignende når du går? Er du ute av hjemmet mer enn én gang i uken, uten hjelp? Mottar du hjelp ukentlig?» Det norskutviklede screeningverktøyet er kalt FastFrail, og utviklingen av verktøyet er beskrevet i studien. Data ble innhentet fra legevakt mellom januar og august i 2022 på akutt-pasienter, unntatt de med høyest triagering og som ikke var i stand til å svare på spørsmål og uten pårørende som var med. Studien inkluderer 200 pasienter over 70 år, hvorav snaut halvparten var i aldersgruppen 70 til 80 år. Median skår på CFS var 4. Skalaen går fra 1 til 9, der skår på 4 eller mer indikerer skrøpeligheit.

● BMJ Open (I Sebjørnsen et al), april 2025, doi: 10.1136/bmjopen-2024-095953

**23 %**

av kontaktene til legevakt ble håndtert med rådgiving over telefon, det vil si at innringer fikk råd om hvordan symptomene kunne håndteres uten å oppsøke legevakt. Feber, magesmerter og hoste var de vanligste årsakene der innringer fikk telefonrådgiving. Råd om egenhåndtering var vanligst om natten, sammenlignet med dag og kveld, og gjaldt oftere de yngste aldersgruppene, sammenlignet med de eldste, ifølge norsk legevaktforskning.

● Doktoravhandling, ph.d. Vivian Midtbø, disputas 5. mars 2025, Universitetet i Bergen

KOLS-SYKE

Økt helsetjenestebruk før sykehjem

Å motta hjemmebaserte tjenester er forbundet med et høyt antall fastlegekonsultasjoner og sykehusinnleggelses eller polikliniske konsultasjoner i årene forut (OR 1,3). Da er sammenhengen også korrigert for komorbiditet og sosiodemografiske faktorer. Det viser en studie blant pasienter med KOLS og helsetjenestebruk med respiratorisk sykdom som hoveddiagnose. I tiden etter vedtak om hjemmebaserte tjenester, var type hjelp viktigere enn helsetjenestebruk i spesialisthelsetjenesten for å kunne forutsi sykehjemsplass eller død det kommende året. Studien inkluderer 16 738 personer i Oslo og Trondheim med førstegangs kontakt for KOLS som primærdiagnose i perioden 2009 til 2018. Forskerne konkluderer med at pasientene som tilhørte gruppen med ti prosent høyest årlig bruk av fastlege, sykehus eller poliklinikk, trolig vil ha behov for hjemmebasert hjelp i nær fremtid.

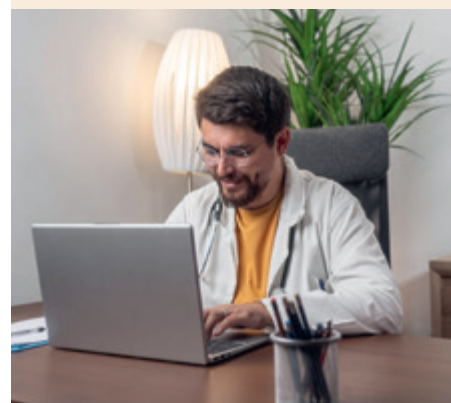
● Scandinavian Journal of Primary Health Care, (TA Moger et al), mars 2025, doi: 10.1080/02813432.2024.2404056

FASTLEGER

Motivasjon for å veilede

Å kunne bidra til rekruttering, faglig utvikling, variasjon i jobbhverdagen var de viktigste faktorene for fastlegers motivasjon for å være veiledere. Bidrag til fastlegerekutteringen var det motivasjonskriteriet som flest anga. Slik oppsummerer forskerne svarene fra en nett-undersøkelse som ble sendt til alle fastleger i Norge i februar 2022. Forskerne fikk svar fra 29 prosent, noe som utgjorde 1466 svar. Blant de som svarte var drøyt én av tre aktive veiledere. Resultatene avdekket positive holdninger til å være studentveiledere, også blant ikke-veiledere, selv om mange var enige i at det bidro til økt arbeidsmengde.

● Scandinavian Journal of Primary Health Care (J Solberg Knutsen), februar 2025, doi: 10.1080/02813432.2025.2471053



Steroideprosjektet

Hvem er dere?

Steroideprosjektet ved Oslo universitetssykehus er en nasjonal tjeneste som ble opprettet i 2014 i forbindelse med at spesialisthelsetjenesten fikk ansvaret for å tilby behandling til brukere av anabole steroider. Utvikling av behandlingstilbudet, forskning, samt informasjon og veiledning til brukergruppen, pårørende, hjelpe og helsepersonell er blant noen av våre største oppgaver. Vi har også utviklet og drifter en nettside **steroidelab.no**. Her finnes mye nyttig informasjon og behandlingsressurser om dette temaet.

Hvem kan ringe til dere?

Vi blir kontaktet av mellom 5–600 brukere og pårørende hvert eneste år på vår veiledningstelefon eller e-post. Alle som tar kontakt har opplevd en uønsket konsekvens av bruk med steroider, enten selv eller hos en de står nær, og lurere dermed på hvordan

de kan få hjelp med dette, eller hvordan man kan slutte å bruke steroider.

