

Utposten

5 2025
ÅRGANG 54

BLAD FOR ALLMENN- OG SAMFUNNSMEDISIN

Rusobservasjon

EURACT
Pensjon
Hjemmefødsel

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/2. OMSLAGSSIDE:

Pixabay (modifisert)

DESIGN/LAYOUT:

Morten Hernæs, Aksell

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

NO - 1470

Du finner Utposten på
www.utposten.no**1 LEDER: Ensom rehabilitering***Njål Flem Mæland***2 RUSOBSERVASJONEN:****– Et forstørrelsesglass i byen***Marit Nymoen Aasbrenn***8 Allmennmedisinen i et Europaperspektiv****– krydret med litt georgisk gjestfrihet***Inga Marthe Grønseth***12 Langvarig locked-in syndrom – en klinisk oversikt***Hella Walseth Nilsen, Fredrik Ildstad, Inger Johansen, Christoph Schäfer, Anne Hege Aamodt og Frank Becker***18 Latter på legekontoret***Njål Flem Mæland***20 Usynleg leiing? Studentar sine erfaringar frå fastlegekontoret***Jan Hana, Øydis Hana, Eva M. Kibsgaard Nordberg og Lars Blix Strauman***23 Med reiseattest kan pasientene bestille reise selv***Else-Marie Skilbred Hagen***25 Hvorfor skal du melde arbeidsrelatert sykdom?****(Eller: Hvordan bli en superhelt)***Lise Sørbo***28 Tanker ved fastlegereisens slutt***Astri Medbø***30 Inn i pensjonistenes rekker***Astri Medbø***32 Føde på badet eller på soverommet?***Njål Flem Mæland***33 NEKROLOG: Harald Siem og Utposten***Per Wium***34 INNPOSTEN: Gulrøtter, ikke pisk!***Jan Håkon Juul***35 Sakset fra forskning***Kompilert av Lisbeth Nilsen***36 LEGEFORENINGENS HJØRNE:****Felles faglige råd for allmennleger og barneleger***Asborg Sine Aastad Bjertnæs, Hege Kristiansen og Marte Kvittum Tangen***38 BOKANMELDELSE: Optimistisk om overgangsalderen***«Overgangskraft» anmeldt av Kjell-Arne Helgebostad og Elin Hoel***40 BOKANMELDELSE: Nyttige perspektiver, historisk og praktisk***«ADHD, uante krefter» anmeldt av Eli Berg***41 FASTE SPALTER****KONSULTASJONEN****JEG ALDRI GLEMMER 41****TIPS & RÅD 42****RING EN VENN 43****HVA LESER LEGEN 45****RELIS 46****LYRIKKSTAFETTEN 48**

Ensom rehabilitering

Omsorg på lavest mulig effektive nivå er en god tanke. Prinsippet har et eget navn (LEON) som ble lansert allerede i en stortingsmelding i 1974 (1). I tråd med denne gode intensjonen har rehabilitering de siste årene i økende grad blitt et kommunalt ansvar (2). Rehabilitering kan være vellykket og effektivt i hjemkommunen, for eksempel i form av opptrening og tilrettelegging etter et hjerneslag.

Det fins likevel alltid en grøft også på den andre siden av veien. I økende grad oppleves det vanskelig for fastlegen å få innvilget spesialisert rehabilitering. Begrunnelsen for avslag er ofte at rehabilitering skal foregå kommunalt. En gjentakende frustrasjon er pasienter som i flere år har vært på ytelse fra NAV og hvor det «kreves» rehabilitering som del av en «hensiktsmessig behandling». Denne situasjonen oppstår gjerne etter avslag på uføretrygd. Ofte skjer det etter flere år med sykdom, funksjonstap og utredning.

Dette reiser spørsmålet: Er kommune-Norge klare for et slikt ansvar? Er det realistisk at fastlegen koordinerer kommunal rehabilitering hos pasienter med et komplekst sykdomsbilde, gjerne pasienter med funksjonelle lidelser?

La oss tenke oss en pasient, vi kaller henne Anna. Anna har i flere år slitt med smerter i muskler og i ledd. Det startet med nakken og med en hofte, men har etter hvert blitt mer utbredt. Hun har lite energi og opplever utmattelse i hverdagen. Samlivet med ektefellen er dødt – hun syns han drikker for mye og de snakker dårlig sammen. Hun ønsker å bryte ut av forholdet, men tanken på de to barna og frykten for egen økonomi som enslig stopper henne. Hun bærer selv på

vonde opplevelser fra egen barndom. Hun er overvektig (men ikke så mye at hun kan henvises en fedmepoliklinikk). Hun har en del angst i sosiale situasjoner (men ikke så invalidiserende at hun kan henvises DPS). Hun har mange tanker og bekymringer om egen helse: Er det overgangsalder? Har jeg leddgikt? Har jeg lipødem? Kan det ha med gluten å gjøre? Et MR-bilde tatt av nakken tidlig i utredningen viste prolapper – er de der fortsatt? Hun er skeptisk til fastlegen etter å ha lest om hvor lite forskning det er på kvinnehelse.

Etter flere år med utredning, sykemelding og AAP har fastlegen lansert diagnosen fibromyalgi. Fastlegen føler seg likevel usikker – har han oversett noe? Fastlegens egen tvil gjør det vanskelig å skape trygghet. Samtalene med Anna er krevende, også tidsmessig. Det har vært mange og lange konsultasjoner. Likevel blir det ikke nok, og det oppleves ofte som om de må starte forfra. Mange av problemene hennes går ut over det medisinske – legen vet ikke hvordan han skal hjelpe henne med disse problemene. Det er opplagt uheldig for prognosen at det har tatt lang tid å stille diagnosen. Det burde likevel ikke overraske – en studie viser at det i snitt tar 13 år å få diagnosen fibromyalgi (3).

Kommunen hvor Anna bor tilbyr kurs i smertemestring, treningsgrupper og kurs i oppmerksomt nærvær. Anna kommer tilbake fra disse tiltakene med en følelse av ikke å ha blitt sett som individ. Hennes problemer føles uløst. Treningen var vanskelig – den ga økte smerter – hun reiser spørsmålet om diagnosen er feil – «meningen var jo at jeg skulle bli bedre?». Fastlegen føler seg hjelpeløs og ensom:

Han tenker med fortvilelse på at henvisningen til tverrfaglig arbeidsrettet rehabilitering endte med avslag. Begrunnelsen var at rehabilitering skulle foregå kommunalt, samt at han i henvisningen nevnte at rehabilitering var et krav fra NAV... Denne setningen ble tolket som manglende motivasjon for arbeid.

Anna sin historie er ikke unik. Slike sammensatte sykdomsbilder er hverdagen på fastlegekontoret. Det å hjelpe Anna krever tid, tålmodighet, trygghet, medmenneskelighet og at hun får treffe andre som er i lignende situasjon som henne selv. Her trengs det en tverrfaglighet som vanskelig kan forventes gitt av en behandler alene. Oppfølging av Anna krever svart belte i allmennmedisin – det kan man knapt forvente at alle allmennleger har!

Det grunnleggende problemet er ikke allmennlegenes ferdigheter, men at helsetilbudet til pasienter med funksjonelle lidelser er for dårlig og for tilfældig (4).

Fastlegen skal beherske mye og får stadig større ansvar – er rehabilitering nok en svarteper for allmennlegestjenesten og for pasienten?

NJÅL FLEM MÆLAND
NFLEM.ONLINE.NO

REFERANSER

1. <https://sml.snl.no/LEON>.
2. <https://www.helsenorge.no/hjelpetilbud-i-kommunene/habilitering-og-rehabilitering/>.
3. <https://www.legeforeningen.no/om-oss/fond-og-legater/allmennmedisinsk-forskningsfond/forskningsnytt/Fibromyalgipasienter/>.
4. Helene Helgeland et al, Pasienter med funksjonelle lidelser trenger et bedre behandlingstilbud, Tidsskr Nor Legefor 2025, Vol. 145.



RUSOBSERVASJONEN: – Et forstørrelsesglass

■ MARIT NYMOEN AASBRENN • Lege ved Legevakten i Oslo

Det som skjer i byen, skjer på legevakta. Er det rus i byen, er det rus på legevakta.
«Vi sitter på et forstørrelsesglass i byen», som kollega Anne Kathrine Nore uttrykker det.
Oslo Legevakt har alltid ivaretatt pasienter med rusmiddelforgiftning, først i Storgata, og videre ved den nye legevakta på Aker.

Rusobservasjon har vokst frem fra et akutt behandlingsbehov og har blitt formet over tid av klinikerne som står med pasientene. Kanskje er det derfor man har klart å ta vare på fleksibiliteten og enkelheten som kjennetegner god allmennmedisin, samtidig som behandlingen har blitt systematisert og videreutviklet gjennom forskning på egen praksis?

Jeg er selv lege ved Oslo legevakt. Ønsket om å fortelle historien til legevaktas rusobservasjon, har tatt meg inn i samtaler med stadig nye kollegaer og inn i gamle og nye metodebøker og rapporter. Jeg vil takke alle som har bidratt til denne artikkelen i form av intervjuene som artikkelen er basert på. I boksen nedenfor nevnes alle disse i rekkefølgen de har blitt intervjuet.

- **Odd Martin Vallersnes** – legeskiftleder ved Oslo Legevakt, professor ved UiO
- **Didrik Moss Skjelland** – legeskiftleder ved Oslo Legevakt, ph.d.-stipendiat
- **Anne Kathrine Nore** – tidligere avdelingsoverlege ved Oslo Legevakt
- **Sven Eirik Ruud** – overlege for observasjonsposten ved Oslo Legevakt
- **Monica Slettvåg Nordmo** – avdelings-sykepleier ved Oslo Legevakt
- **Edel Thoresen Ulstein** – fagkonsulent for Psykososial akuttjeneste ved Oslo Legevakt
- **Anne Berit Lunde** – fagleder for Psykososial akuttjeneste ved Oslo Legevakt
- **Sigurd Sørås Jonassen** – tidligere overlege ved Oslo Legevakt, fastlege og legevaktlege
- **Kjellfrid Sunde** – tidligere avdelings-sykepleier ved Oslo Legevakt, «Mor Legevakt»

Hva er rusobservasjon?

Allmennseksjonen ved Oslo legevakt behandler pasienter med rusmiddeloverdoser. Pasientene kommer inn med ambulanse, politi eller annen hjelp, og er forgiftet med rusmidler som gir nedsatt bevissthetsnivå og risiko for respirasjonsdepresjon. Pasientene vurderes av lege og sykepleier etter fastsatte rutiner, for å avklare alvorlighetsgrad og om det er andre årsaker til symptombildet, som hypoglykemi, hodeskade eller sepsis. Avklarte pasienter med overdose og Glasgow Coma Scale (GCS) ned til sju observeres etter faste rutiner med kontinuerlig monitorering av oksygenmetning og puls og regelmessig vurdering av bevissthetsnivå (1). Hvis nødvendig gis antidot og annen medisinsk behandling. Legevakta behandler om lag 4000 rusmiddelforgiftninger årlig (2). Pasienter som ikke kan behandles forsvarlig på legevakta sendes til sykehus.

«Veksten nedenfra»

Legevakta har klart å lage et behandlingstilbud som rommer ruspasientene. Hvordan? «Mye av forklaringen må ligge i veksten nedenfra», mener tidligere avdelingsoverlege Anne Kathrine Nore. «Legevakta lå i Storgata fordi det skjedde mye ved Akerselva. De berusede pasientene ble bragt til legevakta, så ble det et observasjonsrom, fordi det var nødvendig, det bare måtte bli sånn.»

En tidsreise i rusmidler

Alkohol har alltid vært en viktig årsak til forgiftninger behandlet på legevakta. Sykepleier Kjellfrid Sunde, «Mor Legevakt», har jobbet på legevakta i over 50 år. «Da jeg begynte i 1969 var det god gammeldags fyll»,

forteller hun. «Ofte fra pilsflasker, som ble fylt med sprit og korket. Det var også rødsprit, med en egen lukt og mange sår. Topp-gass, en kondensfjerner som ble solgt på bensinstasjoner, ble også drukket og var farlig. Pasientene kom med politi eller ambulanse. En gang har jeg opplevd at to ridende politi kom med en pasient mellom seg.» Også tidligere overlege Sigurd Sørås Jonassen husker rødspriten fra sine tidlige legevakt dager på slutten av 80-tallet. «De aller mest slitne drakk rødsprit og vindusspylervæske», forteller han. «Vi hadde en som hadde hatt en høy stilling, familie og hus og strøket liv, men så begynte han å drikke. Det første som skjedde var at kona dro, så røk huset, så jobben, så ble han faktisk uteligger i Oslo. Han var veldig sliten og endte opp med å drikke vindusspylervæske og rødsprit. Han fikk en ataktisk gange og kunne nesten ikke stå på bena. Han hadde ett mål i livet. Det var å få tak i ei krykke, slik at han kunne gå til nærmeste bensinstasjon og kjøpe mer vindusspylervæske.»

Sunde forteller videre: «Så kom snifferne på 70-tallet en gang. De holdt til ved Akerselva rett nedenfor legevakta. Det var andre ting med dem. De var mer aggressive og de kom gjerne etter slåssing med kutt og andre skader, ofte i hodet. Sykepleierne sydde om natten. Så ble de sendt i fyllearensten. Det ble ikke gjort noen videre hodeskadevurdering hvis de ikke hadde anisokori og var sånn noenlunde. Det gikk stort sett bra, merkelig nok, men når jeg tenker på det nå, er det jo skremmende.»

«Etter hvert begynte narkotikaen å komme», forteller Sunde. «LSD var ukjent for oss. Pasientene kunne være utagerende. Vi ga dem ofte en sprøyte med Valium og psykiatrisk vaktjeneste ble involvert hos noen av dem. Amfetamin kom i fortsettelse»

i byen

Avisutklipp
fra arkivet:
Uverdig avdeling:
– Døde og
berusede.

sen av LSD. Vi så et annet sinne da narkotikaen kom. Da visste du ikke helt hvor du hadde pasientene.»

«Vi hadde noen meget aggressive damer som var livsfarlige», forteller Sunde. «De var alkoholikere og jeg vet ikke om de etter hvert begynte å ta andre ting. De var ut og inn av fengsel, og fengselet varslet oss når de ble løslatt.» Jonassen husker spesielt godt én av disse damene. «En pasient stjal faktisk en ambulanse som stod utenfor legevakta en gang, og kjørte av sted med pasienten på båra baki, men krasjet i første lykttestolpe. Det gikk heldigvis bra med pasienten, men det ble straks nye rutiner i ambulansen».

Opioidene er, sammen med alkohol og GHB, de rusmidlene som gir høyest fare for respirasjonsdepresjon og død ved forgiftning. Hvordan var det å få inn de første opioidoverdosene? Første heroinoverdose ble identifisert i mottaket på Ullevål i 1972, av en irsk lege som hadde sett det før, ifølge Nore. Sunde husker at heroinet kom til byen. «Jeg husker at de ble veldig tunge og sløve og at vi måtte kikke ofte til dem. Vi brukte nalokson.»

«Noen av uteliggerne som var avhengige av alkohol ble også avhengige av heroin og ble blandingsmisbrukere», forteller Sunde. «De ble lurt til å begynne med sprøyter, og fikk det billig i begynnelsen. Da de ikke lenger hadde råd, var de helt kjørt og begikk tyverier og forskjellig for å få penger. De var også mer ustabile og det var annerledes å møte dem. Mange av disse gamle døde på 80-tallet.»

Jonassen forteller om de første rapportene om ecstasy, kokain og GHB tidlig på 90-tallet. «Vi begynte da å få inn unge menn med hjerteinfarkt, der vi mistenkte at kokain var årsaken. Det ble et behov for å få

250 nye skader inn hvert døgn

*** I løpet av døgnet 24 timer tar Oslo kommunale legevakts i Storgata imot og behandler om lag 250 nye skader. Dette utgjør oppunder 80 000 nye skader i løpet av året. I tillegg etterbehandles og kontrolleres like mange «gamle» pasienter. Det mange ikke vet er at i tillegg til å ta imot øyeblikkelig hjelp som behandles poliklinisk huser legevakta et helt lite vanlig sykehus oppover i etasjene. Her kan man få vanlig sykehusbehandling for blant annet brokk, åreknuter og kneskader. Legevakta kan også skryte av å ha landets korteste ventetid på operasjon av nedslitte hofter.

Uverdig avdeling: - Døde og berusede - side om side

Her er ventetiden nede i et halvt år, mens den for eksempel i Tromsø er på åtte år. Ullevål sykehus har to års ventetid for disse hofteoperasjonene.

Det er imidlertid ikke legevakts ansvaret, men dens politisk ansvar for skader vi har vært så nærmere på i denne omgang.

– Og hva er det som er typisk ved øyeblikkelig hjelp og skader så på sommeren, overlege Gunnar Støren?

– Med sommeren følger alle former for skader. Typiske er insektbitt, rifter, kuttskader – ofte på grunn av glass-skår.

Morgentrimmer på skadestua
Et relativt nytt fenomen er morgentrimmerne som skader seg, gjerne under sykling.

Sykkelene er også årsak til en del stygge skader på småbarn som blir satt bak på. Av en eller annen grunn er det helt slutt på de gamle sykkelstolene. Nå får vi ofte barn hit som har fått fettene inn i sykkelstolene.

Andre vanlige skader er dyrebitt og frakking på rutine spikere. Vi er spesielt vare på slike skader som dette fordi de alltid innebærer en viss fare for stivkrampa.

– Hva med solskader?

– I sommer har det ikke vært så mange forbrenninger, men de kommer nok. Bruddskader utgjør en stor del av tilfellene på legevakts skadeavdeling. Så er også poliklinikkens del opp i to skadeavdelinger og to spesialavdelinger for brudd. Forskjellige aktivitetsskader, spesielt håndleds-brudd, er mest vanlig her.

Seks timers ventetid

Alle pasienter til de forskjellige skadeavdelingene får ulik ventetid, eller såkalt delikatessevalg, ved ankomsten. – Det vil si at pasienter med skader som krever øyeblikkelig behandling skal slippe å vente. De kan gå rett inn på skadestuen, sier overlege Støren.

Han bekrefter at mange beskjedne pasienter likevel tilnøddig setter seg ned for å vente på sin tur. Derfor går også vaktene i leger eller sykepleiere en runde nå og da på venteværelset.

– Hva er ellers vanlig ventetid?

– Den varierer sterkt, alt etter tiden på døgnet og etter hvilken skadeavdeling man skal behandles på.

På skadeavdelingen går det vanligvis raskt utover, spesielt tidlig på dagen. På bruddavdelingen må en regne med minst en times ventetid. Ofte er den mye lenger. Det er ikke uvanlig at pasienter blir sittende i seks timer på venteværelset.

– Dette kan vel ikke være særlig heldig for pasientene?

– Nei, selvsagt ikke. Kapasiteten vår, spesielt på

St. Hansnatta er den natta i sommerhalvåret hvor pågangen er størst på legevakta. Denne midtsommer-natta ble om lag 70 akutt-pasienter behandlet, noe som er oppunder rekord. Den absolutte rekordnatta på legevakta skriver seg fra en nyttårsnatt da mer enn 90 pasienter ble behandlet.

De som var på

vakt på legevakta St. Hansnatta fikk ekstra mye å gjøre med fylt, bråk og slagsmål blant pasientene. En psykotisk pasient slo seg vrang bokstavelig talt og knuste en glassdør.

Politiene måtte hjelpe til. Blant pasientene som fikk akutt behandling var det flere med sinnslidelser. Noen var skadet etter slagsmål. Noen hadde hjernerystelse mens andre forgiftet. Det var så flere pasienter med akutt hjertebøl. Noen pasientene som litt brakte inn sanseløse fulle.

se mens andre forgiftet. Det var så flere pasienter med akutt hjertebøl. Noen pasientene som litt brakte inn sanseløse fulle.

fordi de ikke vet hvor ellers de skal gå, og turister som blir sendt hit av hotellinnhavere og andre.

Uverdige forhold

Til denne spesielle avdelingen, ambulansegangen, kommer også akutt sinnslidende. Her kjøres også mennesker som faller akutt døde om hjemme eller på gata. Avdelingen må også ta imot overstadig berusede pasienter og pasienter i narkose.

Her ligger de døde i rommet ved siden av de sansefulle. Gang på gang opplever vaktene pårende ute i korridorene å bli antastet av berusede pasienter.

Det er legevakts utfordring å jobbe på. De ansatte her blir utsatt for press om å skrive ut narkotika. Noen er sågar blitt truet med kniv og andre er blitt slått ned.

– Når mange av våre ansatte vurderer forholdene på denne avdelingen som uverdige er det ikke

ettermiddagen til morgenen dagen etter. Politiet i Oslo har ikke funnet jobben viktig nok til å gi vanlig politiservice. Derfor må legevakta belaste politiet til å stå vakt på fritiden.

600 000 kroner i året koster dette vaktetøyet.

Mange av pasientene på ambulansegangen er pasienter som strengt tatt ikke skulle ha vært på legevakta. Overlege Støren håper forholdene kan bli bedre hvis planene om å

åpne en poliklinikk for allmennhelsetjenesten i nabokolonien, det vil si i Krogstadstien sykehus, går i orden. Det er helserådet som eventuelt blir ansvarlig for den nye avdelingen.

– Går dette i orden, vil vi

mer systematisk kunnskap. Nore forteller at hun så GHB første gang i -97. «Jeg skjønnte ingenting. Men pårørende sa: «Hæ, har du ikke hørt om GHB eller? Det er jo helt typisk. De går rett ned og så plutselig blir dem helt våkne». Legeskiftleder og professor Vallerstnes husker også at GHB kom til byen. «Da jeg begynte på legevakta kom de første. Vi skjønnte ikke hva det var først, trodde det var benzodiazepiner, men de våknet helt plutselig. Etter hvert har vi lært at GHB gir en svært effektiv REM-søvn.» «Dette, sammen med kort halveringstid, gjør at pasientene våkner fort», forteller legeskiftleder Didrik Skjelland.

I dag er alkohol, opioider, benzodiazepiner og GHB hyppigste årsaker til rusmid-

delforgiftninger som trenger rusobservasjon ved legevakta, og blandingsforgiftninger er vanlig (2, 3).

Utvikling i behandlingen

Vi reiser tilbake til 60-tallet: «Det kan ikke sammenlignes med hvordan det utviklet seg videre», forteller Sunde. «Den gangen var det noen få pasienter som kom igjen og igjen, ofte uteliggere, og vi ble godt kjent med dem. Obsrommet var et stygt rom med to benker og i tillegg plass til to madrasser på gulvet. Jeg husker vi ansatte røykte ulovlig på obsrommet når det ikke var pasienter der. En gang oppdaget vi at det var noen pasienter som lå og elsket på

obsrommet. Observasjonen gikk på magefølelsen og erfaring. Vi gikk inn og dyttet i dem og dasket og kløp dem for å se om de reagerte. Vi sjekket om de pustet og hadde puls og la dem noen ganger i sideleie. Det var en liten håndskrevet journal, og ingen faste observasjonsrutiner. Mange av de gamle legene var lei av ruspasientene. Jeg kan likevel ikke huske at det var noen som døde. Vi så tilbake og tenkte at det var utrolig at det gikk så bra. Det var noen vi sendte til sykehus, der vi tenkte at her er det kanskje noe mer enn fyll. Det var også noen som døde i fyllarresten på den tiden. Etter hvert sluttet politiet å kjøre pasienter til fyllarresten uten at pasienten ble sett av lege.»

Jonassen forteller om de tidlige avrusningsstasjonene. «Det var lavterskeltilbud. Pasientene kunne banke på døra og be om å få overnatting. De fikk noen dager hvis de var slitne eller abstinente. Abstinenser ble behandlet med antiepileptika, antihistaminer og antipsykotika». Jonassen hadde selv et overlegevikariat på avrusningsstasjonen. Veggene var fulle av historier: «Det var en pasient som aldri kom ut av abstinensen sin. Han hadde ligget der i en uke og var fortsatt like hallusinert og abstinent, han fortalte det var maur overalt. Jeg ga ham en megadose Nozinan i kombinasjon med Phenergan, og pluss på Haldol, men etter en uke var han like hallusinert, det var like mye maur. Så skulle de strekke nye ledninger i taket på denne gamle Moelvenbrakka. Da de åpnet taket, datt det ned ei maurtue på en kubikk, det var maur over alt. Han var slett ikke hallusinert. Jeg hadde holdt ham på ei kjemisk tvangstrøye i ei uke. Men så kom det for en dag da, da de åpna taket og maurtua datt ned».

Sunde har tenkt at holdningene endret seg sammen med de fysiske rammene. «På 80-tallet ble det boret hull fra vaktrommet og inn til obsrommet, slik at vi kunne kikke inn og følge aktivt med på pasientene, og rommet ved siden av ble gjort om fra mors-rom til akuttrom. Etter hvert utvidet vi og flyttet over til Gamle Kroghstøtten sykehus og fikk nytt obsrom. Det ble laget en observasjonsrutine med blant annet coma scale, og fast lege og etter hvert fast sykepleier som fikk ansvar for observasjonen av pasientene.»

Da Jonassen og Nore begynte som leger på Legevakta på 80- og 90-tallet ble deres første oppgaver å systematisere rusobservasjonen. «Da jeg startet var det ingen samlet rutine for noe, alt satt i veggene via muntlig overlevering», forteller Jonassen. «Det var redsel for legene å bli holdt ansvarlig for noe som var vanskelig, eller for

pasienter de ikke visste om enda», forteller Nore. «Hele poenget var å forenkle og å systematisere. Rutinen vi fikk da ligner på den vi har i dag: Anamnese, status, GCS». I dag har legevaktas metodebok et eget kapittel om rus, og det er faste rutiner for rusobservasjon (1). Nye leger og sykepleiere på legevakta kurses før de får ansvar for rusobser-

vasjon. «Vi har funnet en enkel klinisk tilnærming til noe som er komplekst», konkluderer Vallersnes.

The proof of the pudding

Hvordan vet vi om behandlingen er god nok? Nore forteller om den tidlige fors-

Observasjonsskjemaet slik det brukes på legevakten i dag.
SKJEMA: VALLERSNES O. METODEBOK: FORGIFTNINGER OG RUSMIDLER, RUSMIDLER, OBSERVASJONSROMMET: OSLO LEGEVAKT, 2024

OBSERVASJONSJOURNAL

Allmennseksjonen – Legevakten i Oslo
Storgt. 40, 0182 Oslo, tlf 116 117

NAVN:		FØDT:
ANKOMST DATO:	KL.:	INNBRAKT AV:
HENTESTED:		

INNTATT RUSMIDDEL	TIDSPUNKT	MENGDE

HVA HAR SKJEDD?

TIDLIGERE SYKEHISTORIE

EPILEPSI / KRAMPER	☐ JA	☐ NEI	☐ VET IKKE
DIABETES	☐ JA	☐ NEI	☐ VET IKKE
ALVORLIG PSYK. SYKDOM	☐ JA	☐ NEI	☐ VET IKKE
KJENT RUSMIDDELBRUK	☐ JA	☐ NEI	☐ VET IKKE
HVIS JA	☐ ALKOHOL	☐ OPIOIDER	☐ ANNET

STATUS VED INNKOMST

RESPIRASJON	PULS	BT	TEMP.	BLODSUKKER	O ₂ -METN.
STIKKMERKER	☐ JA	☐ NEI			
YTRE TEGN TIL SKADE	☐ JA	☐ NEI			
NYSTAGMUS	☐ JA	☐ NEI			
PLANTARREFLEKS	☐ NEDADVENT	☐ INVERTERT			
PUPILLER	☐ STORE	☐ SMÅ	☐ NORMALE		

ANNET: _____

kningen på Legevakta på 90-tallet. «The proof of the pudding lies in the eating. Vi registrerte de folka som kom inn på obssrommet og fant ut at av 1100 var det sju som var alvorlig syke, som hadde slag og andre alvorlige ting» (4).

