

Utposten

1 2026
ÅRGANG 55

BLAD FOR ALLMENN- OG SAMFUNNSMEDISIN



Atal Faizi:
**Fra Halden
til Afghanistan**

Laboratorieprøver
Papirløse migranter
Testosteronbehandling

UTPOSTEN**v/Kristin Olavsdotter Rutle**

Sjøbergveien 32

2066 Jessheim

MOBIL: 971 44 063

E-POST: korutle@gmail.com

**REDAKTØRENE
AV UTPOSTEN****Kjell-Arne Helgebostad**

MOBIL: 416 74 290

E-POST: helgebos@gmail.com

Inger Johanne Ravn

E-POST: ingerjohanne.ravn@gmail.com

Marit Tuv

MOBIL: 975 66 647

E-POST: marittuv@hotmail.com

Kari Thori Kogstad

MOBIL: 900 28 812

E-POST: k-tkogs@online.no

Njål Flem Mæland

MOBIL: 994 09 959

E-POST: nflem@online.no

Elin Tora Hoel

MOBIL: 995 50 160

E-POST: elintora@hotmail.com

Stein-Martin Tilrum Fagerland

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

FAGLIG MEDARBEIDER:**Eli Berg**

MOBIL: 913 18 180

FORSIDEFOTO:

Waldrebell/Pixabay

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: Er det drop-in på PSA?***Njål Flem Mæland***2 UTPOSTENS DOBBELTTIME:****Med glød for allmennmedisin – fra Halden til Afghanistan***Atal Faizi intervjuet av Elin Hoel og Kjell-Arne Helgebostad***8 UTPOSTEN FOR 50 ÅR SIDEN: 1976 – for lesere med ekstra røde strømper***Kjell-Arne Helgebostad***12 Når laboratoriet møter allmennmedisin
– kursdag på Legeforeningens hus***Ying Chen, Michael Sovershaev og Bent Erik Helgeland***15 SAMARBEID OM LABORATORIEPRØVER I HJEMMET:****Tryggere oppfølging av eldre med skrøpeligheit***Svein Ivar Fylkesnes, Priyanthi Borgen Gjerde og Siri Fauli***20 Hva hater du mest med trygdemedisin?***Njål Flem Mæland***22 Gjennomgang av 12 000 sider med nye journaler***Stian Langeland Wesnes***23 Vaksinasjonsguide for leger****31 FASTLEGES KONTAKT MED PAPIRLØSE MIGRANTER:****Kunnskaper og dilemma***Svein Aarseth, Kjell Martmann-Moe og Trygve Kongshavn***34 Styrking av tjenester til papirløse i Bergen kommune****Et forbedringsarbeid til inspirasjon for andre kommuner?***Kristine Lillebø, Synnøve Sårheim Alme, Mette Christophersen Tollånes
og Heidi Fagerbakke Aasen***38 BOKANMELDELSE:****Respektfullt manifest for mindre medisiner***«Mindre medisiner – mer omsorg» anmeldt av Kjell-Arne Helgebostad***40 Ph.d. – Hvorfor det?***Jørgen Breivold***42 Når kroppen husker****– en introduksjon til psykomotorisk fysioterapi***Kjersti Fet Vindenes***43 FAGGRUPPE: Helsestasjonsmedisin***Simone Custers og Peter Jansen***44 INNPOSTEN:****Ville jeg ha sykmeldt henne?***Peter Prydz***46 FASTE SPALTER****TIPS & RÅD 46****RING EN VENN 47****KONSULTASJONEN****JEG ALDRI GLEMMER 48****HVA LESER LEGEN 49****RELIS 50****LYRIKKSTAFETTEN 52**

Er det drop-in på PSA?

Lokalavisa i Trondheim har i god november-tradisjon publisert flere artikler om prostatakrefte. Samlet sett etterlater artiklene et inntrykk av at det hos friske menn er lurt å få tatt PSA-test, slik at man tidlig kan oppdage prostatakrefte, bli helbredet og unngå å dø. Nylig kan vi også lese at artisten Cliff Richard har blitt behandlet for prostatakrefte: «85-åringen forteller at kreften ble oppdaget tidlig og at han nå er friskmeldt.» (1) Kreften ble oppdaget ved en helsesjekk, og han oppfordrer andre til å teste seg.

Resultatet lar ikke vente på seg. E-konsultasjoner lik denne møter meg om morgenen: «Jeg vil gjerne ha en slik PSA-test. Er det drop-in på den?»

Dersom det er så enkelt at å ta en blodprøve gir helbredelse – hvorfor har da ikke helsemyndighetene innført systematisk PSA-testing slik vi har gjort med mammo-grafi og celleprøve hos kvinner? *Utposten* sine lesere vet at svaret på spørsmålet er: Det er ikke så enkelt.

PSA er ingen god test på kreft. Den kan overse kreft og den kan indikere kreft når det ikke fins kreft. Hva verre er: Den skiller ikke mellom dem som vil utvikle dødelig kreftsykdom, og dem som vil leve fredelig med sine kreftceller livet ut. 97 prosent av alle menn vil dø av noe annet enn prostatakrefte. Vi aner problemer når vi samtidig får høre at 50 prosent av alle 60 år gamle menn har kreftceller i sin prostata. Disse tallene synliggjør en risiko for å behandle menn som uten testing aldri ville ha blitt syke.

Problemstillingen er belyst i større vitenskapelige studier. En studie med ti års oppfølging tyder på at noe færre menn dør av prostatakrefte om de tar en PSA-test. Ulempen er at 570 menn må screenes og 18 menn må få diagnosen prostatakrefte for å forhindre ett sykdomsassocieret dødsfall over en 16-års periode med gjentatte PSA-tester (2). Dessuten går den *totale* dødeligheten *ikke* ned! Testing fører altså til en liten forskyvning fra å dø av prostatakrefte, til i stedet å dø av noe annet. Prisen for denne tvilsomme gevinsten er stor: Mange må bli pasienter – med de ulemper det gir.

Studiene jeg har referert til over er allerede gamle, i den forstand at vi i dag har bedre metoder for å utrede forhøyet PSA, og også for å behandle kreftsykdommen. De er derfor et kompliserende element av usikkerhet knyttet til tallene. Kanskje er resultatene noe bedre i dag? Her hersker uvisshet og uenighet.

Uten å ha innført screening, åpner Helse- og omsorgsdepartementet for at PSA kan tas, etter at det er gitt *nøktern informasjon om potensielle fordeler og ulemper ved testen* (3). Gitt media sin fremstilling, som også samsvarer med vår intuisjon om at kreft må være lurt å oppdage og å behandle tidlig, så er denne informasjonen ikke enkel å gi. Det tar sekunder for legen å bestille en test. Ved å etterkomme ønsket sikres en fornøyd pasient, kanskje også en pasient som i framtiden vil innbille seg at legen har reddet hans liv. Alternativt tar det lang tid å informere, en slik samtale tar fort en hel time. Samtalen ender også gjerne med usikkerhet og forvirring. Det er anslagsvis 1,5 millioner menn i Norge som er over 50 år. Om halvparten av disse ber om en slik samtale blir det noe slikt som 150 ekstra konsultasjoner årlig for hver fastlege.

En kjapp meningsmåling hos et lite utvalg kolleger om hvordan de forholder seg til informasjonsgivning ved ønske om PSA-test ga resignerte svar av typen: «Jeg har gitt opp kampen mot PSA. Jeg bare bestiller den, orker ikke det der, blir bare styr.» Realiteten er altså at vi har en media-styrt villsscreening, som foregår uinformert. Det underbygges av at 45 prosent av alle 80-åringer tar en årlig PSA-test, på tross av at dette er en aldersgruppe hvor testen ikke bør tas for å avdekke tidlig kreft (4). I media nevnes det ingenting om at screening ikke er anbefalt hos 85 år gamle Cliff Richard.

Vi har et problem – det foreligger en kreftprøve som etterspørres bredt, uten å ha vist sikker reduksjon av dødelighet. Som så ofte pekes det på fastlegen, uten at det tas i betraktning hvor krevende og hvor omfattende oppgaven er.

Hvor lenge skal fastleger finne seg i at uløselige oppgaver løses ved at de lukkes inne på fastlegekontoret, med både lege og pasient som gissel? Her trenger vi tiltak på systemnivå.

REFERANSER

1. <https://www.vg.no/rampelys/i/XMw1Qm/cliff-richard-avslører-kreftbehandling-vil-samarbeide-med-kongen> lest 161225.
2. Hugosson J, Roobol MJ, Månsson M et al. A 16-yr Follow-up of the European Randomized study of Screening for Prostate Cancer. *Eur Urol* 2019; 76: 43–51. [PubMed][CrossRef].
3. <https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/prostatakrefte-handlingsprogram/markorer/bruk-av-psa> lest 161225.
4. <https://metodebok.no/index.php?action=topic&item=YadtMuCi> lest 161225.

NJÅL FLEM MÆLAND
NFLEM@ONLINE.NO



Med glød for allmenn – fra Halden til

Atal Faizi ■ INTERVJUET AV ELIN HOEL OG KJELL-ARNE HELGEBOSTAD

Ute er det mørk vinter. I sofaen i den lune peisestua sitter Atal Faizi. Han er her på Sanner hotell i anledning styremøte med Norsk forening for allmennmedisin, der han nylig har blitt med i styret. 32-åringen har allerede bred erfaring, både som fastlege, tillitsvalgt og leder for organisasjonen Afghansk helsepersonellforening i Norge.

Engasjementet startet allerede det første året som fastlege, forteller Atal. På legekonsultasjonen i Halden hadde han Petter Brelín, tidligere leder av NFA, som veileder. Det var Brelín som foreslo at Atal kunne engasjere seg i Legeforeningen.

Engasjert allmennlege i spesialisering, ALIS

– Petter så at jeg stilte spørsmål og hadde en del meninger også, humrer Atal. I fagutvalg for allmennleger i spesialisering (NFAlis) møtte han dyktige, modne og erfarne kolleger. Læringskurven var bratt i starten, for han hadde ikke tidligere hatt noen verv. I 2025 ble Atal valgt til leder for NFAlis.

– Etter to år var de mer erfarne spesialister, og da tok jeg over fakkelen – eller passer det bedre å si stafettpinnen? sier han med et smil.

Selv om han nå er spesialist i allmennmedisin og dermed formelt sett ikke lenger er ALIS, beholder han vervet fram til august 2026. Den fagmedisinske foreningen NFA feiret nylig 50-årsjubileum, men det var først i 2019 at fagutvalget for de yngste legene ble etablert.

– Da jeg startet, het fagutvalget FAUNA, forteller Atal. Navnebyttet kom trolig fordi mange hadde problemer med å koble oss til noe konkret. Vi kunne valgt Foreningen

for unge allmennleger (FUAL), men NFAlis er enklere å huske og har litt mer schwung over seg, sier han med et smil.

Fra usikkerhet til mestringsfølelse

I *Halden Arbeiderblad* har vi lest at han er byens yngste fastlege. Atal starter med en presisering: Han jobber i samme by som sin far, som også er lege og kollega, men de deler ikke kontor. Atal studerte medisin i Martin i Slovakia i tre år før han valgte å flytte til Danmark, rett og slett fordi han ønsket forandring. Studiestedet ble Odense, H.C. Andersens hjemby.

Atal er en allsidig mann som også er glad i poesi: «Det ligger et underlig lys over livet». FOTO: PRIVAT

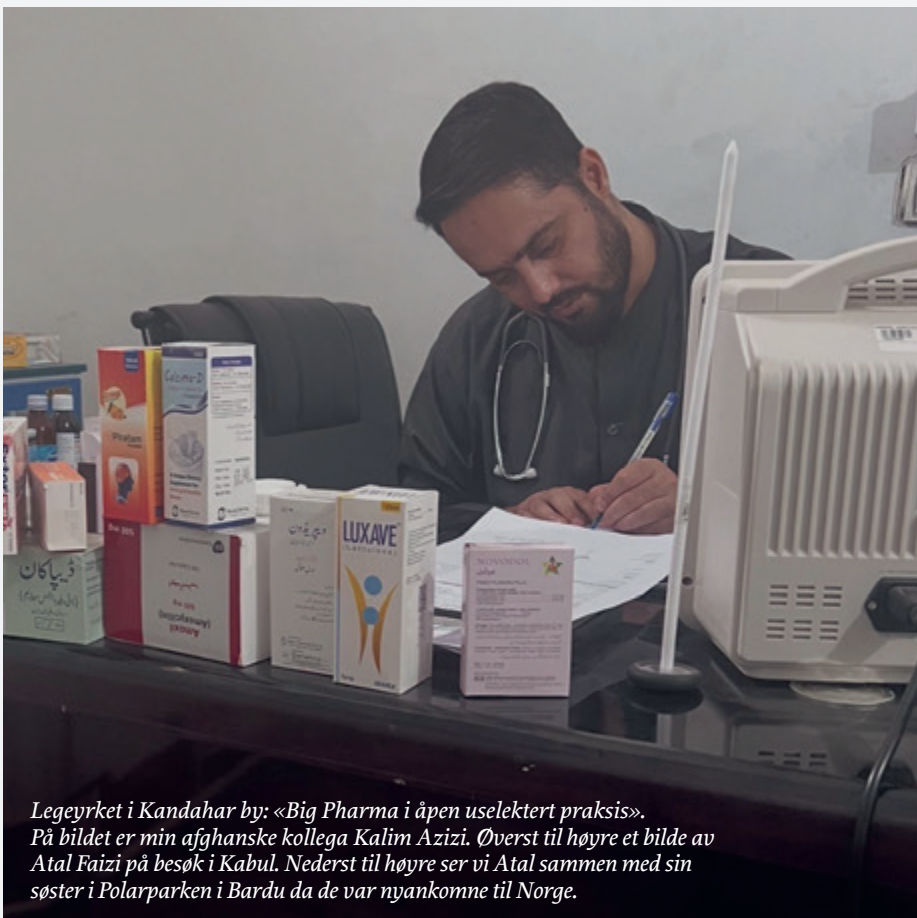
Atal Faizi sammen med kollega Petter Brelín og helsesekretær Sylvia Stang Høyby.



FOTO: HANS PETER RØNCE / HALDEN ARBEIDERBLAD



medisin Afghanistan



Legeyrket i Kandahar by: «Big Pharma i åpen uselektet praksis». På bildet er min afghanske kollega Kalim Azizi. Øverst til høyre et bilde av Atal Faizi på besøk i Kabul. Nederst til høyre ser vi Atal sammen med sin søster i Polarparken i Bardu da de var nyankomne til Norge.



ALLE FOTO: PRIVAT



– Jeg var midt i overgangsgruppa, forteller Atal. Han gjennomførte halv klinisk basalutdannelse (KBU) i Danmark, etterfulgt av en lærerik periode som LIS1 på Fagernes.

– Jeg hadde en enestående veileder der og fikk virkelig prøve meg som lege. Etter sykehustjenesten som LIS1, med mange øyeblikk der jeg var usikker på hva jeg egentlig holdt på med, var det en stor overgang å komme ut i praksis, prøve selv og oppleve mestring. Det var en deilig følelse!

Tre musketerer

Atal har jobbet som fastlege i Halden siden 2021 og har ansvar for en liste med 1400 pasienter. Den omgjengelige legen stiller naturligvis opp til intervju når lokalavisa spør. Han humrer.

– Jeg er førstegenerasjons haldenser, og det var fint å flytte tilbake. Han fikk stilling som LIS ved nevrologisk avdeling på Sykehuset Østfold Kalnes 1. mars 2020:

– Det var i utgangspunktet ikke bestemt at jeg skulle være her så lenge, men slik ble det, smiler Atal. Pandemien gjorde at han

ble på Kalnes, og så dukket det opp et vikariat i Halden. I dag jobber han sammen med Petter Brelín og en sekretær.

– Vi er tre musketerer som trives godt sammen! sier Atal og ler.

Kontraster

Atal er født i Tyskland og familien bodde i Vest-Berlin.

– Jeg husker godt at mamma og jeg tok bussen til barnehagen, mimrer han. Atal kom til Norge da han var fem år. Kontrasten

Utdeling av Veilederprisen under Våruka 2025.



Til høyre: Debatt på siste NYGP Preconference 2024 i Turku, Finland.

var stor fra storbyen i Tyskland til Bardu i Indre Troms.

– Vi ankom 16. mai, og jeg husker at jeg lurte på hva som skjedde dagen etter, på hvorfor folk var ute i gatene? Og så husker jeg at pappa jobbet mye. Når han hadde vakt, så tror jeg han kunne være hjemme. I alle fall så hadde han en slik Nokiatelefon som var vanlig på den tiden. Vi hørte hvordan den vibrerte på bordet da den ringte, og pappa måtte av gårde. Etter hvert så vendte vi oss til det.

Familien flyttet senere til Hov i Søndre Land, og Atal mener at det muligens bidro til at han fikk LIS1-tjeneste ved Sykehuset Innlandet Gjøvik. Lokal tilknytning er som kjent av betydning når man søker slik tjeneste. Atal forteller:

– Da var jeg stor nok til å forstå hva pap-

pa hadde gjort i Leger Uten Grenser. I ung alder fikk jeg se grafiske bilder av amputasjonspasienter, fattige, skadede personer – også av barn. Atal ønsket å hjelpe. Han fortsetter:

– Når folk spurte meg som barn – hva ønsker du deg til jul? Da ønsket jeg mat på bordet til alle barn og slutt på krig i verden. Da jeg ble litt eldre var det Pokemon-kort og ønsker om fred, en miks. Å hjelpe og gjøre godt er min motivasjon til at jeg valgte å gå legestudiet, dette er dypt forankret i meg. At det ble allmennmedisin, er nok mer tilfeldig, smiler han.