Av helsepersonell er det omtrent 3–400 i året som tar kontakt. Mange er fra TSB (tverrfaglig spesialisert rusbehandling), somatikk, legevakt, psykisk helse, helsesykepleiere, bedriftshelsetjenesten, private helsetjenester, fastleger, barnevernet og fengselshelsetjenesten/kriminalomsorgen. Når det gjelder fagbakgrunn er det alt fra leger, sykepleiere, psykologer, vernepleiere til sosionomer, og andre faggrupper.

Hva kan man spørre om?

Alt innen konsekvenser av bruk av anabole steroider. Vi gir veiledning i hvordan behandle og hvem man kan henvise til for videre oppfølging og behandling. Her er det lov å spørre om alt.

Hva er det vanligste spørsmålet?

Fra helsepersonell er det flest spørsmål om

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



forskrivning og nedtrapning av testosteron. Mange lurere på sjekk av hormonstatus, hvilke blodprøver som bør tas og hvor ofte. Dette har vi i steroideprosjektet skrevet en artikkel om tidligere i *Utposten*.

Hva er det rareste spørsmålet dere har fått?

Vi får ikke så mange morsomme spørsmål dessverre, men noen synes det er rart at vi har bredt spenn i alder på våre innringere, fra tenåringer til pensjonister.

Steroidprosjektet ved Oslo Universitetssykehus
Veiledningstelefon: 46 95 97 91

CHRISTINE WISLØFF

Prosjektleder

■ STEROIDER@OUS-HF.NO

ILLUSTRASJONSFOTO: GETTY IMAGES / LIJOMILA CHERNETSKA



'Hvorfor har jeg vondt i ryggen?'

Han forteller om sydenturen som ikke ble som planlagt, selv om han fikk til å gå lange turer. Det var lite trivelig, fordi ryggen var så vond. Vond rygg har han hatt mange ganger før, men det har alltid gått over på en uke. Nå var det gått tre uker. Hvorfor? Hva er galt? Vi må vel ta et bilde? Stadig gjentar han setningen: Jeg forstår ikke hvorfor det ikke går over.

Jeg lytter. Jeg kommer med enkle empatiske utsagn av typen: Det var dumt. Leit at det ikke ble som du ønsket med den sydenturen... Flere ganger ser han på meg og sier: Hvorfor går det ikke over? Jeg svarer at det skal vi finne ut av, først må jeg høre hvordan du har det og hva som har skjedd, og så må jeg undersøke deg. Jeg tenker: Har jeg lovet vel mye når jeg lover et svar på hvorfor han har vondt?

Jeg hører hele historien og stiller en del spørsmål. Det er ikke utstrålende smerter. Det er ingen alarmsymptomer. Han føler seg stiv og har vondt i nedre del av ryggen. Jeg undersøker og finner stiv og hard ryggmuskulatur, ellers er det ingen funn.

Tiden er kommet for å forklare hvorfor han ikke er blitt bra i ryggen. Jeg sier: Ved slike plutselige ryggsmarter som du har nå blir ni av ti bra innen to uker. Tidligere har du blitt bra på en uke, og da har du vært en av de ni. Da var du heldig. Denne gangen ble du ikke bra. Denne gangen er du *uheldig* og er den ene av ti som ikke blir bra på to uker. Det er derfor det ikke har gått over.

Forklaringen er banal og kanskje latterlig, men ikke desto mindre det nærmeste vi kommer en sannhet. Han ser på meg og nikker, som om jeg var et orakel. Han aksepterer forklaringen fullt ut, tydelig imponert. Det er tilfredsstillende for legen – jeg kan gi en forklaring uten å lyve, han får en forklaring han slår seg til ro med.

Ofte, men ikke alltid, er det så enkelt. Noen pasienter krever mer og vil si: Men det må være noe galt i ryggen! Jeg kjenner jo at noe er galt! Du må finne ut hva det er! Da kan jeg svare: Det er en klok tanke. Du kjenner jo at

noe er galt. Problemet er bare at hundrevis av ambisiøse forskere har tenkt akkurat slik og prøvd å finne ut akkurat hva som er galt. Men de har ikke klart det. Mennesket har ikke kommet lenger.

Det er noen få som fortsatt sier seg uenig. De sier: Det må være noe galt, og jeg vet at det ligger en nerve i klem. Jeg kjenner det, og kiropraktoren min har sagt det. Da kan jeg svare: Jeg skal bevise at det er feil. Jeg foreslår at du oppsøker ti forskjellige behandlere, det kan godt være flere kiropraktorer, men gjerne også andre – osteopater, fysioterapeuter og andre leger enn meg. Jeg kan love deg at du får, om ikke ti, så i hvert fall fem forskjellige forklaringer på hvorfor du har vondt. Det beviser at alle tar feil! For hvordan skal du kunne vite

hvem som er den ene som har rett, om det så er en av dem som i det hele tatt *har* rett? Nei, den eneste som har rett er den ene – jeg peker på meg selv – som sier sannheten: Jeg vet at jeg ikke vet! Jeg føyer til: Det er litt fint og, at vi ikke vet. For det betyr at det ikke er noe galt inne i selve ryggen som går i stykker eller som må opereres.