Vallersnes tok sin doktorgrad på rusobservasjon på legevakta. «Vi trodde jo at rutinen var god nok, at vi ville hørt om det hvis det var mange som døde rett etter de hadde vært hos oss, men hovedstudien i

doktorarbeidet mitt var å finne ut av akkurat det», forteller Vallersnes. «Studien ble gjort i 2012 og publisert i 2016 (3). Vi så på alle som var til rusobservasjon i et helt år, og så undersøkte vi om de dukket opp i løpet av den neste uka enten som død eller med noe vi burde ha oppdaget når de var her. Vi hadde fullstendige data både fra eget hus, men også fra Norsk pasientregister og Dødsårsaksregisteret. 0,7 prosent, altså 13 av 1700 pasienter, dukket opp med

noe som vi burde ha sett. Ingen døde av noe vi overså. To døde, men ikke av noe de var her for, det var nye overdoser. Av de som hadde noe vi burde oppdaget, så var det to som hadde alvorlige tilstander. Én ble dårligere av sin forgiftning etter å ha dratt mot vår anbefaling, og én hadde hematemeser som ikke ble fanget opp. Oppsummeringen var at det er godt nok – bruk dette observasjonsskjemaet så har du de opplysningene du trenger.»

Det pågår nå en ny doktorgrad med data fra rusobservasjon. Skjelland undersøker langtidsdødelighet i tiårsperiode i Vallernes-kohorten og behandling av GHB-forgiftninger (5). GHB-forgiftningene kan være lunefulle, og det er i dag høyere innleggelsesrate fra legevakta for disse enn for andre forgiftninger.

Avhengighetsmedisinens «ustabile angina»

«Den viktigste endringen fra 60-tallet til i dag er forståelsen av hvor viktig det er å ivareta og observere disse pasientene som egentlig har vært veldig i faresonen, at vi har anerkjent alvorret», sier Sunde. Avdelingssykepleier Monica Nordmo er enig: «Suksesskriteriet kan ikke være at de overlever. Overdose er alvorlig og sjeldent med tanke på hvor mange som injiserer daglig. Det samme gjelder alkohol. Det er langt flere som tar seg en fest og drikker, enn de som kommer hit og må ivaretas av helsepersonell. Vi må passe oss for å bli for vant til overdoser, og tenke at dette er vanlig fordi vi ser det daglig på jobb».

«Det som etter hvert ble veldig tydelig for oss, var at vi er gode på forgiftningsdelen, men vi må bli bedre på neste trinn, hva som skjer etterpå, når faren er over», forteller Vallersnes. «Vi har kjent på mye avmekthet. Heroinoverdosen er avhengighetsmedisinens ustabile angina, men før Rusakuttmottaket (RAM) åpnet, fantes det ikke noe videre akutt tiltak. Etter åpningen av RAM i 2010, kan vi henvise pasientene til videre akutt behandling etter overdose.» Pasientene får sove ut, og de tilbys mat og drikke, og eventuelt en dusj og rene klær, før samtale om videre hjelpetiltak, både medisinske og sosiale. «Dette er en grunnleggende inkluderende gest», forteller Vallersnes. «Du er fortsatt inkludert i menneskeheten». «Oslo legevakt har som landets eneste legevakt hatt en psykososial tjeneste siden 1979», forteller Anne Berit Lunde, fagansvarlig for psykososial akutt-tjeneste (PSA). «Tjenesten har fungert som Oslos kriseteam, og PSA gir krisehjelp også til folk som har vært i akutte overdose-

NAVN:	FØDT:
-------	-------

GLASGOW COMA SCALE SCORE

GLASGOW COMA SCALE SCORE								
A) ØYNENE ÅPNES								
4 SPONTANT								
3 ved TILTALE								
2 ved SMERTESTIMULI								
1 IKKE i det hele tatt								
B) TALE (verbal respons)								
5 snakker ORIENTERT								
4 snakker FORVIRRET								
3 kun INADEKVATE ord								
2 kun LYDER/GRYNT								
1 INGEN lyder								
C) BEVEGELSE armer/ben								
6 på OPPFORDRING								
5 LOKALISERER smerte								
4 FJERNER seg fra smerte								
3 FLEKSJON ved smerteprovokasjon								
2 EKSTENSJON ved smerteprovokasjon								
1 IKKE reaksjon på smerte								
SUM av score A + B + C								
Pupiller lysreaksjon (+/+)								
Respirasjonsfrekvens								
O ₂ -metning								
Puls								
Symmetrisk bevegelse armer/ben								
TIDSPUNKT:								
SIGNATUR:								

MEDIKAMENTER GITT

I AMBULANSE:	
PÅ LEGEVAKTEN:	

UTSKRIVELSE

UTSKRIVELSE			
OBSERVASJONEN AVSLUTTET KL:		GCS VED UTSKRIVELSE:	

SIGNATUR

SIGNATUR	
SYKEPLEIER:	LEGE:

situasjoner. Vi anser at nesten død er en krise. Vi kan også henvise til RAM på psykososialt grunnlag.»

Ungdom og rus

Ungdom og Rus begynte i 2010, som et prosjekt, forteller Edel Ulstein. «Det var overlege Nore som kom til meg med en bunke journaler og sa: «Vi har mange ungdommer som kunne trenge oppfølging og hjelp, kan du se på disse?» Så begynte jeg å ringe dem, sånn var det egentlig det begynte.» Nå har Ungdom og Rus gått fra å være et prosjekt til å inngå i legevaktas normale drift.

Alle ungdommer under 24 år med en rusrelatert henvendelse på Legevakten tilbys i dag samtale, både akutt og i oppfølging ved PSA.

«Det vi faktisk gjør er ganske likt det vi gjorde første gang», forteller Ulstein. «Vi ringer innen en uke etter utskrivelse fra rusobservasjon, og omtrent 80 prosent får vi tak i. Jeg blir fortsatt forundret over at mange blir så glad for å bli ringt til fra en offentlig institusjon. Det er nok noe med å bli tatt på alvor, at dette er så alvorlig at vi ringer deg. Mange skammer seg, og det gjør godt å håndtere det og gå videre. Alle under 18 år får også tilbud om familiesamtale. De vi er spesielt ute etter å nå, er den sårbare gruppen: Ungdommer som ruser seg mye, har falt ut av skole og jobb, har vansker med å løse opp i ting, har svakt nettverk, kanskje



Obsrommet på Legevakten slik det ser ut i dag, klart til å ta imot nye pasienter.

behov for kontakt med barnevern eller annen offentlig institusjon. Hos disse pasientene er det spesielt viktig for oss å koble på rett hjelp».

Samarbeidspartnere

Jeg har vært spent på kollegaenes erfaringer med å samarbeide med politiet, da pasientgruppen ofte har et ambivalent forhold til ordensmakten. Erfaringene er generelt gode. «De vil jo brukernes beste de også», sier Nordmo. «Generelt er samarbeidet godt, spesielt etter rusreformen. Vi er nøye på taushetsplikt. Det er avgjørende for å beholde pasientenes tillit. Politiet skal ikke inn på observasjonsrom, og rommene ligger skjermert på den nye legevakten. Politiet

hjelper oss å ivareta sikkerheten, ved at de visiterer pasienter for våpen før avlevering på legevakta». Legevakta er også en del av sentrumssamarbeidet, hvor legevakta, PSA, politiet, uteseksjonen, brukerrommet, Ullevål, Heroïnassistert rehabilitering, bydelene, Kirkens Bymisjon, Blå Kors, Velferdsetaten, Foreningen for Human Narkotikapolitikk og Pro LAR møtes jevnlig.

Framtida

Veggene på legevakta er fulle av historier. Hvilke pasienter vi møter i framtida vet ingen. Mange rusavhengige er eldre og presenterer geriatrike sykdomsbilder. Rusutløste psykoser er en stor del av hverdagen. Nye rusmidler vil fortsette å dukke opp og gi behov for nye tilnærminger og ny kunnskap. Det som skjer i byen, skjer på legevakta, og håpet er at vi kan fortsette å utvikle oss i takt med byens og pasientenes behov.

REFERANSER

1. Vallersnes O. Metodebok: Forgiftninger og rusmidler, rusmidler, observasjonsrommet: Oslo Legevakt; 2024 [Available from: <https://metodebok.no/index.php?action=topic&item=d3fbf65e2adafe88efd>].
2. Tran J, Bekke M, Vallersnes O. Rusrelaterte forgiftninger ved Legevakten i Oslo i 2014–18. Tidsskr Nor Legeforen. 2021; 141: 646–51.
3. Vallersnes O, Jacobsen D, Ekeberg O, et al. Outpatient treatment of acute poisoning by substances of abuse: a prospective observational cohort study. Scand J Trauma Resusc Emerg Med. 2016; 24: 76.
4. Nore A, Ommundsen O, Steine S. Hvordan skille mellom sykdom, skade og rus på Legevakten? Tidsskr Nor Laegeforen. 2001; 121: 1055–8.
5. Skjelland D, Jorgenrud B, Gundersen K, et al. Gamma-hydroxybutyrate poisoning: clinical diagnosis versus laboratory findings. Clin Toxicol (Phila). 2025; 63(4): 253–60.
6. Larsen Ø. Legevakten: Oslo kommunale legevakt 1900–2000. Oslo: Øivind Larsen og Oslo kommunale legevakt; 2000.



Tre rusforskere på Legevakten. Kronologisk og fra høyre—Anne Kathrine Nore, Odd Martin Vallersnes og Didrik Moss Skjelland.

Peristeen® Light

Peristeen® Light - for en enklere hverdag

Peristeen Light kan
hjelpes mennesker som
lider av avføringslekkasje
og forstoppelse



Hydrofilt konkateter
for engangsbruk

Vannbeholdere i
175 ml og 250 ml

Forlengesslange
70 cm

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



Se brukerveiledning
om Peristeen Light

Reseptforskriving
Analirrigasjon, komplett system

- Hjemmel 501
- Undergruppe /artikkel gr. 5010504

Allmennmedisinen i et Europaperspektiv

– krydret med litt georgisk gjestfrihet

■ INGA MARTHE GRØNSETH • Fastlege i Trondheim og norsk EURACT-representant

EURACT er en underorganisasjon av WONCA Europe og arbeider for styrking av allmennmedisinsk undervisning og utdanning i Europa. Dette har stor og kanskje undervurdert betydning også for oss her hjemme. Mitt første møte som EURACT council-representant for Norge har vist meg viktigheten av å stå sammen internasjonalt i arbeidet med en solid og anerkjent spesialitet i allmennmedisin, og jevn og god kvalitet i utdanningen i alle ledd. Det har også lært meg at passet må være øverst i veska når man skal til Georgia, og at man bør faste en stund før man reiser dit.

Det er en altfor tidlig onsdag morgen når jeg for siste gang sjekker at passet er med, og begir meg i vei mot Værnes lufthavn. Det skal etter hvert vise seg at man virkelig har behov for pass når man reiser til Georgia – men mer om det senere.

Som gruppeveileder ble jeg en tid tilbak oppfordret til å tegne medlemskap i EURACT (European Academy of Teachers in General Practice/Family Medicine). Jeg hadde deltatt i enkelte overraskende spennende og interaktive online symposia,

men var ellers ikke veldig godt kjent med organisasjonen. Som nyansatt veilederkoordinator i Legeforeningen, begynte jeg imidlertid å se nærmere på undervisning og kvalitet i allmennlegeutdanningen også i internasjonalt perspektiv. Etter deltagelse i EURACTs Snowball-symposier på nett, fikk jeg øynene opp for både likheter og ulikheter, utfordringer og fremskritt i europeisk allmennmedisin.

Mitt inntrykk var at den norske fastlegeordningen var unik, og at situasjonen hos

oss var annerledes enn i de fleste andre land vi kan sammenligne oss med. Dette med unntak av Danmark, kanskje. Så fikk jeg samhandle og gjøre workshops med allmennleger fra andre europeiske land, hvorav en stor andel fra Øst-Europa. Jeg møtte fort problemstillinger, pasienter (ja, det er faktisk pasienter i disse online-symposiene) og fastlegehverdager som minnet meg veldig mye om min egen! Nysgjerrigheten og engasjementet mitt var derfor allerede vekket da jeg fikk muligheten til å bli Norges





Maten i Georgia var fantastisk! Mye ost, nøtter og frukt. Og alltid mer enn nok.

representant i EURACT. Mitt første council-møte skulle foregå i Tbilisi, hovedstaden i Georgia. Utover å ha hørt om fantastiske fjell og sett en litt blandet episode av *Null stjerner*, TV-serien med Linn Skåber og Ine Jansen, der de ferierer på steder med dårlige anmeldelser på Trip-advisor, visste jeg lite om landet fra før. Det skal derfor ærlig innrømmes at jeg var særdeles skeptisk, og slo opp flere ganger på UDI sine sider om Georgia var et trygt land å dra til, og hva man burde gjøre og ikke gjøre når man drar dit. Uken før avreise fikk jeg en e-post fra EURACT som beskrev viktigheten av å unngå enkelte steder i sentrum på kveldstid på grunn av demonstrasjoner. Nervene tiltok.

Rooms Hotel Tbilisi

Etter mange timer på fly og to mellomlandinger, samt minst fire passkontroller på Charles de Gaulle, landet jeg like før midnatt i Tbilisi. Det første som møtte meg var et bilde med «shooting prohibited». Velkommen til Tbilisi. Heldigvis var illustra-

sjonen over teksten mer internasjonal, og tydeliggjorde at de med «shooting» nok mente fotografering. Passet ble godkjent med en litt skeptisk mine fra kontrolløren. Mye endrer seg på de ti årene passet er gyldig. Jeg fikk i alle tilfeller passere, og kunne begi meg i en «Bolt»-taxi mot Tbilisi. En av de andre anbefalingene i velkomstbrevet var å unngå de lokale taxiene. Gassen satt løst også i en Bolt, men jeg kom velberget fram til sentrum.

Hotellet med det treffende navnet *Rooms Hotel Tbilisi* luktet antikt treverk og krydder, hadde ekte nøkler som hang fra kroker på vegg, resepsjon av tungt treverk og medarbeidere i uniformer med sort velur, blonder og store røde sløyfer som sendte tankene hen til svunne tider – og litt til skrekkelige filmer, om sant skal sies. Gitterheisen bidro til stemningen. Vel inne på rommet var dusjen utmerket, sengen komfortabel og jeg alt for trøtt til å bry meg om bjeffingen fra løshundene og den konstante tutingen utenfor. Neste dag var programmet fullt, og startet på en primærhelseklinikk i Tbilisi.

Dette var en privatklinikk, da det er særdeles få offentlige drevne primærhelseklinikker i Georgia, og visstnok ingen i byene. Systemet fremsto ellers ganske likt det vi har i Norge, og legekantorene og resepsjonen sto ikke tilbake for interiøret på et nyere norsk fastlegekontor. Hver fastlege hadde en ALIS inne på kontoret hos seg til enhver tid. Vi fikk nærmere innsikt i, og fikk stille spørsmål om helsesystemet i Georgia, og om primærhelsetjenesten her til den kyn-dige lokale EURACT-representanten, som også hadde med seg en lokal ALIS som kunne bidra med sine perspektiver.

Lunsjen var det første av mange måltider med frukt og grønt, krydder, *churchkhela* (valnøtter med storknet druesaft-trekk), nydelige sauser, smakfulle salater og perfekt grillet kylling. Ifølge den ukrainske delegaten Pavlo er Georgia kjent for overflod i både mat og drikke, og uten å ha sjekket andre kilder, er jeg sikker på at dette stemmer. Hver gang vi trodde måltidet gikk mot slutten, kom det en ny forsyning med nydelige, små retter.

EURACT-møter

På ettermiddagen var det tid for delegat-møte med representanter fra det medisinske fakultetet ved Universitetet i Tbilisi. Utdanningsprogrammet i allmennmedisin her ble opprinnelig utformet i tett samarbeid med EURACT. EURACT-president Nele Michels ga en oversikt over EURACT sine aktiviteter og formål, og Englands-delegat professor Alex Harding presenterte kort om undervisning i kommunikasjon på medisinstudiet, og evidens for effektene av kontinuitet i allmennpraksis. Jeg ble igjen overveldet av følelsen av å tilhøre en «gjeng», og at vi som allmennleger rundt om i det vide Europa har så mye mer til felles enn vi kanskje tror. De små forskjellene kom likevel til syne da vi mottok georgisk vin i gave fra universitetet. Vin – eller gave i det hele tatt – ville neppe vært aktuelt etter en opptreden på et norsk universitet. Dessverre tillot ikke håndbagasjen å ta med gaven hjem, og kanskje gledet den noen i Georgia neste lørdagsmiddag.

De neste to dagene var proppfulle av møter. Det var fellesmøter for å diskutere alt fra økonomi, konferanser som Wonca World og EURACT-konferansen i Lasi, Romania i april 2026, samt Leonardo-kursene, Assessment-course i Thessaloniki i november (se faktaboks), og veien videre med påvirkningsarbeid sentralt og lokalt. I tillegg er hvert council-medlem i EURACT med i både en komité, og en såkalt task-force som arbeider med bestemte oppgaver. Komiteene er permanente, og en task-force kan opprettes og oppheves etter behov.

Erfaringsutveksling rundt spesialisering og metodikk med og ved Tbilisi State Medical University. Det ble grunnlagt i 1918 og er det største medisinske universitetet i Øst-Europa.

**Videreutdanning**

Min plass ble i ST-komiteen (Specialist-Training eller videreutdanning) og i Snowball-symposium task-force. ST-komiteen er godt i gang med et forskningsprosjekt på hva individuell supervisjon og veiledning inneholder i de forskjellige land. Hva snakker man om bak lukkede dører når det vei-

ledes og superviseres? Som komitéleder Joachim Frølund så treffende sa: «Er det oss veiledere som snakker om våre bragder, eller utforsker vi og reflekterer sammen med ALIS? Hvordan er forskjellene mellom land i Europa, og hvilke aspekt ved veiledningen er viktigst for ALIS?»





Utsikt over fjellandskapet.

Snowball-symposier er i hovedsak onlinne og tilgjengelige for alle mot et lite beløp eller gratis for medlemmer. Gruppen ledes av Ukrainas representant Pavlo Kolasnyk, som sørger for at temaene spenner vidt rundt undervisning innenfor allmennmedisin. Et nylig tema har for eksempel vært «teaching about relationships with difficult patients». Et relevant og matnyttig tema for mange, skulle jeg tro. Symposiene organiseres av erfarne undervisere og er interaktive, med break-out rooms med gruppediskusjon. Til slutt mottar man et sertifikat som bekrefter deltagelse. Det er for fremtiden blant annet lansert tanker om gjennom symposiene å gi deltakerne mulighet til å oppleve ekte konsultasjoner i sanntid fra både Ukraina og England med smart-briller. Målet med Snowball-symposiene er å bygge et fellesskap som gjennom tema og diskusjon vokser som en rullende snøball.

Allmennmedisinens posisjon

En rullende snøball beskriver også godt hvordan jeg føler meg på vei hjem fra Tbilisi etter å ha fylt hode og kropp med nye impulser, kunnskap, forståelse, og ikke minst georgisk gjestfrihet og fantastisk mat. Det jeg ellers sitter igjen med etter dette første møtet er viktigheten av å jobbe for å styrke allmennmedisinen med

en felles europeisk front. Allmennmedisinens posisjon, kvalitet og organisering «der ute» inspirerer og påvirker beslutningstakere også her hjemme.

Dessverre er fagets og spesialitetens posisjon i mange land svak, og dette har betydning for muligheten til å påvirke sentrale politiske prosesser (i EU) som er viktige for oss. Dessuten – selv om allmennmedisinen står relativt sterkt i Norge, skal vi være ydmyke på at vi har mye å lære av andre land.

Jeg vil derfor anbefale den som er veileder, underviser, eller på annen måte involvert eller ønsker å være involvert i utdanningen av allmennleger, å melde seg inn i EURACT. Det er et viktig bidrag til styrkingen av europeisk allmennmedisin og gir tilgang til ressursene som finnes på nettsiden og i faktaboksene. Medlemskap koster 60 euro i året (differensiert pris for hvert land etter BNP, altså relativt sett høyt for Norge), men dette gir muligheter for lavterskel-medlemskap for allmennleger også i lavinntektsland. Kontakt meg gjerne for informasjon!

Så vil jeg også varmt anbefale en reise til vakre, varme, gjestfrie og eksotiske Georgia. Jeg skal ganske sikkert tilbake en gang. Da skal jeg ha med resten av familien, åpent sinn, god tid, tom mage – og selvfølgelig pass.

■ I.M.GRONSETH@GMAIL.COM

VIKTIGE KURS OG KONFERANSER FREMMER

- **Bled-kurset:** 10.–13. september 2025 – Et didaktisk arrangement for undervisere i allmennmedisin. Her kan du lære fra og diskutere med andre undervisere, og ta med deg nye verktøy til undervisningen.
- **Assessment Course** i Thessaloniki: 5.–7. november 2025 – Et kurs om kompetansevurdering i allmennmedisin, essensielt for både undervisning og praksis.
- **EURACT Educational Conference** i Lasi, Romania: 23.–25. april 2026 – En viktig konferanse for de som underviser i allmennmedisin, der forskning og nye ideer blir delt og diskutert.
- **Snowball-symposia:** Interaktive online-symposier som tar for seg relevante temaer som «Teaching Relationships with Difficult Patients».
- **Leonardo-kursene:** Trinnkurs for undervisere/veiledere i allmennmedisin



Langvarig locked-in synd

■ **HELLE WALSETH NILSEN** • Sunnaas sykehus. Institutt for klinisk medisin, Universitetet i Oslo | **FREDRIK ILDSTAD** • Avdeling for hjerneslag, Medisinsk klinikk, St. Olavs hospital. Institutt for nevromedisin og bevegelsesvitenskap, Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet | **INGER JOHANSEN** • Stavern legekantor. Institutt for helse og samfunn, Universitetet i Oslo | **CHRISTOPH SCHÄFER** • Rehabiliteringsavdelingen, Universitetssykehus Nord-Norge. Institutt for klinisk medisin, Universitetet i Tromsø | **ANNE HEGE AAMODT** • Institutt for nevromedisin og bevegelsesvitenskap, Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet. Nevrologisk avdeling, Oslo universitetssykehus | **FRANK BECKER** • Sunnaas sykehus. Institutt for klinisk medisin, Universitetet i Oslo

Pasienter med skade i hjernestammen kan bli «innelåst i egen kropp» – være våken, men helt lammet i kroppen. Kun gjennom øyebevegelser og blinking kan de kommunisere og gi uttrykk for at de er kognitivt til stede. Et slikt klassisk locked-in syndrom forbindes tradisjonelt med et infarkt ventralt i pons. Denne kliniske oversikten, blant annet basert på registerdata fra Nasjonal tjeneste for rehabilitering ved locked-in syndrom, beskriver hvor heterogen pasientgruppen er, både når det gjelder skadelokalisasjon, forløp og funksjonsnivå. Pasienter som overlever akutfasen, lever gjerne lenge og opplever fremgang. Flertallet er varig avhengig av hjelp, mens noen kan bli helt selvstendige.

Locked-in syndrom (LIS) er en tilstand kjennetegnet av helt eller nær fullstendig lammelse i kroppen og alvorlig kommunikasjonsvikt, med samtidig ingen eller kun mindre kognitive funksjonsnedsettelse (1). Vaskulær årsak er vanligst, men sjeldnere etiologier forekommer (1). Det finnes lite forskning på tilstanden, og studiene har ofte få deltakere, uklare inklusjonskriterier og kun grove beskrivelser av pasientenes funksjonsnivå.

Nasjonal behandlingstjeneste for rehabilitering av LIS (NoRLIS) ved Sunnaas sykehus tilbyr rehabilitering og oppfølging for pasientgruppen (2). Basert på data fra den nasjonale tjenestens kvalitetsregister er det nylig publisert en større populasjonsbasert studie på en uselektert gruppe pasienter med vaskulær LIS (3). Vi – ansatte ved NoRLIS og medlemmer fra referansegruppen – gir her en oppdatert klinisk oversikt basert på den nevnte studien, annen litteratur og klinisk erfaring. Noen hovedtrekk er at pasienter med langvarig LIS er en heterogen gruppe når det gjelder skadelokalisasjon og forløp. Vi ønsker videre å informere om hva den nasjonale tjenesten kan bidra med og når pasienter bør henvises.

LIS inndeling

LIS inndeles i tre typer: Pasienter med *klassisk LIS* har intakt bevissthet, mutisme og quadriplegi, mens kommunikasjonsevnen er begrenset til vertikale blikk og/eller blinking. *Total LIS* er som klassisk, men pasientene

kan heller ikke kommunisere med øynene. Pasienter med inkomplett LIS har gjenvunnet frivillig bevegelse utover øvre øyelokk og vertikal øyebevegelse (1). Klassisk og total LIS brukes likt i litteraturen, mens forskjellige og ofte upresise kriterier brukes for inkomplett LIS (4-6). Konsekvensen er at pasienter med ulik grad av voluntære funksjoner alle betegnes som *inkomplett LIS*, hvilket gjør studier vanskelig å sammenligne.

LIS kan være en midlertidig tilstand med varighet noen timer eller dager. Andelen av slik kortvarig LIS kan være økende grunnet bedre akutt slagbehandling (7). I Norge skal alle pasienter som har vært, eller forventes å være, i LIS i mer enn seks uker, henvises til NoRLIS. Tjenesten er avgrenset til å gjelde pasienter med nyoppstått skade i hjernestammen og omfatter ikke medfødte eller progressive tilstander som amyotrofisk lateralsklerose. Fire obligatoriske kriterier definerer målgruppen: 1) alvorlig kommunikasjonsvikt slik at pasienten er avhengig av ikke-verbal kommunikasjon, 2) paralyse eller alvorlige pareser i alle fire ekstremiteter, 3) fullstendig avhengighet av hjelp i alle dagliglivets aktiviteter (ADL), 4) normal eller tilnærmet normal kognisjon der pasienten som et minimum er orientert for tid, sted og situasjon (2).

Den nasjonale tjenestens kvalitetsregister inkluderer data fra alle pasienter som tjenesten har vært i kontakt med siden opprettelsen i 2012. Kun pasienter med cerebrovaskulær årsak til LIS er inkludert i registerstudien, totalt 51 pasienter (3).

Hvem rammes av LIS?

LIS forekommer hyppigere hos menn, både i Norge (36 av 51) og internasjonalt (3-5). Alle pasienter i den norske studien var hjemmeboende ved LIS-debut. Ischemisk hjerneslag er den vanligste etiologien, men nesten en tredjedel av de norske tilfellene skyldes blødninger (3).

For disse pasientene med langvarig LIS var medianalderen ved LIS-debut 56 år, vesentlig lavere enn for hjerneslag i Norge generelt. Dette kan skyldes at relativt yngre pasienter hyppigere får LIS eller at de oftere overlever de første seks ukene. Det er også mulig at noen eldre pasienter ikke har blitt henvist til den nasjonale tjenesten. Funnet tilsvarer rapporter fra internasjonale studier (4).

Hvilke skader fører til LIS?