Gløden i Atals øynene levner ingen tvil. Han er lavmælt, men snakker med overbevisning og stor innsikt. Beskjeden framtoning til tross, han har vilje og evne til å gjøre godt – for mange, skal det vise seg.

Men det kommer vi tilbake til. For den unge legen har mange baller i lufta. Fagforeningsarbeid byr på små og store utfordringer for en ivrig allmennlege med stor reiselyst. Vi spør:

Hvilke saker jobber dere med nå i NFAlis?

– Kjernen er å jobbe for å fremme både kvaliteten i spesialistutdanningen og ALIS-enes perspektiv på utdanningen, forteller Atal. Han trekker fram to prosjekt. NFAlis har bidratt i arbeidet med å gjøre læringsmålene mer forståelige i en sammenheng der det foregår veiledning. Dessuten pågår et prosjekt om trivsel under spesialistutdanningen. Atal forklarer:

– Vi har samlet data fra norske ALIS der vi ser på hvordan det er å være i ALIS. Un-

NFAlis-styret på Wonca World 2025 i Lisboa.



Glade deltagere på NCGP i Turku 2024.



Statement 1: It takes two young general practitioners to handle the duties of one retiring general practitioner.

Counter statement: the opposite

Material QR codes soon + WhatsApp:

<https://news.flinders.edu.au/blog/2022/11/16/work-life-balance-key-for-struggling-gps/>
<https://www.theguardian.com/society/2022/sep/18/two-thirds-of-trainee-gps-in-england-plan-to-work-part-time-study-finds>

NYGP
2024



dersøkelsen er egentlig et nordisk samarbeid, men vi har valgt å sette søkelys på Norge i denne omgang. – Trivselsundersøkelsen kan bidra til å vise oss hvor skoen trykker i ALIS-hverdagen, forteller Atal engasjert. Og fortsetter: – Så langt beskriver kollegene at de trives godt, like godt som de fleste akademikere. Men om lag 20 prosent er til dels misfornøyde – samme andel som blant andre akademikere. Misnøyen kan være om rammer og ansvar. Men de fleste trives og opplever jobben som meningsfull, og setter pris på autonomi og mulighet til å rådføre seg med en erfaren kollega.

Nå lurer vi på hvordan Atal ser på sin rolle som leder for NFALis? Svaret kommer like kjapt som det er beskjedent; han er på likefot med de andre i styret, hovedansvaret er å holde i trådene på hvor og når gruppa møtes.

Allmennmedisin Uten Grenser

To i styret i NFALis er norske representanter i foreningen *Nordic Young General Practitioners*. De møter andre nordiske allmennleger, fremmer hverandres interesser, og drøfter ulike utfordringer.



NFALis har dessuten en representant i det som heter *European Young Family Doctors' Movement*, enkelt beskrevet som juniorutgaven av *World Organization of Family Doctors* (WONCA). Atal skyter inn at man i den europeiske klubben er ung i to år etter fullført spesialisering, mot fem år i den nordiske.

Atal understreker at det fra et faglig perspektiv er viktig å få med seg det som skjer ute i verden, ikke minst hos våre naboer. Han deltok på WONCAs verdenskongress i Lisboa i høst.

– Jeg ser jo at noen av landene har utfordringer som vi har klart å overvinne her hjemme, og jeg ser med tyngde og ydmykhet på at vi i Norge kan lede an, også internasjonalt, smiler Atal.

For oss som deltar i denne samtalen skinner det åpenbare igjennom, at Atal er beskjeden på egne vegne, men har store ambisjoner på fagets vegne. Dessuten er han en lun og hyggelig fyr. Vi slår følge med ham ut på reise – denne gangen østover.

Om å lede an internasjonalt

Atal har engasjert seg som lege i Afghanistan, landet foreldrene hans kommer fra.

– Dette er et sideprosjekt som jeg har. Min far har jobbet mye med Leger Uten Grenser, og jeg har nok blitt inspirert av ham.

Atal forteller at gruppa har ledet an med ulike prosjekt. Ett om antibiotikaresistens og bruk av antibiotika etter kirurgi: – For der er det ikke retningslinjer, forteller han, og fortsetter:

– På dette prosjektet om Surgical site infection (SSI), altså trygg kirurgi, har vi innført PCR-testing for å se hva slags bakterieflora det er i sårene, for så å finne ut om hvilken type antibiotika man faktisk bør gi, i stedet for å behandle i blinde. Så langt har det vært krevende å få til endring, medgir Atal.

Utpostens utsendte lar informasjonen synke inn. For et sprang! Fra trivselsundersøkelse i spesialistutdanningen her hjemme til utfordringer i afghansk helsetjeneste.

Organisasjonen heter Afghansk helsepersonellforening i Norge, og den ble i sin tid startet av Atals far. I dag ledes foreningen av Atal. Vår mann forteller at kjerneoppgaven er å bringe videre kunnskap for å fremme helsetjenster der:

– Det er vår måte å hjelpe på. Arbeidet er ikke politisk, vi er helt uavhengige, men vi må jo samarbeide med lokale myndigheter.

Den unge lederen forteller at foreningens nyeste pilotprosjekt blir en form for Noklus diabeteskontroll etter afghanske forhold. Atal ser etter gode systemer for å følge opp og diagnostisere kronisk syk-

dom, på en bærekraftig og effektiv måte, slik vi gjør her hjemme i Norge. Hvordan er det egentlig å jobbe som allmennlege i Afghanistan? lurer *Utposten* på.

Diagnostikk med enkle verktøy

Atal var i Afghanistan påsken 2025. Da var det mange år siden han sist var der. Han jobbet på en klinikk i Sør-Afghanistan. Atal forteller engasjert:

– Da så jeg virkelig hvor verdifull allmennmedisinen er! Mange av problemene er de samme som hjemme. Det er pasienter som oppsøker legen for bestemte symptomer, og legen må stille diagnosen. Mye ble løst basert på klinisk presentasjon og enkelt utstyr. Han forklarer at legene hadde tilgang til enkelt utstyr som blodtryksapparat og stetoskop, CRP og senkning. Atal jobbet på et lite legekantor et kvarter unna sykehuset, på en klinikk som går for å være et fastlege-/psykiatrisk kontor. Her møtte han pasienter med psykiske og nevrologiske utfordringer, i tillegg var det alle mulige somatiske problemstillinger. Sykdomsgrupper som fibromyalgi, som der omtales som utbredte kroniske muskelsmerter, og depresjoner, så han mye av. De fleste pasientene var kvinner.

Felles forståelse

– Helsekompetansen der er i snitt veldig lav, reflekterer Atal. Han er opptatt av å snakke slik at folk forstår. Som at «dette er smerter i musklene dine». Mange av medisinene er de samme som brukes her i Norge. Atal møtte pasienter med et bredt spekter av helseutfordringer. Han opplevde at kunnskap og erfaring han har fått i norsk allmennpraksis og på legevakt gav faglig tyngde og trygghet, og at kollegene der anerkjente måten han jobbet på.

Anerkjennelse

Atal understreker at anerkjennelsen fra myndighetene betyr mye. Han beskriver at myndighetene er interessert i opplegget, og prøver å garantere for sikkerhet, på klinikker og sykehus, og legger til rette så godt som mulig. Implementering er imidlertid ganske krevende. *World Foundation of Diabetes* har forsøkt noe tilsvarende tidligere, og har hatt budsjett på millioner av kroner, uten å lykkes.

– Det er som sagt vanskelig å få til noe, men jeg ser for meg at vårt prosjekt kan overleve, fordi det er effektivt og billig, smiler Atal. Samtidig uttrykker han bekymring for diabetes og hjerte- og karsykdommer, som har blitt en slags epidemi i storbyene, på samme måte som i flere andre u-lands storbyer. Atal har sett dette med egne øyne.

NFA-styret, 2025.



Den unge, framoverlente legen framhever at han er takknemlig for å kunne jobbe som allmennlege her hjemme. Han opplever at tjenesten virker, og enn så lenge er bærekraftig.

– Når det gjelder lavinntektsland, er det først og fremst allmennlegen og den brede primærhelsetjenesten som trengs for å dekke de grunnleggende helsebehovene i be-



►
Atal fikk pris i fotokurskonkurranse på Sanner. Juryens bedømmelse: lekent og kreativt. Atal har kalt bildet «Nøkken». FOTO: ATAL FAIZI

folkningen, sier han, før han smiler lurt og legger til at også nevrokirurger og kardiologer vil få sin tid til å skinne – bare litt senere.

Fastlege med sans for ansvar

Iveren som Atal viser for allmennmedisinen er stor, og kommer tydelig til uttrykk gjennom prosjekter han har engasjert seg i, i inn- og utland. Atal fortsetter – han har enda to baller i luften som vi må se nærmere på.

Atal er medlem i styret i NFA. Fagforeningen samles denne ettermiddagen til styremøte her på Sanner hotell. Atal er valgt inn, på demokratisk vis, uavhengig av at han er leder for NFALis. For det er ingen automatikk i at leder for NFALis kommer med i førstnevnte styre.

– Sist, men ikke minst, så er jeg stolt over å få være fastlege, smiler Atal. Han presiserer: – Ikke bare allmennlege, men fastlege. Han mener at ansvaret er et privilegium. Atal ser på oss. I det faglige arbeidet inn mot helsepolitiske beslutningstakere mener han bestemt at det er viktig å bevare det gode, og bygge videre på det som fungerer bra. Han er opptatt av å bygge og bevare en tjeneste med høy og jevn faglig kvalitet.

– Man får perspektiv av å ha internasjonale verv. I Afghanistan er det ingen barnelege som holder på med bare pediatri, eller

psykiatere som bare holder på med psykiatri. Det er allmennmedisin de holder på med!

Å få muligheten – og gripe den

Et øyeblikk stilner praten, kun knitringen fra peisen høres. De to fra *Utposten* forsøker å sette ord på noe uuttalt. For vi aner at Atal har en bakgrunn som er utradisjonell, med foreldre som har reist langt – som har forlatt eget land, kultur og språk, og slått seg ned her – i annerledeslandet. Vi drister oss til å spørre hvordan denne bakgrunnen har påvirket ham. Etter en kort pause kommer svaret. Atal ser på foreldrenes reise som en form for kapital. Ved å flykte fra landet de kom fra, hvor det var krig, til å komme til et helt nytt land. Til å få muligheten, og gripe den. Atal fortsetter:

– Å gripe mulighetene i livet tror jeg at jeg lærte tidlig. Og det er kanskje noe man bør lære seg, eller tørre å gjøre. Det er noe jeg ikke visste før eller ikke har tenkt på. Men når jeg får reflektere nå, i en alder av 32 år, så ser jeg at det er en stor ressurs, sier han ettertenksomt.

Handlekraftig lagleder

Vi vender tilbake til Halden, til en by der alle kjenner alle.

– Folk kjenner meg nok gjennom min far, men jeg har også banet min egen vei, humrer Atal.

– Jeg har vært så heldig å trives i organisert idrett. Begynte kanskje litt seint, men... Jeg har spilt både fotball og håndball. Jeg vil nesten si at jeg har hatt en fantastisk tid på skolen også, men idretten gav meg spesielt mye, runder han av.

Tiden flyr i godt lag, som det heter, og Atal må videre. Han gir seg likevel god tid, og er ikke typen som stresser. På veg ut deler han, på oppfordring, noen tanker om foreningsarbeidet: – Legeforeningen gjen-speiler sakene som medlemmene står for. Når tiden og folkene endres, så vil nok sakene også endres. Vi får se hva tiden bringer. Jeg håper at den tillit og mulighet til å bidra som jeg har fått kan vise at det alltid er mulig, også for andre medlemmer med minoritetsbakgrunn. I bunn og grunn vil vi alle leger det samme – å bygge et sterkt legefag som både pasienter og leger kan ha tillit til. Og i fellesskapet i NFA tenker vi allmennmedisin – alltid først.

Med disse kloke ordene takker vi av og forlater den trivelige stua på Hadeland. Atal rusler videre – mot nye og spennende oppdrag. Han setter avtrykk – av det gode slaget. Vi ser fram til å høre mer fra den virksomme lederen i årene som kommer.

Doktorgradstipend for allmennleger



Allmennmedisinsk forskningsfond utlyser stipender for allmennleger med søknadsfrist 15. mars 2026.

Allmennmedisinsk forskningsfond er en stiftelse etablert av Legeforeningen for å fremme allmennmedisinsk forskning på allmennmedisinens premisser, samt bidra til etablering og nasjonal koordinering av aktivitetene ved de fire allmennmedisinske forskningsenheter. Det lyses ut midler fra dette fondet to ganger årlig.

Fondet tildeler stipend til doktorgradsprosjekter innen det allmennmedisinske fagfeltet. Alle søkere må være tilknyttet et norsk allmennmedisinsk fagmiljø. Tilknytningen skal minimum bestå i at en veileder er ansatt ved allmennmedisinsk forskningsenhet (AFE) eller allmennmedisinsk enhet ved et norsk universitet.

En stipendiat kan tildeles inntil 36 månedsverk. Det søkes for inntil ett år om gangen. Prosjektene kan gjennomføres på heltid eller deltid.

Ved vurdering av søknader vil det bli lagt vekt på prosjektets allmennmedisinske relevans, kvalitet og gjennomførbarhet, samt søkers og veileders kvalifikasjoner. Det skal benyttes Elektronisk søknadsskjema, og krav til innhold i søknaden går fram av det elektroniske skjemaet.

Elektronisk søknadsskjema til Allmennmedisinsk forskningsfond og mer informasjon finner du på <https://www.legeforeningen.no/amff>.

Søknader mottatt etter søknadsfristen vil ikke bli vurdert.

Spørsmål kan rettes til Allmennmedisinsk forskningsfonds sekretariat: amff@legeforeningen.no.

1976 – For lesere med ek

■ KJELL-ARNE HELGEBOSTAD • Redaktør i Utposten

I 1976 skrev Utposten om belastningen på distriktslegene og deres koner. Per Fugelli mente at å tenke 50 år framover burde mane til ydmykhet.

Også femte årgang av *Utposten* har en stor tematisk bredde. Noen titler:

- Helserådet – en kommunal parasitt som bør bekjempes?
- Ambulansebåtførere, forén eder!
- Helsevennlig slankekost
- Turnuskandidater, lønninger og krangel.

Enurese engasjerer

I årets første nummer fortsetter engasjementet rundt temaet enurese. Utgangspunktet var at professor Willy Mathisen

ved Rikshospitalet året før hadde skrevet i bladet *Alle Kvinner* at alle barn med enurese burde henvises til urolog. I *Utpostens* nummer 1-76 anslår Finn Arctander, basert på tall fra Oslo skolelegevesen, at omkring 40 000 barn mellom seks og seksten er sengevætere i Norge. Han påpeker at de fleste av disse kan og bør håndteres i allmennpraksis, og forsikrer leserne at de moderne alarmapparatene er transistoriserte, slik at det ikke er noen fare for brannsår. I nummer tre får professor Mathisen i et slags motsvar greie ut om sitt syn på enurese, og

skriver blant annet: «Hvis psykiske forstyrrelser skulle være en årsaksfaktor, ville man vel ha ventet at barnet vætet om dagen og ikke bare om natten.»

Professoren har liten tro på alarmbehandling, og anbefalte heller Librax, som blant annet inneholdt benzodiazepinet klordiazepoksid. Diskusjonen fortsatte utover 70-tallet, og *Utposten* fikk inn en tekst fra en engelsk barnelege.

Distriktslegekonene vil ha sitt eget arbeid

Bladets grunnleggere, Per Wium og Harald Siem, er fremdeles aktive i 1976, men har gjort svært ulike karrierevalg. Wium har nå vært distriktslege i Midsund i sju år, og

**DRI-NITE
EASTLEIGH
ENURESIS ALARM**

Dri-Nite EASTLEIGH alarmsystem for behandling av sengevæting hos barn og ungdom, en metode som kan vise til meget gode resultater. For nærmere opplysninger, fagstoff og priser ber vi Dem kontakte oss omgående.



URI-MED A-S
PÅLS VEI 19, 1440 DRØBAK, NORWAY

Telefon (02)93 17 29

Vennligst send oss:

..... navn

..... adresse

..... poststed

☐ gratis fagstoff/brosjyrer

Medical Recording Service Foundation
Kitts Croft, Writtle
Chelmsford CM 1, 3EH
England

**UTPOSTEN-
STIPEND 1976**

Det er utdelt tre stipend til medisinske studenter som vil ta tjeneste hos distriktsleger i utkant-Norge i sommer:

1. Stud.med. Johan Kvalvik Stanghelle som har vikariert på Averøya.
2. Stud.med. Aage Indahl, Universitetet i Bergen som har vikariert i Torsken.
3. Stud.med. Egil Utsi fra Bergen som har vikariert i Porsanger legedistrikt.