Det føles godt å kunne slå i bordet med Sokrates sin mest kjente setning: Alt jeg vet er at jeg intet vet! Når samtalen har tatt denne vendingen mot antikken er de aller fleste fornøyd, aksepterer forklaringen og sin tilstand, og klarer seg uten MR av ryggen og alle problemer det fører med seg. Mange pasienter sier til og med: Ja, det stemmer! Jeg har faktisk allerede forsøkt det du sier der, jeg har vært hos forskjellige behandlere. Det er som du sier: Jeg har fått helt forskjellige forklaringer.

Igen kan jeg få den gode følelsen av å være et orakel – et ignorant, men ærlig orakel.

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



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

HVA LESER..

Ina Grung?

Spesialist i allmennmedisin og ph.d.-stipendiat UiB
■ INAGRUNG@GMAIL.COM



Hva leser du nå?

Nå leser jeg tre ulike typer bøker, sånn er det ofte: En roman, en fagbok og en barnebok.

Nå holder jeg på med Kerstin Ekmans første bok i trilogien *Vargskinnet*, i tillegg til *Beyond Depression – a new approach to understanding and management* av Christopher Dowrick – og *Harry Potter og Mysteriekammeret* av J. K. Rowling.

Hvorfor leser du disse bøkene?

Romanen leser jeg bare fordi jeg har lyst. Det er noe helt eget ved å kunne forsvinne inn i en historie slik man kan når man leser bøker. Jeg får både slappet av og får nye

perspektiver på en gang. Kerstin Ekman har jeg lest før, *Løpe Ulv*, hun skriver godt. For meg er språket vel så viktig som innholdet, jeg klarer ikke å lese bøker hvor jeg ikke opplever en god flyt. I *Vargskinnet* finner vi oss i en annen tid, på begynnelsen av 1900-tallet. Vi blir kjent med en ung jordmor og får oppleve verden gjennom henne. Det er rått og brutalt – men også veldig fint. Det er liv og død, sosial urettferdighet, sterke kvinner og i tillegg en fantastisk skildring av og nærhet til naturen. En perfekt bok for meg!

Beyond Depression leser jeg mest på grunn av doktorgradsarbeidet mitt. Jeg holder på å ferdigstille den tredje artikkelen om de-

presjonsomsorg i allmennpraksis. Dowrick er allmennlege og forsker og har mye klokt å si om temaet. Jeg må si at jeg blir veldig inspirert av å lese denne boken.

Harry Potter-bøkene leser jeg for fjerde gang. Jeg var for gammel til å være interessert da de kom ut (syntes jeg selv, jeg var atten!), men så har jeg fått gleden av å lese dem for alle mine tre sønner. Yngstemann er sju år, og vi har begynt å lese de tre første bøkene om igjen i påvente av at han blir eldre og bedre kan tåle mørket i de siste fire bøkene. Det er et av dagens høydepunkt når jeg får krype inntil gutten min i sengen for å lese høyt. – Bare litt til, sier han alltid når vi har fullført kveldens kapittel. Jeg er ikke så vanskelig å be.

Hvor leser du?

Jeg leser mest hjemme. I en god stol eller på sengen. Mest i helger og ferier, siden hverdagen ofte er travel. Og selvsagt når jeg er på reise, da er det om å gjøre at boken jeg holder på med ikke er for tung. Å ligge i solen og lese, det er noe av det beste som finnes! Jeg gleder meg til sommerferien.

Hvilke bøker vil du helst lese?

De jeg leser! Jeg leser av lyst og interesse, og ikke fordi jeg må. Bøker som ikke snakker til meg leser jeg ikke ferdig, uansett hvor anerkjent forfatteren er.

Har du en anbefaling til *Utpostens* lesere?

Ja, mange! Jeg ser i bokhyllen at jeg har en forkjærlighet for trilogier. Ekmans *Vargskinnet*, som jeg leser nå anbefales, og i tillegg en annen svensk forfatter som heter Karin Smirnoff, som har skrevet en ganske mørk, men underholdende trilogi om livet som hjemmehjelp i Nord-Sverige. Og de som ikke har lest Lars Myttings trilogi om *Søsterklokkene* har noe å glede seg til!



FOTO: PRIVAT

Topikale steroid

– ei praktisk tilnærming

Topikale steroid blir føreskrive av både fastlegar og sjukehuslegar, og legemidla er godt kjent blant både behandlarar og pasientar. Likevel skjer det i stor grad at legemidla blir brukt feil. Mange er engstelege for biverknader og brukar i mange tilfelle for lite av legemiddelet. Målet med denne artikkelen er å bidra til betre opplysning rundt den praktiske bruken av topikale steroid, samt om biverknader av legemiddelgruppa.