Selv om LIS tradisjonelt forbindes med en skade i ventrale pons, er det beskrevet mange tilfeller der tilstanden er forårsaket av andre skadelokalisasjoner (4). I den norske studien der radiologiske beskrivelser var tilgjengelig for 49 pasienter, ble isolert lesjon i pons kun funnet hos fem pasienter, mens seks pasienter kun hadde skade i mesencephalon eller medulla oblongata, det vil si ingen ponsskade i det hele tatt (3).

Det ble observert en rekke ulike kombinasjoner av lesjoner innenfor og utenfor hjernestammen. De fleste pasienter (39 av 49) hadde en eller flere lesjoner utenfor hjernestammen, oftest i cerebellum eller

rom – en klinisk oversikt



ILLUSTRASJONSFOTO: GETTY IMAGES / DESIGN491 / MODIFISERT

occipitallappen. Hos seks pasienter forelå det en primær blødning i bakre skallegrop med hjernestammeskade som sannsynlig sekundær lesjon (3).

Rehabilitering ved LIS

Rehabilitering ved hjerneslag starter i akutt-fasen. LIS er intet unntak. NoRLIS kan bistå allerede i denne fasen med ambulante vurderinger ved den akutte slagenheten. Vi kan bidra med å etablere midlertidige kommunikasjonsløsninger og tilby tverrfaglig veiledning før overflytning til Sunnaas sykehus (2).

Under den subakutte rehabiliteringen har pasientene ofte sammensatte problemstillinger knyttet til respirasjon, svelgfunksjon, ernæring, naturlige funksjoner, kom-

munikasjon og motorisk funksjon (8). Tverrfaglig tilnærming er nødvendig for å trygge pasienten, forebygge komplikasjoner, samt oppnå best mulig motorisk og generell fremgang. En sentral del av rehabiliteringsprosessen er å sikre kommunikasjonsløsninger som fungerer best mulig for den enkelte pasient (8). Overføring til pasientens bosted planlegges grundig og i samarbeid med lokal kommune- og spesialisthelsetjeneste.

Som en del av sin livslange oppfølging gir NoRLIS i alle faser veiledning ved henvendelser fra pasienter, pårørende, tverrfaglig hjelpeapparat, fastlege og andre spesialister. Stadige endringer i pasientenes lokale team betyr et kontinuerlig behov for kompetansearbeid både i form av seminarer, gruppesamlinger (også med pasien-

ter) og opplæring i pasientens nærmiljø. Rutinemessig årlig oppfølging av pasientene der det også registreres data i kvalitetsregisteret gjør det mulig å beskrive forløp.

Hvor vanlig er det å komme ut av LIS?

Median 8,8 år etter debut hadde 23 av de 51 pasientene i det norske materialet opplevd bedring og var ute av LIS-tilstanden, ifølge tjenestens kriterier (3). Prognosen for å komme ut av LIS er større tidlig i forløpet, men hos fem av de 23 pasientene skjedde dette senere enn to år etter hjerneslaget. En pasient kom ut av LIS-tilstanden nesten ti år etter debut ved å gjenvinne muntlig kommunikasjon (3). Dette indikerer at sen fremgang er mulig, hvilket også er beskrevet

vet internasjonalt (1). Pasienter som kom ut av LIS-tilstanden hadde signifikant lavere forekomst av lesjoner utenfor hjerne-
stammen, som kan være en prognostisk faktor (3).

Selv om alle pasienter hadde hatt LIS i over seks uker, kom nesten halvparten av pasientene til slutt ut av LIS-tilstanden. Det er betydelig variasjon i hvordan dette skjer. Eksempelvis kan en pasient gjenvinne funksjonell tale og evnen til å gå noen få

skritt med assistanse, men forbli ute av stand til å delta i ADL på grunn av ataksi eller mangel på distal motorisk kontroll. En annen pasient kan være avhengig av rullestol, kun kommunisere med øyebeve-
gelser, men være delvis i stand til å delta i ADL grunnet gjenvunnet ensidig hånd-
funksjon. Eksemplene illustrerer variasjo-
nene i utfall og forløp. Den flerdimensjo-
nale, funksjonsbaserte definisjonen av LIS som den nasjonale tjenesten bruker, betyr

at å komme ut av LIS innebærer en bedring som er klinisk signifikant med betydning for den individuelle pasientens hverdags-
funksjon.

Hvor bra kan man bli?

Ulike grader av motorisk forbedring ved LIS er beskrevet i flere studier (1, 9). I det norske materialet der mer detaljerte oppfølgings-
data forelå for 43 pasienter, oppnådde tre

ILLUSTRASJONSFOTO: GETTY IMAGES / CYANO_66



pasienter full motorisk bedring, dette til tross for at de hadde vært i LIS i minimum seks uker, definert etter tjenestens strenge kriterier. Disse pasientene kom ut av LIS-tilstanden innen seks måneder og ble helt selvhjulpne (3). Kun hos én pasient ble det ikke observert noen bedring, og vedkommende forble i klassisk LIS til sin død (3).

Å gjenvinne små funksjonelle bevegelser kan muliggjøre bruk, eller mer effektiv bruk, av hjelpemidler for kommunikasjon,

omgivelseskontroll og rullestolmobilitet. Forutsatt at de oppdages og nyttiggjøres på en kyndig måte har slike forbedringer stor betydning for pasientens hverdag. De fleste pasientene i den norske studien (88 prosent) hadde et vedvarende høyt hjelpebehov. Selv om hjelpebehovet fortsatt er stort, kan nevrologisk sett små forbedringer sammen med teknologiske hjelpemidler utgjøre betydelige forskjeller for den enkeltes aktivitet og deltakelse.

Når det gjelder kommunikasjon, hadde syv pasienter ingen verbal respons ved siste oppfølging, som betyr at de fleste (84 prosent) av og til eller konsekvent kunne uttale lyder, ord eller setninger (3). Seksten kunne bruke dysartrisk tale og åtte funksjonell tale uten dysartri, dvs. at over halvparten gjenvant noe form for tale (3). Forbedring av verbal tale skjedde også hos pasienter som bare hadde minimal bedring i motorisk funksjon.

Kan man leve lenge med LIS?

Til tross for høy dødelighet i den akutte fasen har dødeligheten blant pasienter som når rehabiliteringsfasen blitt beskrevet som lav (6, 9). Langtidsoverlevelse er høy blant pasienter som overlever det første året etter LIS-debut, og levetider på flere tiår har blitt rapportert (5). I det norske registerbaserte materialet var 15 pasienter avdødd ved studietidspunktet, etter median 3,5 år etter LIS-debut (fra 0,3 til 31 år). Kun to pasienter døde mellom seks uker og ett år etter debut (3).

Kumulativ 5-års overlevelseshastighet ble beregnet for 42 pasienter som var i live minst ett år etter LIS-debut; den var på 79 prosent (95 prosent KI 62,8–89,1) som er på samme nivå som de få eksisterende studiene (3, 5).

Store funksjonsnedsettelse

Langvarig LIS er en alvorlig tilstand som innebærer meget omfattende funksjonsnedsettelse. I et felt med lite og ofte selektert forskning har sentralisering til en nasjonal tjeneste og et kvalitetsregister gjort det mulig å beskrive en forholdsvis stor norsk populasjonsbasert kohort med detaljerte data. Dette har gitt viktig innsikt, først og fremst i at pasientgruppen er heterogen når det gjelder skadelokalisasjon, forløp og funksjonsnivå.

Vi vet nå at pasienter med ulike skadelokalisasjoner grunnet en alvorlig vaskulær hendelse i hjernestammen klinisk kan kategoriseres til å ha LIS med bevart bevissthet og orientering. Flertallet av pasientene har betydelig funksjonsnedsettelse og hjelpebe-

hov over tid, men noen kan bli helt motorisk restituerte og selvstendige selv etter minimum seks uker i en LIS-tilstand. Nesten alle pasienter opplever noe motorisk bedring, og over halvparten av pasientene kan etter hvert bruke tale helt eller delvis som en kommunikasjonsform. Mange vil oppleve små forbedringer som sammen med teknologiske hjelpemidler fører til en bedre hverdag og kan være avgjørende for pasientens livskvalitet.

Det er rapportert overraskende god livskvalitet til tross for tilstandens alvorlighetsgrad og begrensninger (6). Grunnet skjevhet i utvalgene må funnene tolkes med varsomhet, og svarene kan være innhentet av eller via komparenter med fare for feilrapportering. Det er behov for ytterligere forskning på dette området og NoR-LIS arbeider med å kartlegge livskvalitet hos den norske LIS-populasjonen, samt hvordan denne henger sammen med pasientenes autonomi i hverdagslivet (10).

REFERANSER

1. Locked-in syndrome: <https://www.uptodate.com/contents/locked-in-syndrome>. Lest 3.4.2025.
2. Nasjonal behandlingstjeneste for locked-in syndrom: <https://www.sunnaas.no/avdelinger/klinikk/avdeling-for-traumatisk-hjerneskaade/nasjonal-behandlingstjeneste-locked-in-syndrom/#les-mer-om-nasjonal-behandlingstjeneste-for-locked-in-syndrom>. Lest 3.4.2025.
3. Nilsen HW, Martinsen ACT, Johansen I, Kirkevold M, Sunnerhagen KS, Becker F. Demographic, Medical, and Clinical Characteristics of a Population-Based Sample of Patients With Long-lasting Locked-In Syndrome. *Neurology*. 2023; 101: e1025-e35.
4. Patterson JR, Grabois M. Locked-in syndrome: a review of 139 cases. *Stroke*. 1986; 17: 758–64.
5. Doble JE, Haig AJ, Anderson C, Katz R. Impairment, activity, participation, life satisfaction, and survival in persons with locked-in syndrome for over a decade: follow-up on a previously reported cohort. *J Head Trauma Rehabil*. 2003; 18: 435–44.
6. Svernlund K, Törnblom M, Nordin Å, Sunnerhagen KS. Locked-in syndrome in Sweden, an explorative study of persons who underwent rehabilitation: a cohort study. *BMJ Open*. 2019; 9: e023185-e.
7. Song J, Huang J, Li L, et al. Locked-in syndrome responding to endovascular treatment. *J Neurointerv Surg*. 2023; 15: 808–13.
8. Farr E, Altonji K, Harvey RL. Locked-In Syndrome: Practical Rehabilitation Management. *PM&R*. 2021; 13: 1418–1428.
9. Casanova E, Lazzari RE, Lotta S, Mazzocchi A. Locked-in syndrome: improvement in the prognosis after an early intensive multidisciplinary rehabilitation. *Arch Phys Med Rehabil*. 2003; 84: 862–7.
10. «How I live my Locked-in Life»: <https://www.sunnaas.no/fag-og-forskning/forskning/forskningsprosjekter/hjerneskaade-forskningsprosjekter/locked-in-hverdagsliv-med-storste-funksjonsnedsettelse/>. Lest 2.4.2025.

■ FRANK.BECKER@SUNNAAS.NO

ENSTILAR® «LEO»

Middel mot psoriasis. D3-vitaminanalog + gruppe III-kortikosteroid (sterke).

SKUM: 1 g inneh.: Kalsipotriol 50 µg (som monohydrat), betametason 0,5 mg (som dipropionat), flytende parafin, polyoksypropylenstearyleter, hvit vaselin, butylhydroksytoluen (E 321), helracemisk α-tokoferol, butan, dimetyleter. **Indikasjoner:** **Voksne:** Lokal behandling av psoriasis vulgaris. **Dosering:** **Voksne:** Påføres affiserte områder 1 gang daglig. Anbefalt behandlingsperiode er 4 uker. Maks. daglig dose er 15 g som tilsv. mengden dispensereren avgir dersom den trykkes helt ned i ca. 1 minutt. 2-sekunders nedtrykking avgir ca. 0,5 g. 0,5 g er nok til å dekke et område tilsv. en håndflate hos voksne. Beholderen skal være i minst 4 dager. Behandlet område skal ikke utgjøre >30% av kroppens overflate. Ved bruk på hodebunnen sprayeres skummet direkte på håndflaten, og påføres deretter de berørte områdene med fingertuppene. **Vedlikeholdsbehandling:** Pasienter som har respondert etter 4-ukers behandling med Enstilar én gang daglig, er egnede kandidater for langsiktig vedlikeholdsbehandling. Enstilar skal påføres to ganger ukentlig på to ikke-påfølgende dager på områder som tidligere har vært affisert av psoriasis vulgaris. Ved tegn til tilbakefall skal behandling ved utbrudd, som beskrevet ovenfor, startes på nytt. **Spesielle pasientgrupper:** **Alvorlig nedsatt lever-/nyrefunksjon:** Sikkerhet og effekt ikke fastslått. **Barn og ungdom <18 år:** Sikkerhet og effekt ikke fastslått. Langsiktig vedlikeholdsbehandling. **Kontraindikasjoner:** Overfølsomhet for innholdsstoffene. Ved erytrodermisk- og pustuløs psoriasis. Pga. innholdet av kalsipotriol er preparatet kontraindisert hos pasienter med forstyrrelser i kalsiumstoffsiftet. Pga. innholdet av kortikosteroid er preparatet kontraindisert ved viruslesjoner i huden (f.eks. herpes eller varicella), sopp- eller bakterieinfeksjoner i huden, infeksjoner forårsaket av parasitter, hudmanifestasjoner i forbindelse med tuberkulose, perioral dermatitt, atrofisk hud, atrofisk striae, skjørhet av hudveier, iktyose, acne vulgaris, acne rosacea, rosacea, hudsår og skader. **Forsiktighetsregler:** Bivirkninger som sees i forbindelse med systemisk kortikosteroidbehandling, som f.eks. binyrebarksuppresjon eller nedsatt glykemisk kontroll ved diabetes mellitus, kan også forekomme ved lokal kortikosteroidbehandling pga. systemisk absorpsjon. Påføring under okklusjon, på store områder skadet hud, på slimhinner eller i hudfolder bør unngås, pga. økt systemisk absorpsjon av kortikosteroider. Synsforstyrrelser: kan forekomme ved bruk av systemiske og topiske kortikosteroider. Ved symptomer som tåkesyn/andre synsforstyrrelser, skal pasienten vurderes for henvisning til øyelege for evaluering av mulige årsaker. Hyperkalsemi: Kan forekomme, men risikoen er minimal dersom maks. daglig dose (15 g) ikke overskrides. Serumkalsium normaliseres når behandlingen seponeres. Bør ikke brukes på ansikt og genitaler da huden i disse områdene er svært følsom for kortikosteroider. Samtidig behandling med andre steroider på samme behandlingsoverflate bør unngås. Pasienten må instrueres i korrekt bruk for å unngå applikasjon og utilsiktet overføring på ansikt, munn og øyne. Hendene må vaskes etter hver påføring for å unngå utilsiktet overføring til disse områdene samt utilsiktet absorbering av legemiddel på hendene. Om lesjonene blir sekundærinfisert, bør antimikrobiell behandling gis. Behandling med kortikosteroider bør imidlertid seponeres om infeksjonen forverres. Ved psoriasisbehandling med lokale kortikosteroider kan det være en risiko for utvikling av «rebound»-effekt ved seponering. Pasienten bør følges opp etter avsluttet behandling. Det er økt risiko for lokale og systemiske bivirkninger ved langtidsbehandling. Behandlingen bør seponeres hvis bivirkninger oppstår som følge av lang tids bruk. Unngå overdreven bruk av naturlig eller kunstig sollys. Kombinasjonen lokal kalsipotriolbehandling og UV-lys bør kun benyttes hvis lege og pasient anser fordelen større enn potensiell risiko. Ingen erfaring med bruk ved guttat psoriasis. Inneholder butylhydroksytoluen, som kan gi lokale hudreaksjoner (f.eks. kontaktdermatitt) eller irritasjon av øyne og slimhinner. **Graviditet, amming og fertilitet:** **Graviditet:** Utilstrekkelige data på bruk hos gravide. Bør kun brukes under graviditet når fordel oppveier risiko. **Amming:** Betametason går over i morsmelk, men risiko for bivirkninger hos barnet synes lite sannsynlig ved terapeutiske doser. Ingen data på overgang av kalsipotriol til morsmelk. **Forsiktighet bør utvises ved bruk ved guttat psoriasis.** **Bør ikke brukes på brystene under amming.** **Fertilitet:** Det er ingen data på fertilitet hos mennesker. **Bivirkninger:** **Mindre vanlige (≥1/1000 til <1/100):** Hud: Depigmentering i huden. Immunsystemet: Hypersensitivitet. Infeksiøse: Follikulitt. Stoffskifte/ernæring: Hyperkalsemi (mild). Øvrige: «Rebound»-effekt, pruritus på applikasjonsstedet, irritasjon på applikasjonsstedet, smerte på administrasjonsstedet. **Ukjent frekvens:** Øye: Tåkesyn. Hud: Endringer i hårfarge (forbigående). **Følgende bivirkninger anses relatert til de farmakologiske grupper for hhv. kalsipotriol og betametason:** **Kalsipotriol:** Reaksjoner på applikasjonsstedet, pruritus, hudirritasjon, sviende og stikkende følelse, tørr hud, erytem, utslett, dermatitt, eksem, forverring av psoriasis, fotosensitivitet og overfølsomhetsreaksjoner, inkl. meget sjeldne tilfeller av angioødem og ansiktsødem. Systemiske effekter ved lokalbehandling kan i svært sjeldne tilfeller forårsake hyperkalsemi eller hyperkalsiuri. **Betametasondipropionat:** Lokale reaksjoner inkl. hu-datrofi, telangiektasi, striae, follikulitt, hypertrikose, perioral dermatitt, allergisk kontaktdermatitt, depigmentering og kolloid milia, kan oppstå etter lokalbehandling, særlig ved langvarig bruk. Risiko for utvikling av pustuløs psoriasis. Systemiske reaksjoner ved lokalbehandling med kortikosteroider er sjeldne hos voksne, men kan være alvorlige. Binyrebarksuppresjon, katarakt, infeksjoner, nedsatt glykemisk kontroll av diabetes mellitus og økt intraokulært trykk kan forekomme, særlig ved langtidsbehandling. Systemiske reaksjoner sees oftere ved okklusjonsbehandling (plast, hudfolder), ved påføring på store områder og ved langtidsbruk. **Overdosering/Forgiftning:** **Symptomer:** Bruk av mer enn anbefalt dose kan føre til forhøyet serumkalsium, som faller når behandlingen seponeres. Symptomer på hyperkalsemi inkl. polyuri, forstoppelse, muskelsvakhet, forvirring og koma. Svært langvarig bruk av lokale kortikosteroider kan føre til binyrebarksuppresjon som normalt er reversibelt. **Behandling:** Binyrebarksuppresjon behandles symptomatisk. Ved kronisk toksisitet skal preparatet seponeres gradvis. Se Giftinformasjonens anbefalinger for kalsipotriol D05A X02 og glukokortikoider H02A B på www.felleskatalogen.no **Egenskaper:** **Klassifisering:** D3-vitaminanalog i kombinasjon med gruppe III-kortikosteroid. **Virkningsmekanisme:** Kalsipotriol stimulerer differensieringen og hemmer proliferasjonen av keratinocyttene. Betametason har antiinflammatoriske og immunundertrykkende egenskaper. **Absorpsjon:** Perkutan absorpsjonsmengde er liten. **Fordeling:** Studier på rotter viser høyest nivå i nyre og lever. **Metabolisme:** Etter systemisk eksponering vil både kalsipotriol og betametason metaboliseres raskt. Kalsipotriol: Primært via feces. Betametasondipropionat: Via urin. **Pakninger og priser:** 60 g kr. 550,10. 2x60 g kr. 1057,20. Pris per 15.10.2020 (priser og ev. refusjon oppdateres hver 14. dag) Innehaver: LEO Pharma, www.leo-pharma.no Basert på SPC datert 22.09.2020. Refusjonsberettiget bruk: Lokal behandling av psoriasis vulgaris hos voksne. REF-15389



START / CONTINUE

ENSTILAR® (CALCIPOTRIOL / BETAMETASON) KUTAN SKUM FOR BEHANDLING AV PSORIASIS VULGARIS HOS VOKSNE

EFFEKTIV BEHANDLING AV AKTIV SYKDOM¹⁻⁵

Mer effektiv enn andre
kombinasjonsbehandlinger
med de samme virkestoffene^{4,5}



VEDLIKEHOLDSBEHANDLING I ROLIG FASE^{1,6}

Proaktiv vedlikeholdsbehandling gir
flere dager i remisjon enn reaktiv
behandling⁶

Enstilar® er den første lokalbehandlingen av psoriasis som har vist at proaktiv terapi gir færre og kortere tilbakefall sammenlignet med reaktiv behandling⁶

Enstilar®
kalcipotriol/betametasondipropionat

Referenser:

1. Produktresyme Enstilar®. 2. Pink A E, Jalili A, Berg P et al. J Eur Acad Dermatol Venereol 2019; 33(6):1116–1123. 3. Leonardi C, Bagel J, Yamauchi P et al. J Drugs Dermatol 2015;14(12):1468–1477. 4. Koo J, Tying S, Werschler W.P J Dermatolog Treat, 2016; 27(2):120–127. 5. Paul C, Stein Gold L, Cambazard F et al. J Eur Acad Dermatol Venereol 2017;31(1):119–126. 6. Lebwohl, Kirck, Lacour et al. Twice-weekly topical calcipotriene / betamethasone dipropionate foam as proactive management of plaque psoriasis increases time in remission and is well tolerated over 52 weeks (PSO-LONG trial) Journal of the American Academy of Dermatology (2020), doi: <https://doi.org/10.1016/j.jaad.2020.09.037>

Et forkortet produktsammendrag finner du annet sted i bladet.
LEO® MAT-40798 © LEO PHARMA AS, JAN 2021, ORG NR 946397369



LEO Pharma AS
Fornebuveien 37 | 1366 Lysaker
info.no@leo-pharma.com
Tlf +47 22 51 49 00
www.leo-pharma.no

Latter på legekontoret

■ NJÅL FLEM MÆLAND • Redaktør i Utposten

Hva hadde livet vært uten humor? Tenk deg et ekteskap hvor man aldri ler sammen, eller en jobb hvor humor er tabu. Det er knapt til å holde ut. Humor er helsefremmende, å le sammen kan være den beste terapi. Galgenhumor kan gi et nytt syn på det smertefulle. Derfor er det lov til å le, også på legekontoret, med og delvis også av pasientene, og i hvert fall av seg selv.

Selvsagt er det mest alvor på allmennlegets kontor, og ofte også tragedier. Men nettopp da kan det bli komisk, frivillig eller ufrivillig. Opp gjennom årene har det vært mange episoder jeg med glede og entusiasme har gjenfortalt hjemme og på pauserommet i anonymiserte og redigerte versjoner. Dessverre er slikt fort glemt. Hadde vi hatt vett til å skrive det ned, så kunne nok de fleste allmennleger ha samlet stoff nok til bøker i løpet av et liv. Men noe har jeg da klart å få festet til harddisken før det forsvant i glemselens grå tåke, og flere av disse episodene syns jeg fortjener trykksverte.

En dag mens jeg har en pasient inne på kontoret ringer hjemmetjenesten. Med fortvilet stemme forteller sykepleieren at hun skulle stelle en mann med permanent ka-

teter. Han klaget over smerter i penis. Hun oppdager da at forhuden sitter fast på ned-siden av penishodet, slik at penishodet har svulmet opp. Nå er det umulig å få forhuden tilbake.

Følgende ordveksling utspinner seg:

- Ta det rolig, dette ordner seg. Du får det til, du må bare være litt tålmodig! Først tar du godt med glidekrem. Sprøyt det ut over penishodet. Så tar du et godt grep med hele håndflaten din og klemmer rundt penishodet. Får du det til?
- Ja, jeg gjør som du sier, men jeg har prøvd det før!
- Ok. Selv om du har prøvd det før, så prøver vi igjen. Du trenger nok bare mer tid. Bare hold det grepet rundt penishodet. Hold fast, klem og trykk og så venter du. Du må bruke tid nå.
- Ja, jeg holder fast, og venter.
- Så, når du har fått klemt litt godt, da kan du begynne med forhuden.
- Der, nå gikk det, den gled på plass!
- Supert! Du fikk det til! Da gikk det!

Jeg avslutter samtalen og snur meg så mot pasienten min. Han sitter blek, med åpen munn. Det slår meg at han bare har hørt min del av samtalen. Han utbryter med synlig beundring: «F... meg litt av non samtala du har!»

Mye humor er i den del av kroppen, altså i glidekremområdet. En mann jeg henter på venterommet virker påfallende stresset. Han er ukjent for meg, det er en hastetime, og fastlegen hans er ikke til stede. På vei inn til kontoret bemerker han at jeg er presis – «fastlegen min bruker å være så forsinket, jeg har aldri blitt tatt inn presis noen gang!». Merkelig nok ser han stresset ut når han sier dette. På kontoret forteller han om et underlivsproblem. Det er opplagt at jeg må undersøke ham, det forteller jeg ham. Da blir han enda mer stresset.

«Fastlegen min er bestandig for sen, planen min var å vaske meg før undersøkelsen, mens jeg ventet.» Jeg forteller at det ikke er så viktig at han er nyvasket, undersøkelsen går fint for det. Han nøler før han utbryter: «Men det lukte jævlig. Æ rakk itj å vask mæ i dag morges, og æ va på kjærringa før æ sto opp!»

Vi blir enige om at han kan komme tilbake for undersøkelse litt senere på dagen.

Jeg har telefonkonsultasjon med en mann jeg snakker engelsk med. Han vil henvises til psykolog, noe som i hans øyne er en enkel sak. Han er lite villig til å snakke om hva det gjelder. Jeg forklarer at det er nødvendig å vite litt mer for at jeg skal kunne henvises på rett måte til rett plass. Han sier da: «It's about a sexual problem!». Jeg forsøker å finne ut mer, tanken min er at det kanskje kan løses på en enkel måte uten henvisning. Samme nøling. Plutselig sier han: «The sexual problem is that I don't like my wife!». Det er jo naturligvis trist, likevel finner jeg det vanskelig å holde meg alvorlig!

Det alvorlige og det lattervekkende kan være snublende nær. En godt voksen kvinne er satt opp til time, og møter sammen med hjemmetjenesten, som har bestilt ti-men. I timelisten står det: «Hun sier hun vil ta livet sitt». Hun forteller først i dramatiske vendinger om hvor tungt livet hennes er – om smerter i kroppen, ensomhet og angst. Hun gråter flere ganger, og det kommer utsagn om å dø, slik som: «Jeg kunne like gjerne vært død», og «Livet mitt er helt tomt». Det hviler derfor et alvor over legekontoret. Jeg trenger ikke å si noe, det er som forventet, hun har alltid en ustopkelig ordflom. Plutselig blir hun stille et par sekunder og endrer stemmeleie, hun fortsetter: «Men så er det mye bra også! *Mesternes mester...* og *Farmen* – det har vært en bra sesong. Snart er det finale i *Skal vi danse!* Det må jeg få med meg! Og så begynner det jo nye sesonger etter jull!» Jeg titter bort på sykepleieren, som forsøker å kvele et smil, og uten ord kan vi trekke konklusjonen: Vi har forskjellige grunner til å leve, vi mennesker.

En fersk medisinerstudent i praksis har tatt opp sin første konsultasjon på video,



ILLUSTRASJONSFOTO: GETTY IMAGES / SPACE_CAT



og vi ser på opptaket. Han har nok tenkt nøye over hva som skal være åpnings-spørsmålet, men det lyder noe høytidelig når han sier: «Hva bringer Dem hit i dag?». Pasienten er en eldre mann med dårlig hørsel, som ikke hører den unge legestudenten. Studenten tvinges til å gjenta spørsmålet: «Hva bringer Dem hit i dag?» Mannen skrur fortvilet på høreapparatet, det høres litt pipelyder, og studenten roper: «HVA BRINGER DEM HIT I DAG?». Mannen smiler stort, endelig har han hørt, han svarer: «Trøndertaxi!»