Stipendiene, hver på kr. 1.500, er ment til å dekke utgifter ved lange reiser.

stra røde strømper



	1. uke	2. uke	3. uke	4. uke	
Kontorarbeide	3	6,5	9	2	20,5
Kontordag	26,5	25,-	35	42,5	129,-
Sykebesøk	8,5	13,5	8	23,5	52,5
Hjemmesykepleiemøte	1	1	1	1,5	4,5
Trygdekontormøte	1,5	2	1	2	6,5
Helseråd	0	3	9	10	22,-
Post ut/inn	3	5	4	8	20,-
Spebarn/småbarn kontr.	2,5	0	4	0	6,5
Sykehjem/aldershjem	6	7,5	2	2,5	18,-
Tilsammen:	51,0	63,5	73	92,0	279,5

skriver engasjert om arbeidstidskartleggingen han har satt i gang, først i egen praksis og deretter i Møre og Romsdal fylke. Konklusjonen i nummer åtte er klar:

Landets distriktslegevesen må legges opp på en annen måte. Man må ikke ta enlegedistrikter med kontinuerlig vakt. Man må ikke kunne legge på distriktslegene (de snille) ubegrenset med nabolandsdistrikt. Man må ikke ta livet av familien ved at distriktslegen aldri har fritid.

Som moderne leser er det lett å dra paralleller til Trønderopprøret og diskusjonene rundt tidsbruksundersøkelsene i 1918. Plutselig blir det imidlertid veldig tydelig at det har gått 50 år:

Det var forbausende mange distriktslegekoner som svarte, og nesten alle var enige om at arbeidspresstet på mannen var for stort. Dessuten vil de ikke lenger være telefonvakt. De vil ha sitt eget yrke, og de vil ha fritid sammen med sin mann. Noen av våre lesere med ekstra røde strømper reagerer vel kanskje på at jeg skriver distriktslegekone, og deres menn. Faktum var imidlertid at samtlige distriktslegefamilier i undersøkelse hadde denne konstellasjonen.

Rapporter fra Amerika

Harald Siem har på sin side reist til Boston for å studere Public Health og reflekterer blant annet rundt et foredrag av Ivan Illich, forfatteren av boka *Medical Nemesis*. Også Herlof Harstad fra Lakselv rapporterer fra Amerika i *Utposten* dette året. Etter seks ukers besøk ved programmet for Family

Medicine ved University of Wisconsin beskriver han lange arbeidsdager og oppgitthet over å måtte forholde seg til over 700 ulike forsikringsselskaper for å få betalt. Allikevel mener han at vi kan ha noe å lære fra amerikanerne: Var det en tanke å etablere en egen spesialitet i allmennpraksis her i Norge?

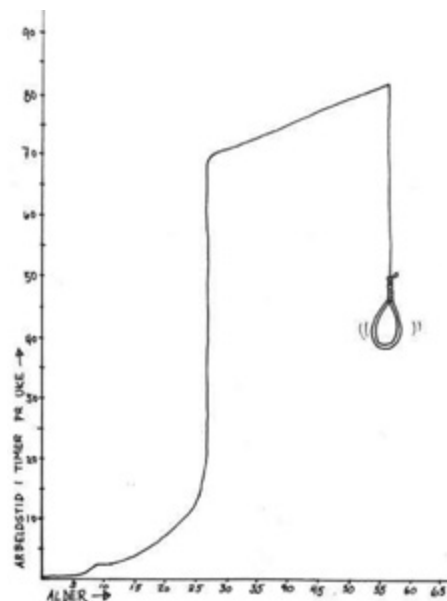
Ajour ved hjelp av lydbånd

Informasjon fløt ikke like fritt og raskt i 1976 som den gjør i dag. Tekstene til *Utposten* ble skrevet på skrivemaskin og sendt til redaksjonen i posten. For leger som foretrakk å lytte til fagstoff anbefaler *Utposten* opptakene fra *Medical Recording Foundation*. En oppglødd reportasje fra England forteller om ekteparet Valerie og John Graves, som siden 1957 har hjulpet sine venner i *Royal College of General Practitioners* å holde seg ajour med utviklingen innen medisinen ved hjelp av lydbånd. Katalog over de ulike opptakene sendes kostnadsfritt fra England på forespørsel.

Fugelli om legmannsbehandling og ydmykhet

Per Fugelli var en trofast bidragsyter til *Utposten*. I artikkelen «Legmannsbehandling» finner vi følgende refleksjoner, som kan passe godt ved inngangen til et nytt år:

Vi vet at hver tredje pasient bruker reseptmedisin på feil måte. Dette maner til en viss for-



siktighet, som bør bli til ydmykhet når vi ser 50 år tilbake og 50 år frem. Når vi leser om legenes farmakoterapi i 1920-årene ryster våre hoder i skrekk før vi faller til ro ved dagen i dag, trygge på at fremskrittet har vært langt. Men skrekken bør ramme oss påny når vi forstår at dagen i dag ikke er veis ende. Foran oss ligger et nytt, lenger skritt frem. Om 50 år vil andre hoder ryste over vår manglende evne og fornuft hva gjelder legemiddelbehandling. Jeg synes denne tanke bør få oss til å se med åpenhet og romslighet på folks rett til å behandle seg selv med forholdsvis uskyldige naturmedisiner.

■ HELGEBOS@GMAIL.COM

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 sprayes 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 hudvener, 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 genitalier 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 forskrivning til ammende. 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. Infeksjoner: 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, for- eller etterbehandling 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, telangiectasi, 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 nyrer 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



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

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

Referanser:

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, Kircik, 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

Når laboratoriet møter all – kursdag på Legeforeningens hus

■ YING CHEN, MICHAEL SOVERSHAEV OG BENT ERIK HELGELAND • Først

Riktig bruk av laboratorieanalyser handler om å kjenne referansegrenser, og om å forstå hele kjeden fra indikasjon, prøvetaking og logistikk til tolkning, retesting og kommunikasjon med pasienten.

Dette var tema tirsdag 11. november 2025 og samlet over tretti leger på Legeforeningens hus i Oslo til et dagskurs om «Riktig bruk av laboratorieanalyser». De fleste deltakerne var primærleger, men også noen spesialister, noe som satte et tydelig preg på de faglige diskusjonene gjennom dagen. Kurset var godkjent av Den norske legeforening som valgfritt kurs i spesialiteten allmennmedisin, og bidro til å oppfylle

flere felles og spesialitets-spesifikke læringsmål.

Allerede fra klokken tolv møtte deltakerne hverandre til registrering med kaffe, frukt og ferske bagetter, og praten gikk lett om både praksishverdag og forventninger til kurset, før programmet startet.

Kursleder Ying Chen, patolog, dr.med. og medisinsk direktør ved Først Medisinsk Laboratorium, ønsket velkommen og under-

streket hvor viktig det er at laboratoriemedisin og allmennmedisin møtes i samme rom. Hun pekte på at laboratorieprøver er en av de mest brukte undersøkelsene i allmennpraksis, og at både riktig indikasjon, tolkning og betimelig retesting er avgjørende for pasientsikkerhet og god ressursbruk i helsevesenet. Dette dannet et naturlig utgangspunkt for dagens første foredrag ved Eva Langsjøen, spesialist i medisinsk biokjemi, som tok for seg riktig bruk av laboratorieanalyser i lys av «Gjør kloke valg»-kampanjen. Hun viste med tall fra Helseatlas hvordan bruken av biokjemiske analyser varierer betydelig mellom regioner, og drøftet hvorfor «å ta alt av alle» hverken er god medisin eller god helseøkonomi. Særlig ble risikoen for tilfeldige funn, unødvendige kontroller og utrygg pasientkommunikasjon trukket frem, samt hvordan NOKIUS-anbefalte analysepakker kan bidra til mer målrettet rekvirering.

Derfra gled programmet videre inn i spørsmålet om hvor ofte vi egentlig bør kontrollere pasientene våre. Mette Brokner, overlege ved Sykehuset i Vestfold, presenterte erfaringer med innføring av minste retestingsintervall for utvalgte analyser. Hun viste hvordan systematisk arbeid med sperre og varsler i journalsystemet kan redusere hyppige og lite nyttige kontrollprøver, spesielt for TSH, HbA1c og vitamin D. Erfaringene fra Vestfold viste at mange HbA1c-prøver tidligere ble tatt med for kort intervall uten klinisk gevinst, og at strukturerte retestingsintervaller sparer både pasienten for stikk, laboratoriet for arbeid og helsetjenesten for unødvendige kostnader.

Hva skjer med prøvene?

Når rekvireringspraksis først var satt under lupen, var det naturlig å gå videre til hva som skjer før prøven i det hele tatt når laboratoriet. Johan Bjerner, dr. med i medisinsk biokjemi, seksjonsoverlege ved Først, tok for seg pasientsikkerhet i den preanalytiske fasen med et praktisk blikk. Han trakk frem viktigheten av opplæring av helsepersonell

Deltakere på kursdag.



mennmedisin



Foredrag om *Helicobacter pylori*-diagnostikk.

og vikarer, tydelig ansvarsfordeling, orden i skap og kjøleskap, temperaturkontroll, merking, avfallshåndtering og rutiner ved stikkskader. Han minnet om at de fleste feil skjer før analyserøret kommer til laboratoriet, og at gode rutiner og bruk av eksisterende prosedyrer og NOKLUS-ressurser ofte er like viktig som avansert teknologi for å sikre pålitelige prøvesvar.

Etter en kort pause gikk temaet videre til endokrinologi. Trine Bjørø, overlege i medisinsk biokjemi og professor emerita ved Universitetet i Oslo, beskrev hormonanalyser som endokrinologens «stetoskop». Hun gjennomgikk hvordan fysiologiske variasjoner over livsløp, døgn, menstrasjonssyklus og stress påvirker tolkningen. Med konkrete eksempler på utredning av hypogonadisme hos menn og hyperandrogene tilstander hos kvinner, viste hun viktigheten av å se flere hormoner i sammenheng, tolke aksene og være bevisst på

referanseområder, døgnvariasjon og laboratorieforskjeller. Budskapet hennes var at hormonanalyser er et viktig supplement, men sjelden alene gir en diagnose.

I neste bolk flyttet vi oss til magesekken. Patolog Bendik Holmsen Sundrehagen og mikrobiolog Paula Hillestad ga et oversiktlig og samtidig dypt faglig foredrag om *Helicobacter pylori*-diagnostikk. De tok utgangspunkt i bakteriens biologi og historien bak oppdagelsen, og viste hvordan langvarig infeksjon kan lede via kronisk gastritt, intestinal metaplasia og dysplasi frem mot kreftutvikling. Med utgangspunkt i både invasive og ikke-invasive metoder diskuterte de hvilke tester som er mest hensiktsmessige i ulike kliniske situasjoner, hvilke fallgruver som oppstår ved samtidig PPI-bruk eller antibiotika, og hva man bør være bevisst på når man velger endoskopi med biopsi, serologi, pustetest eller antigenpåvisning i feces.

Derfra var overgangen kort til et annet felt der laboratoriet ofte brukes i vanskelige kliniske og etiske avveininger: rusmiddeltesting. Elisabeth W. Vigerust, overlege i farmakologi, startet med et lite situasjonsbilde av norsk rusmiddel epidemiologi, inkludert tall for bruk av ulike stoffer og funn fra «Ung i Oslo»-undersøkelser. Hun gikk deretter gjennom fordeler og begrensninger ved blod, urin, spytt og hår som prøvemidler, og understreket at testing alltid må være samtykkebasert eller lovhjemlet, og at man bare finner det man faktisk leter etter. En viktig del av foredraget var viet alkoholdiagnostikk og bruken av fosfatidyletanol (PEth) som markør for alkoholinn-tak de siste par ukene, med eksempler på tolkning av lave og høye verdier og påminnelse om at det kan dannes PEth in vitro dersom prøven inneholder etanol (prøvetaking ved beruselse).

Refleksjoner og diskusjoner

Mot ettermiddagen vendte fokuset seg fra blodprøver til vevsprøver. Magnus Trygve Røger, dr.med og spesialist i patologi, holdt et svært praksisnært foredrag om hudbiopsi i allmennpraksis. Han gjennomgikk hvilke typer hudlesjoner som egner seg for overfladisk biopsi, punch eller eksisjon, og hvilke som bør eksideres primært – særlig når spørsmålet er om en lesjon representerer malignt melanom, plateepitelkarsinom eller mer godartede tilstander. Med eksempler på både neoplastiske og inflammatoriske hudsykdommer illustrerte han hvor viktig det er med gode kliniske opplysninger, riktige biopsilokalisasjoner og tilstrekkelig dybde for at patologen skal kunne gi et meningsfullt svar, og minnet om at kart og terreng bør sammenholdes og diskuteres hvis de ikke stemmer.

Før kursdagens siste faglige bolk fikk deltakerne en velfortjent pause med varm tapas – åtte ulike retter som ga både energi og tid til uformelle samtaler. Mange benyttet anledningen til å diskutere egne kasuistikker med foredragsholderne og med kolleger fra andre deler av landet. Denne uformelle dialogen la et godt grunnlag for den avsluttende plenumsesjonen med kasusdiskusjoner, ledet av fastlege Bent Erik Helgeland, spesialist i allmennmedisin, og overlege i medisinsk biokjemi, dr.med. Michael Sovershaev. Her ble konkrete kasus fra allmennpraksis gjennomgått – fra pasienter med uspesifikke symptomer og «alt for mange prøver» til tolkning av komplekse prøvesvar etter et besøk til en privat spesialist, og oppfølging av M-komponent og MGUS – med spissformulert fokus på når laboratoriet virkelig kan gjøre en forskjell, og når det er bedre å la være å bestille mer.

Legene fra sykehusene bidro underveis med gode innspill fra laboratoriemedi-



Kurskomiteen. Fra venstre: Bent Erik Helgeland, Ying Chen og Michael Sovershaev.

sinsk perspektiv i sykehussektoren, noe som løftet diskusjonene ytterligere og viste verdien av å ha ulike fagmiljøer representert i samme rom.

Mot slutten av dagen ble stemningen lettere med en uhøytidelig Kahoot-seanse der spørsmålene var hentet fra dagens faglige temaer. Konkurransinstinktet var intakt til tross for en lang fagdag, og det ble både latter og høylytte diskusjoner om riktige svar. Vinneren mottok en premie til stor jubel, og Kahoot fungerte som en fin repetisjon av hovedpoengene fra kurset.

De fleste deltakerne fylte ut evalueringskjemaene, og gjennomsnittvurderingen av faglig innhold, kurslokaler og totalopplevelse lå på fem av seks poeng. Kombinasjonen av høy faglig kvalitet, praksisnær relevans for fastleger, god tid til spørsmål og diskusjon, samt tverrfaglig bredde med bidrag fra medisinsk biokjemi, mikrobiologi, patologi og klinisk farmakologi ble trukket frem. I etterkant følte flere seg

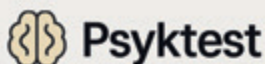
tryggere både på hva de skal rekvirere, hvordan de skal tolke svarene og når det er riktig å avstå fra nye prøver.

Kurskomiteen oppsummerer dagen som vellykket nettopp fordi tilbakemeldingene peker på et reelt behov i primærhelsetjenesten: Riktig bruk av laboratorieanalyser handler ikke bare om å kjenne referansegrenser, men om å forstå hele kjeden fra indikasjon, prøvetaking og logistikk til tolkning, retesting og kommunikasjon med pasienten. God rekvirering og klinisk informasjon gir riktig diagnose og oppfølging, samtidig som unødvendige utredninger og kostnader unngås. Engasjementet i salen denne novemberdagen på Legenes hus tyder på at mange fastleger ønsker nettopp flere slike møteplasser mellom laboratoriet og klinikken.

KURSKOMITEEN

Ying Chen, Michael Sovershaev og Bent Erik Helgeland

■ YCHEN@FURST.NO



Går du glipp av takst 617?

Psyctest er primærhelsetjenestens svar på
Checkware - screeningverktøy for angst,
depresjon, søvn og hodepine på én plattform.

Prøv gratis på psyctest.com/behandler



SAMARBEID OM LABORATORIEPRØVER I HJEMMET: Tryggere oppfølging av eldre med skrøpelighet

■ SVEIN IVAR FYLKESNES • Overlege/Sykehjemslege, Norsk kvalitetsforbedring av laboratorieundersøkelser (Noklus), Haraldsplass Diagonale Sykehus

■ PRIYANTHI BORGEN GJERDE • Seniorforsker ved AFE Bergen Norge, førsteamanuensis ved IGS Uib, overlege ved Noklus

■ SIRI FAULI • Prosjektleder for hjemmetjenesteprosjektet og helseøkonom, Noklus, Haraldsplass Diagonale Sykehus

En økende andel innbyggere mottar hjemmebaserte helse- og omsorgstjenester. Mange av disse er eldre med skrøpelighet, kroniske sykdommer og komplekse behov. Dette er en pasientgruppe som kan ha vansker med å møte til konsultasjon på legekontoret, men trenger like fullt regelmessig medisinsk oppfølging, inkludert laboratorieprøver.

Laboratorievirksomhet i hjemmetjenesten kan være en verdifull støtte for fastlegen og bidra til trygg og kontinuerlig oppfølging av pasienter. For at prøvesvarene skal ha klinisk nytteverdi, er det viktig med kvalitets sikring, kompetanse og tydelige samarbeidsrutiner. Noklus (Norsk kvalitetsforbedring av laboratorieundersøkelser) har siden 2014 arbeidet for å kvalitetsforbedre laboratorievirksomheten i hjemmetjenesten.

Studier utført av Noklus viser bedring i analysekvalitet for de som deltar i ekstern kvalitetskontroll. Samtidig er det stor variasjon i organisering av laboratorievirksomheten, og samarbeidet mellom hjemmetjeneste og legekontorene kan forbedres. Med en aldrende befolkning og økende behov for hjemmebaserte helsetjenester, er det viktig å videreutvikle samarbeidet mellom fastleger og hjemmetjeneste for å sikre helhetlig og kvalitetsmessig god pasientoppfølging.