Topikale steroid, óg kjent som kortisonkremer, topikale kortikosteroid eller glukokortikoid, er ei gruppe legemiddel som er mykje brukt til å behandle inflammatoriske hudsjukdomar. Dei første topikale steroida vart utvikla på 50-talet, og har etter dette vore ein særskild viktig reiskap i behandling av hudsjukdomar som atopisk eksem, psoriasis, alopecia areata og bleieeksem, for å nemne nokre (1).

Verknadsmekanisme for topikale steroid

Topikale steroid verkar via fleire mekanismar som blant anna gir ein betennelsesdempande effekt (2, 3). Ei viktig mekanisme for topikale steroid er at dei gir konstrikasjon av blodkar, noko som bidrar til å redusere inflammasjon (3). Forskjellen i potens til dei ulike topikale steroida er i stor grad avgjort av i kva grad dei får hud til å bli avbleika som følgje av karkonstriksjon (4). Klobetasol, som er det sterkaste topikale steroidet på marknaden i Norge, er mange gongar så potent som hydrokortison, som er det mildaste steroidet på marknaden, basert på evna det har til å bleike av hud (2, 4). Denne avbleikinga, som oppstår i løpet av timar etter påføring, må ikkje oppfattast som ein biverknad, men heller ein ønska effekt av legemiddelet.

Potens av ulike topikale steroid

I Norge, samt i fleire andre land, kategoriserast steroid i fire grupper, gruppe I-IV, avhengig av potens, der milde steroid er i gruppe I og ekstra sterke steroid er i gruppe IV (TABELL 1) (5).

I tillegg til potensen til sjølve steroidet i formuleringa, kan ein óg vente at formuleringa vil ha noko å seie for effekten av legemiddelet. Klinisk sett, ventar ein generelt at ei kremform er noko meir potent enn eit liniment, og at ein salve er mest potent (3, 7). Dette skuldast den okklusive eigenskapen til salven som følgje av den feite formuleringa, noko som generelt vil kunne auka absorpsjon og dermed gi betre legemiddelopptak over huda (3, 7).

Okklusjon med plast eller tette bandasjer, bruk av bleie, eller område der hud

ligg mot hud, bidrar ytterlegare til absorpsjon og effekt av steroid, samt til auka risiko for biverknader (2). For enkelte hudsjukdommar med avgrensa utbreiing kan okklusjonsbehandling vere nyttig, både fordi ein får betre effekt av behandlinga og fordi ein ikkje kjem til for å klø på det aktuelle området. Til dømes kan ein kronisk kløande lesjon på legg dekkast med ein bandasje etter påføring av steroid. Bruk av bomullshanskar om natta kan for pasientar med handeksem vere ei tolererbar okklusjonsbehandling.

Val av potens

Val av potens av dei topikale steroida avheng mellom anna av hudtilstanden som behandlast og alvorsgrada av den. I tillegg

TABELL 1. Eksempel på topikale steroid i dei ulike styrkegruppene I–IV (5, 6)

Gruppe I, milde	Hydrokortison (Hydrokortison, Mildison, Daktacort (inneheld óg mikonazol))
Gruppe II, middels sterke	Hydrokortisonbutyrat (Locoid) Desonid (Apolar) Triamcinolonacetamid (Pevisione, inneheld óg ekonazol)
Gruppe III, sterke	Mometason (Elocom, Elocon, Ovixan, Mometason) Betametason (Betnovat, Daivobet og Enstilar (Daivobet og Enstilar inneheld óg kalsipotriol)) Fluocinolonacetamid (Synalar, Synalar med chionoform)
Gruppe IV, ekstra sterke	Klobetasol (Dermovat, Clobex sjampo)



ILLUSTRASJONSFOTO: GETTY IMAGES / LIDIA EFIMOVA

er lokasjon av hudtilstanden av relevans (5, 8). Generelt kan ein seie at ein bør velje så potente steroid som nødvendig, men så milde steroid som mogleg.

Kortikosteroid absorberast i større grad på områder med tynn hud enn på områder med tjukk hud (3). På stader med tjukk hud, som i handflater og fotsolar, bør ein derfor velje sterke til ekstra sterke steroid for å oppnå effekt, utan at ein treng å vere bekymra for biverknader i særleg grad. Steroid i gruppe I vil ha lite effekt på hudsjukdommar i desse områda (2-3, 5).

På område med tynn hud, som på augelokk, ansikt og i hudfoldar, bør ein som regel velje mildare steroid (2-3, 5). Milde og middels sterke steroid kan ha god effekt ved behandling av slike hudområde. I kortare periodar, ved meir uttalte former for inflammasjon, kan ein velje eit sterkare steroid og i desse områda (2).

Val av formulering

Topikale steroid er tilgjengeleg i Norge både som salve, krem, gel, oppløysing og liniment. I tillegg kan ein få klobetasol

som sjampo og kombinasjonspreparata Enstilar (betametason, kalsipotriol) som skum og Daivobet (betametason, kalsipotriol) som gel (6).