En av mine egne samtaler starter med at pasienten er taus og nølende, enda jeg flere ganger spør hva det gjelder. Etter lang tids nøling ber han om å få låne min telefon. Det får han. Han finner frem en lapp fra lommen, slår et nummer og forteller på telefonen at han er hos legen. Så blir han stille en stund før han sier farvel. Han vender seg mot meg: «Jeg måtte ringe kona, ja. Nå fikk jeg vite det. Problemet er at jeg har blitt så glemsk!» Problemstillingen ble absolutt tatt på alvor, selv om vi lo godt sammen først.

Komikk kan være risikabelt, og noen

ganger tenker jeg med meg selv når ordene dette ut av meg: Hjelp – hva er det jeg sier! Jeg har en helt vanlig samtale med en pasient som har luftveissymptomer. Pasienten sier: «Og så har jeg mistet hørselen helt!» Det dette ut av meg: «Din idiot!», heldigvis forstår han humoren i den replikken og bryter ut i latter.

En ung kvinne med stor hårprakt forteller om sine allergier. Jeg oppsummerer: «Så du er allergisk mot katt og hund ...». Hun føyer til: «... ja, og hest, mot alt som har hår!». «Det forklarer valget av fastlege», svarer jeg. For å forstå poenget i denne replikken må du ta en titt på illustrasjonen!

Morsomme replikker toppet seg da jeg var i turnus i Øksfjord i 1995. Jeg spør en ti år gammel gutt om hvordan det går. Han svarer omtrent som man forventer av en pasient: «Æ e forelska, men det går sikkert snart over av sæ sjøl!». På godt og vondt: Det hadde han trolig rett i! En pasient satte ord på det harde livet i Øksfjord: «Her leve vi i et nært forhold te ekskrementan!», mens en annen var innstilt på «å prøve sånn dær alternativ te behandling.» En satte ord på sin helseangst: «Æ e redd for å bli sånn dær rul-

lestolmisbrukar!» En ambulansesjåfør ble irritert på meg, og med et glimt i øyet truet han: «Æ ska dask dæ over ræva me en flisat wire, og slå dæ på kuken me en frosen auar!» Med slike visuelt kraftfulle replikker vendes sinne og samhandlingsvansker raskt til felles latter. Problem løst.

Til slutt noen gåter. En mann på godt over 90 nærmet seg livets slutfase, og vi hadde tett kontakt om hans mange plager og sykdommer. Om han var aldri så skrøpelig: Ved hvert møte hadde han pønsket ut en ny gåte som han ikke ville komme med svaret på før ved neste konsultasjon. Det ga en egen spenning og glede både i møtene våre, og faktisk også mellom møtene. Her er tre av gåtene. De to første er stedsnavn i Trondheim, så her hjelper det å være lokalkjent!

- Farget mann døden
- Katten drikker melk
- Hva rimer på trikken?

Vi oppfordrer våre lesere til å dele sine lattervekkende gullkorn med Utposten!

Svar kan du finne nederst på side 35.

■ NFLEM@ONLINE.NO

Usynleg leiing?

Studentar sine erfaringar frå fastlegekontoret

■ JAN HANA • Pensjonert fastlege (tidl. Vestvågøy kommune) | ØYDIS HANA • Øydis Hana, fastlege (Vestvågøy kommune)
EVA M. KIBSGAARD NORDBERG • Kommuneoverlege (Vestvågøy kommune) | LARS BLIX STRAUMAN • Fastlege (Vestvågøy kommune)

Lenge har det vore retta merksemd mot at fastlegeordninga må leiast. Kva opplevingar og refleksjonar har femteårsstudentane og rettleiarane med organisering og leiarskap på fastlegekontoret?

Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten gir tydeleg plassering og innhald for leiaransvaret i fastlegeordninga (1). Politisk er det også klare føringar, og ekspertutvalet for allmennlegetenesta hadde leiing som ein av fleire raude trådar (2). Legeforeningen argumenterer sterkt for legen si sentrale rolle og ansvar som leiar (3).

I varierende grad har dei ulike medisinske fakulteta funne plass til undervisning i organisasjon og leiing i grunnutdanninga. Både NTNU, UiB og UiO har det.

Denne studien tek utgangspunkt i studentar ved UiT som til no ikkje har hatt systematisk undervisning i leiing, men det er planlagt innlemma studieåret 2025/2026 (4). I forarbeidet til vår studie fann vi difor ikkje leiingsundervisning som var relevant for fastlegekontoret. I staden kom vi over interessante formuleringar i kunnskapsmåla for femteårs distriktspraksis ved fastlegekontor (5):

Kunnskapsmåla

5. Beskrive forhold som påvirker allmennlegens hverdag (kontorets organisering, kommunen, samarbeidspartnere, lovverk, økonomi, videre- og etterutdanning) og legenes mulighet for å påvirke disse.
6. Diskutere fastlegeordningens muligheter og utfordringer.

Desse måla tolkar vi å ha viktige element av leiing i fastlegekontoret. Det gav oss ein god inngang til temaet der vi kunne utforske kunnskap og erfaring med organisasjon og leiarskap under praksisperioden hos både studenten og rettleiar.

Problemstilling

Kva opplevingar og refleksjonar har femteårsstudentar og rettleiarar med organisering og leiarskap på fastlegekontoret gjennom kunnskapsmål 5 og 6?

Materiale og metode

Distriktspraksis er gjennomført i heile landsdelen. Vi valde ei kvalitativ tilnærming der vi gjennomførte individuelle djupneintervju (6).

Ein kortfatta invitasjon vart formidla via studiekonsulenten til 69 studentar og 58 praksisrettleiarar. Interesserte fekk i neste omgang tilsendt fullstendig prosjektbeskriving med formalitetar. Det var to grupper som fekk invitasjon i slutten av sine praksisperiodar. Kvar gruppe fekk ei påminning. Fem studentar og fire rettleiarar tok del i undersøkinga.

Tre i forskargruppa gjennomførte ni telefonintervju som vara om lag ein time. Digital transkribering av lydfiler vart gjort med manuell kontroll.

Analyse

Transkriberte intervju vart analysert ved hjelp av kvalitativ innhaldsanalyse. Alle las tilfeldig tildelt intervju, følgde analyseprinsippa i metoden, gav skriftlege rapportar, og tok del i diskusjonar i fellesmøta. Vi etablerte konsensus og konkluderte i fellesskap på hovudpunkta under resultat- og diskusjonsdel.

Resultat

Gjennom analysen er det tydeleg at det er klinikken, møtet med pasienten, som er det berande gjennom praksisperioden, og det pregar også intervjuet. Det kjem fram tre hovudkategoriar med tilhøyrande subkategoriar: klinikken er sentrum, kompleksitet i organisasjonen rundt og eit for studenten «usynleg» leiarskap i kontoret. I eit overordna perspektiv meiner vi å sjå at studentane ikkje greier å synleggjere pro-

sessane bak den organisasjonen og det leiarskapet dei opplever, då dei til ein viss grad manglar systematisert innsikt i og språk til å beskrive dette.

Møtet med allmennmedisinsk klinikk

Det er knytt spenning og usikkerheit til praksisperioden. Informasjon i forkant, med velkomstbrev, orientering om kontoret, eigen fysisk arbeidsplass og utstyr, gav tryggleik.

Møtet med pasienten er den raude tråden gjennom praksisperioden. Det definerer utgangspunktet for å oppfatte, tolke og forstå alt som er rundt:

«Det er kjempelærerrikt og veldig spennende. Det var en bratt læringskurve, men en utrolig god mestringsfølelse. Det å få prøve seg sjøl, det har man ikke gjort så mye i studietida i det hele tatt ... Veldig trygg læringsarena å prøve seg. Det var vanskelig å begrense pasientene. Hvilke problemstillinger de kom med og hvor mye de skulle prate. Da så jeg jo det at tida fløy fra meg, selv om jeg hadde god tid... Man ser jo at det fort kan hope seg opp med skrivearbeid og alt mulig på slutten av dagen...» IT

Kompleks organisatorisk ramme

Studentane viser gjennomgåande god kontoroversikt, kven som jobbar der og kva kvalifikasjonar dei har:

«Det er en som er bioingeniør, en som er sykepleier. Og så er det en som er helsesekretær, og en helsefagarbeider, eller vernepleier.»

Studenten opplever kor viktig relasjonen til alt rundt er for det kliniske arbeidet;

«...har man ikke et godt samarbeid med de på labben, eller de som sitter i telefon, eller spesialisthelsetjenesten, så fungerer det dårlig, det som skjer på kontoret også.»

Kommuneramma og fastlegeordninga legg premissar for kontororganisasjonen. Dette får studenten godt fram ved å samanlikne med sjukehusavdelinga.

«På sykehuspraksisen så er man jo litt ... Du er en liten, mindre brikke, hvis det går an å



ILLUSTRASJONSFOTO: GETTY IMAGES / VALERII APETROAEI

si, i et litt større puslespill, føler jeg. Da får du liksom ikke innsikt i så mye som man gjør på fastlegekontor.»

Veileder støtter dette perspektivet:

«En ting er jo klinikken. Den får du jo, kan du jo lese deg til. Men det å se hvor du er hen i et system ... Det er litt vanskelig å se etter skolebenken, tenker jeg. Det kommer ofte frem i de enkelte konsultasjonene, altså hvordan vi som behandlere bruker det som er rundt ...»

Studentane rapporterer kontakt og samarbeid med ei rekkje kommunale helseaktører: helsestasjon, sjukeheimen, heimesjukepleia, fysioterapeuten osv. Dei evner å plassere kontoret i eit større kommunalt nettverk av tenester.

Det «usynlege» leiarskapet

Studentane teiknar sitt bilde av kontororganisasjonen gitt sin avgrensa forkunnskap. Dei som jobbar der og særleg den med leiaransvar ville nok ha gitt ei meir presis, detaljert og systematisert beskriving.

Studentane gir oss resultat av *planlegging*. Det vert referert til informasjon før oppstart, positivt mottak, tilrettelegging av kontor, timeboka og rettleiinga. Dette gav tryggleik og opplevd meistring, men studenten knytte det i liten grad til resultat av godt leiarskap.

Organisasjonskartet viser den formelle leiingsstrukturen på kontoret der roller blir definert og ansvar plassert. Ingen av studentane nemner eit slikt kart.

På spørsmålet om «... noen hadde mer en lederoppgave eller hvordan ...?» svarte studenten:

«... Nei, altså ... Han som var min veileder, var jo litt sånn ... Og den som er kommuneoverlege ... Flere av dem var med å starte plassen, så det var kanskje litt mer sånn indirekte leder, men det var veldig flat struktur.»

Studenten vart spurt om legane fordelte oppgaver mellom seg f.eks. personal og økonomi:

«Nei. Det kan jeg ikke si noe sikkert på altså. Men det virka sånn at det var veldig, veldig likt, på en måte. Det var liksom ikke én person som satt der hver kveld etter jobb og jobba, på en måte.»

Studentane har god oversikt over møteaktivitet på kontoret gjennom ei veke, og fortel om eit betydeleg antal møtepunkt. Dei har god kunnskap om kven som møter, kva saker som vert diskutert, men viser i liten grad korleis møtet er ein viktig arena for å gjennomføre og påverke leiarskapet.

Studenten kjente «rådet», Allmennlegeutvalget (ALU), som bindeledd til kommunen. Møtet hadde leiar: «... og så var det en som var liksom leder i det rådet, hvis du kan kalle det det.»

Vi legg merke til korleis studenten beskriver rollen til leiar her. Møter hadde ofte eit klinisk innslag og driftsutfordringar knytta til dette. Leiing og organisasjonsperspektivet vert ikkje eksplisitt tatt fram av studenten.

Timeboka vart ofte diskutert. Den gav struktur og rammer for det kliniske arbeidet, og vart eit viktig organisasjons- og leiarskapsverktøy som påverka arbeidsdagen i stor grad. Studenten:

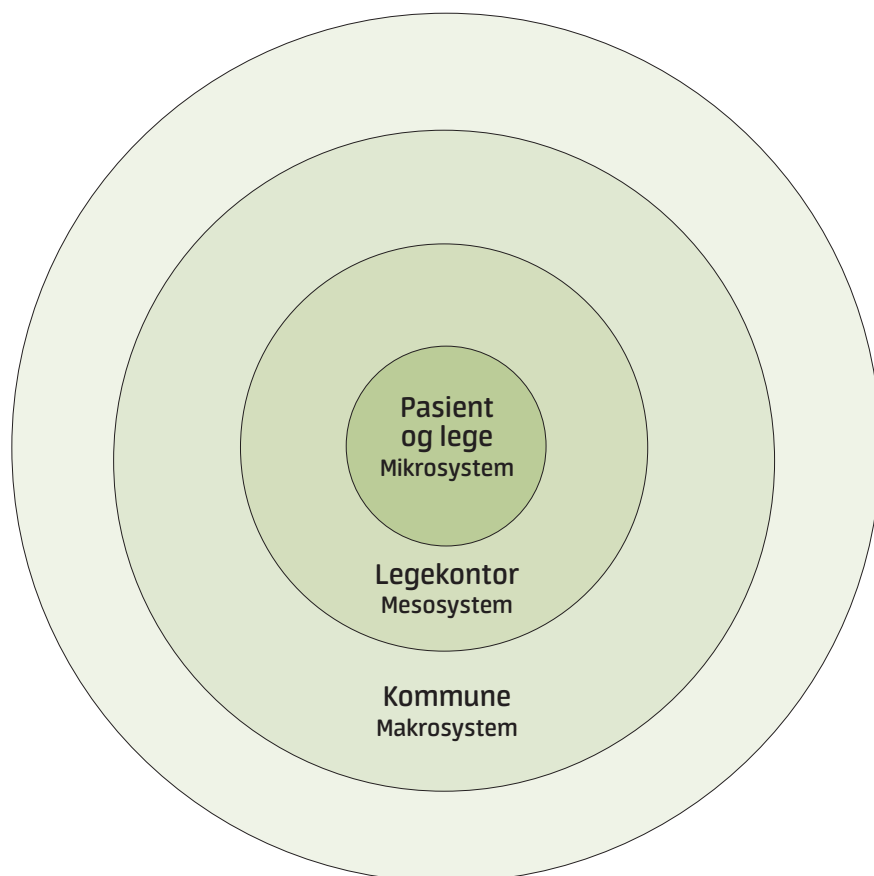
«Noen av legene valgte å ta inn sine egne pasienter. Selv om de hadde full timebok. Men noen av legene var veldig strenge med at ... Ikke sette opp noe mer enn det som er plass til i min timebok. Og så måtte de pasientene da få time hos en annen lege den dagen ... Det virka som de praktiserte litt ulikt».

Vi erfarte at prosessane rundt timeboka i liten grad vart tatt fram som eksempel på tydeleg leiarskap ved kontoret.

Beslutningsprosessar synleggjer utøvan- de leiarskap og vi trudde studenten i større grad kunne referere til slike situasjonar. Det gjorde dei ikkje. Det vert tatt mange avgjersler gjennom ein arbeidsdag som studentane har observert, men dei heng dette tregleg på andre knaggjar enn leiing.

«Det som ligg bak»

Systematisk innsikt, forståing og beskriving av rammene for klinikken krev kunn-



skap om alt «det som ligg bak», det som ikkje med ein gong står fram og er synleg. Dette er kunnskap om organisering og leiarskap som skaper gode strukturar og relasjonsprosessar i front. Det er nesten slik at det studenten ser og beskriv er toppen av isfjellet, men for å forstå det ein ser må resten også inkluderas. Dersom vi skal kunne påverke, endre og utvikle kvardagen må vi ha kunnskap om alt. Det er denne innsikta hos studenten vi slit med å få fram i denne studien.

Diskusjon

Konsultasjonen

Det er møtet med pasienten, *konsultasjonen*, som er det grunnleggjande når studenten skal beskrive sin arbeidsdag. Dette dominerer forventningane både før og under opphaldet. Det er meistringa av klinikken som gir tryggleik og trivsel i praksisperioden. Dette må vere utgangspunktet for å forstå det studenten fortel, men det legg også premissar for vår kunnskapsformidling om leiarskapet i strukturen og prosessane rundt.

Kunnskapsmåla erstattar ikkje undervisninga
Studentane ved UiT hadde ikkje hatt undervisning i organisasjon og leiing. I *Kunnskapsmåla (KM)* for distriktspraksis

fann vi det som kunne ha vore element i ei slik undervisning. Vi gjekk vegen om måla for å utforske erfaringa student og veileder måtte ha hatt med dette temaet. Studentane hugsa dårleg innhaldet i kompetansemål 5 og 6. Vi ville forstå studentane sine føresetnader og evne til å få til noko i konsultasjonsrommet – og deira perspektiv på kvifor det er nødvendig i den samanheng å ha oversikt over kompetansemål 5. Det at studentane ikkje greier å formidle si oppleving ved kontoret med vårt fokus, treng ikkje bety at slik åtferd ikkje eksisterer. Med studenten sin manglande systematiske forkunnskap kan det sjølvstøtt vere mykje som skjer ved kontoret som dei ikkje får med seg. Ingen undervisning og lite kjente kunnskapsmål kan legge større forventningar på rettleiar som må kompensere for det svake utgangspunktet som er gitt studenten på dette området.

Kompleks organisasjon

Fastlegekontoret er ein liten organisasjon, eit klinisk mikrosystem, der konsultasjonen står i sentrum. Infrastrukturen er ganske kompleks både internt i kontoret, men også ut mot ulike nivå i helsevesenet (sjå figur over).

Studentane opplever raskt dette mangfaldet gjennom pasientarbeidet. Dei har ri-

meleg god oversikt over dei ulike elementa internt i kontoret, men også i helseorganisasjonen utanfor.

Leiarskap mellom konsultasjon og organisasjon

Leiarskapet blir utydeleg slik studentane formidlar det. Manglande systematisk undervisning er truleg ei viktig forklaring. Studenten ser klinikken, strukturen med ressursar rundt og viktige prosessar, men har ikkje føresetnader til å få innsikt i alt det som er gjort for å få dette til. På bakgrunnen av det studentane fortel har vi derfor ikkje grunnlag i denne studien til å hevde mangel på organisasjon og leiing på fastlegekontoret. Denne manglande kunnskapen og innsikta hos studenten vil også i stor grad ramme grunnlaget deira for å effektivt forbetre og utvikle pasientbehandlingen. Dette viser også kva potensiale som ligg i organisasjons- og leiarskapskompetansen. Kunnskapsmåla 5 og 6 omfattar for lite, og kompenserer ikkje for manglande undervisning i dette temaet.

Konklusjon

Denne studien har bidradd til å kaste litt meir lys over det «usynlege» arbeidet innom organisasjon og leiarskap som studenten ikkje har føresetnader for å sjå i tilstrekkeleg grad. Meir kunnskap om dette vil gje studentane ei oppleving av arbeidet på fastlegekontoret på ein enda meir komplett og positiv måte. Det vil også sette dei som våre framtidige kollegaer på fastlegekontoret i stand til å bidra på ein enda betre måte med å utvikle allmennmedisinen og fastlegeordninga.

Vi vil rette stor takk til NSDM og «Programmet» for økonomisk støtte og oppmuntring. Forfattarane har ingen bindingar. Prosjektet er godkjent av Sikt.

REFERANSER

1. Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten – Lovdata.
2. Helse- og omsorgsdepartementet: «Gjennomgang av allmennlegetjenesten. Ekspertutvalgets rapport 18.april 2023».
3. Legeforening: «Pasientens primærhelsetjeneste må ledes. Om ledelse av det medisinske tilbudet i kommunen.» (2017).
4. Personleg melding frå studieleiar Kirsten B. Kjelstrup, UiT med henvisning til Emnebeskrivelse i Utfyllende informasjon om Profesjonsstudiet medisin | UiT.
5. Kirkhaug R: Lederskap. Person og funksjon. Universitetsforlaget, 2019.
6. Malterud K: Kvalitative metoder i medisinsk forskning - en innføring. 2. utgave. Universitetsforlaget, 2003.

Med reiseattest kan pasientene bestille reise selv

■ ELSE-MARIE SKILBRED HAGEN • Kommunikasjonsrådgiver, Pasientreiser HF

Pasienter som har behov for organiserte reiser på grunn av helsen sin eller trafikale årsaker, kan få en reiseattest og bestille reisen selv. Det sparer tid for legene, og gir pasientene mer kontroll på reisene sine.

Pasientreiser er en ordning som gir støtte til pasienter som må reise for å få nødvendig helsehjelp. Det kan være økonomisk støtte til reiseutgifter eller organisert reise hvis pasienten ikke kan reise på egen hånd.

Hovedregelen er at pasienten ordner reisen selv, og søker om støtte til reisen i etterkant. Pasienter som på grunn av helsen

sin eller trafikale årsaker ikke kan reise med offentlig transport eller bil, kan ha rett på en organisert reise gjennom Pasientreiser.

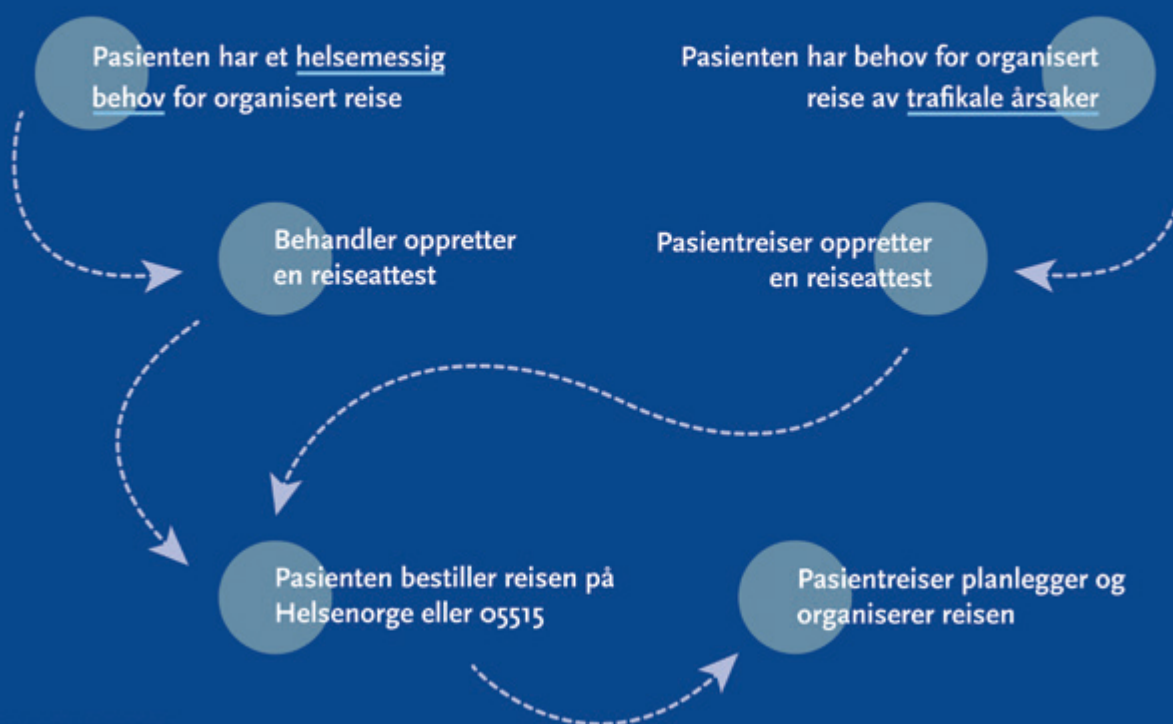
Hvis pasientens helse gjør at hen ikke er i stand til å reise på egen hånd, er det pasientens behandler som avgjør om pasienten har behov for en tilrettelagt reise. Det vurderes om pasienten har:

Med reiseattest kan pasienten selv bestille reise digitalt.

FOTO: PASIENTREISER HF



Slik fungerer en reiseattest



- **betydelig** redusert orienteringsevne
- **betydelig** redusert allmenntilstand
- **psykiske problemer**, som gjør det vanskelig å reise med offentlig transport eller bil
- **redusert forflytningsevne**, som gjør at pasienten har behov for tilrettelagt transport

Pasientreiser i helseforetakene avgjør om pasienten har behov for organisert reise på grunn av trafikale årsaker, for eksempel hvis det ikke går offentlig transport på strekningen.

Pasienter kan bestille reisen selv

Pasienter som har behov for organiserte reiser, enten av helsemessige eller trafikale årsaker, kan få en reiseattest. En reiseattest kan gjelde for enkeltreiser eller for en periode på inntil ett år. Med en reiseattest kan pasienten bestille reisen sin selv, eller reise til behandling med bil og få støtte til reisen og tilleggsutgifter dekket.

Pasienten oppgir tidspunktet hen må være fremme ved behandlingsstedet, og Pasientreiser ordner reisen og velger transportmiddel. Reiseattester er i hovedsak for pasienter som er i stand til å bestille reiser selv på Helsenorge. Det er mulig å ringe Pasientreiser på 05515 for hjelp med reisebestilling eller veiledning på Helsenorge.

Hvem lager reiseattester?

Hvis en pasient trenger attest på grunn av helsen sin, er det pasientens behandler som skal lage reiseattesten. Er det trafikale behov for en reiseattest, lages attesten av Pasientreiser.

Hvordan lages reiseattester?

Reiseattester lages i NISSY eller i EPJ-systemet. På nettsidene til Pasientreiser finnes en video som viser hvordan reiseattester lages. Pasientene finner reiseattestene sine på Helsenorge.

Er dette en ny ordning?

At pasienter nå kan få en reiseattest er et tillegg til ordningen for bestilling av pasientreiser. Det vil fortsatt være mulig å bestille enkeltreiser som tidligere. En pasient som ikke er i stand til å håndtere reisebestilling på egen hånd, vil få organiserte reiser som før. Det er også mulig å **gi andre fullmakt** til å bruke tjenester på Helsenorge, som bestilling av reiser, på vegne av seg selv.

På pasientreiser.no kan du lese mer om reiseattester, bestille gratis informasjonsmateriell til pasienter, ta e-læringskurs og se videoer av hvordan man lager en reise-

PASIENTREISER

Nøkkeltall for pasientreiseområdet i 2024

- 2,5 milliarder kroner brukt på pasientreiser
- 7,92 millioner reiser totalt
- 1,85 millioner besvarte telefonhenvendelser

Organiserte reiser

- 382 000 pasienter hadde en organisert reise
- 4,12 millioner bestillinger (95 prosent er drosjeturer)
- 1,7 milliarder kroner brukt på organiserte reiser
- 415 kroner er gjennomsnittskostnad per bestilling for helseforetaket

Søknader om reisestøtte

- 3,6 millioner pasientreiser
- 1,1 millioner vedtak
- 430 millioner kroner utbetalt til bruker
- 137 kroner utbetalt i gjennomsnitt per reise (etter fratrasket egenandel)
- 345 000 pasienter søkte om reisestøtte

attest. Du kan også ta kontakt med Pasientreiser for å få mer informasjon.

Pasienter finner informasjon om bestilling av reiser på Helsenorge.

■ ELSE-MARIE.KROKEN.HAGEN@PASIENTREISER.NO

Hvorfor skal du melde arbeidsrelatert sykdom?

(Eller: Hvordan bli en superhelt!)

■ LISE SØRBØ • Overlege og spesialist i arbeidsmedisin, Arbeidstilsynet

Visste du at du som fastlege har en superkraft? Du kan faktisk bidra til å gjøre arbeidslivet tryggere – ikke bare for én pasient, men for hele virksomheten eller for bransjen i Norge ved å melde arbeidsrelatert sykdom til tilsynsmyndighetene.