Laboratoriefaglig løft i hjemmetjenesten i Norge

Laboratorieprøver i hjemmetjenesten omfatter både blodprøver, urinprøver og enkelte hurtigtester. For brukere av hjemmetjenesten kan prøvetaking i hjemmet bidra til kontinuitet og trygghet i behandlingen. Dette forutsetter imidlertid god kvalitets sikring og relevant kompetanse hos de som utfører prøvene. Noklus har siden 2014 arbeidet for å styrke laboratorievirksomheten i hjemmetjenesten ved gradvis å inkludere

dem som deltakere i Noklus. I 2014 utførte Noklus en kartlegging som viste at det var en betydelig laboratorievirksomhet i hjemmetjenesten, men at denne virksomheten i stor grad manglet systematisk kvalitetskontroll (1). Ansatte i kommunale helse- og omsorgstjenester har bare unntaksvis laboratoriefag i sin grunnutdanning, og de færreste har gått på kurs i laboratoriearbeid. Dette kan påvirke kvaliteten på prøveresultater og dermed den kliniske nytteverdien.

Som del av Omsorgsplan 2015–2020 fikk hjemmetjenesteenheter i Norge tilbud om statlig finansiert deltakelse i Noklus i to år (2). Deltakelsen innebar at ansatte fikk opplæring og lokalt tilpassede prosedyrer, samt at analyser som utføres blir kvalitets sikret bl.a. ved deltakelse i eksterne kvalitetskontrollprogram. Erfaringene viser at de fleste enheter ønsker å fortsette i Noklus til selvkost etter endt gratisperiode. Per 2025 deltar om lag 80 prosent av hjemmetjenesten i Noklus. Hjemmetjenesteprosjektet er rullet ut gradvis slik at det varierer mellom fylker hvor lenge hjemmetjenesten har deltatt i Noklus (3). Data fra ekstern kvalitetskontroll på urinanalyser og CRP i perioden 2020–2024 viser en betydelig forbedring i analysekvaliteten for hjemmetjenesten (4). Resultatene bekrefter tidligere funn (5): jo lengre enhetene får veiledning fra Noklus og deltar på eksterne kvalitetskontroller, desto bedre blir analysekvaliteten.

Samtidig viser kartlegginger at det er stor variasjon i omfang av laboratorievirk-

ANALYSE	ANDEL I FYLKE
Glukose	89–100 %
Urinstrimmel	80–100 %
Venøs prøve	36–98 %
CRP	25–60 %
Hemoglobin	12–52 %
INR	12–40 %

TABELL 1. Omfang av laboratorievirksomhet i hjemmetjenesten for analyser og prosedyrer som utføres.

somhet blant hjemmetjeneste-enhetene (TABELL 1). Denne variasjonen kan i noen tilfeller være hensiktsmessig og reflektere lokale behov og organisering. For eksempel kan samlokalisering med sykehjem eller legekontor gi mulighet for felles laboratorium, noe som kan bidra til effektiv ressursbruk og bedre kvalitet gjennom mengdetrening. På den andre siden har enkelte enheter svært begrenset laboratorieaktivitet, ofte begrenset til blodsuktermåling og urinprøvetaking.

Hvilke laboratorieprøver er det nyttig at hjemmetjenesten utfører?

Tabell 2 på neste side gir oversikt over hvilken laboratorievirksomhet Noklus anbefaler hjemmetjenesten bør ha (6).

Omtrent én av fem eldre med hjemmetjeneste har diabetes type 2 (7). Etter hvert som fysisk og/eller kognitiv funksjon svekkes, øker behovet for bistand til egenmåling og oppfølging av prøvesvar. For denne pasientgruppen er det særlig viktig at hjemmetjenesten kan utføre kapillær blodsuktermåling, både for å sikre trygg behandling og for å gi fastlegen et beslutningsgrunnlag.

I tillegg har mange brukere tilstander og medikamentbruk som krever jevnlig opp-

Laboratorieprosedyrer og analyser

- Blodsukkermåling
- Prøvetaking fra urin og avføring
 - Undersøkelse med urinstrimmel
 - Forsendelse av urin til dyrkning
 - Forsendelse av avføringsprøve
- Venøs og kapillær blodprøvetaking
 - Venøse prøver til lokalt eller større laboratorium
 - Tilstrekkelig kort svartid for CRP, INR og hemoglobin*

* Kan skje ved tilstrekkelig rask transport til laboratorium i hjemmetjenesten eller samarbeidende laboratorium i kommunen (f.eks. sykehjem, legekantor eller legevakt).

TABELL 2. Forslag til innhold i laboratorievirksomhet i hjemmetjenesten.

følging med laboratorieanalyser. Det gjelder blant annet HbA1c ved diabetes, INR ved antikoagulasjon, hemoglobin ved anemi, og kreatinin og elektrolytter ved nyresvikt. Slike prøver bør ikke erstatte klinisk vurdering hos fastlege, men kan være nyttige mellom konsultasjoner og i noen

BOKS 1. Pasienthistorie om samarbeid om pasient med diabetes.

Per (83) har Parkinson og diabetes

Per bor alene i egen bolig og har Parkinsons sykdom og diabetes type 2. Han behandles med metformin og langtidsvirkende insulin. HbA1c har de to siste årene ligget mellom 53–64 mmol/mol (7,0–8,0 prosent).

Ved konsultasjon hos fastlegen forteller Per at hans Parkinson sykdom gjør det vanskelig å måle blodsukker, sette sprøyte med insulin og å komme seg til fastlegekontoret. Han har hatt flere episoder med hypoglykemi. Fastlegen søker om hjemmetjeneste for å gi bistand til oppfølging av hans diabetes.

Etter oppstart etableres rutiner der hjemmetjenesten måler blodsukker og sender jevnlige rapporter til fastlegen, som justerer behandlingen. Tre måneder senere tas HbA1c av hjemmetjenesten, slik at resultatet er klart til neste konsultasjon.

situasjoner være hensiktsmessig før konsultasjon hos fastlege for å gi et bedre beslutningsgrunnlag. Da må hjemmetjenesten kunne gjennomføre venøs prøvetaking og riktig håndtering av blodprøven.

Ved mistanke om akutte infeksjoner hos pasienter med hjemmetjeneste, vil det ofte

være aktuelt for hjemmetjenesten å kontakte fastlege eller legevaktslege for råd. Hvis legen må treffe beslutninger om akutte infeksjoner uten å undersøke pasienten fysisk, kan laboratorieprøver gi god støtte. Det er derfor nyttig at hjemmetjenesten kan ta blodprøve for CRP, utføre urinprøve



ILLUSTRASJONSFOTO: MORTEN HERNES / RØ - ADOBE PHOTIX. ILLUSTRASJONEN ER LAGET MED KUNSTIG INTELLIGENS OG PERSONENE HAR DERFOR INGEN TILKNYTNING TIL TEKSTEN. BOKS 1

Petra (80) har hoste og feber

Petra har redusert førighet etter hjerneslag og får bistand fra hjemmetjenesten to ganger daglig.

En fredag formiddag i oktober blir fastlegen kontaktet av hjemmetjenesten: Petra har de siste tre til fire dager hatt feber, lett hoste og vært slapp. Måling av NEWS2 (kroppstemperatur, blodtrykk, puls, oksygenmetning og respirasjonsfrekvens) viser kroppstemperatur på 38,5° og ellers normale funn. Urinstrimmel viser positivt resultat for leukocytter (2+), men hun har ingen symptomer på urinveisinfeksjon.

Petra har ikke mulighet til å komme til fastlegekontoret og fastlegen har begrenset kapasitet til hjemmebesøk. Hjemmetjenesten måler CRP, som viser 18 mg/l. Fastlegen vurderer at Petra trolig har en viral luftveisinfeksjon, og at funn i urinprøve ikke er klinisk relevant, da Petra ikke har symptomer på UVI.

Det avtales at hjemmetjenesten følger opp Petra med NEWS2 to ganger daglig og tar kontakt ved forverring eller manglende bedring de neste par dagene. Det kan da bli aktuelt med ny måling av CRP.



ILLUSTRASJONSDIAGRAM: KORTEN HERNES / N. ADOLF FRIEDT. ILLUSTRASJONEN ER LAGT MED KUNSTIG INTELLIGENS OG PERSONENE HAR BEHOVEN TIL TILNÆRMING TIL TESTEN BOKS 2

BOKS 2. Pasienthistorie om samarbeid ved akutte infeksjoner

vetaking for urinstrimmelundersøkelse og sørge for forsendelse av urin til bakteriologisk undersøkelse. De fleste hjemmetjenestene utfører urinprøvetaking, men det er stor variasjon i tilgang til CRP-analyse (JAMFØR TABELL 1 PÅ SIDE 15).

Der analysevolum eller ressurser ikke tillater lokal CRP-analyse, kan det være en god løsning å samarbeide med annet laboratorium i kommunen. I praksis kan det skje ved at hjemmetjenesten tar venøs prøve i pasientens hjem, transporterer prøven til et samarbeidende laboratorium (for eksempel ved sykehjem, legekantor eller legevakt), som analyserer CRP og rapporterer prøvesvaret til rekvirerende lege. Det bør dog stilles lokale krav til svartid for CRP i hjemmetjenesten, gjerne innen to til fire timer. Det samme gjelder for INR og hemoglobin, som ved enkelte kliniske problemstillinger krever rask tilgang til prøvesvar. I tillegg er det også aktuelt at hjemmetjeneste utfører prøvetaking for avføringsprøve.

Når hjemmetjenesten kan bidra med prøvetaking og rask transport, styrkes fastlegens mulighet til å gjøre trygge og informerte vurderinger, også uten fysisk tilstedeværelse.

Behov for bedre samarbeid mellom fastlegekontor og hjemmetjenesten om laborativ virksomhet i hjemmet

På fastlegekontor og legevakt er tverrfaglig samarbeid ofte godt etablert, med tydelige roller og rutiner som evalueres og forbedres over tid. I hjemmetjenesten er samarbeidet med fastlegekontorene like viktig, men erfaringer viser at det ikke alltid er like strukturert, særlig når det gjelder laborativ virksomhet. Resultater fra kartlegginger utført av Noklus viser at under ti prosent av hjemmetjenestene har skriftlig avtale med fastlegene om hvilken laborativ virksomhet hjemmetjenesten skal utføre. Dette kan føre til uklarhet rundt forventninger, ansvar og informasjonsflyt.

I de to boksene presenteres to pasienthistorier som illustrerer hvordan samarbeid mellom fastlege og hjemmetjeneste om blodsuktermåling og CRP kan bidra til trygg og effektiv oppfølging, både ved kronisk sykdom og ved akutte infeksjoner.

Samarbeid mellom fastlege og hjemmetjeneste om oppfølging av diabetes, som eksempelet i boks 1, gir trygghet for pasienten og et godt grunnlag for kliniske beslutninger og effektiv oppfølging for fastlegen. For skrapelige eldre med insulinbehandlet diabetes, slik som Per, er det ofte behov for tett oppfølging med monitoren

ring av blodsukker. Hjemmetjenesten trenger veiledning fra fastlege om hvordan resultatene fra blodsuktermålingene skal tolkes og brukes. En individuell plan med tydelige behandlingsmål, hvor ofte det skal måles blodsukker, og hvilke blodsukkerresultat som krever tiltak og rutiner for rapportering til fastlegen er fordelaktig.

Viktige elementer i en plan for oppfølging av diabetes hos personer som mottar hjemmetjeneste inkluderer:

- Hyppighet og tidspunkt for blodsuktermåling og HbA1c
- Behandlingsmål for blodsukker
- Hvilke blodsukkerresultat, ev. sammen med klinisk symptom, tegn og kostendringer, som krever tiltak (f.eks. ekstra blodsuktermåling, endring av insulin-dose og kontakt med lege)
- Hvordan resultat fra blodsuktermåling skal formidles til fastlege

Samarbeid mellom fastlege og hjemmetjenesten ved akutte infeksjoner, som eksempelet med Petra i boks 2, illustrerer hvordan laboratorieprøver og fysiologiske målinger kan støtte kliniske beslutninger, særlig når lege ikke har mulighet til fysisk undersøke pasienten. Samtidig krever dette kompetanse og strukturert samarbeid, da det kan tenkes å medføre en risiko for forsin-

ket diagnostikk av alvorlige infeksjoner, men også risiko for unødige bruk av antibiotika for en selvbegrensende viral infeksjon.

I kartleggingene til Noklus ser man at ansatte i hjemmetjenesten bruker både urinprøver og CRP selvstendig ved vurdering av akutte infeksjoner. Denne praksisen har uavklart nytteverdi og kan også medføre risiko for unødige bruk av antibiotika og ressurser til dette. CRP og urinprøver bør brukes i et tverrfaglig samarbeid med lege, ikke som selvstendig beslutningsgrunnlag hos ansatte i hjemmetjenesten.

Viktige elementer ved bruk av laboratorieprøver ved infeksjoner i hjemmetjenesten inkluderer;

- Korrekt bruk av urinprøver og CRP i et tverrfaglig samarbeid
- Urinprøvetaking og prøvebehandling til urinstrimmel og bakteriologisk undersøkelse
- Analysering av urinstrimmel
- Blodprøvetaking og transport av blodprøve for CRP
- Analysering av CRP

Skriftlig avtale mellom allmennlegetjenesten og hjemmetjenesten: Et verktøy for tryggere laboratorieoppfølging

Fastleger har behov for laboratorieanalyser som er tilgjengelig, har god kvalitet, og at roller og ansvar er tydelig avklart. Dette gjelder også for pasienter som mottar hjemmebaserte helse- og omsorgstjenester, hvor prøvetaking og oppfølging kan skje utenfor legekantoret. Noklus har erfart at praksis

varierer betydelig mellom kommuner, og at flere kommuner mangler struktur for kvalitetssikring, oversikt over pasientbehov og rutiner for tverrfaglige samarbeid. Dette kan føre til usikkerhet rundt prøvenes kliniske nytte og hvordan de skal følges opp.

For å sikre god praksis og effektiv samhandling, anbefaler Noklus at laboratorieevirsomhet i hjemmetjenesten drøftes og formaliseres i en skriftlig avtale mellom allmennlegetjenesten og hjemmetjenesten i kommunen (3). Møter i samarbeidsutvalget kan være en egnet arena for dette. En skriftlig avtale vil videre kunne bidra til å avklare hvilke pasientgrupper som skal tilbys laboratorieevirsomhet i hjemmet, definere omfang og type laboratorieprosedyrer som skal utføres og etablere gode rutiner for rekvirering og rapportering av laboratorieprøver. Noklus har utarbeidet et forslag til skriftlig samarbeidsavtale for laboratorieevirsomhet som kan tilpasses lokale forhold. Avtalen kan være et nyttig verktøy for å styrke samarbeidet, heve kvaliteten og sikre at sårbare pasienter får den oppfølgingen de trenger der de bor.



Avtalen finner du på Noklus.no under Hjemmetjenesteprojektet.

REFERANSER

1. Steinsund M, Fauli S, Ophaug L. Laboratoriefaglig løft for hjemmetjenesten. Utposten utgave 1-2019.
2. Helsedirektoratet. Laboratorietjenester i sykehjem og hjemmetjenester. Kvalitetsforbedring av laboratoriearbeid i sykehjem og hjemmetjenesten (Noklus).
3. Hjemmetjenesteprojektet. Noklus.no.
4. Nokluskontrollen, er den nyttig? Noklus.no.
5. Bukve T, Stavelin A, Sandberg S. Effect of Participating in a Quality Improvement System over Time for Point-of-Care C-Reactive Protein, Glucose, and Hemoglobin Testing. Clin Chem 2016; 62: 1474–81.
6. Anbefaling-for-laboratorieevirsomhet-i-hjemmetjenesten-noklus-2023.pdf.
7. Davies TT, Graue M, Igland J, Tell GS, Birkeland KI, Peyrot M, Haltbakk J. Diabetes prevalence among older people receiving care at home: associations with symptoms, health status and psychological well-being. Diabet Med. 2019 Jan; 36(1): 96–104.

■ SVEIN.IVAR.FYLKESNES@NOKLUS.NO ■ PRIG@NORCERESARCH.NO ■ SIRI.FAULI@NOKLUS.NO

Foreslå kandidater til Anders Forsdals pris 2026!

Anders Forsdahls pris skal deles ut for 20. gang i 2026 – til en person som over år har utrettet en markant innsats for helsetjenesten i distrikts-Norge, i en vid betydning av dette begrepet.

Anders Forsdahls pris er etablert til minne om hans enestående praktiske og akademiske virke som doktor og samfunnsmedisiner i norsk distriktshelsetjeneste. Les mer om Anders Forsdahl, prisen og tidligere prisvinnere på NSDMs hjemmeside.

Hedersprisen består av en kunstgave og et stipend for fagutvikling, og skal deles ut under Primærmedisinsk uke 2026. I vurderingen av kandidater til prisen legges det vekt på ulike former for innsats, slik det er beskrevet i statuttene for Anders Forsdahls pris.

Alle er velkomne til å komme med et begrunnet forslag innen 1. mars 2026.

NASJONALT
SENTER FOR
DISTRIKTS
MEDISIN



Effektdata for 3 år¹

Pasienter med kols, astma, hjertesykdom eller diabetes kan være mer utsatt for alvorlige luftveisinfeksjoner med RSV²⁻⁶

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

Snakk med risikopasientene dine om vaksine mot RSV.