Oppløysing, liniment og gel er veleigna til behandling av inflammatoriske tilstandar i områder med behåring (2, 7). I tillegg kan dei vere nyttige ved okklusjonsbehandling, då dei ikkje hindrar plaster og bandasjar i å feste seg til huda.

Salver er godt eigna på tørr, tjukk og flassande hud då dei fester godt, kan gi betre mjukgjerding av huda og kan dempe flass. I tillegg kan salver som nemnt vere meir effektive på grunn av ein lett okkluderande effekt (2, 3, 7).

På væskande utslett kan krem og liniment vere meir eigna, då desse i større grad enn feite salver kan feste seg på fuktige lesjonar. Topikale steroid kan brukast på sår og sekundærinfisert hud, og er den viktigaste behandlinga for sekundærinfisert atopisk eksem (2, 5).

Generelt bør ein óg ta omsyn til pasienten sine preferansar, då toleranse for formuleringa gjev større sjanse for god etterleving (5, 7).

Dosering av topikale steroid; fingertupp-eining

Ei vanleg utfordring med behandling med topikale steroid, er at det hos mange brukast for lite – både at det påførast i for små mengder, og at det brukast i for korte periodar (8). Dette kan både kome av at helsepersonell er svært forsiktige i anbefalingar for bruk, og at pasientar sjølv er engstelege for biverknadene, og dermed er tilbakehaldne med å påføre steroida. Denne frykta har fått namnet kortikofobi, og kan vere til hinder for god behandling av hudsjukdommen (8, 9).

Ein les ofte at topikale steroid bør smørast på i eit tynt lag, men samtidig må det være nok krem/salve til å gi ønska effekt. Her kjem den såkalla fingertuppeininga inn – eit etablert doseringsverktøy for topikale steroid i form av krem eller salve. Ei fingertuppeining vil tilsvare den mengda krem/salve som ein kan klemme ut frå tuben frå den yteste bøyeferien på peikefingeren til tuppen av peikefingeren. Denne mengda skal smørast på eit område som vil tilsvare arealet av to handflater, eller ei hand, til den som eig fingertuppen (2, 5, 7). Ved bruk av denne eininga vil ein sjå at mengda krem/salve som skal påførast for å oppnå anbefalt dosering er relativt raus (FIGUR 1).

Ei slik fingertuppeining utgjer omlag 0,5 gram. For ein vaksen person vil ein rekne omlag 30 gram krem eller salve for å smøre inn ein heil kropp ein gong (7).

Varigheit av behandling

Varigheit av behandlinga avhenger av styrken på kortikosteroidet og hudtilstanden

FIGUR 1. FIGUR: INE ERIKSEN, UIO (5)

Mengde kortisonkrem: En fingertuppenhet brukes på et areal tilsvarende to håndflater.



som skal bli behandla (10). Generelt kan ein sei at behandlinga bør vare så lenge som nødvendig, men så kort som mogleg.

Veldig sterke steroid bør ikkje brukast i meir enn tre til fire veker samanhengande. Sterke og middels sterke steroid bør ikkje brukast meir enn åtte til tolv veker samanhengande. For milde steroid føreligg det ikkje særlege avgrensingar for bruk hos vaksne, men ein bør følgje med ved langvarig bruk hos barn (7, 10).

Den inflammatoriske hudtilstanden bør smørast med topikale steroid dagleg til klar betring. Ut over dei første ein til to dagane er det ikkje sett at påføring meir enn ein gong dagleg har noko tilleggs effekt. Når tilstanden er i klar betring, typisk etter ein til fire veker avhengig av tilstand, kan det vere aktuelt å trappe ned behandlinga, enten til dagleg påføring av eit mildare steroid, eller ved redusert frekvens av påføring, til dømes to til tre gongar i veka til forandringane er heilt vekke (2, 5, 7). Ei slik nedtrapping er ofte nødvendig for å redusere risikoen for oppbluss (5). For milde utslett som forsvinn kort tid etter oppstart med behandling er det ikkje nødvendig å trappe ned.

For enkelte kroniske tilstandar, som atopisk eksem og psoriasis, kan ein forlenge tid til oppbluss ved å gjennomføre proaktiv behandling sjølv i periodar der utslettet er fredeleg. Det vil innebære påføring to dagar i veka på utsette områder, til dømes i olbogefurene og knehasane ved atopisk eksem, eller på olbogar og kne ved psoriasis. Det er sett at påføring to gongar i veka tolererast godt over tid (5, 7).

Reaktiv behandling, med rask oppstart av dagleg påføring av steroid ved teikn til oppbluss, kan forkorte tid til ny remisjon og redusere den totale mengda topikale steroid som blir brukt (5).

Dersom tilstanden ikkje har betra seg etter to til tre vekers dagleg bruk av topikale steroid, bør ein revurdere diagnosen eller vurdere å bytte behandling, enten til eit meir potent steroid eller til steroidsparende behandling (5). Tilvising til hudlege kan vere aktuelt.