Hvor skal meldingen? Det avhenger av hvor pasienten din arbeider:

Arbeidstilsynet	Landbaserte virksomheter
Luftfartstilsynet	Luftfart
Havindustritilsynet	Petroleumsnæringen og havindustri

Hva skjer når du melder?

- **Arbeidsplasser blir tryggere.** Hver arbeidsgiver skal sørge for at ingen blir syke eller skadet på jobb. Men noen ganger glipper det, og da trenger de et lite vennlig spark bak – fra deg!
- **Du beskytter både pasienten og kollegene.** Meldingen din kan føre til at arbeidsplassen skjerper seg, slik at ikke bare din pasient, men også kollegaene, unngår å bli syke.
- **Pasienten får det de har krav på.** Hvis sykdommen blir godkjent som yrkessykdom, kan pasienten ha økonomiske rettigheter – og det er du som hjelper dem på veien!
- **Du følger loven.** Ja, det er faktisk lovpålagt! Arbeidsmiljøloven § 5-3 sier at du skal melde. Så her kan du både være lovydig og heltmodig på én gang. Å melde arbeidsrelatert sykdom er ikke bare en plikt – det er en mulighet til å gjøre en forskjell. Tenk at et meldeskjema fra deg kan føre til tryggere arbeidsplasser og færre pasienter på fastlegekontoret. Og hvem vet – kanskje du også får en ekstra god følelse på veien hjem fra jobb?

En fastlege, en vaktmester og 500 skytebaner

La oss ta en pasientkasuistikk fra virkeligheten for en tid tilbake, som belyser viktigheten av å melde arbeidsrelatert sykdom til tilsynsmyndighetene:

En av de pasientene som alltid kom tilbake, la oss kalle han 65 år gamle Ivar. Han var slapp, trett, hadde vondt i hodet og magen og begynte å glemme både hvor han la brillene og hvorfor han gikk inn på kjøkenet. I tillegg var han ikke så sterk lenger, spesielt i håndleddene. Du har kanskje møtt en Ivar eller to selv?

Først tenkte du kanskje: «Kan det være hypotyreose, anemi eller kanskje bare for lite trening, dårlig søvn og kosthold?». Mikrocytær anemi ble bekreftet, men symptomene ville ikke gi seg, selv etter jerntilskudd.

På den femte konsultasjonen, stilte du det magiske spørsmålet: «Hva jobber du egentlig med, Ivar?» Svaret: «Vaktmester på en innendørs skytebane. Åpner og lukker, rydder, reparerer - og feier opp blykuler to ganger i uka.» Pling! Kronisk blyforgiftning, selvfølgelig! En blodprøve senere, og diagnosen var i boks.

Men her kommer poenget: Du (eller legen i historien) nøyde deg ikke bare med å hjelpe Ivar. Du sendte melding om arbeidsrelatert sykdom til Arbeidstilsynet – slik man skal.

Hva skjedde så? Jo, Arbeidstilsynet tok affære. Ikke bare på Ivars arbeidsplass, men på hele 500 innendørs skytebaner i Norge! Plutselig ble det fart på kartlegging, risikovurdering, tekniske og organisatoriske tiltak, informasjon, opplæring, bruk av personlig verneutstyr og helseovervåking. Tenk på hvor mange vaktmestere, renholds-personell og instruktører som slipper å få bly på hjernen – bokstavelig talt. Moralen?

- **Du kan redde flere enn du tror.** Én melding kan utløse store endringer – ikke bare for én pasient, men for en hel bransje.
- **Det er faktisk kult å være fastlege!** Du har makt til å gjøre en forskjell, ikke bare

på individnivå. Du blir en helt for arbeidslivet!

- **Ikke vær redd for å melde!** Arbeidstilsynet biter ikke. De setter pris på varsler fra deg, og du kan være den som setter i gang viktige forbedringer.

Så neste gang du sitter med din pasient: Ikke glem å spørre om jobb. Tørr å tenke arbeidsrelatert. Og ikke minst – tørr å melde når sykdommen er arbeidsrelatert! For hvem vet? Kanskje din neste melding redder mange liv og reduserer pasientkøer på fastlegekontorer over hele landet.

E-kurset 'Melding av arbeidsrelatert sykdom'

- Tenker du at du kan for lite om arbeidshelse for å melde?
- Vet du hvilke arbeidsrelaterte sykdommer du skal melde?
- Er det nok at du mistenker at sykdommen kan ha sammenheng med arbeid?
- Hva er forskjellen på arbeidsrelatert sykdom og yrkessykdom?
- Hvor finnes meldeskjema 154 B/N?
- Når skal skjemaets del 2 sendes NAV?
- Hva bør pasienten gjøre med skjemaets del 3?

Ta e-kurset «Melding av arbeidsrelatert sykdom» da vel! Du finner det på arbeidstilsynets nettsider og på Legeforeningens sentrale oversikt over kurs. Det er gratis og tar mellom 15–45 minutter å gjennomføre, avhengig av hvor mye du kan fra før.

Hva med elektronisk meldeskjema og forsendelse?

Det pågår arbeid for å se på muligheter for å få til elektronisk meldeskjema og forsendelse. Dette krever samarbeid mellom flere aktører og prioritering av dette arbeidet. Vi håper på en løsning av dette i fremtiden.

PS. Innsendt skjema kompenseres med honorar på 150 kroner.

■ LISE.SORBO@ARBEIDSTILSYNET.NO

Vektreduksjon og vektkontroll med Wegovy[®]

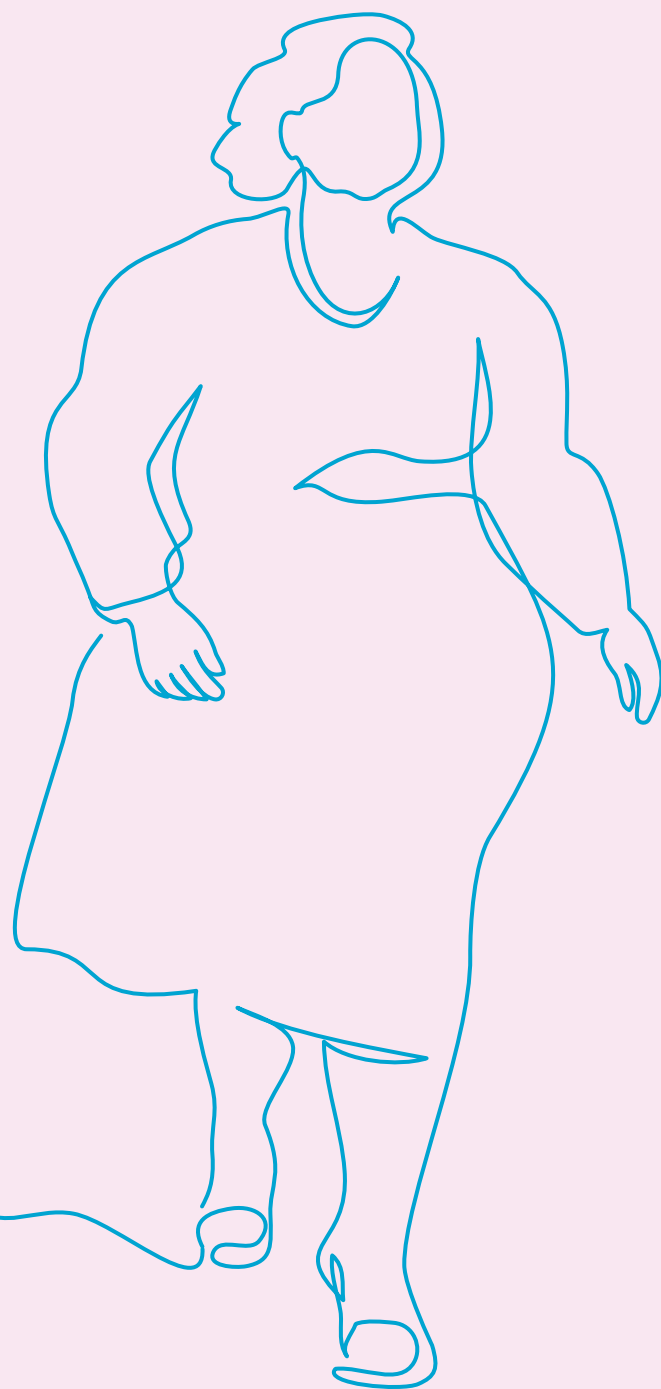
som tillegg til diett med redusert kaloriinntak og økt fysisk aktivitet¹



-15 %

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

**Mer enn 1/3 av pasienter
gikk ned 20 % eller mer med
Wegovy[®]**2,3**



Les mer på www.wegovy.no

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

** STEP 5: 1 uke 104 etter baseline oppnådde 74,7 % av pasientene et vekttap på ≥ 5 % (primært endepunkt), 59 % et vekttap på ≥ 10 % og 50 % et vekttap på ≥ 15 % (bekreftende sekundære endepunkt). 36 % av pasientene oppnådde et vekttap på ≥ 20 % (supporterende sekundært endepunkt)^{2,3}

Indikasjon:

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

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

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

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

Wegovy® – utvalgt sikkerhetsinformasjon

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

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

Dosering – én gang per uke

Wegovy® skal injiseres subkutant i abdomen, i låret eller i overarmen og administreres én gang per uke når som helst i løpet av dagen, til måltid eller utenom måltid. For å redusere sannsynligheten for gastrointestinale symptomer bør dosen trappes opp i løpet av en 16-ukers periode til en vedlikeholdsdose på 2,4 mg én gang per uke.

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

Reseptgruppe og pris

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

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

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

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

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

Tanker ved fastlegereisens

■ **ASTRI MEDBØ** • Spesialist i allmennmedisin, førstelektor og pensjonert fastlege og kommunelege i Tromsø kommune



Jeg har jobbet som fastlege på samme legekontor i 35 år, bare avbrutt av en doktorgrad og noen jobber på sykehus. I over 20 år har jeg også vært 20 prosent universitetslektor.

Det har vært fine, men travle år. Med tida vokste jeg mer og mer inn i rollen som allmennlege og fastlege, og trivdes bare bedre og bedre. Med jobber andre steder fant jeg ut at gresset slett ikke var grønnere andre plasser, og fant stadig tilbake til Kvaløysletta legekontor. Fastlegeyrket er «altoppslukende», men veldig meningsfullt.

Jeg gledet meg over funnene Sandvik og co. gjorde i sin forskning:

«Pasienter som har hatt den samme fastlegen i mer enn 15 år, har 25 prosent lavere risiko for å dø og 28 prosent mindre sannsynlighet for å bli innlagt på sykehus enn pasienter som bare har hatt samme fastlege i ett år eller mindre» (2).

Det er godt å ha med seg når jeg av og til tenker at jeg har blitt på den samme, trygge arbeidsplass altfor lenge.

Jeg opplevde å ha en trygg og god relasjon til mine over 1000 pasienter, og har fått vennlige ord jamt og trutt opp gjennom årene, men ikke akkurat ovasjoner. Tidlig på 80-tallet var KOPF-begrepet (kontinuerlig, omfattende, personlig og forpliktende) noe utskjelt, fordi det ble oppfattet som kvelende og alt for «kravstort» for oss i førstelinjen. KOPF-begrepet er etter hvert tatt inn i varmen igjen og er blant allmennmedisinens kjerneverdier (3, 4).

Kontinuitet

Den siste måneden før jeg sluttet på legekontoret svedde jeg på en rosa sky av gode tilbakemeldinger. Det har vært så overveldende at jeg knapt har ord! Hver dag fikk jeg blomster, sjokolade og andre små gaver. Koselige kort, gode klemmer og varme ønsker. Mange hadde bestilt time hos meg bare for å takke meg og si farvel. Jeg ser virkelig at denne kontinuiteten over så lang tid har satt dype spor. Jeg tenker at det lan-

slutt



ge bekjentskapet er selve kjernen. Jeg kjenner pasientens mamma, pappa, ektefelle, bestemor og barn. Jeg kjenner deres relasjoner, helseplager, bekymringer, hva som er gjort av utredninger og behandlinger, og hva vi har latt ligge, og det vet pasientene også. Jeg venter faktisk «mitt første oldebarn», men hun blir dessverre født etter at jeg har gått av med pensjon.

Når helseminister Vestre nå innfører nettlege på siden av fastlegen, er det skivebom uten sidestykke, tenker jeg.

Tillit

Jeg har hatt mange fine møter opp gjennom tiden, og har lyst til å dele et av dem. Diabeteskontroll står det i timeboka. Jeg tenker et stikk i fingeren, blodtrykk, samtale om kost og eventuelt medisiner, så ny kontroll om tre måneder. Hen kommer inn

og setter seg. «Jeg hadde egentlig bestemt meg for å ikke snakke om dette, men da jeg satt på venterommet, ombestemte jeg meg». Vi har en lang samtale om det hen står i. Store, alvorlige ting. Hos meg dukker minner fra hjemmebesøk hos dem på 90-tallet opp, på et mørkt soverom en dypt deprimert pappa, og en mamma som strakk seg i alle retninger for å holde familien sammen. Oppfølginger. Sykehusinnleggelser. Traumer og levd liv. Vi snakker lenge sammen og legger en plan. Hen får ny time over helga, og lover å ikke skade seg til da – og kommer tilbake. Dette er essensen i kontinuiteten over tid, tenker jeg. Tillit, trygghet og kontinuitet. Hen ville fortelle til meg fordi jeg kjente til de lange linjene.

Jeg kjenner til oppturer og nedturer til «gjengen min», til helseutfordringer de har stått i gjennom disse 35 årene, og jeg

kan se dem som hele mennesker. Det er en gave! Og en fastleges privilegium! Jeg er så utrolig takknemlig for at jeg har fått oppleve dette! Når vi møtes, trenger ikke pasienten å fortelle «alt på nytt». Det er viktig for dem og for meg. Jeg kjenner på en dyp takknemlighet for at jeg får ta del så langt inn i enkeltmenneskers liv, og at de har latt meg få se, utforske og prøve å forstå dem og det de står i. Det ligger en dyp tillit der, og jeg ser at jeg har hatt en veldig meningsfull jobb. Husk det, kjære kolleger, når dere er slitne og leie av en jobb som oppleves å ta for mye tid.

Den nye hverdagen

Plutselig kom dagen der jeg ikke lenger var noens fastlege.

Det er veldig rart å stå opp hver morgen uten «å skulle noe». I 35 år har livet mitt

blitt styrt av en timebok, som har gjort at jeg selv ikke har måttet planlegge annet enn oppsettet av den. Hvert minutt av arbeidsdagen er belagt med oppgaver. Det må ha vært før jeg begynte i barnehagen at jeg sist sto opp og ikke skulle noe. Det har gått etter en plan i over 60 år. Nå våkner jeg hver morgen uten at noen andre enn jeg har laget en plan for den. Av og til vet jeg ikke hvilken dag eller dato det er. Det hadde jeg faktisk ikke tenkt på at ville skje – at jeg på en måte mister litt retning i livet. Det må være lov å kjenne på et vemod. Jeg har venner som er pensjonister og som er travlere enn noen gang. Jeg skal nok finne en retning, men trenger tid. Jeg må orientere meg på ny. Det er en overgang å ikke lenger være noens lege og å søke å løse andres helseutfordringer. Jeg tenker at jeg tar med meg en «database» av ikke-dokumentert informasjon om mine pasienter, som blir borte med meg. Nå må pasientene på mange måter begynne om ikke helt på nytt, så i alle fall med kun de journalførte opplysningene om seg selv. Den relasjonen vi har hatt, pasientene og jeg, er vanskelig å dokumentere.

Jeg har startet med veldedig arbeid på Tromsø Matstasjon. Det har gitt en bedre struktur i hverdagen. Jeg går på ski, klatrer, sykler, svømmer, besøker barn, strikker til barnebarn, har funnet fram symaskinen igjen, tar vare på venner, trener hund og staker ut en ny retning, men kjenner at det er noe som mangler. **Fastlegejobben er virkelig givende og verdifull også for fastlegen.**

REFERANSER

1. Sandvik H, Hetlevik Ø, Blinkenberg J, Hunskaar S. Continuity in general practice as predictor of mortality, acute hospitalisation, and use of out-of-hours care: a registry-based observational study in Norway. *British Journal of General Practice* 2022; 72 (715): e84–e90.
2. Werner EL, Skonnord T, Jodal H, Bjerve Eide T, Romøren M. Tillit, kvalitet og kontinuitet må prege også morgendagens fastlegeordning. *Dagens medisin* 21.2.2015.
3. Fosse A, Svensson A. Fastlegeordningens faglige fundament. *Utposten*: 2016; 06: 16–19.

■ ASTRI.MEDBO@GMAIL.COM



Inn i pensjonisten

■ **ASTRI MEDBØ** • Spesialist i allmennmedisin, førstelektor og pensjonert fastlege og kommunelege i Tromsø kommune

Da jeg begynte som allmennlege i 1986, var det knapt noen som hadde en datamaskin. Alle hadde fasttelefon. Mobiltelefonen vi brukte da vi kjørte legevakt veide over ti kilo og var på størrelse med en liten koffert.

I denne teksten vil jeg dele noen refleksjoner fra en lang karriere og noen frustrasjoner ved overgangen til pensjonistenes rekker.

Alle journaler var brune permer av tykt papir der vi la inn løse ark med røntgensvar, epikriser, laboratorieark og liknende. Vi skrev for hånd i journalene, og det var ingen jurister som hang over skuldra vår. Det var få lover, regler, forskrifter og retningslinjer. Kunnskapen satt i hodet eller måtte leses i papirbøker. Vi skrev lite, med hver vår mer eller mindre leselige skrift. Ingen ba om kopi av journalen sin, og ingen krevde så mange svar.

Jeg var kommunalt ansatt med fast arbeidstid. På vårt kontor var vi fem leger med tre kontor på deling. Vi hadde tre eller fire utekontor å betjene i tillegg til sykehjem og helsestasjon. De som jobbet med mottak av pasienter fikk et ledig kontor, de andre måtte jobbe der de var utplassert. På kontoret hadde vi telefon, blyant og ellers sparsomt med utstyr. I telefontida kom helsesekretæren inn til legen med papirjournalen til den som ville snakke med oss, og vi bladde og noterte i journalen.

Vi åpnet for å bestille timer den 15. i hver måned. På ettermiddagen den 15. var alle ordinære timer tatt. De som ikke fikk en avtale måtte vente en måned på neste mulighet for timebestilling. Det var få som klaget, underlig nok.

Vi hadde faste møter med sosionom, helsesøster, fysioterapeut og andre som meldte behov. Sykehjemmet var i andre etasje og hjemmesykepleien vegg i vegg. Til og med tannlege hadde vi i samme bygg. Vi var et helse- og sosialsenter, og mye tid ble brukt til møtevirksomhet.

Vi var et av de første kontorene i Tromsø som begynte med data, i 1991. I 1993 kom fastlegeforsøket (1). Da ble det besluttet at vi skulle bli selvstendig næringsdrivende. Vi endret på mye. Møtevirksomheten ble

drastisk redusert. Timebøkene ble justert. Jeg skal ikke gå i detaljer om videre drift, men når jeg nå ser at det skal opprettes kommunale kontorer med mange under samme tak, undrer jeg meg over hvorfor ingen kjenner til at dette er testet før – og forlatt. Det er noe historieløst over denne «nye» trenden. Effektiviteten vil nok falle med flere som skal jobbe på samme kontor med samme problemstillinger, og det er ikke sikkert at det kommer pasientene til gode.

Pensjon

Da jeg ble uteksaminert som lege i 1984, 26 år gammel, var pensjon ikke noe jeg tenkte på. Jeg er oppvokst i et sosialdemokrati. Underbevisst stolte jeg på at staten skulle ta vare på meg. I mine første jobber så jeg på lønsslippen hver måned at jeg ble trukket i noe de kalte pensjon, uten å reflektere mer over det.

Så gikk jeg i gang med å jobbe. Endelig fikk jeg bruk for alt det jeg hadde lært! Og jeg kunne forsørge meg selv. Jeg jobbet på sykehus og i distrikt. Etter turnus fortsatte jeg å jobbe i Bjørnevatn ved Kirkenes i seks måneder, inntil jeg fikk meg vikariat på barneavdelingen på Regionsykehuset i Tromsø. Midt i dette vikariatet ramlet jeg ned under fjellklatring og ble langvarig sykmeldt. Da mistet jeg den jobben, men fikk sykepengen. Staten tok vare på meg (2).

Med gips på foten startet jeg som kommunelege i Tromsø i oktober 1986. Jeg var fremdeles kommunalt ansatt med de rettigheter som fulgte med. Som så mange andre er det tilfeldig hva man fortsetter å jobbe med. Jeg hadde aldri planlagt å bli kommunelege eller fastlege. På studiet hadde vi hatt mange sykehusleger som rollemodeller, men vi så sjelden leger som jobbet i distriktet. Jeg hadde vel en tanke om at de ikke var «ordentlige leger» – at de

es rekker



ikke kunne og visste nok. At de manglet noe av dybdekunnskapen til legene på sykehuset.

Tilfeldighetene gjorde at jeg ble værende i jobben som kommunelege. Jeg fikk et treårig vikariat og havnet i en hyggelig veiledningsgruppe i noe som viste seg å være spesialistutdanning i allmennmedisin. Jeg fant meg en trivelig arbeidsplass på Kvaløysletta legekontor i Tromsø og ble ferdig spesialist i 1991.

Fastlegemodellen skulle prøves ut. Tromsø var én av fire kommuner som ble med i dette forsøket i 1993 sammen med Trondheim, Lillehammer og Flisa (1). Dermed ble vi næringsdrivende allmennleger. Pensjon var det ingen av oss som tenkte på. Jeg var jo vant til å bli tatt hånd om av stat og fagforening. Jeg hadde nettopp fått tvillinger, og tida ble brukt som småbarnsmor. Jeg hadde hørt om Sykehjelps- og pensjonsordningen for leger, SOP, og trodde vel at den skulle ta vare på meg (3).

Etter mange år som privatpraktiserende lege ble jeg gjort oppmerksom på at jeg

burde spare til min egen pensjon. Legeforeningen hadde DNB som bank for oss medlemmer, og da startet jeg å spare pensjon i DNB. Senere ble vi kurset i at pensjon i Storebrand var å anbefale, så da startet jeg sparing der. Ikke før de siste ti årene har jeg forsøkt å sette meg ordentlig inn i pensjonsordningen. Da jeg skjønnte at inntekten min som pensjonist lå an til å bli drastisk redusert, begynte jeg å intensivere sparingen. Fortsatt er det uklart hvor mye jeg vil få i pensjon fordi det er så uoversiktlig. Jeg vil få noe fra NAV, noe offentlig pensjon, noe fra SOP, noe fra DNB og noe fra Storebrand. Ingen av disse aktørene har oversikt eller kan fortelle meg sluttsummen på min pensjon.

Realiteten

Jeg ble pensjonist den 1. desember 2024. På de oversiktene jeg søkte om min pensjon sto det at jeg ville få utbetalt cirka 30 prosent av siste tids lønnsinntekt. Til sammenlikning har mine pensjonerte sykehus-

kolleger nesten ikke gått ned i inntekt etter at de ble pensjonister. De får dessuten sin offentlige pensjon livet ut, ikke bare i ti år, som jeg.

Med nedbetalt hus og moderat forbruk skal det gå bra, men det er en stor overgang! **Så, kjære kolleger: Planlegg framtida! Sett av penger fast til pensjon på en eller annen måte, og følg med på de offentlige pensjonsutbetalingene stemmer.**

Og til vår fagforening: Vi har studert medisinske, ikke økonomi. Hjelp oss å planlegge vår alderdom ved å lage gode pensjonsløsninger også for allmennleger i selvstendig næring. Jobb fram gode løsninger for alle leger, ikke bare de offentlig ansatte.

REFERANSER

1. Paulsen B. Seks år med fastlegeordning – hva mener fastlegene? Tidsskr Nor Legeforen. 2000; 120: 788–91.
2. Wergeland E. Ta vare på sykelønnsordningen. Tidsskr Nor Legeforen. 2018; 138: 1311
3. SOP.NO

■ ASTRI.MEDBO@GMAIL.COM

Føde på badet eller på soverommet?

■ NJÅL FLEM MÆLAND • Redaktør i Utposten

JEG BLE SJOKKERT da min arkitekt-kone sa hun ville føde hjemme. Jeg reagerte slik kolleger flest reagerer ved tanken på hjemmefødsel: Tenk på alt som kan gå galt! Fødsler må skje der hvor hjelpen er nær! I hodet mitt flimret bilder av ukontrollerte blødninger og av nyfødte uten respirasjon.

ETTER AT DET FØRSTE angstanfallet var over, måtte jeg tilstå: Det å føde på sykehus er en intervensjon. Alle intervensjoner har kostnader, ikke bare økonomiske. Lett tilgang til medisinsk teknologi gir risiko for inngrep, inngrep som i sin tur kan lage komplikasjoner. Det påhviler derfor sykehusfødselen å bevise sin overlegenhet. Jeg sa at jeg skulle sette meg inn i forskning og la det være avgjørende for min holdning. Jeg gikk til litteraturen, overbevist om at det ville være lett å finne beviser for at sykehusfødsler er jordmorassistert hjemmefødsel overlegent på harde endepunkter. Jeg startet der hvor jeg bør starte et slikt søk: Cochrane. Her har kloke hoder sett samlet på all forskning, vurdert kvaliteten på enkeltstudiene og laget sammenfattede konklusjoner.

TIL MIN STORE OVERRASKELSE var konklusjonen at det ikke fins evidens for at sykehusfødsel er tryggere enn hjemmefødsel med jordmor hos selekterte lav-risiko kvinner – som hos min ektefelle. Hun hadde allerede to ukompliserte og intervensjonsløse ambulante sykehusfødsler bak seg. Jeg måtte derfor resignere og nøye meg med å bli med på diskusjonen om det var soverommet eller badet som var best egnet til fødsel, og om hva slags musikk og hvilke eteriske oljer vi skulle velge.

DE TO SISTE BARNA ble født hjemme. Uten å lete i litteraturen: Som subjektiv opplevelse var disse to fødslene sykehusfødsler overlegne. Årene har gått. Det yngste av disse barna avtjener nå sin verneplikt. Med en pågående mediedebatt om uassisterte fødsler (som er noe helt annet enn jordmorassistert!) i bakhodet har jeg igjen sett på Cochrane. Konklusjonen fra sist står seg og har fått en tilføyelse: Evidens fra observasjonsstudier går nå i favør av hjemmefødsler (1). Den internasjonale «Federation of Gynecology and Obstetrics» konkluderer med at slike fødsler er trygge,

og at videre randomiserte studier ikke er nødvendig og vil være uetisk. Man kan selvsagt snu på det og formulere seg slik: Det er ikke farligere å føde på sykehus enn å føde jordmorassistert hjemme. Sykehusfødsler er også trygge.

I NOEN ÅR etter de to hjemmefødslene var jeg entusiast og nevnte muligheten for hjemmefødsel til mine gravide pasienter. Deres sjokkerte reaksjoner gjorde at jeg ganske snart holdt entusiasmen for meg selv. Jeg sluttet å nevne denne muligheten. I mitt stille sinn vet jeg likevel hva jeg vil anbefale om noen spør: Assistert hjemmefødsel, om alt ligger til rette for det. Det synspunktet spiller mindre rolle: Ingen spør.

I MIN ANTROPOSOFISKE svigerfamilies øyne er jeg nok fortsatt en ganske arrogant skolemedisiner. En anelse mer ydmyk mener jeg selv jeg har blitt av mitt litteratursøk.