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



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

* Vaksineeffektivitetsdata er tilgjengelige for ABRYVVO® med en gjennomsnittlig oppfølgingsvarighet på 16,4 måneder.¹⁰ Vaksineeffektivitetsdata er tilgjengelig for mRESVIA® med en median oppfølging på 18,8 måneder.¹¹

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

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

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

Referanser:

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



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

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

Hva hater du mest med trygdemedisin?

■ NJÅL FLEM MÆLAND • Redaktør i Utposten

Dagen før jeg skal undervise i trygdemedisin på Nidaros-kongressen sitt grunnkurs B får jeg en idé. Jeg vil lage en mentimeter som skaper entusiasme og diskusjon!

Mentimeter er et godt verktøy for å aktivisere en forsamling. I all hast pønsker jeg ut noen spørsmål som kan vekke de deltagende allmennlegene i spesialisering, ALIS-ene. Det første lyder slik: På en skala fra 1–10: hvor mye hater du trygdemedisin?

Spørsmålet avslører at min mentimeter-undersøkelse er temmelig uhytidelig. Den avslører også fordommer hos meg selv. Mange timer med undervisning i faget har gitt meg en mistanke om at våre ALIS-er syns trygd er vanskelig og frustrerende. Trygderelaterte oppgaver i allmennmedisinen har dilemmaer som setter fastlegen i vanskelige situasjoner. Trygdemedisin gir også dårlig samvittighet i form av en opplevelse av ikke å innfri lovens krav. Vi møter et hav av symptomer og funksjonstap.

I dette havet er vi redde for å overse alvorlig sykdom, selv om vi sjelden finner det. Vi strever med å forholde oss til symptomer uten tydelig forklaring. Det er mange instanser involvert - alle peker på noen andre enn seg selv. Som foreleser er det nettopp denne skepsisen mot faget som motiverer meg. Det er gøy å møte frustrasjon, for så å oppleve at undervisningen gir

verktøy som letter frustrasjonen. Den som starter med lave forventninger, kan lettere oppleve stigning!

Jeg introduserer det første spørsmålet rett etter at jeg har ønsket velkommen, fortalt hvem jeg er, og hva programmet for dagen er. Jeg gjør det humoristisk og sier: «På en skala fra 1–10 – hvor mye hater du trygdemedisin?! Jeg har ikke med alternativet null – det er umulig ikke å ha om så bare litt trygdemedisin-hat. Derfor starter skalaen på én og ikke på null!»

Hva er det verste med trygd?

ALIS-ene kaster seg over mobilene og taster løs. Jeg venter spent på svarene, og som forventet: Her er det høye tall, altså stor grad av «hat» mot trygdemedisinen. Av 89 svar er det faktisk bare sju som svarer fire eller lavere. Snittet ligger på 6,5. Vi studerer resultatet og humring brer seg i forsamlingen. Jeg kan konstatere at vi starter dagen med lave forventninger! Jeg føyer til at jeg kjenner meg igjen. Det var slik jeg følte det som ung lege og det var slik min interesse for faget startet. Dette ville jeg gjerne finne ut av!

Det neste spørsmålet gir seg selv: Hva er det verste med trygdemedisindelen av fastlegejobben? Et slikt spørsmål resulterer i en ordsdy hvor antall ganger samme ord er gjentatt gjenspeiles i ordenes størrelse. De vanligste ordene blir: Tidkrevende, gråsoner, erklæringer, attestarbeid og funksjonsvurdering. Andre ord jeg merker meg er: Uenighet med pasienten, diffust, kranling om sykmelding, kravstore pasienter, ikke-medisinsk, slapp/sliten. Oppsummert: Svarene stemmer godt med min egen opplevelse av hva som er vanskelig. Det stemmer også bra med hva jeg bruker å få spørsmål om når jeg underviser i trygdemedisin.

På tide med en motvekt mot det negative! Jeg går til neste spørsmål: Hva liker du med trygdedelen av fastlegejobben? De tre vanligste ordene blir da: Lite, ingenting og friskmelding! Vi må le sammen ... Det som skulle avdekke noe positivt endte med enda mer negativt! Men det fins også ord som viser andre holdninger: Takster, L40, kommer tett på, bli kjent med pasienten, når det faktisk er sykdom, oppfølging, kunne hjelpe, innsikt i pasientens situasjon – og til slutt må vi ha noe som vel må være ment humoristisk: Når jeg får trygd!

Holdning til full sykelønn

Det er mye i media om høyt sykefravær og også en viss debatt om full sykelønn. Ved

Hva liker du med trygdedelen av fastlegejobben?



Gjennomgang av 12 000 sider med nye journaler

■ STIAN LANGELAND WESNES • Fastlege ved Krumbua legesenter i Bergen. Spesialist og ph.d. i allmennmedisin

En gjennomsnittlig fastlegeliste har utskiftning av 156 pasienter hvert år. Alle nye pasienter har en tidligere journal som forteller deres medisinske historie. Gjennomgang av journal og oppdatering av «tidligere sykdommer» er viktig arbeid som kan bidra til effektivisering. En undersøkelse i egen praksis viser at journalgjennomgang er tidkrevende: gjennomsnittlig tidsbruk var 34 minutter per journal. Det er særlig tidkrevende å oppsummere journalen når pasienten er en kvinne over 80 år.

I sommer økte jeg fastlegelisten med 100 pasienter. Jeg sendte en melding til alle de nye pasientene der jeg oppfordret dem til å kontakte tidligere legekantor for å få overført journalen. En stor jobb ventet. For hver pasient laget jeg et resymé under «Familie/sosialt» og «Tidligere sykdommer». Jeg ønsker å dele min erfaring med denne journalgjennomgangen.

De nye pasientene på lista var 67 prosent menn og 33 prosent kvinner med en gjennomsnittsalder på 36,5 år (1–93 år). Etter to måneder hadde 69 pasienter fått overført PDF-journaler på totalt 12 000 sider. I løpet av sommeren brukte jeg 2596 minutter (43,3 timer) på å lese gjennom og oppsummere mottatt informasjon.

Journalene var i gjennomsnitt 174 sider lange (2–1016 sider) og gikk over 14,9 år (0–39 år). Tidsbruk per journal var 34,2 minutter (3–162 minutter). Med effektiv lesing og skriving brukte jeg 10,8 minutter per 50 side med journal, og 25,2 minutter per ti år med journal. Tidsbruk på journal fra mannlig og kvinnelig pasient var henholdsvis 28,1 og 42,1 minutter.

Tidsbruk til gjennomgang av journal økte jo eldre pasienten var. Hvis pasienten var 0–30 år brukte jeg i snitt 23 minutter. Hvis pasienten var 31–60 år brukte jeg 36,5 minutter. Og hvis pasienten var >60 år brukte jeg gjennomsnittlig 50,6 minutter på å lese gjennom og oppsummere pasientens journal. Mest tid medgikk til kvinnelige pasienter ($N=2$) > 80 år, da var gjennomsnittlig medgått tid pr pasientjournal 115 minutter.

Diskusjon

Studier viser at kontinuitet er gullet i fastlegeordningen. Pasienter som har samme fastlege over tid, har færre innleggelser og lever lengre (1). Kontinuitet og kjennskap utfyller hverandre. Ved å ha en god, oppdatert skriftlig sammenfatning av «Familie/sosialt» og «Tidligere sykdommer» har fastlegen mye informasjon om pasienten, allerede før første møte.

Alle pasienter har en fastlege. Men ikke alle har en fast lege. På legekantoret kan timer til øyeblikkelig hjelp bli fordelt til andre leger enn pasientens fastlege. Mange legekantor har LIS1-leger, medisinstudenter, vikarer og så videre. Disse legene kjenner ikke pasienten som kommer på time. En god, oppdatert sykdomsoversikt vil bidra til viktig, tilgjengelig informasjon når legen møter nye pasienter. En oppdatert sammenfatning vil også være til svært stor verdi for leger som overtar hjemler eller får overført pasienter til nyopprettede nullhjemler.

I 2024 ble det gjennomført 861 270 fastlegebytter, cirka 13 prosent av innbyggerne byttet fastlege minst én gang. I 2024 hadde vi 5517 fastleger i Norge (2). Det betyr at hver fastlege i Norge gjennomsnittlig har en utskiftning av 156 pasienter hvert år. Hvis fastlegene skal bruke over en halv time per journal slik jeg gjorde, vil det ta 89 timer per år på å lese gjennom og oppsummere journal på nye pasienter. Dette arbeidet vil komme på toppen av fastlegens gjennomsnittlige arbeidstid på 55 timer i uken.

I 2022 brukte Norge 453 milliarder kroner på helse. Dette tilsvarer 83 100 kroner per innbygger. Et MR bilde koster 2000–3000 kroner. En poliklinisk konsultasjon på sykehus kostet i 2018 fra 1932–4169 kroner (3). Kostnaden for 1 døgn på sykehus er om lag 17 000 kroner. Innsparingspotensialet for norsk helsevesen er enormt. Kampanjen gjør kloke valg oppfordrer til å unngå overdiagnostikk og overbehandling (4). Det er lettere å avslå gjentakende og unødvendige utredninger når man vet hva som er gjort før. Et oppdatert resymé vil

kunne bidra til bedre, riktigere, billigere og mer målrettet pasientbehandling.

Journalssystemet Infodoc ble tatt i bruk i 1980. Den lengste journal jeg mottok gikk tilbake til 1986. Digitale journaler vil bli lengre og lengre med årene. Det var tidkrevende å lese 12 000 sider. Om ti år vil ikke lenger en gjennomsnittlig journal «kun» være 174 sider. I mine 18 år som fastlege med stor pasientliste har jeg trolig mottatt tusenvis av journaler, både i papirform og digitalt. Svært få har inneholdt et resymé med oppdatert «Tidligere sykdommer». Det er forståelig at fastleger i en travel hverdag ikke prioriterer dette ubetalte arbeidet på toppen av alt annet.

Kan kunstig intelligens (KI) oppsummere journalene i framtiden? Personvern hindrer meg i å lime inn 1000 sider med personlige helseopplysninger i ChatGPT eller tilsvarende løsninger. Det er dessuten vanskelig å hente ut relevant informasjon. Mange journalnotat er dårlig skrevet, og man må lese og forstå mellom linjene hva som faktisk har skjedd. Pasienten og legens holdning preger ofte konsultasjonene. Vi skriver journal ulikt, vi leser ulikt og vi oppsummerer ulikt. Leger kan ha forskjellig oppfatning av hva som er viktig og journalverdig informasjon. Mitt utvalg på 69 pasienter er lavt. Mine oppsummerte tall er ikke representative for alle. Men uansett hvordan man ønsker å oppsummere en journal, vil det ta tid. Mye tid! Dette arbeidet er for viktig og for omfattende til å baseres på dugnad og frivillig arbeid.

REFERANSER

1. Sandvik H, S, Heltelvik 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. *Br J Gen Pract.* 2022; 72(715).
2. https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/arbeidet-med-allmennlegetjenesten/utvikling-i-fastlegeordningen/bytte-av-fastlege-ventelister-og-ledige-plasser?utm_source=chatgpt.com.
3. Holman PA. Helseøkonomiens tre spørsmål. *Dagens Medisin*, 2018.
4. Størdal K, Hjørleifsson S. Fem år med Gjør kloke valg – hjelper det? *Tidsskr Nor Lægeforen* 2023 Vol. 143.

■ STIAN.WESNES@GMAIL.COM

Vaksinasjonsguide for leger

Kort og nyttig



Vaksinasjonsguide for leger

Kort og nyttig

Hvilke vaksiner kan settes samtidig?

Det kan ofte være gode grunner for å gi vaksiner samtidig, selv om vaksinene ikke er prøvd ut sammen. Folkehelseinstituttet anser at nesten alle vaksiner kan gis samtidig forutsatt forskjellig stikksted. Bortsett fra hos særlig skrøpelige eldre med noe høyere risiko for bivirkninger, kan korona-, influensa- og pneumokokkvaksine settes samtidig, helst i ulike ekstremiteter, ev. >2,5 cm avstand mellom stikkene.

Forsinkelser av anbefalte vaksineintervall ved flere doser

Vaksineserien trenger ikke å starte på nytt, eller føyes til ekstra doser. Full beskyttelse oppnås etter at alle doser er administrert.

QR-koden sender deg til:

<https://www.fhi.no/va/vaksinasjonshandboka/vaksinasjon/intervaller-mellom-vaksinedoser>





Immunsupprimerte

Hvis mulig, vaksinér flere uker før oppstart av immunsuppressiv behandling. Da øker sannsynligheten for å utvikle en beskyttende immunrespons. Dagsdoser på 20 mg Prednisolon regnes som høydose. Planlegges nedtrapping til under 20 mg anbefales det å utsette vaksiner til det er gjort. Methotrexat bør pauses i to uker etter administrasjon av influensavaksine (om sykdomsaktivitet tillater). Levende vaksiner er som hovedregel kontraindisert: kan føre til livstruende infeksjon for personer med svekket immunforsvar som f.eks skyldes medfødt immunsvikt eller kjemoterapi.

Økonomi

Vaksinasjon dekkes generelt ikke over normaltariiffen, heller ikke konsultasjoner knyttet kun til vaksiner. Pasienter er derfor selvbetalende. Unntakene er listet opp under de aktuelle vaksinene. Pasienter med HIV, immunsvikt, gjennomgått stamcelletransplantasjon eller som har fjernet milt får flere av vaksinene refundert etter paragraf 4. Nærkontakter til syke med allmennfarlig smittsom sykdom kan også kvalifisere til vaksiner refundert etter §4.

L	Levende vaksiner
§4	§4: Paragraf 4, allmennfarlig smittsom sykdom – både behandling, profylakse og konsultasjon skal være gratis
MSM	Menn som har sex med menn som deltar aktivt på arenaer for tilfeldig sex og har intim kontakt med mange partnere.

Covid-19

mRNA-vaksine (Comirnaty). **Indikasjon:** beskytte gravide i 2. og 3.trimester, personer > 65 år, sykehjemsbeboere, personer 18-65 år i risikogruppe og barn 6 mnd-17 år med visse grunnsykdommer mot alvorlig sykdomsforløp av Covid-19. **Vaksinen er gratis for risikogrupper i 2024.** Anbefalinger for alle immunosuppressive terapiformer og koronavaksine, les mer via QR-kode.

QR-koden sender deg til:

<http://www.bccdc.ca/resource-gallery/v.pdf>

Influenza

Inaktivert vaksine (Vaxigrip, Influvac). Adjuvantert inaktivert (Fluad). Nesespray-vaksine **L** (Fluenz). **Indikasjon:** forebygge influensasykdom hos de > 65 år, risikogrupper og helsearbeidere. **Anbefalt for gravide i 2. og 3.trimester.** Sykehjemsbeboere og risikogrupper > 50 år: Adjuvantert inaktivert (Fluad). **Adjuvantert vaksine hos de eldre** for å øke immunresponsen. **Barn 2-17 år:** nesenspray-vaksine **L** (Fluenz). Barn under 9 år skal ha to doser med minst fire uker intervall det første året de vaksineres. Risikobarn: De som er født før uke 32 (frem til 5 år), astma/lungesyke, epilepsi, diabetes og hjertesye. Barn kan få samme dose som voksne i sprøyteform fra > 6 mnd. **Egg-allergikere** kan vaksineres med vanlig anafylaksiberedskap på fastlegekontoret.

Pneumokokksykdom

PPV23 (Pneumovax), PKV20 (Prevenar 20), PKV15 (Vaxneuvance) og PKV 13 (Prevenar 13).

Indikasjon: forebygge invasiv pneumokokksykdom og pneumoni + barn også akutt otitis media. **PPV23 anbefales til alle > 65 år** og andre risikogrupper hvert 6.år, PKV anbefales til følgende risikogrupper:

QR-kode til tabell 4 ([Pneumokokkvaksine - FHI](#)). **PPV23** beskytter mot flest serotyper som gir invasiv pneumokokksykdom. Beskytter mellom 21-46 % mot pneumoni. PKV20 og PKV15 gir en T-cellerespons med B-hukommelsesceller og reduserer pneumokokkbærerskap i luftveiene (noe PPV23 ikke gjør). Det er serotyper som dekkes i PKV-vaksinene, som ikke er i PPV23-vaksinen og omvendt.

PPV23 og PKV-vaksiner kan kombineres. PKV skal settes først for optimal immunrespons, minst 8 uker mellom PKV og PPV23. Er PPV23 satt først bør det gå > 1 år før en setter PKV. Begrenset erfaring hos gravide.

QR-koden sender deg til:

<https://www.fhi.no/va/vaksinasjonshandboka/vaksiner-mot-de-enkelte-sykdommene/pneumokokkvaksinasjon>





Luftveisinfeksjon med respiratorisk syncytialt virus (RS-virus)

Abrysvo og Arexvy (og mRNA-vaksinen mResvia, ikke tilgjengelig). **Indikasjon:** aktiv immunisering for å forebygge nedre RS-luftveisinfeksjon hos de > 60 år, anbefalt for pasienter med kronisk hjerte-, lunge- eller nyresykdom, diabetes og nevrologiske tilstander som svekker respirasjonsmuskulatur. **Gravide:** passiv immunisering av barnet fra uke 28, kun Abrysvo er godkjent. Effekten varer i to sesonger, men taper seg en del til sesong to. 73 % effektiv på å forebygge sykehusinnleggelser i første sesong.