Biverknader av topikale steroid

Biverknader av topikale steroid er sjeldan når midla blir brukt korrekt, og det føreligg stadig meir dokumentasjon på at bruk av midla er trygt (5). Likevel er mange engstelege for biverknader. Ofte kan steroida få skulda for forandringar som eigentleg skuldast den underliggande hudsjukdommen, slik som flassing, raudme og pigmentendringar (2, 5). Fortynning av hud er den biverknaden det er mest vanleg å vere engsteleg for. Likevel er biverknaden sjeldan, og oftast reversibel ved avslutning av behandling (3, 8).

Biverknader ved kortvarig (og langvarig) bruk kan vere (2–3, 7):

- Hårsekkbetennelse og akne
 - Irritasjon og svie på påføringsstaden
 - Periorbital dermatitt og rosacea
 - Tildekking og forverring av hudinfeksjonar (til dømes herpes simplex og soppinfeksjonar (tinea incognito))
 - Kontaktallergi mot det aktuelle steroidet
- Biverknader ved langvarig bruk kan vere (2–3, 7):
- Tynning av hud
 - Telangiektasier
 - Hudblødingar
 - Auka behåring
 - Strekkmerker
 - Cushing syndrom
 - Topikale steroid-seponeringssyndrom

Det er omdiskutert om adekvat bruk av topikale steroid på augelokk eller augenært kan føre til okulære biverknader som katarakt og glaukom. Langvarig bruk (månader til år) av potente steroid på augelokk er i kasuistikkar skildra å kunne gi katarakt og glaukom (2, 11). Det er sannsynlegvis trygt å bruke milde topikale steroid augenært, óg over tid (11).

Spesielle pasientgrupper

Generelt bør ein velje steroid i gruppe I og II til barn. Dei har tynnare hud og auka absorpsjon gjennom huda, samt større kroppsoverflate relativt til kroppstorleik, med auka risiko for hudmessige og systemiske biverknader (3, 7, 10). Ein underbehandla hudsjukdom kan imidlertid óg medføre uønskte effektar, og ved behov kan ein óg hos mindre barn i periodar bruke sterkare steroid (7).

For gravide som vurderast å ha eit klart behov for behandling med topikale steroid, så skal ikkje slik behandling haldast tilbake på grunn av graviditeten. Absorpsjon gjennom hud er avgrensa, og det er ikkje påvist auka risiko for fosterskarar, eller uheldige effektar på svangerskapsforløpet, som fosterdød, for tidleg fødsel eller lav apgarskår, ved bruk av topikale steroid hos gravide (12). Ammande kan óg bruke legemidla, men ved bruk på brystvorta bør ein påføre middelet like etter amming, og vaske lett over området før neste amming (7, 10).

Eldre har tynnare og skjørare hud enn yngre vaksne, og er derfor meir utsett for ytterlegare atrofi og hudblødingar, samt auka absorpsjon og systemiske biverknader (3, 10). Det kan vere aktuelt å monitorere ekstra for biverknader i denne pasientgruppa ved bruk av sterkare steroid.

Behandlingsprinsippet med å velje så potente steroid som nødvendig, men så milde

som mogleg, samt å behandle så lenge som nødvendig, men så kort som mogleg, gjeld óg for barn, gravide, ammande og eldre.

Etterleving ved bruk av topikale steroid

Redusert etterleving er eit problem ved bruk av alle typar legemiddel, men kanskje er problemet enda større for behandling av hud. Det tar tid å påføre kremar og salver. For mange vert behandlinga opplevd klissete og grisete, og det kan vere praktisk vanskeleg å gjennomføre i ein travel kvardag. Risiko for hudmessige biverknader kan redusere motivasjonen (5, 8).

God informasjon om nytte av behandlinga, ein god plan for behandlingsvarighet, val av rett preparat i samråd med pasienten, trygging på at biverknader som regel er sjeldne ved korrekt bruk, og oppfølging undervegs og/eller etter behandling, kan bidra til betre etterleving (5).