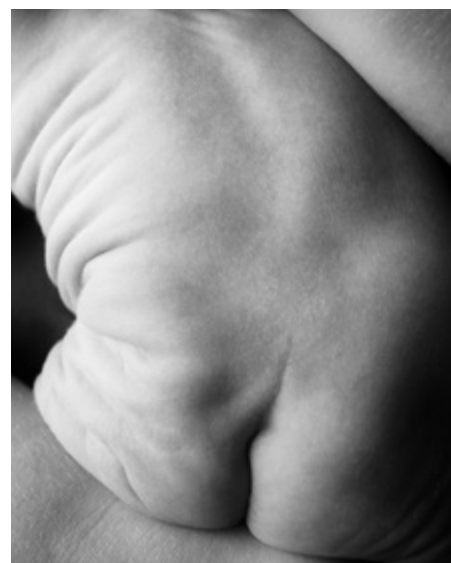
REFERANSE

1. https://www.cochrane.org/CD000352/PREG_planned-hospital-birth-versus-planned-home-birth.

■ NFLEM@ONLINE.NO



ILLUSTRASJONSFOTO: GETTY IMAGES / ANNA DERZHINA



ILLUSTRASJONSFOTO: GETTY IMAGES / DESIGN PICS

Harald Siem og Utposten

■ PER WIUM • Grunnlegger av Utposten



Harald Siem startet *Utposten* i 1972 sammen med Per Wium og Tore Rud. Siem hadde vært på Bygdøkurset, Helsedirektoratets kurs for offentlige leger. Der gikk det opp for ham at for å bedre kvaliteten og distriktslegenes status trengte man et felles tidsskrift. Dette ble motarbeidet av *Tidsskrift for den norske lægeforening*. De tre legene i ytre Romsdal ga seg imidlertid ikke, og den første *Utposten* kom ut på høsten 1972.

Harald Siem døde 8. august 84 år gammel. Med ham har en av Norges mest fremtredende samfunnsmedisinere gått bort. Arbeidsområdet til Harald var ikke bare i Norge. Hans samfunnsmedisinske aktiviteter foregikk for en stor del i utlandet.

Harald Siem vokste opp i Bærum og Oslo sammen med fire andre brødre. Harald var nest eldst. Hans far var direktør på Akers Mek. Verksted og en kjent motstandsmann under krigen. Som gutt var Harald en avholdt speiderleder. Kreativ, morsom og iderik.

Etter medisinstudiene i Basel, kom han hjem med mye kunnskap og med sin franske kone, Danis. Han og Danis var begge fremragende svømmere. Harald var formann i ANSA Basel (organisasjonen for norske studenter i utlandet). Allerede da var han en organisator.

Under turnustjenesten i Namsos på slutten av 60-tallet vokste det frem en interesse for den desentraliserte distriktslegetjenesten. Han ble distriktslege på Aukra. Han samlet venner med samme interesse, og i 1972 startet tre av dem *Utposten*, *alminnelig blad for distriktsleger og allmennpraktikere*. Bladet ble en bærebjelke for legetjenesten utenfor sykehus, og er i aktivitet den dag i dag. Da grunnleggerne ga stafetten videre formulerte de følgende prinsipper: Redaktørene skulle ikke sitte mer enn fem år, man fikk ikke betalt og reklameplassen skulle være minimal. Etter 50 år er det klart at enkelte endringer har vært nødvendig.

Etter hvert kastet han seg over arbeidet i Legeforeningen. Han var styremedlem i Offentlige Legers Landsforening fra 1971 til

1977 og leder i fire av disse årene. Det ble en tung oppgave med alle sykehuslegene som ikke forstod meningen med allmennleger – de var jo ikke spesialister som sykehuslegene. Harald arbeidet for at de skulle få formell etterutdanning og ledet Veap-rådet (Videre- og etterutdanning for allmenpraktiserende leger) Spesialutdanningen er i dag på fem år, og de fleste fastleger er spesialister.

Han fikk et kort opphold som førsteamanuensis på Universitetet i Oslo der han underviste studentene om arbeidet i allmennpraksis generelt og om praksis i utkanten spesielt. Stadsfysikus Fredrik Mellbye trengte hjelp og ansatte Harald som sin høyre hånd. Igjen fikk han arbeide med utviklingen av allmennmedisin i form av bydelslegetjenesten i hovedstaden. Det var nesten distriktslegen plassert i Oslo.

Neste stopp var bedriftshelsetjenesten. I Arbeidsgiverforeningen, NHO i dag, ble han overlege for helse og arbeidsmiljø. Der startet han i 1987 organiseringen av et stort arbeidsmiljøfond. Fondet var på cirka 600 millioner kroner. Videre ledet han AKAIDS, arbeidslivets komite for aids. Her ryddet de opp i angsten for å få inn aids-smittede på arbeidsplassen.

I Genève hadde Norge en lederstilling i FN-organisasjonen ICM (International Commission for Migration, i dag IOM). Den norske legen der gikk av med pensjon, og Helsedirektør Torbjørn Mork ba Harald Siem om å søke stillingen, som han fikk i 1988. Etter dette jobbet han nesten bare med internasjonal helse. Harald laget lærebok for leger som arbeidet i IOM, og reiste rundt til alle land med flyktninger. Da den amerikanske lederen for IOM bestemte at

flyktninger i Tyskland kunne dopes ned for å bli transportert tilbake til hjemlandet mot sin vilje, protesterte Harald. Han kunne ikke arbeide under slike forhold, og sa opp på dagen. Mange var ute etter ham, og neste område var i Verdens helseorganisasjon, WHO. Han arbeidet der med nødhjelp, complex emergencies. I 1978 ble Gro Harlem Brundtland generaldirektør i WHO. Det var store helseproblemer i Russland, og Harald ble bedt om å bygge opp et nytt WHO-kontor i Moskva.

Da han kom hjem fra Moskva, ble han i fire år leder av den multinasjonale smittevernsatsingen i Østersjøregionen. Det var Statsminister Jens Stoltenberg som ba ham om å gjøre denne jobben. Siden begynte han som leder av Internasjonal avdeling i Helsedirektoratet. De siste årene arbeidet Harald som rådgiver for direktøren i Folkehelseinstituttet, Camilla Stoltenberg.

Som gammel speider elsket Harald friluftsliv. Han gledet seg over turer på fjellet. Særlig var hytta på Tyin populær. På Hurum var sommerhytta hyppig besøkt. Skyttelvik på Hurumlandet var et sted familien hadde helt fra den store brøreflokken på fem gutter var små. Bestandig var det fullt av gode venner rundt dem.

Harald Siem var en god venn. Han hjalp andre der han kunne. Med sin omfattende kunnskap var det mange som ble hjulpet. Han var raus og sparte seg ikke dersom han kunne gjøre noe for andre. Harald var allsidig interessert. Hans reflekterte personlighet og forstandige velvilje gjorde ham til en ressurs i ethvert mellommenneskelig forhold.

Danis og Harald skapte et fellesskap som var til stor glede for deres mange venner. Det var alltid mye liv i hus og hytter. Utallige var de middagene som ble laget med mange rundt bordet.

Mange sørger over Haralds bortgang. Vi som er tilbake, vil prøve å følge opp hans arbeid. Vi tenker på hans kone Danis og hans fire barn, Oliver, Pernille, Kristoff og Frederik.

■ WIUMPWI@GMAIL.COM

Gulrøtter, ikke pisk!

Allmennlegene er drevet av to store kjærligheter: Kjærligheten til medmennesker som tidvis kommer i pasientroller, og kjærligheten til faget som instrument til å være kvalifisert hjelp. Disse ordene er å finne i Tom Christensens forord til *Fra da til nå – den lange historien om elektronisk pasientjournal i legekontor*.

Legers, og spesielt fastlegers, søken etter å være effektive ga den gangen opphavet til flere prosjekter knyttet til elektronisk pasientjournal med sped start på 70-tallet med miljøer både i Balsfjord i indre Troms og i Bergen. Vi vet alle hvor sterkt den elektroniske pasientjournalen og krav til elektronisk kommunikasjon mellom leger og mellom pasient og lege står i dag.

Disse innovative prosessene den gang gir oss i dag mer tid for legene til å ta de gode samtalene, den fysiske undersøkelsen og til å bruke tiden på pasientrettet arbeid. Pasientsikkerheten er økt med god lagring av data, deling av informasjon og mulighet for å finne igjen informasjon som er mange

år gamle i søken etter sammenhenger i komplekse sykdomsbilder.

Det de gjorde den gang, og som leger fortsatt gjør den dag i dag, er en konstant søken etter økt kvalitet og effektivitet. Ikke av økonomiske interesser, men på grunn av denne kjærligheten til medmennesket og til faget.

Fastlegerollen er en identitet. Rollen gir en dyptliggende kunnskap om disse menneskene og deres familier. Rollen skaper en forventning og en forpliktelse som kan være tyngende, men også givende. Fastlegen har kunnskap om lokalbefolkningen, samfunnet og prosessene som foregår. Med denne kunnskapen kan de ofte finne gode løsninger for medmennesket – pasienten – foreslå tilrettelegging på arbeidsplassen, sykemelde akkurat nok, henvise til det som er nødvendig, avslå når det er påkrevd. Ikke av økonomiske årsaker. Kjærlighet til medmennesket og faget!

Videokonsultasjon er kommet for å bli og er et verktøy legene ser nytten i for enkelte konsultasjoner hos utvalgte pasienter. Der det passer. Legene har brukt det og vil gjerne bruke det der det er nødvendig. Pandemiperioden 2020–2022 forsterket nytten i stor grad. Lovverket fulgte etter for en periode og la til rette for økt bruk.

Bruken gikk likevel ned etter pandemi-

en. Behovet for å ha pasienten på kontoret ble større, og faglig riktigere for legene, og for mange av pasientene. Video tilførte lite utover å slippe reisevei, og ofte er det behov for fysisk undersøkelse og prøvetaking.

For meg kan det virke som om regjeringen og helseministeren er historieløse når de nå skal tvinge gjennom mer video. Enda verre er forslaget om en egen ekstralege som skal sitte et eller annet sted og ha videokonsultasjoner med pasienter i Kommune-Norge uten nevnte kunnskap om medmennesket, familien, samfunnet og prosessene lokalt. Uten tilgang til forhistorie, uten kjærlighet? Uten kunnskap!

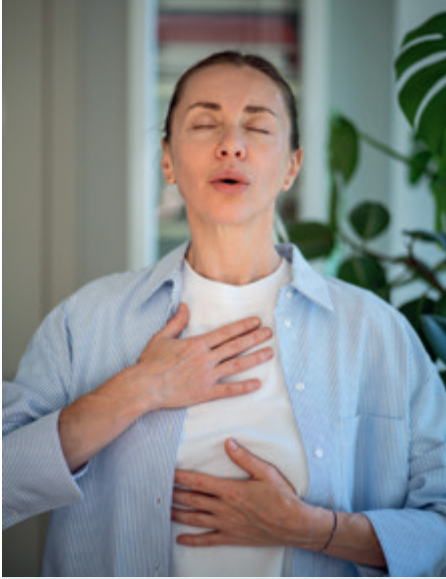
Fastleger kan og vil bruke de verktøyene som er best for disse medmenneskene. Derfor hadde det vært bedre med stimuli til økt bruk av video gjennom gode insentiver framfor tvang og makt. Videokonsultasjoner har en kostnad til leverandør, mens konsultasjonen ikke gir mer inntekt, ikke mer effektivitet og ikke mer kvalitet.

Ikke bruk pisk, bruk gulrot. Lag incentiver for økt tilgang til legene ved å ha listelengde tilpasset behovet i befolkningen.

JAN HÅKON JUUL
Kommuneoverlege i Vågan og Moskenes
■ JAN.HAKON.JUUL@GMAIL.COM

ILLUSTRASJONSFOTO: GETTY IMAGES





MUPS-PASIENTER

God effekt av pustetrening

I en pilotstudie har pasienter med medisinsk uforklarte plager og symptomer (MUPS) lært seg å puste bedre og riktigere. Fem-ukers opplegget er basert på grunnleggende anatomi og fysiologi, bevissthet om pust, nesepusting og resonanspusting. De 15 pasientene oppfylte kriteriene for MUPS og hadde dysfunksjonell pust vurdert ut ifra Nijmegen spørreskjema. En uke etter endt intervensjon hadde deltagerne forbedret skår på dysfunksjonell pust, lavere symptomtrykk, de følte seg bedre og anga mindre smerter i muskler og skjelett. Ved tremåneders evaluering rapporterte deltagerne vedvarende bedring og i tillegg færre plager knyttet til blant annet mageproblemer og allergi. Artikkelforfatterne mener resultatene er lovende og poengterer behovet for en randomisert studie.

● PLoS One (H Svenningsen et al), juli 2025, doi: 10.1371/journal.pone.0325951

76 %

av fastlegene hadde endret henvisningspraksis ved hjelp av et verktøy for å kunne henvise de rette pasientene med muskel- og skjelettplager til radiologiske undersøkelser. Prosjektet VeRaVest i Helse Vest inkluderer henvisningsråd, kurs for allmennleger og tilbakemelding på egen henvisningspraksis. Preliminære resultater fra utprøvingen viser at fastlegene er fornøyde. Drøyt 3 av 4 leger forteller at de har endret henvisningspraksis gjennom bedre vurderinger av indikasjon og bedre beskrivelser i henvisningen samt forbedret kommunikasjon med pasientene. Fastlegene understreket viktigheten av tilgjengelige retningslinjer, kollegabasert læring og tilbakemelding på sin egen praksis. Legene la vekt på at integrering av beslutningsstøtteverktøy og retningslinje-basert opplæring var avgjørende for å kunne endre praksis. Artikkelforfatterne mener opplegget er overførbart til andre regioner og andre områder innen helsetjenesten. Neste skritt for forskerne er å fremskaffe kvantitative data på henvisningspraksis.

● BMJ Open Quality (AB Aslaksen et al), juli 2025, doi: 10.1136/bmjopen-2024-003256

EGENKONTROLL AV WARFARIN

Trygt for utvalgte pasienter

Er det like trygt at pasienter som behandles med warfarin foretar INR-måling og warfarin-dosering selv? Det har norske forskere undersøkt i et kvalitetssikringsprosjekt med 400 pasienter som var utskrevet fra Nordlandssykehuset. Pasientene er fulgt i perioden de ble behandlet med warfarin hos fastlegen og så etter opplæring og egenkontroll. Median behandlingsvarighet med vanlig INR-målinger hos fastlegen var 2,5 år og median tid for perioden med egenkontroll var 5,0 år. Primærfall var forskjell i den årlige risikoen for sykehusinnleggelse i perioden med fastlegeoppfølging sammenlignet med egenkontroll. Årlig risiko for innleggelse på grunn av blødning var 1,3 prosent og 1,7 prosent for henholdsvis egenkontroll og fastlegeoppfølging, og tilsvarende var risikoen for blodpropp 0,7 prosent og 1,5 prosent. Samlet risiko for innleggelse på grunn av alvorlige komplikasjoner var 1,12 prosent ved egenkontroll og 2,76 prosent ved fastlegekontroll. I perioden med egenadministrering ble andelen pasienter med INR-verdi på 2 eller lavere redusert fra 14,0 prosent til 5,0 prosent, mens andelen med INR-verdi på 5 eller mer forble uendret. Forskerne konkluderer med at pasientadministrering er like trygt som fastlegeoppfølging for utvalgte pasienter.

● Thrombosis Journal (EH Hall et al), februar 2025, doi: 10.1186/s12959-025-00694-z



HJERTESVIKT

Avdekket medisin vansker

Norske forskere har sett på konsultasjoner med 25 hjertesviktspasienter over 65 år og deres leger – hvorav 23 sykehusleger og 25 fastleger. Analysen av 74 pasientkonsultasjoner avdekket at ved 23 av konsulasjonene var det problemer forbundet med en risiko for at medisineren ikke ble overholdt fordi pasientene for eksempel hadde begrensede ressurser til medisinbehandling. Ved 39 av konsulasjonene kom det opp problemer som indikerte risiko for tilsiktet manglende etterleving av medisinering på grunn av for eksempel pasientens bekymringer eller negative erfaringer med eller holdninger til medisinerne. Det var nær fem ganger høyere sannsynlighet for at legene fanget opp risiko for manglende etterlevelse når pasientene selv var skeptisk sammenlignet med pasienter som utilsiktet kunne risikere ikke å ta medisinerne.

● BMJ Open (C Frigaard et al), april 2025, doi: 10.1136/bmjopen-2025-098826

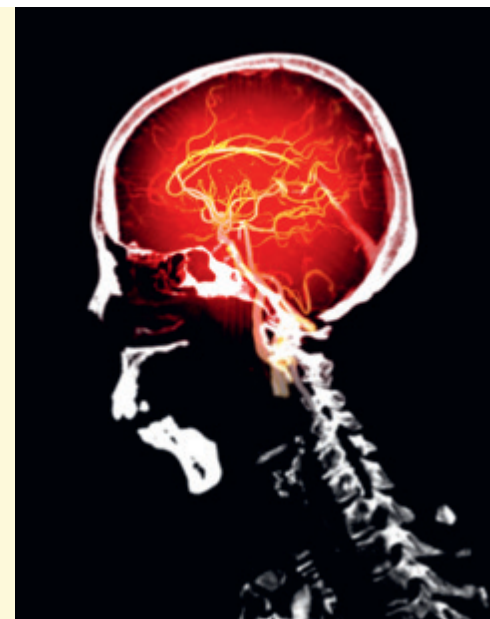
HJERNESLAG

Fastlegeoppfølging etter utskrivelse

I denne studien har forskerne undersøkt sannsynligheten for at pasienter som har hatt iskemisk hjerneslag blir fulgt opp hos fastlegene de påfølgende 18 månedene etter utskrivelse. Dataene er hentet fra hjemmeboende pasienter som var innlagt med ved St. Olavs hospital mellom 2015 og 2017. I alt 278 av de 302 (92 prosent) inkluderte pasientene i studien hadde minst én konsultasjon i oppfølgingsperioden. I gjennomsnitt var tiden frem til første fastlegebesøk 64 dager. Kumulativ sannsynlighet for konsultasjon innen 30, 90, 365 og 540 dager var henholdsvis 56 prosent, 81 prosent, 96 prosent og 100 prosent. Gjennomsnittlig antall konsultasjoner i løpet av halvannet år var 6,2. Redusert sannsynlighet for fastlegekonsultasjon var å motta hjemmetjenester, funksjonsnedsettelse, skrapelighet og kognitiv svikt. Høy alder, hjelp i hjemmet og kognitiv svikt var forbundet med færre fastlegekonsultasjoner.

● International Journal of General Medicine (I Svorkdal Sande), april 2025, doi: 10.2147/IJGM.S508154

ALLE ILLUSTRASJONSFOTO: GETTY IMAGES



Svar på gåtene side 19:

- Gråkallbanen
- Tunga gård
- Vindusrutene



Felles faglige råd for allmennleger og barneleger

De siste månedene har «ventetidsløftet» rettet flombelysning mot å korte ned ventetiden i spesialisthelsetjenesten. Alle tiltakene har vært rettet mot å håndtere nye henvisninger, og ingen tiltak har handlet om hvor henvisninger kommer fra. I løpet av det siste året har vi også fått prioritetsmeldingen. Fastlegene og barnelegene har sammen angrepet utfordringen med å gi riktig behandling til de riktige pasientene fra en litt annen vinkel.

Idéen ble til på en taxitur: Lederen for Norsk forening for allmennmedisin (NFA) og redaktøren for veilederne i pediatri delte drosje, droglet og drøftet: Fastleger gir god behandling for mange vanlige tilstander innen barnemedisin. Kunne nasjonale, likelydende og omforente informasjonsskriv redusere behovet for henvisning til barnelege? Og videre: Kunne en standardisering bidra til bedre hjelp i førstelinjen, og at de riktige pasientene henvises til barnelege?

Det ble satt ned en prosjektgruppe med to spesialister i barnemedisin og to spesialister i allmennmedisin. Gruppen søkte om og fikk innvilget støtte fra Legeforeningens fond for kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet. I løpet av 2024 møttes prosjektgruppen både fysisk og digitalt for å arbeide med tre oppgaver: samkjøre oppslagsverk, lage pasientinformasjon og veiledningsskriv. Skrivene ble sendt på høring innad i Norsk barnelegeforening og i NFA. Resultatet ble omforente skriv for fire vanlige og generelt sett ufarlige barnemedisinske tilstander: Hvordan håndtere barn og ungdom med magesmerter, obstipasjon, hodepine eller ufrivillig vannlating?

Vi har tro på at felles råd for håndtering av plager hos barn som i de fleste tilfeller kan håndteres utenfor spesialisthelsetjenesten, er nyttig. For hver av tilstandene er det utarbeidet to informasjonsskriv om tilstanden: Ett til fastlege og ett til foresatte. For hodepine finnes i tillegg et informasjonsskriv til ungdommer.

Informasjonsskrivet til fastleger inneholder bakgrunn om tilstanden, årsaker, alarmsymptomer og hva som er ønskelig at fastlegen gjør av anamnese, undersøkelser og tiltak/behandling. Videre, når det er anbefalt å henvise til barnelege, hva som ønskes inkludert i henvisningen, hva man

kan forvente etter at barnet har vært hos barnelege, og forløp av tilstanden.

Resultatet fra samarbeidsprosjektet er nettopp ferdigstilt, og ble lansert under Vårmettet i pediatri i starten av juni 2025. Rådene er tilgjengelige i barnelegenes generelle veileder kapittel 19 og kan lastes ned fra NFA. Det skal også innarbeides i Norsk elektronisk legehåndbok (NEL), på helsenorge.no og deles med alle barneavdelinger.

Vi håper at de nasjonalt forankrede rådene kommer til nytte, særlig hos dem som ikke har så lang erfaring med å jobbe med barn og ungdom. Det at de samme rådene er tilgjengelige hos begge faggruppene vil skape bedre samhandling og etter hvert også ha en opplærende effekt.

Vårt håp er at rådene vil bidra til bedre og mer ensartet pasientoppfølging uavhengig av geografisk tilhørighet. Vi ønsker også at det bidrar til bedre ressursbruk for både pasienter, foreldre og i helsevesenet generelt. I tillegg håper vi på kortere ventetid hos barneleger, og enda mer tid til de pasientene som trenger barnelegen mest.

ASBORG SINE AANSTAD BJERTNÆS
viseredaktør for veilederne i pediatri og medlem av
kvalitetsutvalget i Norsk barnelegeforening
■ ASBORG.AANSTAD@GMAIL.COM

HEGE KRISTIANSEN
leder i Norsk barnelegeforening
■ HEGE.KRISTIANSEN@HELSE-FORDE.NO

MARTE KVITTUM TANGEN
leder i Norsk forening for allmennmedisin (NFA)
■ MARTE.KVITTUM.TANGEN@LEGEFORENINGEN.NO/
MARTE.KVITTUM.TANGEN@GMAIL.COM



Norsk forening for
allmennmedisin
DEN NORSKE LEGEFORENING



Norsk barnelegeforening
DEN NORSKE LEGEFORENING

Foreldreinformasjon (magesmerter hos barn og ungdom)

Magesmerter hos barn er vanligvis ikke sykdom. Oftest er det ikke betennelse eller andre påviselige skader eller sykdommer i tarmen eller magen.

Ved følgende symptomer bør det gjøres en undersøkelse av lege:

- o Nedsatt allmenntilstand
- o Smerter som har stor påvirkning på hverdagsfunksjon
- o Gulsott
- o Vedvarende oppkast
- o Svelgevansker
- o Feber uten infeksjonsmistanke
- o Kul i magen
- o Vekttap
- o Løs, blodtilblandet/slimete avføring
- o Natlig, løs avføring, uten infeksjonsmistanke.
- o Smerter om natten, magesmerter langt fra navlen, stadig økende smerter
- o Inflamatorisk tarmsykdom eller cøliaki i familien

Etter en vurdering av sykehistorie og undersøkelse hos lege kan man ofte stå igjen uten mistanke om sykdom. Da kan man kalle magesmertene for funksjonelle. Noen kan også ha hørt navnet IBS (Irritabel Tarm Syndrom på norsk). Da har man i tillegg ofte løs eller hard avføring. Disse magesmerter kan være svært plagsomme, men de er ufarlige. Tilstanden har god prognose, men kan vare noen år.

Hvordan skal man forstå magesmerter uten funn av sykdom hos barn og ungdom?

Det er ikke én enkelt årsak til disse magesmertene. Fysiske faktorer som gjennomgått infeksjon kan være av betydning, men symptomene kan bli verre hos mange av stress og bekymring. For å skjønne mønsteret som kan gi magesmerter må man lete etter ledetråder både for barnets /ungdommens trivsel, tidligere opplevelser/erfaringer i livet, hvordan barnet har det på fritiden og hjemme. Alle disse danner grunnlaget for å skjønne mer av smertene barnet har.

Hva kommer smertene av?

Vanlige årsaker er forstoppelse (link foreldreinfo forstoppelse) og luft i magen, men en trenger ikke ha noen av delene for å ha langvarige magesmerter.

Rådene er utarbeidet av Norsk barnelegeforening og Norsk forening for allmennmedisin. Oppdatert mars 2025.

DU KAN NÅ VAKSINERE MOT RSV MED AREXVY

Eldre voksne har økt risiko for
alvorlig RSV-infeksjon²

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

82,6 %

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

PRIMÆRT ENDEPUNKT*

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

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

94,6 %

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

SEKUNDÆRT ENDEPUNKT*

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

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

Vaksinering skal utsettes ved akutt, alvorlig febersykdom.
En lett infeksjon, som en forkjølelse, er imidlertid ikke
en kontraindikasjon for vaksinasjon.

Gis med forsiktighet hos individer med trombocytopeni eller
blødningsforstyrrelser da blødning kan oppstå etter i.m. injeksjon.

*Median oppfølgingstid 6,7 måneder

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

Arexvy kan koadministreres med vanlig influensavaksine

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

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

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

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

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

Optimistisk om overgangsalderen



Marianne Natvik
Overgangskraft
 Kunnskap, egenmestring og en god dæsj overgangsoptimisme!
 1. opplag
 324 sider
 Redaktør og prosjektleder:
 Agathe Skappel / Skappel Books AB
 ISBN: 9788230364420

Marianne Natvik holder på med en doktorgrad i allmennmedisin om kvinners behov for informasjon om overgangsalderen. Med boka *Overgangskraft* ønsker hun å gi leseren «kunnskap som normaliserer det normale i overgangsalderen» og «en god dæsj overgangsoptimisme.»

Alt for mange kvinner i overgangsalderen har erfart at deres opplevelser og symptomer har blitt møtt med uvitenhet eller bagatellisering, også fra helsepersonell. Heldigvis har det kommet mye ny kunnskap, og muligheter for trygg og effektiv behandling dersom symptomene går ut over livskvaliteten. De siste årene har vi hatt et kvinnehelseutvalg, overgangsalderen har vært tema i mediene, og det har kommet flere fagbøker om emnet, også på norsk.

Overgangskraft er skrevet direkte til den kvinnelige leseren. Forfatterens jeg-person

er tydelig til stede i teksten, og det er ingen tvil om at hun er allmennlege med blikk og sans for helhet og sammenhenger. Flere steder forklarer hun allmennmedisinske kjernepoenger på en forbilledlig måte, som at sykehistorien og klinisk undersøkelse alltid er viktigere enn blodprøver og supplerende undersøkelser.

Språket er stort sett klart og tydelig, og tonen er kvikk, optimistisk og muntlig. Nyordet «støttedytting» vil nok mange fastleger kjenne seg umiddelbart igjen i, og om erfaringens bagasje og briller skriver hun vakkert: «Men fortiden definerer oss ikke, sekken kan pakkes om og brillene kan pusses.»