Difteri, tetanus, kikhoste og polio

§4

dtP-IPV (Repevax og Boostrix polio). **Indikasjon:** aktiv boostervaksinasjon hvert 10. år til alle over 18 år. **Unntak:** Booster mot tetanus anbefales ved dype kutt og bitt og mot kikhoste til nærkontakter/ husstandsmedlemmer, dersom > 5 år siden siste vaksinerings (§4). **Kan gis til gravide.**

Difteri, tetanus, kikhoste

dtP (Boostrix). **Indikasjon:** passiv beskyttelse mot kikhoste i tidlig spedbarnsalder etter immunisering av mor under svangerskapet. **Gratis til gravide fra uke 24.** Settes i alle svangerskap uavhengig av når de sist fikk dtP/dtP-IPV. Kommunalt ansvar. **Kan settes samtidig** som rhesus-immunisering, influensa- og koronavaksine.

Meslinger, røde hunder, kusma MMR

L

§4

MMR (MMRvaxPro L og Priorix L). **Indikasjon:** profylakse mot meslinger, røde hunder og kusma. Bruk ved meslingeutbrudd og smitteeksponering (§4). Tidligst gitt ved 9 mnd i særskilte tilfeller. **Meslinger og røde hunder:** 95 % er beskyttet (muligens livet ut) etter 1. dose, tilnærmet 100 % etter 2. dose. Kusma: to doser, og selv da reduseres beskyttelsen med tiden. **Ufarlig å vaksinere ved gjennomgått sykdom. Fertile kvinner** med usikker vaksinasjonsstatus bør få målt rubella IgG antistoff: En dose ved > 5 IU/ml og < 10 IU/ml. To doser ved < 5 IU/ml. **Skal ikke gis til gravide.**

Vannkopper VZV

L

Varivax L og Varilrix L. **Settes fra > 15 mnd alder**, gir en beskyttelse på 80-90% mot VZV-sykdom. Ikke behov for VZV IgG-status for å kunne sette vaksinen. I likhet med sykdommen gir vaksinen en persisterende infeksjon som senere kan gi herpes zoster, men lavere risiko enn etter gjennomgått sykdom. Vaksinen har ingen virkning mot herpes zoster. **Varigheten** av immunitet etter vaksinasjon er lang, foreløpig usikkert om den er livslang. **Skal ikke gis til gravide**. Smitteeksponerte gravide kan <4 dager etter eksponering få VZV-immunglobulin (VZIG). VZIG har ingen effekt etter sykdomsdebut. Gravide > 20 uke kan få Aciklovir 800 mg x 5 i sju dager ved VZV-sykdom.

Helvetesild HZV

Zostavax L og Shingrix (inaktivert). **Indikasjon:** forhindre helvetesild og postherpetisk nevralgi. **Begge kan gis til alle > 50 år**, men FHI vurderer den inaktiverte som særlig aktuell til Tx-, kreft- og HIV-pasienter. Inaktivert: også til immunsupprimerte 18-50 år. **Zostavax** har samlet effekt på 60 %, 50 % etter to år, 27 % etter åtte år og 15 % etter ti år. Shingrix beskytter 97 % mot HZV > 50 år, og 91 % > 70 år, og > 70 % i inntil ti år. **Ikke behov for VZV-serologi** mtp immunitet før vaksinerings.

Hepatitt B

MSM

§4

Standard enkeltkomponent vaksine (Engerix B og HBvaxpro) eller i kombinasjon (Twinrix og Infanrix Hexa (barnevaksinasjonsprogrammet)). **Indikasjon:** profylakse mot alle kjente undergrupper av hepatitt B-virus. **Anbefalt til nærkontakter av personer med kronisk infeksjon (§4)**, de < 25 år med foreldre som kommer fra høyendemisk område, personer med smitte-risikofaktor og yrkesgrupper særlig utsatt for smitte. **Livslang immunitet** når en oppnår anti-HBs >10IU/l (i serum), kontroll minst 1-3 mnd etter siste dose anbefales til: barn av mødre med kronisk hepatitt B-infeksjon, seksualpartnere, personer med forventet lav respons på vaksinen (som ved immunsviktilstand, nyresvikt) og personer som vaksineres i yrkessammenheng. MSM får dekket vaksine av folketrygden. Dersom anti-HBs < 10 IU/l, anbefales å gi 3 nye doser etter vanlig regime. **Doseringsintervall** 0-1-6 mnd eller 0-1-2-12 mnd. Minst 4 uker mellom 1. og 2.dose, minst 5 mnd mellom 2. og 3.dose. Pasienter > 15 år med nyresvikt bør få Fendrix (annen adjuvans). Fra 2016 en del av barnevaksinasjonsprogrammet. **Kan gis til gravide.**

Humant papillomvirus HPV

Cervarix (barnevaksinasjonsprogrammet) og Gardasil 9. **Indikasjon:** forhindre premaligne anogenitale lesjoner som har årsakssammenheng med visse onkogene HPV-typer. Personer > 15 år gis tre doser: 0-1-6 mnd. Cervarix beskytter mot HPV 16 og 18 og gir kryssbeskyttelse mot andre HPV-typer. Gardasil 9 beskytter mot HPV 6, 11, 16, 18, 31, 33, 45, 52 og 58. Gardasil 9 kan settes 6-12 mnd etter grunnvaksinasjon med Cervarix. HPV-vaksine har vært i barnevaksinasjonsprogrammet fra 2009 (jenter) og 2018 (gutter). FHI mener at de to vaksinene gir helt lik beskyttelse mot kreft. Gardasil 9 er 98 % effektiv til å forebygge kjønnsvorter. **Utsett til post partum dersom gravid.**

Meningokokksykdom

MSM

§4

ACWY-vaksine (Menveo (varer i ca.5 år) og Nimenrix (varer i ca.10 år)) og B-vaksine (Bexsero og Trumenba varer i ca.5 år), ACWY+B-kombinasjonsvaksine (MenQuadfi) vil bli tilgjengelig i Norge ila kort tid. **Indikasjon:** aktiv immunisering for å forebygge meningokokksykdom, kan gis helt ned i 2 mnd alder. Anbefalt til personer 16-19 år og yngre som deltar på samling/leir/festival o.l. og **MSM**. **Booster anbefalt etter 5 år** for både ACWY- og B-vaksinene dersom fortsatt risiko. ACWY-vaksinen beskytter mot bærerskap, reduserer dermed forekomst av sykdom hos ikke-vaksinerte. B-vaksinen beskytter ikke mot bærerskap, men B-vaksinen Bexsero gir i tillegg 30(-50) % beskyttelse mot gonoreesykdom (uvisst hvor lang beskyttelse) Nærkontakter §4, kontakt smittevernlege i kommunen. **Kan gis til gravide.**

Skogflåttencefalitt TBE

TicoVac (> 16 år) og TicoVac Junior (< 16 år). **Indikasjon:** vaksinasjon mot skogflått-overført encefalitt. Aktuelt dersom bolig/ferieopphold i risikoområder og vanligvis >2 flåttbitt i året og til de med friluftsliv eller arbeidsaktivitet i endemiske områder. Immunfriske mellom 1-60 år: 2 doser med 1-3 mnd intervall. Etter de 2 første dosene kan tilstrekkelig beskyttelse forventes i pågående flått sesong. 3. dose bør gis 5-12 mnd etter 2. dose. Booster etter 3 år, og deretter 5 års intervall. For personer > 60 år og personer med immunsvikttilstander anbefales 3 doser med best effekt med kort intervall (da 0, 7 og 30). Ikke behov ved gjennomgått TBE (livslang immunitet). Booster som over. Ingen effekt mot borrelia.

M-kopper

L

MSM

§4

3.generasjons koppevaksine (Imvanex **L**). **Indikasjon:** immunisering for å forebygge kopper, m-kopper og ku-kopper. Kan gis posteksposisjonsprofylaktisk (**§4**, drøftes med smittevernlege). Settes intradermalt (i.d.) eller subcutant (s.c.), to doser med minimum 28 dager intervall uavhengig av tidligere vaksinasjonsstatus. **Kan tilbys av kommune og sykehus.** Vaksinen er gratis, men administrativt gebyr kan kreves. Risikogrupper: **MSM** og selvrapportert risikoatferd (f.eks. nye eller flere seksualpartnere), HIV-PREP-brukere, sexarbeidere og visse helsepersonell.



Barnevaksinasjonsprogrammet

QR-koden sender deg til
<https://www.fhi.no/va/>



Reisevaksiner

QR-koden sender deg til
<https://www.fhi.no/sm/>



Stikkskader

QR-koden sender deg til
<https://www.fhi.no/sm/>



MOLDE KOMMUNE



Norsk forening for
allmennmedisin
DEN NORSKE LEGEFORENING





Husk Sysvakregistrering

Oppslag i kjernejournal/sysvak/helsenorge før
vaksine settes. Bivirkninger registreres på melde.no

FASTLEGENES KONTAKT MED PAPIRLØSE MIGRANTER: Kunnskaper og dilemma

■ SVEIN AARSETH • Spesialist i allmennmedisin og arbeidsmedisin, tidligere leder i Rådet for legeetikk

■ KJELL MAARTMANN-MOE • Spesialist i allmennmedisin, dr. med

■ TRYGVE KONGSHAVN • Spesialist i allmennmedisin

Papirløse migranter er en spesiell gruppe med særlig sårbarhet.

Det er også en gruppe med svake rettigheter i vårt samfunn, også i sitt møte med helsetjenester. For fastlegen oppstår det flere dilemmaer i møtet med denne pasientgruppen.

I 2010 ble det utført en Questback om fastlegers kontakt med papirløse migranter (1). Den ble publisert i 2016. Vi ønsket igjen å undersøke i hvilken grad norske allmennleger behandler papirløse migranter, hvilke utfordringer de støter på, deres begrunnelse for sine valg, samt å få informasjon om hvilke helseproblemer som ble presentert. Vi ønsket og ønsker fortsatt også å bidra til økt kunnskap om temaet.

Materiale og metoder

Studien ble utført i november 2024 som en internettbasert spørreundersøkelse. Fra HELFO fikk vi e-post til alle som hadde mottatt HELFO-refusjon i 2024, i alt 9202 personer. 664 (7 prosent) har svart. 532 fastleger av 5517 (9,6 prosent) svarte (2).

Vi benyttet Questback og purret to ganger. Erfaringer fra vår tidligere kartlegging dannet grunnlag for spørsmålene, i hovedsak flervalgsspørsmål. Begrepet «udokumenterte migranter», som er mest brukt internasjonalt, ble i spørreskjemaet definert som ulovlige innvandrere og papirløse

se innvandrere. «Papirløse migranter» er det mest brukte begrepet i Norge og er derfor benyttet i denne artikkelen.

Informasjon om legen omfattet kjønn, alder, spesialiststatus, kommunestørrelse og legekantorstørrelse. De legene som tok imot disse pasientene, ble spurt om de tok imot dem som hadde rett til behandling, eller om de tok imot denne pasientgruppen uansett kontaktårsak.

Vi minnet om at «Forskrift om rett til helse- og omsorgstjenester til personer uten fast opphold i riket», fra 2011, heretter kalt forskriften, regulerer rettighetene (3). Pasientgruppen har også rettigheter etter lov om helse- og omsorgstjenester i kommunene (4, 5). Rettighetene er definert i ramme 1.

Legene ble bedt om å oppgi kjønn, alder og diagnose (i fritekst eller ICPC-kapittel) på den siste pasienten de hadde behandlet eller den siste de husket. Fritekstdiagnoser ble klassifisert i henhold til ICPC-2 av forfatterne. Studien er vurdert av Legeforeningens personvernombud og ansett å falle innenfor Legeforeningens formål. Dataene er bearbeidet i Questback og statistisk bearbeidet med SPSS.

Rett til helsehjelp for alle personer som oppholder seg i riket

- Rett til vurdering i spesialisthelsetjenesten etter Pasient- og brukerrettighetsloven § 2-2a
- Øyeblikkelig hjelp
- Helsehjelp som er helt nødvendig og ikke kan vente uten fare for nært forestående død, varig sterkt nedsatt funksjon/tilstand, alvorlig skade, eller sterke smerter.
- Vedkommende er psykisk ustabil og utgjør en nærliggende og alvorlig fare for eget eller andres liv eller helse
- Nødvendig helsehjelp før og etter fødsel
- Svangerskapsavbrudd etter bestemmelsene i abortloven
- Smittevern hjelp jf. Smittevernloven § 6-1
- Helsehjelp som ikke bør vente til frihetsberøvelsen er over, dersom vedkommende er undergitt frihetsberøvelse som nevnt i Folketrygdloven § 2-17

Rett til forebyggende helsetjenester

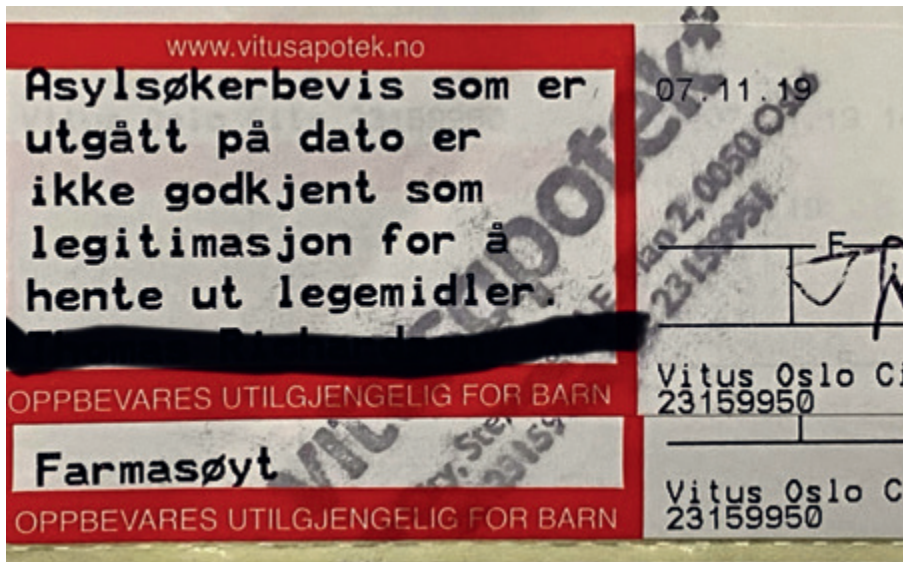
- Barn har rett til nødvendig helsehjelp også i form av helsekontroll i den kommunen barnet bor eller midlertidig oppholder seg (4)
- Tilbudet til gravide, nyfødte, barselkvinner og deres partnere og barn og ungdom 0–20 år i helsestasjonstjenesten (5)
- Helsestasjonen og skolehelsetjenesten skal informere om og tilby Barne-vaksinasjonsprogrammet til alle barn til og med grunnskolealder, samt tilby vaksineprogrammet til ungdom mellom 16 og 20 år som tidligere har takket nei til, eller ikke har mottatt tilbud om, vaksiner i programmet.

Rett til tolk (24)

- Det skal brukes tolk når det er nødvendig for å yte forsvarlig hjelp og tjeneste

RAMME 1. Rett til helsehjelp for alle personer som oppholder seg i riket. Rettigheter er gitt etter lov om helse- og omsorgstjenester i kommunene.

FOTO: HELSETJENESTER FOR PAPIRLØSE MIGRANTER



Resultater

- Andelen svar var høyest i aldersgruppene 45–66 år og blant leger med langvarig fastlegepraksis.
- 30 prosent mente de hadde god, eller svært god kompetanse på fremmedkulturelle (GRAF 1).
- Legene jobbet i så vel små som store kommuner (GRAF 2).
- 5,5 prosent av fastlegene jobbet i solo- og tolegepraksiser.
- 55 prosent av fastlegene visste ikke om kommunen har policy på hvordan pasientgruppen skal håndteres (GRAF 3).
- Det var vanligst å bruke tolk via skjerm eller telefon (91 prosent). 38,5 prosent brukte også familie/venner som tolk i noen situasjoner. Vi spurte denne gangen ikke om bruk av mindreårige som tolk. 31 prosent hadde konsultasjon med bruk av tolk minst hver måned (GRAF 4).
- Kun 28 prosent av respondentene hadde kjennskap til forskriften.
- 23,1 prosent mente distinksjonen øyeblikkelig hjelp/ nødvendig helsehjelp som ikke kan vente, var nyttig, mens 31 prosent mente den ikke var nyttig.
- Om holdning til helsehjelp, svarte 40 prosent (22 prosent) at de bare tok imot pasienter som hadde fastlege på kontoret. 31 prosent (35 prosent) tok imot i henhold til forskriften og 29 prosent (43 prosent) tok imot etter pasientens behov. Tallene i parentes gjelder de som kjenner til forskriften.
- 36 prosent ser pasienter som ikke er listet ved kontoret minst hver måned.
- Av de 106 som svarte, ser ca. 20 prosent papirløse minst en gang i måneden.
- Øyeblikkelig hjelp er den pasientgruppen flest tar imot (GRAF 5).
- To av tre som tar imot papirløse migranter, tar også imot gravide. At gravide følges opp, framgår også av respondentkommentarene.
- Både eget og eksternt laboratorium brukes ved behov.
- 93 prosent henviser som vanlig, mens ca. seks prosent henviser ikke denne gruppen. De fleste henvisningene gjelder øyeblikkelig hjelp.

- 58 prosent av respondentene som har oppgitt pasientens kjønn, er kvinner.
- 50 prosent tok ikke betalt. Her kommenteres det både at alle skal behandles likt og at det er utfordrende å ta betalt fra papirløse migranter. Det kommenteres også at noen kommuner har etablert betalingsordninger. Enkelte peker på at disse pasientene er tid- og ressurskrevende og at det burde vært etablert offentlige betalingsordninger der legene fikk godtgjort for arbeidet med papirløse migranter.