REFERANSER

1. Katz M, Gans EH. Topical corticosteroids, structure-activity and the glucocorticoid receptor: discovery and development—a process of “planned serendipity”. *J Pharm Sci*. 2008; 97(8): 2936–47.
2. Oakley A. Topical steroid. *DermNet*. <https://dermnetnz.org/>. Sist oppdatert 4. januar 2016.
3. Gabros S, Nessel TA et al. Topical Corticosteroids. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing. 2025. Tilgjengelig fra: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK532940/>. (Sist oppdatert: 26.4.2025).
4. Smit P, Neumann HA et al. The skin-blanching assay. *J Eur Acad Dermatol Venereol* 2012; 26 (10): 1197–202.
5. Oslo universitetssykehus. Fagprosedyre. Atopisk eksem hos barn – Topikale kortikosteroider. <https://ehandboken.ous-hf.no/> (Sist oppdatert 25. oktober 2023)
6. Felleskatalogen. ATC-register. Dermatologiske midler. D07 Kortikosteroider til dermatologisk bruk. <https://www.felleskatalogen.no/medisin/atc-register/D07>. (Søk: 6.5.2025).
7. Goldstein BG, Goldstein AO. Topical corticosteroids: Use and adverse effects. Version 26.0. In: UpToDate. <https://www.helsebiblioteket.no/> (Sist oppdatert 3.4.2025).
8. Kirkland R, Pearce DJ et al. Critical factors determining the potency of topical corticosteroids. *J Dermatolog Treat*. 2006; 17(3): 133–5.
9. Bos B, Antonescu I, Osinga H et al. Corticosteroid phobia (corticophobia) in parents of young children with atopic dermatitis and their health care providers. *Pediatr Dermatol*. 2019; 36(1): 100–104.
10. Stacey SK, McEleney M. Topical Corticosteroids: Choice and Application. *Am Fam Physician*. 2021; 103(6): 337–343.
11. Daniel BS, Orchard D. Ocular side-effects of topical corticosteroids: what a dermatologist needs to know. *Australas J Dermatol*. 2015; 56(3): 164–9.
12. Lunde I, Forsdahl S. Bruk av topikale kortikosteroider i svangerskapet. *Norsk Farmaceut Tidsskr* 127(7) 23–4. (Publisert 4. oktober 2019).

HILDE OLSET

Spesialist i hud- og venerologiske sjukdommar. Lege i spesialisering i klinisk farmakologi, Haukeland universitetssykehus

■ HILDE.OLSET@HELSE-BERGEN.NO

HEIDI EIKELAND

Master i farmasi, RELIS Vest

■ HEIDI.EIKELAND@HELSE-BERGEN.NO

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

Kven spør etter leidi?

Den første diktboka jeg kjøpte var *Mor Godhjertas glade versjon. Ja*, av Jan Erik Vold (f. 1939). Boka kom i 1968. Verden var hard og krigersk. Vi var mer enn klare for doser av godhjerta lyrikk. *Mor Godhjerta* var en øyeåpner – det fantes oppdatert poesi der ute. Og nettopp Jan Erik Vold var en av de som pekte på Olav H. Hauge som poet og inspirator.

Hauge (1908–94) var i perioder sterkt plaget av et urolig sinn. Midt på 60-tallet var han forelsket i en ung og uoppnåelig kvinne. Uroen i sinnet var nå blitt både

stormende het og truende sterk. I denne situasjonen skrev han en av sine mest kjente diktsamlinger, *Dropar i austavind* (1966).

Fra denne samlinga har jeg valgt et kjærlighetsdikt. Jeg leste det første gang på hjemmesida til en ung mann som hadde seilt verden rundt i egen seilbåt sammen med kone og små barn. Det ga noe å tenke på. Nå leser jeg det med livets forelskelse som bakteppe, samtidig som jeg skjeler til Olav H. sin trengte situasjon der han satt og skrev:

Du var vinden

Eg er ein båt utan vind.

Du var vinden.

Var det den leidi eg skulde?

Kven spør etter leidi

når ein har slik vind!

OLAV H. HAUGE

Jeg utfordrer Torgeir Gilje Lid til neste etappe av Lyrikkstafetten.

Hilsen fra
PER STENSLAND



ILLUSTRASJON: GETTY IMAGES / ANNA PISMENSKOVA

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.

Gufset fra et folketomt sykehus

«Det var helt tomt der». Han ser på meg med en bekymret nyve mellom øynene. Han har nettopp kommet inn og er i ferd med å sette seg, tydelig oppbragt. Jeg forsøker å legge an en profesjonell mine. «Ingen sier du? Det var merkelig». I mitt stille sinn forventet jeg dette, men ikke allerede nå. At digital teknologi har fått sitt endelige gjennombrudd og løst alle bemanningsproblemer.

Vi kjenner hverandre godt, jeg har vært hans fastlege i mange år. En kronisk sykdom har forverret seg, ikke uventet. Dagens konsultasjon er den første etter at avansert behandling ble startet opp. Han forteller om møtet med storsykehuset, om hvordan han på en slags stolpejakt ble guidet fra resepsjon til venterom, til prøvetaking før nytt venterom, deretter videre til behandling. Med mange skritt mellom hver stasjon. For hver etappe logget han seg inn med mobilen og fulgte instruksjonen videre. Sømløst og skreddersydd, på digitalt vis. Nesten uten menneskelig kontakt.

Mens han snakker, ser jeg plutselig for meg et storslagent arktisk landskap. Majestetiske hvite fjell og vidder mot solblå himmel. Jeg ser for meg et klassisk sykehus med rette korridorer i lyse farger. Opplyst av troen på at elektroniske verktøy kan løse nesten alle problem. Med spritdispensere merket med QR-koder plassert med meters mellomrom. Jeg tenker på marmor. På vakre mønstre og glatte flater. Og fryser. For det er så tomt.