Natvik skriver at hun er ydmyk for at hun ikke redegjør for alle rådene som finnes for livsstilstiltak og egenmestring i overgangsalderen og at «det er høye krav til hva jeg som lege kan råde deg til.» I denne sammenhengen er det rart at røyking og rusmidler ikke er viet noe mer plass. Røyking kan bidra til å forverre både hetetokter og urininkontinens, og det er den viktigste livsstilsfaktoren som bidrar til tidligere overgangsalder (1). Vinglass som setter seg i kroppen på en ny måte nevnes riktignok, men omtalen av alkohol i kostholdskapitlet er overfladisk:

«Om du kjenner at hetetoktene trigges av kaffe eller alkohol, vil kanskje motivasjonen for å drikke mindre øke. Dette er en endring som ofte er overkommelig.»

I avsnittet om søvn står det ingenting om alkohol, og heller ikke noe om uheldig bruk av sovemedisiner. Andre rusmidler omtales ikke i boka.

I kapitlet om kosthold innrømmer forfatteren at hun ikke er en veldig ivrig kokk, og at hun synes det er kjedelig å gå i matbutikken. Enkelte spesifikke næringsstoffer omtales, men ikke for eksempel fiber eller sukker. Nedsatt insulineffekt i overgangsalderen nevnes i et annet kapittel, men hverken (pre)diabetes eller kostgrep for å stabilisere blodsukkeret er tatt med.

Oppsummeringer som «Hvordan få mest ut av en samtale med legen din» er ryddige og fine, men boka har mange ulike skriftty-

per og sideoppsett, og dette hemmer leseflyten. Uten register er det vanskelig å finne fram i boka, spesielt når det stadig refereres til at man kan lese mer i kunnskapskapitlet. Den visuelle fremstillingen av menopausal hormonterapi er oversiktlig, men bortsett fra dette finnes det påfallende få figurer, til tross for at forfatteren lover: «Jeg forklarer mer rundt dette under. Med illustrasjoner!»

Målgruppa for *Overgangskraft* er voksende, og mange av dem er ressurssterke. Verdien av det globale markedet for produkter til hjelp i overgangsalderen er beregnet å nå 24,4 milliarder dollar årlig i 2030 (2). Natviks bok bidrar på en god måte til å dempe forventninger om avanserte undersøkelser eller dyre vidunderkurer. Den amerikanske gynekologen Jen Gunter kaller det å være lege for en kvinne i overgangsalderen for «the ultimate exercise in whole body or holistic medicine» (1). I Norge hører de fleste av disse pasientene hjemme i allmennpraksis. For allmennleger som ønsker å sette seg inn i temaet finnes det en oversiktlig veileder fra norsk gynekologisk forening. Natvik har skrevet om temaet i *Utposten* (3) og laget en oversikt som er gjengitt på motstående side. Hun er også en aktiv og dyktig formidler, blant annet på kurs og i sosiale medier. På fastlegekontoret kan konsultasjonene bli bedre på mange vis når pasienten på forhånd har lest kvalitetssikret og balansert informasjon om temaet, og mange kvinner vil kunne ha både glede og nytte av å lese *Overgangskraft*.

REFERANSER

1. Gunter J. The menopause manifesto: own your health with facts and feminism. New York, NY: Citadel Press/Kensington Publishing Corp; 2021. 370 s.
2. Bajekal N. Finding me in menopause: flourishing in perimenopause and menopause using nutrition and lifestyle. London: Sheldon Press; 2024. 264 s.
3. Natvig M. Overgangsalderen på fastlegekontoret. (sitert 7. august 2025). Tilgjengelig på: <https://www.utposten.no/article/2023/10/Overgangsalderen-pa-fastlegekontoret>

KJELL-ARNE HELGEBOSTAD OG ELIN HOEL

HORMONBEHANDLING AV PLAGER I OVERGANGSALDEREN

MHT – menopausal hormonterapi

Oppdatert januar 2025

SYSTEMISK BEHANDLING

VED KUN BLØDNINGSFORSTYRRELSER I PERIMENOPAUSEN

OBS Vurdere bakgrunn for blødningen, uventede blødninger skal utredes

MENORAGI	Regelmessige, men kraftige blødninger
Hormonspiral	Mirena
P-pille	Lavdosert p-pille dersom det ikke er kontraindikasjoner
	Qlaira har indikasjon menoragi
METRORAGI	Blødninger uten syklus, vekslende styrke
Tabletter sykisk	Provera 10 mg (gitt i 12-14 dager per måned)
P-pille	Som over

VED ØSTROGENMANGELSYMPTOMER

INDIKASJONER FOR ØSTROGENBEHANDLING

- Vasomotoriske symptomer (hetetokter, nattesvette)
- Symptomer knyttet til hormonendringer i overgangsalder som gir redusert livskvalitet

ULIKE REGIMER: **Valg av regime avhenger av hvor lenge siden siste menstruasjon**

1. SEKVENSIELL BEHANDLING – KOMBINASJONSPREPARATER

NÅR: Siste menstruasjon < 12 måneder siden

- Fast dose østrogen kombinert med gestagen gitt 12-14 dager per måned
 - Sekvensiell behandling gir regelmessige blødninger
 - Indisert i perimenopausen når kvinnen fortsatt har noe endogen hormonproduksjon
- | | |
|-----------|--|
| Plaster | Sequidot |
| Tabletter | Novofem, Trisekvens, Femoston (godkj.fritak) |

2. KONTINUERLIG BEHANDLING - KOMBINASJONSPREPARATER

NÅR: Siste menstruasjon > 12 måneder siden

- Fast dose østrogen og gestagen, begge deler gitt kontinuerlig
 - Skal etter 3-4 mnd gi blødningsfrihet
 - Vurdere å gå ned i styrke over tid – reguleres ut fra symptomer
- | | |
|-----------|---|
| Plaster | Estalis |
| Tabletter | Activelle, Cliovelle, Noresmea, Eviana (Eviana er den svakeste) |
| | Livial/Tibolon, Indivina (Indivina har flere doseringer) |

3. ØSTROGENBEHANDLING med mulighet for dosejustering – med GESTAGEN separat

NÅR: Alternativ til kombinasjonspreparater i punkt 1 og 2 over (sekvens/kontinuerlig)
Til kvinne med hormonspiral (Mirena < 5 år)
Til hysterektomerte kvinner – trenger ikke gestagenbeskyttelse (unntak ved endometriose)

ØSTROGENER	Tabletter	Progynova
	Plaster	Estradot
	Transdermal spray	Lenzetto
	Transdermal gel	EstroGel

GESTAGEN/PROGESTERON som endometriebeskyttelse - 3 muligheter:

- **Gestagen SEKVENSIELL < 12 måneder siden siste mens**
Provera 10 mg daglig i 12-14 dager per måned
Utrogestan* 200 mg per os vesp i 12-14 dager per måned
- **Gestagen KONTINUERLIG > 12 måneder siden siste mens**
Provera 5 mg (1/2 tablett a 10 mg) daglig
Utrogestan* 100 mg daglig per os vesp
*bioidentisk /mikronisert progesteron
- **Mirena hormonspiral** - NB Skal være <5 år gammel for endometriebeskyttelse

VED NEDSATT SEXLYST Anbefalt rekkefølge for behandling

- Østrogen transdermalt (bedre enn peroralt som øker SHBG som binder testosteron)
- Evt Tibolon - Syntetisk steroid med østrogen, gestagen og androgen virkning
- Testosteron – Se Veileder Gynekologi NGF i metodebok.no
- Vurdere å konferere/henvisse til gynekolog ved nedsatt sexlyst, østrogener ikke hjelper.

LOKAL BEHANDLING VED UROGENITALE SYMPTOMER

LOKAL ØSTROGENBEHANDLING – Krever ikke endometriebeskyttelse med gestagen

Vaginal tablett	Vagifem, Vagidonna	østriadiol
Vagitorier	Intrarosa	DHEA/prasteron
Vaginal krem/vagitorier	Ovesterin	østriol
Vaginal gel	Gelisse	østriol
Vaginal tablett	Gynoflor	østriol + melkesyrebakterier
Oral tablett	Ovesterin	østriol OBS: Endometriet må observeres

BEHANDLINGSPRINSIPPER

INDIVIDUELL VURDERING

Risikovurdering mot symptomtrykk.

- Lavest effektive dose
- TRANSDERMAL behandling foretrekkes fremfor peroral pga mindre blodpropprisiko. Mindre uønskede hendelser (hjerneslag og DVT); unngår «first pass» effekt i lever
- Oppstart med systemisk MHT >60 år eller mer enn 10 år siden menopause (siste mens) anbefales oftest ikke

VALG AV MHT

Østrogener for **GENERELLE PLAGER**

- Alltid beskytte uterus med gestagen.
- Kvinner uten uterus trenger oftest ikke gestagener. Unntak endometriosepasienter.
- Lokalbehandling ved **UROGENITALE PLAGER**
- Lokal og systemisk behandling kan kombineres.

REFUSJON

- **Kvinner med menopause < 45 år** tilbys hormonstatningsterapi (HRT) til forventet menopausealder (51-53 år) uavhengig symptomer
 - Kvinner <40 år henvises gynekolog og kan få behandling på blåresept, §2.
 - Kvinner >40 år må betale selv, om ikke uttalte Symptomer, se under.
- **Kvinner med overgangsalderplager > 40 år** kan få MHT på blåresept §3 ved uttalte plager: Kriterier rundt hetetokter, urogenital atrofi og blødningsforstyrrelser. Fastlegen kan søke HELFO via Tjenesteportalen for helseaktører på §3.

OPPFØLGING

KONTROLLER

- Første legekontroll 3 måneder etter oppstart
- Vurdere effekt og bivirkninger
- Legekontroll videre med 1-2 års mellomrom
- Regelmessig vurdere nytte/risiko, dosering, behandlingsregime og seponering.

Når ENDRE REGIME: sekvens til kontinuerlig

PRØVE SEG FREM

- Ved oppstart kontinuerlig MHT er noe uregelmessig blødning vanlig i 3-4 måneder før stabilisering til ingen blødning.
- Ved vedvarende blødning; vurder å gå tilbake til sekvensbehandling.
- Uventede blødninger skal utredes.

Når SEPONERE: individuell vurdering

Østrogenmangelsymptomer kommer ofte tilbake ved seponering, kroppen må venne seg til å være uten hormontilskudd. Avvent ca 1-2 måneder før evt restart av behandling ved eventuelle vedvarende symptomer.

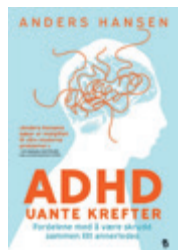
ANNEN BEHANDLING mot HETETOKTER

- Fezolinetant (Veoza)
- Remifemin (reseptfritt)
- Planteøstrogener (ex rødkløver, soya)
- Lavdose SSRI (ex citalopram)
- Lavdose SNRI (ex venlafaxin)
- Gabapentin
- Oxybutinin (antikolinergika)

Utarbeidet av
Marianne Natvik, spesialist i allmennmedisin
marianne@natvik.nu

Kilder: Veileder gynekologi, NEL, KUPP, Felleskatalogen, NICE, Mette Haase Moen (gynekolog, prof.emerita)

Nyttige perspektiver, historisk og praktisk



Anders Hansen
**ADHD,
UANTE KREFTER**
Fordelene med
å være skrudd
sammen litt
annerledes
199 sider
Bonnier norsk forlag
ISBN 978-82-34719-83-7

De av oss leger som arbeidet i allmennpraksis på 1970-80-tallet husker kanskje diagnosen MBD (Minimal Brain Dysfunction)? Hos oss ble det i begynnelsen kalt for «Meget Betydningfull Diagnose». Men det interessante nå i ettertid er at i familie-

anamnesen var det ikke sjelden at foreldre til disse barna kunne fortelle at det faktisk var andre slektninger som hadde hatt symptomer à la det som det aktuelle barnet hadde. Erfaringer fra denne perioden er noe av bakgrunnen for at jeg kjøpte denne boken nylig.

Forfatteren er en svensk psykiater med en stor litterær produksjon innen flere sjangre. Flere av bøkene hans er oversatt til mer enn 20 språk.

– Essensen i denne bokutgivelsen er som han selv skriver: «ADHD finnes. Det er ikke en liksomdiagnose». Og videre:

«ADHD er en serie medfødte personlighetstrekk som i stor grad skyldes biologiske fak-

torer – personlighetstrekk som opp gjennom historien kan ha gitt mennesker så store fordeler at vi faktisk kan takke dem for vår eksistens.» (Intet mindre! Anmelders anmerkning.)

«I denne boken vil jeg vise hvordan ADHD kan være en unik verktøykasse, bare man vet hvordan man skal bruke den. Når det er sagt, vil jeg ikke på noen måte bagatellisere problemene – ingen skal tro at det å ha ADHD er noen dans på roser.»

– Og videre:

«Boken løfter fram et aspekt ved vår tids mest omtalte diagnose og hvordan den faktisk kan være en fordel – når du vet hvordan du skal bruke den.»

Denne spesielle, svært interessante og nyttige utgivelsen har jeg valgt å presentere med ord fra forfatteren selv. Innholdet spenner over deler fra menneskets historie, hvilke gener som er interessante for forståelse i dag, hvordan medisiner eventuelt kan være nyttig, om oppvekst, skole og arbeidsliv. Kort sagt livet for mennesket på denne planeten.

Dette er en utgivelse både lek og lærd vil kunne ha stor nytte av å lese – ingen tvil! Boken anbefales.

ELI BERG



Lyst til å prøve deg på forskning?

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

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

Allmennlegestipendiet er i hovedsak rettet mot leger i allmennmedisin og samfunnsmedisin som ikke har forsket tidligere, og stipendiet skal gjøre det mulig å ta fri fra andre oppgaver for å kunne forske – på heltid eller deltid.

Det er nok at du har en god idé for å kunne søke, men du må ha kontaktet en veileder før du søker.

Har du spørsmål, ta kontakt med et av de allmennmedisinske universitetsmiljøene i Oslo, Bergen, Trondheim eller Tromsø eller send mail til: nfa@gmail.com

Les mer på www.legeforeningen.no/afustipend – eller skann QR-koden nederst til venstre.

AFU-stipendiet utlyses to ganger i året.

Neste søknadsfrist er 1. november 2025.



ILLUSTRASJON: PHOTO. COLOMBINI

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.

The Power of Love

For mange år siden kom «Asle» inn på kontoret. Selv om jeg hadde vært fastlege på samme listen i flere år, så kjente jeg lite til Asle. Han var tydelig og direkte i sin tilnærming. Så meg dypt i øyene, og viste med sin fulle styrke trisheten som tynget ham. Han var snart midt i livet, godt utdannet, ensom og uten relasjoner, bortsett fra jobb og nærmeste familie. Han kom fra en fin familie. Aldri manglet noe. I dag manglet han heller ikke noe, materielt, men var likevel tom og tung. Det var tydelig at Asle lot både egen kropp og helse forfalle. Han var lite tidsriktig kledd. Skjorten, av typen utvasket flannel, manglet en knapp, og hadde to andre som så ut til å skulle bli skutt ut når som helst. Buksen var nok ganske stilig for et tiår eller to siden. Jeg kjente at jeg satt og bygde opp egne fordommer i hodet mitt. Jeg likte det ikke, og brøt opp tankerekken.

Som om Asle hadde lest tankene mine, sa han at han ikke tok så godt vare på seg selv. Han spiste dårlig, var blitt ganske tjukk, men så ikke poenget med å skulle gjøre så mye annerledes. Han hadde prøvd. Prøvd å bli sunn, slanket seg, og prøvd mosjon. Det fungert marginalt i de få ukene han klarte å holde trykket oppe. Når resignasjonen var et faktum, ble ofte fallet dypere enn det hadde vært i utgangspunktet. Selvbildet falt, og til tross for at han alltid hadde hatt troen på seg selv, så var dette endret nå de siste årene. Han var deprimer, og sa tydelig at hvis du ikke kan hjelpe meg, så tar jeg livet mitt. Jeg har ikke noe å

leve for lenger. «Det kan umulig være dette som er meningen med livet.»

Asle var tydelig på at han ikke hadde troen på psykologer. Han ville ha medisin. Det vurderte han som en lettvinnet løsning som kunne fungere, men hvis det ikke fungerte, mente han det var et tydelig bevis på at han ikke kunne hjelpes.

Jeg gjorde det jeg kunne for å kartlegge best mulig på de minuttene jeg hadde til rådighet, og la i mitt hode en plan for videre oppfølging og kartlegging. Planen var en ny time om en uke. Han var ikke suicidal. Asle ville gjerne komme tilbake, men han ville begynne med antidepressiva nå.

Jeg er usikker på om det er lov å unnskylde seg med at Gjør Kloke Valg-kampanjen ikke var startet på denne tiden, og jeg ga etter for Asle sitt ønske.

Asle gikk derfra med en resept på et SSRI, noen enkle skåringsskjemaer og noen milliliter blod fattigere. Han skulle komme tilbake etter to uker. Jeg følte egentlig at dette ikke hadde gått så bra, og fikk en pussig dårlig følelse av at det heller ikke kom til å gå så bra. En følelse som jeg i vanligvis ikke kjente så mye på, men som jeg ikke klarte å legge fra meg. Jeg tenkte flere ganger på om jeg skulle ringe til Asle, bare for å sjekke, men det ble aldri til at jeg gjorde det. Jeg unnskyldte meg med tiden.

Når dagen kom for neste time, følte jeg på en ørliten uvelhet og klump i magen. Asle møtte ikke. Jeg kjente umiddelbart på en uggen følelse. Pulsen var høyere og fryk-

ten for hva som hadde tilstøtt Asle var voksende. Egne katastrofetanker fikk næring etter som tiden gikk. Den dårlige magefølelsen som jeg hadde kjent litt på de siste ukene, var ikke uten grunn.

Jeg fikk ikke ringt ham før mot slutten av dagen, og fikk derfor en sekretær til å ringe. Hun fikk ikke svar.

Det føltes som om tiden sto stille. Jeg måtte gjøre ferdig de andre pasientene før jeg kunne prøve igjen. Jeg følte meg fraværende og kjente jeg gruet meg til å ringe. Jeg tenkte gjennom alle scenarier...

Da alle pasientene var gått, satte jeg meg ned på kontoret og gjorde meg klar. Telefonen ringte og ringte uten svar. Rett før jeg skulle til å legge på, var det noen som svarte. Hun presenterte seg som «Turid» og kunne fortelle meg at Asle var opptatt, men hadde det bra. Han beklaget at han hadde glemt timen sin og lurte på om han kunne få en ny neste dag. Jeg ordnet dette. Lettelsen var enorm, men jeg forstod ikke helt situasjonen.

Neste dag så Asle veldig smilende ut da jeg hentet ham på venterommet. Langt over det jeg skulle forvente. Han forserte korridoren som en gasele, svingte seg lekende lett ned på stolen og startet samtalen lenge før jeg hadde fått satt meg. Asle lurte på om det gikk bra med meg? Jeg ble raskt overbevist om at her har noen blitt løftet litt for mye på SSRI-behandlingen, og den initiale vurderingen var hypomani – minst!

Fokuset i konsultasjonen fremsto for meg som en kamp for å få aksept for at medisinen hadde virket for godt og at vi måtte ta den bort igjen. Asle skjønte ikke min skepsis. Han argumenterte godt og ryddig for at han opplevde positive ting. Energien og selvbildet var tilbake. Han hadde lagt om kostholdet og hadde startet å mosjonere. Livet gikk på skinner.

Det var først mot slutten av konsultasjonen at det gikk opp for meg. I min kamp for å korrigere det jeg hadde påført ham, glemte jeg mannen. Hva var det egentlig som hadde skjedd? Asle hadde fått seg dame! Mannen var stup forelsket. Han hadde aldri hatt kjæreste og aldri hatt sex. På to uker hadde han ordnet begge deler, og elsket det. Han hadde selv sluttet med medisiner, og så seg aldri tilbake.

Nå, ti–tolv år senere, er Asle fortsatt med samme dame, de har to barn og lever et A4-liv. Vekten har dessverre økt proporsjonalt med antall år i forhold – men livskvaliteten har økt enda mer!

TORGEIR HOFF SKAVØY

Fastlege i Bergen og nyslått leder av NFA

■ TORGEIR.SKAVOY@LEGEFORENINGEN.NO

ILLUSTRASJON: GETTY IMAGES / BENAVISA



Min timebok

Etter flere år med intens jobbing på fastlegekontoret, med lange dager, tette konsultasjoner og pasienter som overraskende dukket opp på toppen av en fullpakket dag, forstod jeg etter hvert betydningen av å ta styring ved hjelp av timeboka. Timeboka som selvstendig verktøy gav et nytt fastlegeliv med økt trivsel og trygghet.

Leger flest trives med en aktiv hverdag med mange baller i luften, og setter pris på en god plan – for oversikt og flyt i arbeidet. For meg er timeboka et helt uvurderlig verktøy, på linje med stetoskop og pulsoksymeter.

Jeg bruker Infodoc. I dette journalsystemet kan man lage ulike maler for timebok. Min mal har et fast ukeoppsett, med fire

ensartede kliniske dager og en administrativ dag. Dagen starter med første pasient klokka 08.30 og går slik: tre påfølgende konsultasjoner på 15 minutter før en skjult eller sperret fjerde time. Deretter tre nye 15 minutters konsultasjoner før den fjerde som er sperret. Før matpausen og på slutten av dagen har jeg én halv-øyeblikkelig

hjelp-time, den åpnes automatisk for timebestilling dagen før. Samt at jeg har flere øyeblikkelig-hjelp-timer som åpnes samme dag, og som ikke kan bestilles elektronisk med mindre jeg aktivt åpner for det – som ved svært god kapasitet med flere ledige timer samme dag (altså unntaksvis). Dette er for at sekretærene skal kunne prioritere pasienter som trenger time samme dag. Alle timene er på papiret av 15 minutters varighet, men i praksis er variasjonen i varighet stor.

Det fine med de skjulte timene er at disse tar høyde for det utforutsette, som når en pasient plutselig dukker opp med akutte brystsmarter eller sårskade. Slikt skjer, men ikke så ofte. På vårt kontor tar legene ansvar for sine listepasienter for alle problemstillinger (vi har ikke egne «akutt-dager»), men vi praktiserer kollegial fraværdekning naturligvis. Stort sett bruker jeg den «skjulte» tiden til å hente inn forsinkelser, for jeg bruker som regel 20 minutter på ordinære konsultasjoner.

Tid til individuell veiledning og ulike møter – for eksempel med Nav og til internundervisning, er satt av i timeboka. Timer bestilles av pasientene selv på Helsenorge. Rutinekontroller, som av diabetes, liker jeg å sette opp selv når pasienten er på en kontroll. Dette går kjapt, og både pasienten og jeg setter pris på forutsigbarhet. Når timen er satt opp, plinger det inn en sms på pasientens mobil. Enkelte pasienter ringer for time, de trenger rask vurdering, eller de tilhører en liten håndfull som ikke er fortrolige med Helsenorge og digital timebestilling.

På sensommeren sperrer jeg timeboka for planlagte ferier og kurs. Jeg har god erfaring med å sperre av også de første par dagene etter et kurs, som så åpnes noen dager før jeg er tilbake. Dette fungerer som en buffer, for pågangen er stor når man har vært borte fra praksis noen dager.

Når ny turnuslege starter i tjeneste ved kontoret, samt ved oppstart av spesialistutdanning, tar jeg timeboka aktivt opp som et tema. Budskapet er: Ta eierskap og kontroll over timeboka! I Åpen post i gruppeveiledning har det vært fascinerende å høre hvor mange ulike og gode løsninger som fins der ute! Fellesnevneren for de ulike variantene er at de bygger på *Sju teser for allmennmedisin* (1).

REFERANSE

1. Norsk forening for allmennmedisin. En oppsummering av NSAMs (Norsk selskap for allmennmedisin) tenkedugnad 2000–2001. Publisert i 2001, utgitt på nytt i 2019.

ELIN HOEL

Redaktør i Utposten

■ ELINTORA@HOTMAIL.COM

SJU TESER FOR ALLMENNMEDISIN

En beskrivelse av faget allmennmedisin i fastlegeordningen skal: klargjøre legens ansvarsområder, fremme forsvarlig bruk av medisinsk teknologi og medikamenter, gi basis for innhold i grunn-, videre- og etterutdanning, skape realistiske forventninger til helsetjenesten og sikre faglig identitet og trygghet for legen.

Hold lege-pasientforholdet i hevd!

Allmennmedisins sentrum er lege-pasientforholdet. Det viktigste er det personlige møtet og dialogen med pasienten over tid.

Gjør det viktigste!

Allmennpraktikerens hovedoppgaver er diagnostikk og behandling. Legen er

fortolker av pasientens symptomer og plager; skiller ut de som har behandlingstrengende sykdom, og forskåner pasientene fra urettmessig å bli behandlet som syke.

veileder og lærer; hjelper pasienten til å forstå sin situasjon og hvordan den kan mestres eller lindres.

vitne og ledsager; følger pasienten og hans nærmeste gjennom sykdom og lidelse.

Gi mest til dem som har størst behov!

Forventningene til allmennmedisin overstiger både ideelle og praktiske muligheter. Allmennlegen må organisere hverdagen slik at det blir rom for de pasienter som har størst behov for hjelp. Allmennlegen må også ta hensyn til behandlingskostnader; hvis flere behandlingsstrategier er like effektive, skal allmennlegen velge det billigste slik at ressurser som spares kan komme andre til gode.

Bruk ord som fremmer helse!

Allmennlegen skal gi pasienten tro på egen mestring av hverdag og helse. Allmennmedisin skal utvikle et språk som begrenser fokus på risikotilstander og medisinbruk med liten nytteeffekt.

Sats på etterutdanning, forskning og fagutvikling!

Fagutøvelsen skal baseres på dokumentert viten, praktiske ferdigheter og erfaringsbasert kunnskap. Faget skal utvikle begreper som knytter sykdom og lidelse til relasjoner og gi en forståelse av hvordan livet setter spor i kroppen. Medisinsk etikk skal beskrive hvordan respekten for menneskets verdighet er en forutsetning for helbredelse.

Beskriv praksiserfaringene!

Å forebygge sykdom og uheld er ofte et spørsmål om å endre samfunnsforhold. Legen skal systematisere og dele sin kunnskap med forvaltning og politikere om sykdoms- og lidelsepanoramaet i sin populasjon.

Ta ledelsen!

Allmennlegen skal ta aktivt ansvar for å sikre god samhandling mellom aktørene i helse- og sosialtjenesten. Allmennlegen skal bidra til at spesialisttjenester prioriteres til dem som har størst behov. I samhandling med andre helsearbeidere må allmennlegen arbeide aktivt for at faglige ressurser utnyttes optimalt. Som leder av legekontoret må legen sørge for at medarbeiderne får utvikle faglig og personlig kompetanse.

Lege- og behandler- telefonen til Nav

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



55 55 33 36



Bedringens vei 2

ILLUSTRASJONSFOTO: SCANDINAVIAN STOCKPHOTO / JAN SOLHEIM, MANIPULERT

Hvem er dere?

Lege- og behandlertelefonen er en del av Nav kontaktsenter, som er Nav sin første linje for kontakt med brukere, arbeidsgivere og andre samarbeidspartnere. Vi kan hjelpe våre innringere med raske og gode svar i første ledd. Ved behov kan vi sikre at man får kontakt med riktig person i Nav. Veilederne skal forstå hva som ligger i begrepet trygdemedisin, uten å være medisinere selv. Vi skal være en veiviser i Nav, som hjelper leger og behandlere å navigere i et regelverk og en organisasjon som kan være kompleks. Hvis det er behov, kan vi gjøre oppslag på en pasient hvis du identifiserer deg som innringer. Da ber vi om HPR-nummer.