Diskusjon

Svarprosenten i undersøkelsen var lav. Det ble ikke gjort noen form for markedsføring av undersøkelsen før e-post ble sendt ut fra Questback. Undersøkelsen gir likevel innblikk i legenes dilemma og i pasientenes behov for helsehjelp.

Politiets utlendingsenhet oppgir at det er cirka 1800 papirløse i Norge (6). Helsesenteret for papirløse anslår at tallet er 5000–10 000 (7). I Agder med en befolkning på 322 000 innbyggere er antall papirløse migranter anslått til 50–70 personer (8).

Selv om barn og gravide i gruppen har fulle rettigheter med hensyn til tilgang til helsehjelp, får de ikke god nok hjelp. Frode Eick har dokumentert seks ganger økt risiko for perinatal død (9). Forskriften hjemler også mulighet til å nekte papirløse barn helsehjelp som ellers ville vært gitt (10). Selv barn med lovlig opphold, men med papirløse foreldre, er marginalisert i helsetjenesten (11).

Hvilken helsehjelp gruppen skal få, må også forstås i en innvandringsregulerende kontekst. Det går tydelig fram av høringsnotatet til forskriften og er særlig tydelig i forskriftens §5 bokstav a) (3, 12). Begrepet «helsehjelp som ikke kan vente», er grundig diskutert i Sverige (13). Begrepet kan ikke defineres entydig, og det bryter med medisinsketiske prinsipper. Helsepersonell blir en del av migrasjonskontrollen (14). Disse dilemmaene blir også kommentert av respondentene. I praksis vil for eksempel en pasient med diabetes ha rett til hjelp ved alvorlige episoder med hyper-

eller hypoglykemi, men når dette er behandlet, vil personen ikke lenger ha rett til helsehjelp. Dette etiske dilemmaet er diskutert av Melberg og kolleger (15).

Kommuner og fylkeskommuner har ansvar for alle som oppholder seg i kommunen (16). Noen kommuner har funnet det nødvendig å lage bedre rammer omkring denne pasientgruppen ved å tilby tjenester og ved å lage gode rutiner (17–19). At det råder usikkerhet, antydes også i oppdrag gitt i departementets tildelingsbrev for 2025 til Helsedirektoratet (20).

Papirløse migranter har ikke personnummer og mangler ofte gyldig ID. Det kan skape problemer på apoteket (illustrasjon). E-resept er mulig ved bruk av kode. Ellers er pasienten avhengig av telefon- eller papirresept som har en del begrensninger, blant annet i utlevert mengde medisin. Mulighet for å bruke helsenettet for å kommunisere og sende henvisninger er også begrenset. Risiko for flere journaler på samme pasient er også til stede, særlig i spesialisthelsetjenesten (21).

I undersøkelsen i 2010 spurte vi om kompetanse og bruk av tolk (22). I denne undersøkelsen har vi ikke spurt om barn som tolk, da det er forbudt å la barn tolke (23). Det er flere som oppgir å bruke tolk enn i 2010-undersøkelsen. Fortsatt brukes både profesjonelle og ikke-profesjonelle tolker. I 2010 oppga 48 prosent at de hadde god eller svært god kompetanse på å møte fremmedkulturelle. I 2024 var det 29 prosent.

Legeforeningen har i to policydokumenter uttalt:

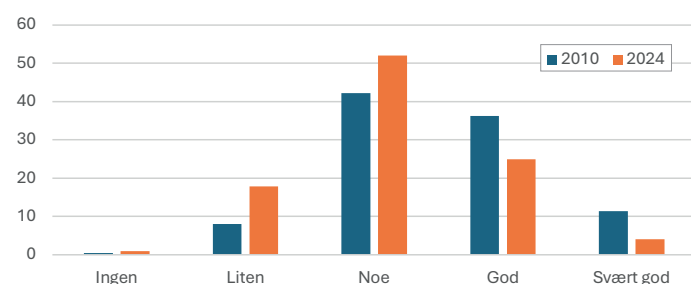
«Rett til helsetjenester må springe ut fra individets medisinske behov, våre internasjonale forpliktelser og ikke innvandringsregulerende hensyn»

og

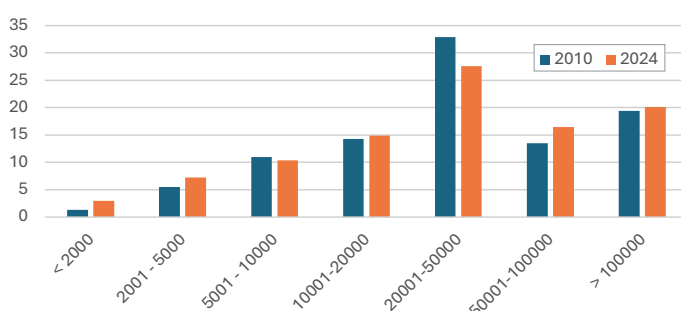
«Barn uten lovlig opphold må få tilgang til kommunal helsetjeneste, inkludert fastlege, spesialisthelsetjeneste og tannhelsetjeneste, på linje med norske barn» (24, 25).

Bare 28 prosent av respondentene hadde kjennskap til forskriften. Cirka halvparten mener de har god kompetanse i møtet med fremmedkulturelle. Papirløse migranter er

GRAF 1. Fastlegenes egenvurdering av kompetanse på fremmedkulturelle (prosent).



GRAF 2. Fastlegenes arbeidssted etter kommunestørrelse (prosent).



en spesiell gruppe med særlig sårbarhet. Kartleggingen viser også en av fastlegeordningens uheldige sider. Kommunen skal sørge for at personer som oppholder seg i kommunen, tilbys nødvendige helse- og omsorgstjenester.

Samtidig er fastlegenes plikter begrenset. 40 prosent tar bare imot pasienter som har fastlege ved kontoret. 55 prosent vet ikke om kommunen har noen policy med henblikk på å ta imot papirløse, og 22 prosent sier kommunen har policy. Rett til vurdering i spesialisthelsetjenesten fordrer henvisning, og ca. 95 prosent av leger som behandler papirløse migranter, svarer at de henviser som vanlig. Det kan altså se ut til at papirløse som vurderes av fastlege, faktisk blir henvist for vurdering. Cirka 50 prosent oppgir at de ikke tar betaling av pasienten. Behandling etter smittevernloven blir refundert. I spesialisthelsetjenesten gjelder dessuten: Dersom pasienten ikke kan dekke utgiftene selv, skal utgiftene dekkes av vedkommende helseinstitusjon eller tjenesteyter (27). Staten betaler for tvunget psykisk helsevern. At helsehjelpen er økonomisk tilgjengelig, er også en del av retten til helsehjelp i henhold til General Comment no.14 til Øsk-konvensjonens Artikkel 12 (28).

Papirløse migranter har plager på linje med andre pasienter. Vår undersøkelse gir lite informasjon om dette, men statistikk fra Helsesenter for papirløse migranter i Oslo viser at lidelser i fordøyelsessystem, muskel- og skjelett og psykiske lidelser dominerer (20).

Det er en informativ side om helsehjelp til denne gruppen pasienter på Helsenorge, og den er oversatt til ni språk (30). Det er også henvisning til de to Helsesentrene for papirløse migranter i Oslo og Bergen. Nylig er det laget et kurs om temaet tilgjengelig på kompetansebroen (31).

Konklusjon

Vi og Legeforeningen mener at alle i Norge skal få helsehjelp etter behov, og at papirløse barn bør ha tilgang til fastlege. Fastleger har for lite kunnskap om rettigheter og ordninger som er etablert. Skal retten til

helsehjelp være reell, må det komme på plass en nasjonal finansierungsordning for helsehjelp og nødvendige medisiner til papirløse migranter.

REFERANSER

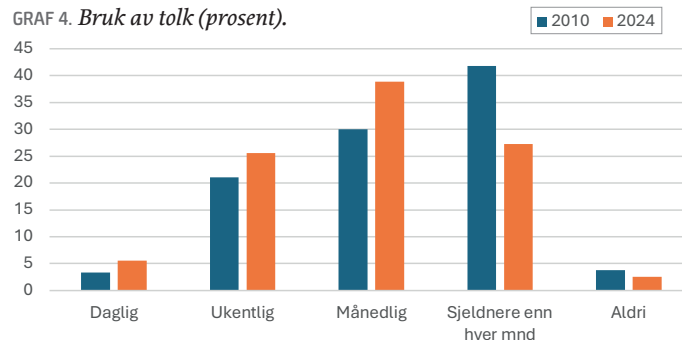
1. Aarseth S, Kongshavn T, Maartmann-Moe K og Hjortdahl P: Papirløse migranter og norske allmennleger, Tidsskr Nor Legeforen 2016, doi: 10.4045/tidsskr.14.1304.
2. Fastlegestatistikk – Helfo – for helseaktører (lest 15.01.25).
3. FOR-2011-12-16-1255 Forskrift om rett til helse- og omsorgstjenester til personer uten fast opphold i riket – Lovdata.
4. LOV-2011-06-24-30 Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (helse- og omsorgstjenesteloven) – Lovdata.
5. FOR-2018-10-19-1584 Forskrift om helsestasjons- og skolehelsetjenesten.
6. Hvor mange oppholder seg ulovlig i Norge? – Politiet.no (lest 25.06.25).
7. Ligaard JS, Sivertsen ØS, Näsholm L et Al: Hjelp, pasienten er papirløs. Tidsskr Nor Legeforen 2025, doi: 10.4045/tidsskr.25.0117.
8. Sørfjorddal E, Bjørlo L, Austenå MB og Rom IB: Kartlegging av papirløse migranter i Agder, Rapport 2025/4, Oxford research AS, Kristiansand. Papirløse-flyktninger-rapport-1.pdf (lest 25.06.25).
9. Eick F, Vallerstnes OM, Fjels HE et al. Perinatal mortality among pregnant undocumented migrants in Norway 1999–2020: A register-based population study. Soc Sci Med 2024 Jul; 353:117055. DOI: 10.1016/j.socscimed.2024.117055.
10. Aarseth S: Barn i Norge som ikke har rett til behandling – finnes de? Tidsskr Nor Legeforen 2016 doi: 10.4045/tidsskr.16.0111.
11. Blom CH: Kirkens bymisjon, Oslo, 2023: De usynlige barna. Rapportlansering: De usynlige barna – Kirkens Bymisjon (lest 29.06.25).
12. Høringsnotat – Endring av prioriteringsforskriften – Helsehjelp til personer som oppholder seg ulovlig i landet.
13. Vård for pappersløse Vård som inte kan anstå, dokumentation och identifiering vid vård till personer som vistas i landet utan tillstånd Socialstyrelsen, Stockholm 2014 (lest 25.06.25).

14. Karlén MA: Når helse blir en del av migrasjonskontrollen – etiske og praktiske dilemmaer for helsepersonell. I: Eksepsjonell velferd? Red.: Bendixen SK, Jacobsen CM og Søvig HA. Gyldendal, Oslo 2015.
15. Melberg A, Onarheim KH, Diaz E et Al: Møtet med den papirløse pasient – en etisk analyse. Utposten nr 7 2016: 2016-07-12-15.pdf.
16. avtale-om-rutiner-for-utskrivningsklare-pasienter-uten-trykderettigheter2013-stsa.pdf. Byrådsavdeling for eldre og sosiale tjenester, Oslo, 2013 (lest 25.06.25).
17. Siem B, Rognsvåg S og Løland LR: NRK.no 27.09.22 Vestland fylke med egen asylpolitikk: Vil hjelpe Gziawi og andre papirløse – NRK Vestland (lest 29.06.25).
18. Westergård K og Sævik R: Bergens Tidende 16.06.24: Papirløse Belainesh har fastlege. Det er unikt i hele landet. Lest 18.05.25.
19. Vestland fylkeskommune 2022: papirløse-situasjon-i-vestland-2.pdf (lest 25.06.25).
20. <https://www.regjeringen.no/contentassets/d8f63d7d01d64def982cb7c8ce1eeb64/2025-tildelingsbrev-helsedirektoratet.pdf> s 24.
21. Dagens Medisin 12.06.25: Papirløse pasienter må få et fast pasientnummer (lest 1.10.25).
22. Kongshavn T, Aarseth S og Maartmann-Moe K: Allmennlegers bruk av tolk. Utposten 2012 nr 5, s 25–28. 2012-05-25-28.pdf (lest 13.01.25).
23. Kongshavn T, Aarseth S, Maartmann-Moe K: Allmennlegers bruk av tolk. Utposten nr 5, 2012. 2012-05-25-28.pdf.
24. LOV-2021-06-11-79 Lov om offentlige organers ansvar for bruk av tolk mv. (tolkeloven) – Lovdata.
25. Legeforeningen. Internering av barn (nr. 5/2018).
26. Legeforeningen. Papirløse innvandrere (1/2013).
27. LOV-1999-07-02-61 Lov om spesialisthelsetjenesten m.m. (spesialisthelsetjenesteloven) – Lovdata.
28. General comment No. 14: The right to the highest attainable (lest 25.06.25).
29. www.HelseNorge.no. Helsehjelp til personer uten lovlig opphold i Norge – Helsenorge (lest 29.06.25).
30. Helsehjelp til papirløse migranter – et e-læringskurs på Kompetansebroen.
31. Arsmelding_2024Helsesenteret.pdf (lest 1.10.25).

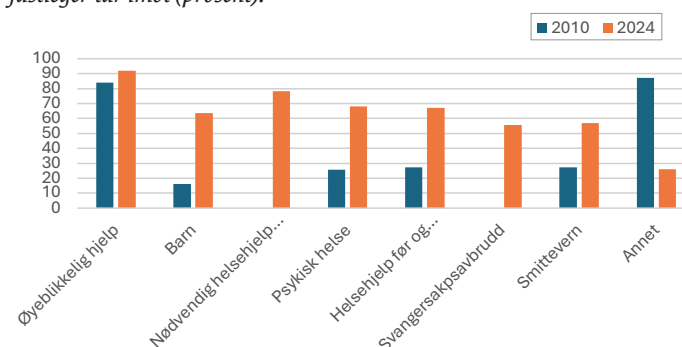
■ SVEIN.AARSETH@VIKENFIBER.NO

Takk til
Medarbeidere i
Legeforeningen:
Lisbeth Kongsvik
(oppsett og
utsendelse av
Questback) og
Anders Taraldseth
(statistikk).

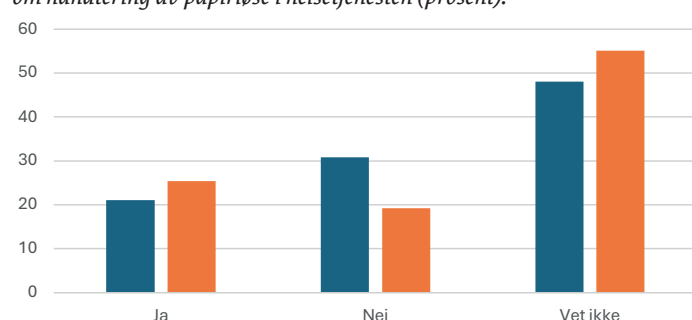
GRAF 4. Bruk av tolk (prosent).



GRAF 5. Hvilke pasientgrupper (som definert i forskriften) fastleger tar imot (prosent).



GRAF 3. Kjennskap til om kommunene har policy om håndtering av papirløse i helsetjenesten (prosent).



Styrking av tjenester til pa

Et forbedringsarbeid til inspirasjon for andre

■ KRISTINE LILLEBØ • Assisterende kommuneoverlege, Byrådsavdeling for eldre, helse og omsorg, Bergen kommune

■ SYNNØVE SÅRHEIM ALME • Seniorrådgiver og jurist, Byrådsavdeling for eldre, helse og omsorg, Bergen kommune

■ METTE CHRISTOPHERSEN TOLLÅNES • Assisterende kommuneoverlege, Byrådsavdeling for eldre, helse og omsorg, Bergen kommune og professor II, Institutt for global helse og samfunnsmedisin, Universitetet i Bergen

■ HEIDI FAGERBAKKE AASEN • Seniorrådgiver, Byrådsavdeling for barnevern, sosiale tjenester og mangfold, Bergen kommune

I dag er minimumskravet til helsehjelp til voksne og papirløse migranter begrenset til akutthjelp, smittevern hjelp og helsehjelp som er helt nødvendig og ikke kan vente. I tillegg har barn og gravide tilnærmet fulle rettigheter til hjelp. For kommunalt ansatte er det vanskelig å tolke regelverket, og ofte tolkes lover og forskrifter for strengt.

21. juni 2024 vedtok Bergen bystyre å styrke kommunale tjenester til papirløse for å sikre at deres rettigheter ivaretas i henhold til norsk lov. Saken satte søkelys på kommunens plikt til å oppfylle papirløse sine rettig-

heter og foreslo tiltak som styrket tjenestenes mulighet til å innfri disse rettighetene. Både brukergruppen og organisasjoner som arbeider med papirløse opplevde en klar forbedring i tjenestetilbudet.

Bakgrunn

Uttrykket papirløse brukes for å beskrive personer som bor og lever i Norge, i varierende tidsrom, uten å ha gyldig opphold.



papirløse i Bergen kommune

kommuner?

Mennesker ender opp som papirløse av ulike grunner, men flertallet er personer som har søkt asyl, og som har fått endelig avslag på søknad om oppholdstillatelse.