Selv håndterer han mobilen greit, har dessuten datakompetanse fra arbeidslivet. Og han bryr seg om andre. Midt i egen krise tenker han på andre i tilsvarende situasjon. De mer eller mindre åpenbart syke. Ville de finne fram? Også dette treffer meg, og det med en slik kraft at øyene fylles og vil renne over. Jeg må rense stemmen. «Det er rart at det var så få ansatte til stede. Det kan nesten virke som om dette digitaliseringsprosjektet har gått litt for langt». Saklig og nøytral. Men inni meg er jeg dypt bekymret. I et av landets tettest befolkede områder ligger et sykehus hvor ansatte nær har blitt usynlige. Det er uforståelig!

Så vidt jeg vet har det ikke skjedd noen katastrofe som kan forklare fraværet av personell. Jeg har sett programmene til Andreas Wahl på NRK. Det er ingen flom på gang, ingen ny pandemi eller utbrudd av multiresistente bakterier. Eldrebølgen kommer, men kan neppe lastes for prioriteringene innenfor sykehusets vegger. Vel, kanskje indirekte, i form av tidlig planlegging og utprøving av digitale hjelpemidler. Samtidig, vi kan ikke skylde alt på eldrebølgen.

På en måte har jeg sansen for en institusjon som ønsker velkommen med åpne dører og uten skranke, og som legger til rette slik at vedkommende finner veien selv. Det er å støtte opp under pasientens autonomi og det handler om bygge ned barrierer. En slik åpenhet er en modig strategi og vitner om stor tro på brukerne. Og ikke uten grunn, befolkningen er svært kompetent, også digitalt.

Tilbake til fastlegekontoret. Både pasienten og jeg vet at sykehuset leverer tjenester av topp kvalitet. Samtidig er det et men. Tross grundig utredning og adekvat behandling, pasienten er bekymret for sine medborgere. Vil de finne veien inne på storsykehuset? Med sykdom følger ikke sjelden ensom-

het. Det er brutalt å gå alene i tomme korridorer, hvor et par sko alene kan lage et øredøvende ekko. Vi undrer oss sammen, pasienten og jeg, over hva vi trenger av støtte når vi beveger oss over sykdommens terskel.

Vi kommer fram til at vi naturligvis også trenger varme. Vi trenger hverandre. Mennesker av kjøtt og blod! På ny renser jeg stemmen. For pasienten skal i tiden som kommer tilbake til det høyspesialiserte. På godt og vondt. Der får han livsviktig behandling. På et sted hvor han føler seg liten og fremmedgjort. «Det gjør inntrykk dette du forteller, takk for at du deler! Jeg synes det er leit at det har blitt sånn. Vi må tro at pendelen snur», sier jeg, før vi skifter tema.

Som fastlege er jeg pasientens støttespiller. Og en tilhenger av digitale og teknologiske framskritt. Bekymring knyttet til manglende balanse, der digitek fortrenger varme hender, holder jeg mest for meg selv. Denne gangen hadde pasienten behov for å fortelle om det forunderlige som hadde skjedd, og for å gi meg en oppdatering. Derfor stoppet vi opp, sammen. Han gav uttrykk for at det var en lettelse å bli lyttet til og å bli forstått. Han følte seg ikke lenger like forlatt og alene, og det gav styrke til å reise tilbake og fortsette behandlingen. Dessuten hadde han behov for å si ifra om urett til en som jobber i helsetjenesten, på vegne av seg selv og andre i liknende situasjon. Og dette siste var nok det som rørte meg mest. Midt i egen krise hadde han omtanke for andre!

Underveis gjorde jeg meg noen tanker om mitt eget hus. Det er ikke perfekt, men jeg tror det er passelig stort. Det er ikke så dumt at fastleger holder til i små hus med lave dørterskler. Kvist i tak og panelvegger er ingen ulempe sammen med avanserte ultralydapparat og moderne digital infrastruktur. Helsetjenesten er fin på den måten, med hus av ulik størrelse og ingen skyskrapere.

Konsultasjonen rundes av for denne gang. Jeg åpner døra og vi tar farvel. Han er litt mindre bekymret enn da han kom. Min uro derimot, er ikke stagget. Jeg ser at han forlater kontoret, på vei til neste behandling. Jeg håper at han blir tatt godt imot. Med verdighet – uten QR-koder, av ekte mennesker.

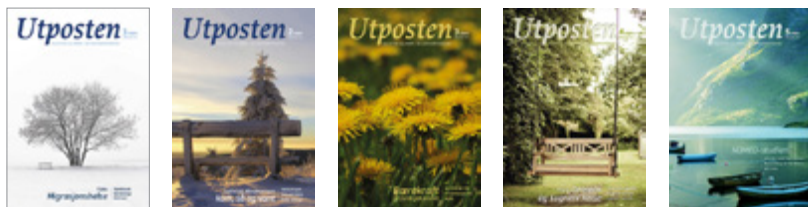
ELIN T. HOEL

Redaktør i Utposten

■ ELINTORA@HOTMAIL.COM



ILLUSTRASJONSFOTO: KI - ADOBE FIREFLY / MORTEN HERNES



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. februar	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