Hvem kan ringe til dere?

Alle i rollen som lege eller annet helsepersonell som har behov for å komme i kontakt med Nav er hjertelig velkommen til å ta kontakt med oss.

Hva kan man spørre om?

Vi svarer på spørsmål om det som omfattes i samhandlingen mellom leger og oss i Nav. Det innebærer spørsmål om krav og behov knyttet til legeerklæringer, og om vilkår og regelverk for helserelaterte ytelser. Vi har også ansvar for teknisk brukerstøtte når det gjelder elektronisk kommunikasjon mellom elektronisk pasientjournal (EPJ) og Nav. Vi kan veilede om krav til utfylling av skjema og erklæringer. Hvis du har mistanke om at det er tekniske problemer i e-dialogen mellom deg og Nav kan vi hjelpe. Vi kan også oppklare spørsmål knyttet til forespørsler fra Nav og tolkning av L-takster. Vi formidler kontakt med riktig veileder hvis det er noe vi ikke kan svare på.

Hva er de vanligste spørsmålene dere får?

Vi får nok flest henvendelser om erklæringer der Nav har mange og ulike behov for helseopplysninger. I tillegg får vi mange spørsmål om:

- Manglende mottak av forespørsler, eller behov for veiledning om hva Nav trenger av opplysninger.
- Regelverk knyttet til utfylling av sykmeldingsblankett, og regler rundt sykmelding.
- Samhandling og behov for dialogmøter eller samarbeidsmøter.
- Informasjon om helseopplysninger knyttet til grunn- og hjelpestønad.
- Kommunale tilleggstjenester som er plassert på enkelte Nav-kontor.
- Henvendelser om L-takster.
- Innsending av oppgjør for leger og behandlere uten oppgjørsavtale.

Hva er det rareste spørsmålet dere har fått?

Vet du, jeg kan ikke komme på å ha fått noen rare spørsmål. Finnes det rare spørsmål? Har du et spørsmål er det bare å ta kontakt!

ANNE RITA HOVD
Fagkoordinator/fagansvarlig, Lege- og behandlertelefonen
■ ANNE.RITA.HOVD@NAV.NO

HØY IPD-DEKNING HOS ELDRE¹

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

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

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



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

Nå godkjent og tilgjengelig i Norge

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

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

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

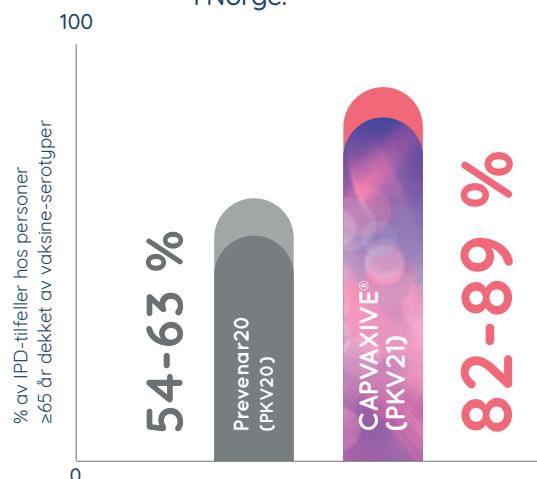
Kontraindikasjoner: Overfølsomhet overfor virkestoffene eller noen av hjelpestoffene.¹

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

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

OPPTIL
35 %

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



Referanser:

1. CAPVAXIVE® (PKV21) – preparatomtale. Publisert 31.03.25. Tilgjengelig fra: ema.europa.eu

2. Invasiv pneumokokksykdom i Norge 2004–23 og valg av vaksiner til eldre | Tidsskrift for Den norske legeforening (<https://tidsskriftet.no/2025/03/originalartikkel/invasiv-pneumokokksykdom-i-norge-2004-23-og-valg-av-vaksiner-til-eldre>)

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

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..

Kjartan Olafsson?

Fastlege, Florø

■ KJARTAN@OLAFSSON.BIZ



Hva leser du nå?

Jeg leser alltid mer enn én bok samtidig, og har alltid et skuespill av den største forfatteren av alle; William Shakespeare, på nattbordet. Nå leser jeg *Stormen*, sikkert for tiende gang. Skuespillet er som en russisk matrjosjka-dukke – det er lag på lag, sjangerbrudd og overraskelser. Jeg har akkurat avsluttet *Reiser med Herodot* av den polske forfatter og journalist Ryszard Kapuściński. Den handler om hans tidlige reportasjereiser rundt om i verden. Med på reisen er *Herodots historier*. Nesten 2500 år tidligere enn Kapuściński reiste Herodot rundt om i sin verden og undersøkte hva som var skjedd, drev kildekritikk og rapporterte. Kapuścińskis refleksjoner rundt nåtid og Herodots fortid er glitrende. Også denne boken har jeg lest flere ganger, og støtter meg til Oscar Wildes påstand; «If one cannot enjoy reading a book over and over again, there is no use in reading it at all».

Hvorfor leser du disse bøkene?

Å lese bøker er like integrert i mitt liv som å sove eller spise. Bøker gir meg muligheten til å bevege meg i flere og ulike dimen-

sjoner enn det et hverdagsliv tilbyr. På sekunder er du i en annen tid, 450 år før Kristus, eller på et annet sted, som på en øy i Middelhavet sammen med trollmannen Prosepero. Eller inn i fremtiden som hitchhiker på reise til the Galaxy og gleder deg over Douglas Adams formuleringer som; «The ships hung in the sky in much the same way that bricks don't». Men den viktigste dimensjonen er å oppleve hva andre opplever og tenker, å få ta del i andres liv og refleksjoner, i verdener hvor 1+1 ikke alltid er 2 – hvor fasit mangler. Kanskje litt likt det vi opplever i samtaler på fastlegekontoret, den uendelige variasjonen av menneskers skjebner, tanker og samspill med omgivelsene. Døren til disse dimensjonene åpnes hvor som helst og når som helst når jeg åpner boken.

Hvor leser du?

Jeg leser mest når jeg legger meg, eller våkner tidlig, og når jeg er på reiser. Jeg leser høyt til mine barnebarn slik jeg gjorde med mine barn. Julia Donaldsons fantastiske verden med *Gruffalo* og *Sneglen og hvalen* får barneøyne til å glitre, og leseopplevelsen kan ikke bli bedre enn det! Mest spennende er *Odyssevs utfordringer*, og historien om Odyssevs møte med kyklopen er en favoritt. Gard på fire år vet med største selvfølgelighet at kyklopens navn er Polyfemos. Les for barna! På den måten blir de lesere, tror jeg.

Hvilke bøker vil du helst lese?

Livet er for kort til kriminalromaner. Jeg vil lese det som gir nye perspektiv, nye opplevelser – og ekstra glad blir jeg over å finne gullkorn og sekvenser av tekst som står frem som gir frysninger på ryggen, en følelse av glede eller tristhet. Sist jeg opplevde det var med min favoritt Johan Harstads *Un-*

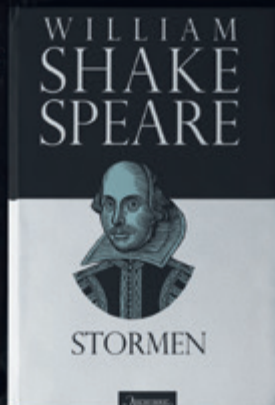
der brosteinen, stranden! med hans beskrivelse av hvordan vi ble ropt hjem av mor da kvelden kom, og dem som ingen ropte på.

Har du en anbefaling til Utpostens lesere?

Les Shakespeare! Men ikke glem Johan Harstad. Hvis du ikke har lest den geniale *Buzz Aldrin, hvor ble det av deg i alt mylderet*, så gjør det! Den handler om det å være nummer to og finne seg til rette med at ikke alle kan være nummer en. Her er mye humor, tristhet og visdom i skjønn forening. Thomas Espedal har også en penn som jeg er glad i. Vil du prøve deg så anbefaler jeg *Gå. Eller kunsten å leve et vilt og poetisk liv*.

Jeg ender med å anbefale to bøker som begge har med broer å gjøre. Det er *In the Skin of a Lion*. Forfatteren Michael Ondaatje med bakgrunn fra Sri Lanka er bosatt i Canada. Rammen for handlingen er byggingen av en historisk bro i Toronto, hvor migranter har en viktig rolle og hvor fantastiske ting skjer. En nonne faller utfor boren, men blir fanget av en av hovedpersonene som under arbeid henger i et tau under broen. Språket og stemningen i denne boken er helt fantastisk. Dessverre er den ikke oversatt til norsk.

Den andre boken er Ivo Andrićs *Broen over Drina*. Boken gav den jugoslaviske forfatteren Nobelprisen i litteratur i 1960. Et episk mesterverk som bedre enn noen historiebok beskriver folk og kultur i harmoni og disharmoni gjennom begivenheter på og rundt broen. Alt i en bakevje for stormakter som blant annet Det ottomanske rike og Østerrike-Ungarn. Her levde muslimer, ortodokse kristne serbere, katolske kroater, jøder og sigøynere side om side. Stolte mennesker tegnet med en mesterlig penn på et bakteppe av historiens ubønnhørlige endringer. Også denne må du lese på engelsk – og det vil du aldri angre på!



RELIS

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

Regionale legemiddelinformasjonssentre (RELIS) er et gratis tilbud til helsepersonell om produsentuaavhengig legemiddelinformasjon. Vi er et team av farmasøyter og kliniske farmakologer og besvarer spørsmål fra helsepersonell om legemiddel-bruk. Det er her gjengitt en sak utredet av RELIS som kan være av interesse for Utpostens lesere.

Xtandi (enzalutamid) – et eksempel på vurdering av farmakokinetiske interaksjoner

Ved spørsmål om farmakokinetiske interaksjoner er interaksjonsdatabaser nyttige verktøy, men man bør også bruke kunnskap om metabolismeveier for å gjøre en god vurdering.

Prostatakreft er den vanligste kreftformen blant menn i Norge, med en årlig insidens på cirka 5000 (1). Mange fastleger vil derfor møte pasienter som får antiandrogen behandling i form av androgenreseptorantagonister. RELIS får ofte spørsmål om mulige interaksjoner med antiandrogenet enzalutamid (Xtandi) når dette kombineres med andre legemidler. Vi gir her en innføring i hvordan man kan vurdere interaksjoner mellom legemidler generelt, og bruker Xtandi som eksempel på et legemiddel med høyt interaksjonspotensial.

Generelt om farmakokinetiske interaksjoner

Et legemiddel som interagerer *farmakokinetisk* med et annet, vil påvirke farmakokinetikken til ett eller begge legemidlene ved samtidig bruk. Det vil si at enten absorpsjonen, distribusjonen, metabolismeringen eller eliminasjonen av ett eller begge virkestoffer endres. Sluttresultatet er en endring av den tilhørende serumkonsentrasjonen (2). Denne endringen kan, men må ikke nødvendigvis, være av klinisk betydning.

For de fleste er nok hovedfokuset for mulige interaksjoner på de legemiddelmetaboliserende enzymene i cytokrom P450 (CYP)-systemet eller i uridindifosfatglukuronosyltransferasene (UGT)-systemet. Disse vil påvirke *metabolismen* av legemidlet. Det er ikke uvanlig at også efflukspumper/trans-

portpumper som P-glykoprotein (permeabilitets-glykoprotein, P-gp) kan enten induseres eller hemmes (3). Dette vil i tilfelle påvirke *absorpsjonen*, i og med at slike transportproteiner bestemmer hvor mye legemiddel som «kastes ut» igjen og dermed ikke absorberes i systemsirkulasjonen.

Hemming eller induksjon av legemiddelmetaboliserende enzymer

Et CYP- eller UGT-enzym kan bli induisert eller hemmet av et legemiddel, og det gir henholdsvis økt eller redusert enzymaktivitet sammenliknet med utgangspunktet. Det finnes sterke, moderate og svake både hemmere og induktorer (4).

En sterk induktor gir en ≥ 80 prosent reduksjon i eksponering av det legemidlet som påvirkes, mens en moderat induktor gir 50-80 prosent reduksjon i eksponering. En sterk hemmer gir en ≥ 5 -ganger økning i eksponering, mens en moderat hemmer gir en to til fem ganger økning i eksponering (4).

Resultatet av en induksjon eller hemming av et metaboliserende enzym avhenger av om det aktuelle legemidlet som induseres eller hemmes har aktiv modersubstans eller er et prodrug.

Prodrugs, aktiv modersubstans og aktiv metabolitt (5)

Noen legemidler er såkalte *prodrugs*, det vil

si at modersubstansen er farmakologisk inaktiv og må omdannes til aktiv form i kroppen for å gi effekt. En slik aktivisering skjer ofte ved hjelp av ulike CYP-enzym. De fleste legemidler har imidlertid *aktiv modersubstans* og inaktiveres når de metaboliseres. Som en mellomting mellom disse kategoriene finnes legemidler der metabolitten også kan være mer eller mindre farmakologisk aktiv.

Ved inntak av legemidler som er prodrugs, vil pasienter med forventet manglende aktivitet av det aktiverende CYP-enzymet ikke få omdannet modersubstansen til aktiv metabolitt. Vi forventer da en klinisk terapivikt. Har man derimot økt enzymaktivitet utover det normale, kan man danne mer aktiv metabolitt enn doseringsanbefalingen tar høyde for. Det kan arte seg klinisk som en overdosering.

Det motsatte vil gjelde for legemidler som har aktiv modersubstans. Pasienter som har manglende metaboliserende enzym vil kunne få symptomer som ved overdosering og økt bivirkningsforekomst fordi metabolismeringen, og dermed inaktiveringen, ikke foregår som forventet.

For legemidler som har aktiv modersubstans og aktiv metabolitt, vil likevekten mellom de to forskyves hvis enzymet har økt eller redusert aktivitet. Dette gir en tilnærmet lik totalkonsentrasjon og vil for mange legemidler da være av mindre betydning.

Kan legemidler likevel kombineres?

I hvilken grad legemidler som interagerer farmakokinetisk likevel kan kombineres,

avhenger blant annet av om legemidlet har alternative metabolismeveier, for eksempel om det er flere enzymer involvert i metabolismen og som eventuelt kan kompensere for at ett av disse hemmes av et annet legemiddel. En annen viktig faktor er legemidlets terapeutiske bredde, og sykdommens og pasientens sårbarhet og toleranse for bivirkninger og redusert behandlingseffekt. Dette vil variere mellom grunntilstander, legemidler og pasienter. Behandler må derfor gjøre en individuell helhetsvurdering. For noen legemiddelkombinasjoner er imidlertid risikoen så høy at disse kan frarådes på generell basis.

Serumkonsentrasjonsmålinger som mål på eksponering

For mange legemidler er det etablert en analysemetode av serumkonsentrasjonen, og dette anbefales ofte som en mer objektiv måte å monitorere effekten av en mulig legemiddelinteraksjon *in vivo* på. Slik kan man måle hvordan enkeltindividers farmakokinetikk reagerer på en legemiddelkombinasjon i praksis. Nettsiden Farmakologiportalen inneholder en oversikt over hvilke legemiddelanalyser som tilbys ved de ulike norske laboratoriene (6). En artikkel publisert i Utposten i 2023 gir god bakgrunnskunnskap for å tolke prøvesvaret man får (7).

Det er dessverre ikke etablert noen metode for serumkonsentrasjonsmåling av enzalutamid (6).

Ulike interaksjonsdatabaser – ulike svar

Det finnes en rekke interaksjonsdatabaser som er fritt tilgjengelige. RELIS har skrevet en tidligere artikkel i Utposten om nettressurser som kan være nyttige å kjenne til (8). Vi anbefaler å bruke flere, da databasene både kan ha en ulik profil, men også basere seg på et variabelt datamateriale. Dette kan resultere i forskjellige sluttvurderinger av samme legemiddelkombinasjon. Ulike databaser utfyller altså hverandre, hvilket er nyttig i klinisk praksis. Å sette seg inn i den innledende informasjon for de databasene man bruker mest, og slik bli kjent med deres profil, er en god investering.

Preparatomtalene (SPC) til legemidlene inneholder ofte informasjon om forhold å være oppmerksomme på ved kombinasjon av legemidler. Vi anbefaler at forskrivende leger også bruker disse som hjelpemiddel i tillegg til interaksjonsdatabasene, særlig interaksjonsavsnittet og avsnittet om farmakokinetikk. Preparatomtalene finner man som lenke i Felleskatalogen for hvert legemiddel.

Til slutt må man som sagt gjøre en individuell vurdering av opplysningene i databasene.

Enzalutamids påvirkning på andre legemidler

Enzalutamid har et høyt interaksjonspotensial fordi den både hemmer og induserer en rekke legemiddelmetaboliserende enzymer. I tillegg metaboliseres den selv av CYP-enzymmer, det vil si at den er et såkalt CYP-substrat (9). Enzalutamid kan altså i høy grad både påvirke og selv påvirkes i kombinasjon med andre legemidler. For noen enzymer er dette godt etablert, men for andre reaksjoner får man inntrykk av at det tas i bruk noe ekstrapolert informasjon.

Enzalutamid er en kjent *sterk* induktor av CYP3A4 og en *moderat* induktor av CYP2C9 og CYP2C19 (4,9).

Svært mange legemidler metaboliseres via CYP3A4 (10), så dette gir i seg selv et stort interaksjonspotensial for enzalutamid. Når induksjonen i tillegg gir en betydelig reduksjon i eksponering (se over), må man regne med at den er av klinisk betydning for legemidler som har CYP3A4 som sin hovedmetabolismevei.

For legemidler som metaboliseres via CYP2C9 og CYP2C19 kan det være mer variasjon i hvor betydningsfull induksjonen er for den totale serumkonsentrasjonen og dermed eksponeringen. I tillegg kan henholdsvis CYP2C9 og CYP2C19 være *delaktige*, men ikke *hovedansvarlige* for metabolismen til de legemidlene som eventuelt skal kombineres med enzalutamid. Dette vil også være av betydning for om legemidlene likevel kan kombineres.

I preparatomtalen til Xtandi nevnes det spesielt under «forsiktighetsregler» at samtidig bruk av warfarin- og kumarinliknende antikoagulantia bør unngås, og hvis enzalutamid kombineres med en antikoagulant som metaboliseres via CYP2C9 (som warfarin eller acenokumarol) bør INR overvåkes spesielt nøye (9).

Det er ifølge preparatomtalen mulig at UGT1A1 ble indusert i *in vivo*-studier (9), men dette finner vi ikke nevnt i andre legemiddelmonografier (11–14).

For å komplisere induksjonen ytterligere, tyder *in vitro*-data også på at enzalutamid hemmer P-gp (9,11,13). Legemidler som er P-gpsubstrater forventes derfor å få en økt absorpsjon, og dette kan også være av klinisk betydning.

Andre legemidlers påvirkning på enzalutamid (9)

Enzalutamid metaboliseres hovedsakelig via CYP2C8, med noe bidrag fra CYP3A4.

Kombinasjon med sterke CYP2C8-hemmere er testet. Konklusjonen er at dette bør unngås, eventuelt må enzalutamiddosen reduseres, preparatomtalen sier til 80 mg daglig.

Preparatomtalen sier også at hemmere av CYP3A4, samt induktorer av både CYP3A4 og CYP2C8 kan kombineres med enzalutamid uten at enzalutamiddosen må endres.

RELIS gir produsentuavhengig legemiddelinformasjon til helsepersonell

Mange leger vil synes det er en spennende utfordring å vurdere interaksjoner og tolke tilgjengelig legemiddelinformasjon. For de anledningene leger ønsker å diskutere legemiddelkombinasjoner, kan RELIS (regionalt legemiddelinformasjonscenter) bistå med dette.

REFERANSER

1. Folkehelseinstituttet. Nøkkeltall for kreft. Prostatkreft. (Sist endret: 16. juni 2025).
2. Norsk legemiddelhandbok. G6 Interaksjoner. <https://www.legemiddelhandboka.no/> (Sist oppdatert: 7. april 2025).
3. Molden E. P-glykoprotein – en pumpe av betydning for legemiddelrespons. Tidsskr Nor Lægeforen nr. 22, 2004; 124: 2921–3.
4. Flockhart DA. Drug Interactions: Cytochrome P450 Drug Interaction Table. <https://druginteractions.medicines.uu.edu/> (Søk: 4. juli 2025).
5. Flatebø EME, Dahle KMH. CYP2D6-polymorfismer og valg av smertestillende legemidler. www.relis.no (Publisert: 5. september 2023).
6. Farmakologiportalen. Norsk portal for legemiddel- og rusmiddelanalyser. Farmakologiportalen <https://www.farmakologiportalen.no>.
7. Michalsen VL. Serumkonsentrasjon av legemidler – hva betyr prøvesvaret? Utposten 2023; 4: 32–3.
8. Westergren T, Eek AK. Hjelp til selvhjelp – tips om legemiddelinformasjon. Utposten 2023, 3.
9. Direktoratet for medisinske produkter. Preparatomtale (SPC) Xtandi. <https://www.legemiddelsok.no/> (Søk: 4. juli 2025).
10. Spigset O, Molden E. Cytokrom P-450 3A4 – kroppens viktigste arena for legemiddelinteraksjoner. Tidsskr Nor Lægeforen nr. 24, 2008; 128: 2832–5.
11. Clinical Pharmacology database. Enzalutamide pharmacokinetics. Elsevier, Inc. <https://www.clinicalkey.com/pharmacology/login> (Sist oppdatert: 31. juli 2025).
12. Lexidrug in UpToDate. Enzalutamide: Drug information. <https://www.helsebiblioteket.no/> (Søk: 8. juli 2025).
13. Snow EK, editor. Enzalutamide. The AHFS Drug Information (online). <https://www.medicinescomplete.com/> (Sist oppdatert: 8. juli 2025).
14. Micromedex® 2.0 (online). Enzalutamide (Drugdex System). <https://www.helsebiblioteket.no/> (Sist oppdatert: 30. juni 2025).

KARIN M. HOLMBERG DAHLE
Overlege, spesialist i barne-
sykdommer og klinisk farmakologi
RELIS Sør-Øst legemiddelinformasjonscenter

ELLEN M. EGEBAEK FLATEBØ
Master i farmasi og klinisk farmasi
RELIS Sør-Øst legemiddel-
informasjonscenter

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



Sigurd Obstfelder.
Litografi av Edvard Munch, 1896

Vestlandets poesi

Ferien er akkurat avsluttet, og jeg prøver å komme inn i arbeidslivets rytme igjen. Det siste jeg hadde planlagt å gjøre i ferien var å finne fram et dikt til «Lyrikkspalten». Men ferie gjør at oppmerksomheten dreies bort fra oppgaver og plikter og mot samvær med familie og venner, mot naturen og praktiske, hverdagslige ting, og ikke minst mot været, kanskje det viktigste av alt. Dikt tenkte jeg altså lite på, utover en vag plan om å finne fram igjen bøkene til Rolf Jacobsen, Ernst Orvil og Olav H. Hauge.

Fredag i første arbeidsuka startet dagen med et plutselig anfall av dårlig samvittighet. Det skjer iblant, når jeg plutselig kommer på noe jeg skulle ha gjort. Denne gangen skyldtes det en e-post fra Tove med påminnelse om å sende inn et dikt, fem dager etter fristen.

Den første arbeidsuka bød også på ekstrempværet *Floris*, med storm og styrtregn på Vestlandet. Småbruket vårt ligger innerst i en dal innerst i en fjord, og når det regner mye i Stavanger, regner det dobbelt så mye der. *Floris* førte til at bekkene og elvene i dalen på få timer vokste til brølende fosser og floder.

Naturen tåler været der inne, og som oftest klarer bygningene seg også. Men flommer og stormer kommer oftere og voldsommere enn før. Det er store endringer på gang, og vi har skapt dem selv. Kloden endrer seg,

og Sigbjørn Obstfelders dikt 'Jeg ser' fra dikt-samlingen *Digte* (1893), med siste strofen 'Her er saa underligt ...', er like aktuelt i dag.

Men et par dager etter at *Floris* reiste videre, er det et annet dikt fra samme samling jeg tenker mest på. Obstfelder var også opptatt av musikk. Diktet 'Regn' har både kraft og rytme og bærer leken i seg. Det virker improvisert (understreket av begrepet *impromptu* etter tittelen). Regnet er livgivende, men også en destruktiv kraft, som *Floris* minnet oss på. Regnet gir liv til alt som vokser og gror, og regnet har bidratt til industri og utvikling på Vestlandet, lenge før oljen. Forfatteren Kjartan Fløgstad kalte Vestlandet den skandinaviske regnkysten i romanen *Grand Manila*, som en allusjon til kolonitiden (Elfenbenskysten, Gullkysten osv. i Afrika). Vannkraften var lenge den viktigste ressursen på Vestlandet, men ble i stor grad utviklet og utnyttet av store, internasjonale selskap.

Sigbjørn Obstfelder (1866–1900) var kanskje vår første modernistiske dikter, men jobbet som blant annet journalist og ingeniør. Han døde 33 år gammel av tuberkulose etter et omflakkende liv, og Lili, hans eneste barn ble født på hans dødsdag. Selv om forfatterskapet hans er beskjedent i omfang, er mange av diktene hans like friske, undrende og kraftfulle som den gang de ble utgitt.

Regn (Impromptu)

En er en, og to er to –
vi hopper i vand,
vi triller i sand.

Zik, zak,
vi drypper på tak,
tik, tak,
det regner i dag.

Regn, regn, regn, regn,
øsende regn,
pøsende regn,
regn, regn, regn, regn,
deilig og vådt,
deilig og rått!

En er en, og to er to –
vi hopper i vann,
vi triller i sand.

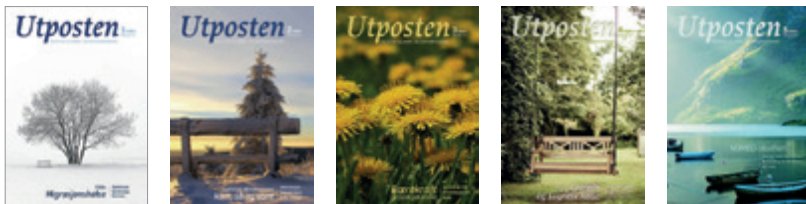
Zik, zak,
vi drypper på tak,
tik, tak,
det regner i dag.

SIGBJØRN OBSTFELDER

Jeg utfordrer Erik Jesman Pedersen til neste etappe.

Hilsen fra
Torgeir Gilje Lid





Utposten

annonseinfo 2025

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

ABONNEMENT: Kr 850,- i året

TEKNISK

ANNONSEANSVARLIG: Karianne Rutle

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

MATERIELL:

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

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

SATSFLATE: 185 x 249,5 mm 3 spalter

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

KONTAKTPERSON: Morten Hernæs

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

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

ANNONSEINFO

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

* +3 mm for utfallende alle sider

BILAG: Pris ved forespørsel.

WEB

annonser på Utposten's nettsider

FORMAT OG PLASSERING

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

Ta kontakt for info vedrørende formater og plassering.

STANDARDPRIS

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

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

DATO FOR UTLEGGING PÅ NETT:

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

WEB ANNONSEANSVARLIG:

Karianne Rutle

☎ 913 08 747

✉ karianne.rutle@gmail.com

WWW.UTPOSTEN.NO

NORGE P. P.

Avsender:

Utposten

Sjøbergveien 32A

2066 Jessheim

Abonner på Utposten