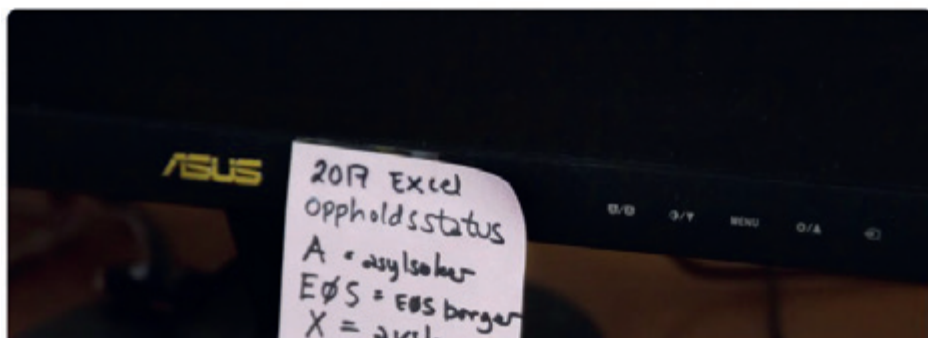
Tallet på hvor mange som er papirløse i Norge er usikkert. I en nylig kronikk i *Tidsskrift for den norske legeforening* anslås mellom 5000 og 1000, basert på Politiets tall og en antagelse om store mørketall (1). Det er også usikkert hvor mange som oppholder seg i Bergen, men Helsesenter for papirløse som har drevet klinikker basert på frivillighet – i mangel på et offentlig tilbud både i Oslo og Bergen – anslo omtrent 100–150 papirløse brukere av deres tjenester per år i Bergen.

I Norge er papirløses rett til tilgang på helsetjenester i henhold til forskrift sterkt begrenset (2). I tillegg har papirløse en rekke utfordringer som medvirker til manglende tilgang til helsehjelp: svak språk- og helsekompetanse, mangel på kjennskap til systemet og ikke minst myndighetsskapis. Forskriften var ment som minsterettigheter, for å sikre det minimumsnivået Norge har plikt til å sikre etter menneskerettighetene. Forskriften setter ikke begrensninger for hvor mye helsehjelp man kan gi, og det er heller ikke forbudt etter annet regelverk å yte helsehjelp ut over minimumsrettighetene. Likevel kan forskriften i praksis virke innskrenkende heller enn at den sikrer et forsvarlig minimum av helsetjenester. Det har vært omtalt i media at Statsforvalter har slått fast at helsehjelpen ikke alltid har vært i tråd med forskriften (3, 4).

Det er lite forskning på papirløse og deres bruk av allmennlegetjenester og andre helsetjenester i kommunene. Papirløse har for eksempel ikke rett på fastlege. Det er likevel en rekke norske fastleger som sier de har tatt imot og gitt behandling til papirløse, stort sett uten kompensasjon og

Menneskerettighetsbyen Bergen leverer ikke

DEBATT: «Heba» har insulinkrevende diabetes, men fordi hun er papirløs, ekskluderes hun fra tilgang til behandling.



FAKSIMILE BERGENS TIDENDE 10. DESEMBER 2018

begrunnet med etiske forpliktelser (5). Psykiske problemer, svangerskapsrelaterte forhold og luftveisplager var de hyppigst rapporterte årsakene til kontakt. En del oppsøker også helsehjelp på grunn av smittsomme sykdommer (6). En studie fra Oslo legevakt dokumenterte at papirløse gravide – selv med alle rettigheter til svangerskapsomsorg foruten fastlege – gjennomgående var mye mer alvorlig syke ved kontakt med legevakt enn andre gravide (7). Det er ikke mange papirløse som trenger sykehjemsplass eller omsorgstjenester. De fleste papirløse i Europa er relativt unge og friske i dag (8).

Den offentlige debatten og bakgrunnen for arbeidsgruppens arbeid

Engasjementet for de papirløse har vokst over tid i Norge, og det er blitt skrevet flere

debattinnlegg i mediene (9). Spørsmålet har samtidig vært politisk betent. Med bakgrunn i et interpellasjonsforslag fra KrF og Rødt i 2023, ba Bergen bystyre om at byrådet utarbeidet en sak om hvordan de kommunale tjenestene til papirløse kunne styrkes. Dette resulterte i opprettelse av en faglig bredt sammensatt kommunal arbeidsgruppe som skulle vurdere forslag til tiltak.

Samarbeid på tvers og lokal drahjelp fra Fylkeskommunen

Arbeidsgruppen hadde sitt første møte i september 2023. Arbeidsgruppen valgte å særlig se på om Bergen kommune gir de tjenestene vi er pålagt av loven ved å gjennomgå tjenestene for å se hvilke tjenester som var omfattet av forskriften, og hva tilsyns- og klagesaker hadde avdekket. Sam-

Tiltak
Sikre at henvendelser blir behandlet med kompetanse
Risikovurdere helsetjenestene til papirløse
Etablere nødvendige prosedyrer for behandling av henvendelser. Prosedyrer skal omhandle blant annet:
Fakturerings- og inndrivningspraksis
• Vurdering av betalingsevne, slik at det ikke blir framsatt krav til pasienter som ikke har slik evne. • Sørge for at medisiner og materiell er tilgjengelig for pasienter som ikke kan anskaffe dette selv
Rutiner for å formidle informasjon
Vurdere pasientgruppens plass i planarbeid
Tilrettelegge tilbudet til de papirløse ved Helsehuset legekontor

TEKSTBOKS. *Utdrag fra de viktigste tiltakspunktene i den politiske saken knyttet til helse og omsorg.*

tidig vedtok Vestland fylkeskommune å jobbe for å bedre situasjonen til de papirløse og etablerte et samarbeidsforum for å samordne innsatsen. De arrangerte to temadager om papirløse som samlet både byråkrater, politikere og frivillige organisasjoner. Disse samlingene gav oss god drahjelp, og var en anledning til å få innspill til arbeidet.

Fylkestinget vedtok også at Vestland skulle se til andre nordiske land for å finne gode løsninger. I Finland har det kommet en ny lov som utvider et tidligere begrenset tilbud, slik at papirløse nå har rett til nødvendig behandling av blant annet kroniske sykdommer i primærhelsetjenesten (10, 11). Vestland fylkeskommune fikk Erasmus-midler for lærings- og kompetanseutvikling, og inviterte deler av arbeidsgruppen i kommunen med på en studietur til Helsinki. Reisen var kilde til inspirasjon til videre arbeid.

Hva er «nødvendig helsehjelp som ikke kan vente»?

På bakgrunn av tilsynssak og klagesak fra Statsforvalteren i Vestland og kommunens oppfølging av klagesaken, ble det klart at det ikke var åpenbart for tjenestene at «helt nødvendig helsehjelp som ikke kan vente» ikke betyr det samme som «øyeblikkelig hjelp». Eksempelvis vil vedlikeholdsbehandling for å forhindre forverring av kronisk sykdom kunne komme innunder forskriften. Det samme kan gjelde der utsatt behandling gir forverret prognose

og gjør tilstanden vanskeligere å behandle. Å avgjøre hva som ikke kan vente krever en individuell vurdering. Også forebyggende og rehabiliterende behandling kan etter individuell vurdering omfattes (12).

Arbeidsgruppen konkluderte med at det var usikkert om Bergen kommune innfridde de rettighetene papirløse har til nødvendig helsehjelp. Forskriften var både lite kjent og vanskelig å anvende, og kommunens ansatte hadde for lite kunnskap om papirløses særskilte sårbarheter. I de få søknadene om helse- og omsorgstjenester Bergen hadde fått, registrerte vi undertolking av rettigheter, urettmessig avslag og manglende oppfølging. Det ble klart i klagesak mot kommunen i 2024. Statsforvalteren opphevet et avslag på bakgrunn av at etaten som fattet vedtaket ikke hadde brukt forskriften rett. Etaten hadde antatt at personer uten fast opphold kun hadde rett til øyeblikkelig hjelp, og at hjemmesykepleie ikke kunne sies å være det. Kommunen hadde heller ikke en prosedyre som dekket temaet. Arbeidsgruppen foreslo derfor detaljerte tiltakspunkt (SE TEKSTBOKS) for å innfri kravene papirløse har til nødvendig helsehjelp, som senere ble politisk vedtatt (13).

Hovedsatsning: Mer tilgjengelige allmennlegetjenester

Gjennomgangen av tjenestene viste at det viktigste var å tilrettelegge tilbudet til de papirløse ved et av kommunens kommunale legekontor (13). Primærlegetjenester vil i mange tilfeller være en forutsetning for å få innfridd rettighetene etter forskriften, og mangel på tilgang til primærlegetjenester gjør at selv de begrensede rettighetene i forskriften ikke kan oppfylles. Eksempelvis er det fastlegen som ivaretar nødvendig oppfølging skissert i epikrise fra spesialisthelsetjenesten, koordinerer og henviser til andre tjenester. Også for barn og gravide, som i utgangspunktet har alle rettigheter, er mangelen på fastlege en effektiv barriere mot å få hjelpen de ellers har rett på. Kommunen hadde allerede et tilbud som hadde i sitt mandat å tilby legetjenester til personer som ikke hadde fastlege. Dette var også det kommunale legekontoret med mest sentral plassering, og var et godt egnet utgangspunkt for tilbudet til papirløse pasienter, samlokalisert med Legevakten og Smittevernkontoret, og med fastlønnede leger. Det som måtte på plass, var informasjon til samarbeidspartnere og målgruppen. Helsestasjonene ble informert om at de nå kunne opplyse blant annet gravide om at de kunne få svangerskapskontroll ved det kommunale

legekontoret, og Helsesenteret for papirløse om at de kunne informere pasienter som trengte oppfølging av lege om muligheten til å få legetime der. Legekontoret på sin side tilrettela tilbudet for pasientgruppen ved å øke kompetansen blant ansatte og redusere barrierer knyttet til timebestilling, journalføring og fakturering. De har også regelmessige møter med det frivillige tilbudet til Kirkens bymisjon (Helsesenter for papirløse), som henviser mange pasienter til legekontoret.

Hvem skal betale?

Til tross for at papirløse har rett til nødvendig helsehjelp som ikke kan vente, blir ikke tilgangen reell når frykt for uhåndterbare fakturaer fører til at papirløse ikke oppsøker hjelp. Arbeidsgruppen presiserte derfor at det var behov for rutiner for vurdering av betalingsevne, og fikk politisk tilslutning til at nødvendige legemidler, som del av øyeblikkelig hjelp og helsehjelp som er helt nødvendig, må betales av kommunen for pasienter uten betalings-evne.

Avsluttende kommentar

Selv om tilgangen til kommunale helse- og omsorgstjenester er styrket for mennesker uten lovlig opphold i Bergen, har denne gruppen fortsatt ikke de samme rettighetene til helsehjelp som befolkningen ellers i Norge og i Skandinavia. Flere har tatt til orde for å styrke denne pasientgruppens tilgang til helsehjelp både nasjonalt og internasjonalt (14). Deres menneskerettigheter er fortsatt under press (15). Ikke alt kan løses lokalt, og vi trenger en nasjonal gjennomgang av helsetilbudet til denne gruppen. Det er derfor gledelig å se at erkjennelsen av behov for grundigere informasjon om regelverket, med mål om en mer enhetlig praksis, kommer frem av Helsedirektoratets tildelingsbrev for 2025 (16).

Papirløse er en liten og marginalisert gruppe. Kanskje er tiden på ny inne for å drøfte nasjonalt hvorvidt papirløse bør ha lovfestet rett på helsehjelp som andre pasienter i helsetjenesten?

REFERANSER

1. Ligaard JS, Sivertsen ØS, Näsholm L, Christiansen MH. Hjelp, pasienten er papirløs. Tidsskriftet (Internett). 17. mars 2025 (siteret 28. mars 2025); Tilgjengelig på: <https://tidsskriftet.no/2025/03/kronikk/hjelp-pasienten-er-papirlos>.
2. Forskrift om rett til helse- og omsorgstjenester til personer uten fast opphold i riket (Internett). LOV-1999-07-02-63 § 2-1 jan 1, 2012. Tilgjengelig på: <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2011-12-16-1255>.

3. Sivertsen ØS. Flykter fra ansvaret. Tidsskriftet (Internett). 2022 (sitert 3. juli 2025); Tilgjengelig på: <https://tidsskriftet.no/2022/04/fra-redaktoren/flykter-fra-ansvaret>.
4. Pedersen K, Bordvik M, Hilland L. Papirløs kreftpasient ble avvist på sykehusene. Lovbrudd, fastslår fylkeslegen. Bergens tidende (Internett). 1. desember 2022; Tilgjengelig på: <https://www.bt.no/nyheter/lokalt/i/4o011E/papirloes-kreftpasient-ble-avvist-paa-sykehusene-lovbrudd-fastslaar-fylkeslegen>.
5. Aarseth S, Kongshavn T, Maartmann-Moe K, Hjortdahl P. Papirløse migranter og norske allmennleger. Tidsskriftet. 2016; 136(10): 911–3.
6. Austad RH, Sandbakken E, Sandrib H, Aavitsland P, Bruun JN, Eick F, mfl. Smittsomme sykdommer blant pasienter ved Helsecenter for papirløse migranter i Oslo. Tidsskriftet (Internett). 2020 (sitert 11. mars 2025); Tilgjengelig på: <https://tidsskriftet.no/2020/03/kort-rapport/smittsomme-sykdommer-blant-pasienter-ved-helsecenter-papirlose-migranter-i-oslo>.
7. Eick F, Vallersnes OM, Fjeld HE, Sørbye IK, Storås G, Ekrem M, mfl. Use of non-governmental maternity services and pregnancy outcomes among undocumented women: a cohort study from Norway. BMC Pregnancy Childbirth. 24. oktober 2022; 22(1): 789.
8. Gimeno-Feliu LA, Calderón-Larrañaga A, Diaz E, Poblador-Plou B, Macipe-Costa R, Prados-Torres A. The healthy migrant effect in primary care. Gaceta Sanitaria. Januar 2015; 29(1): 15–20.
9. Strømme E, Aasen HS, Melberg A, Onarheim KH. Menneskerettighetsbyen Bergen leverer ikke. Bergens tidende (Internett). 10. desember 2018; Tilgjengelig på: <https://www.bt.no/btmeninger/debatt/i/gP95Mk/Menneskerettighetsbyen-Bergen-leverer-ikke>.
10. PICUM. Finland: new law expands health care for undocumented migrants (Internett). 2023. Tilgjengelig på: <https://picum.org/blog/finland-new-law-expands-health-care-undocumented-migrants/>.
11. Jauhiainen JS, Tedeschi M. Healthcare of Undocumented Migrants. I: Undocumented Migrants and their Everyday Lives (Internett). Cham: Springer International Publishing; 2021 (sitert 14. april 2025). s. 131–48. (IMISCOE Research Series). Tilgjengelig på: https://link.springer.com/10.1007/978-3-030-68414-3_5.
12. I/5-2011 Helsehjelp til personer uten fast opphold i riket og personer uten lovlig opphold (rundskriv) (Internett). nov 4, 2011. Tilgjengelig på: <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/i-52011-helsehjelp-til-personer-uten-fas/id662225/>.
13. Meyer C, Spurkeland C. Framstilling- Kommunale tjenester til papirløse (Internett). Bergen kommune; 2024. Tilgjengelig på: <https://www.bergen.kommune.no/politikere-utvalg/api/fil/bk360/10312236/Framstilling-Kommunale-tjenester-til-papirlose>.
14. Onarheim KH, Melberg A, Meier BM, Miljeteig I. Towards universal health coverage: including undocumented migrants. BMJ Glob Health. oktober 2018; 3(5): e001031.
15. Biswas D, Toebes B, Hjern A, Ascher H, Norredam M. Access to health care for undocumented migrants from a human rights perspective: a comparative study of Denmark, Sweden, and The Netherlands. Health Hum Rights. 15. desember 2012; 14(2): 49–60.
16. Tildelingsbrev 2025 Helsedirektoratet, TB2025-30- Helsehjelp til personer uten fast opphold (Internett). Helse- og omsorgsdepartementet; 2025. Tilgjengelig på: <https://www.regjeringen.no/contentassets/d8f63d7d01d64def982cb7c8ce1eeb64/2025-tildelingsbrev-helsedirektoratet.pdf>.

■ KRISTINE.LILLEBO@BERGEN.KOMMUNE.NO

Norsk forening for allmennmedisin ber om nominasjoner – frist 1. mars 2026



**Norsk forening for
allmennmedisin**
DEN NORSKE LEGEFORENING

NFA deler ut hederspriser til kolleger som på forskjellige måter utmerker seg og gjør en særlig innsats for faget allmennmedisin. For å finne verdige vinnere trenger vi at medlemmer i hele landet har øynene åpne for gode kandidater. Nø! ikke – send en begrunnet nominasjon av en kollega i dag!

Veilederprisen 2025

Veilederprisen skal hedre en dedikert veileder for innsatsen med å utdanne og inspirere allmennleger i spesialisering, dele av sin kunnskap og hjelpe unge leger til å vokse både faglig og personlig. Prisen er en anledning til å feire og takke våre veiledere, som er bærebjelken i spesialiseringen i allmennmedisin. Den består av et litografi og en takk fra NFAlis på NFA sitt årsmøte under våruka.

Veilederprisen tildeles av NFAlis – NFA sitt fagutvalg for allmennleger i spesialisering. Kun allmennleger i spesialisering har adgang til å foreslå prisvinnere. Både individuelle veiledere og gruppeveiledere kan nomineres. Begrunnede forslag sendes til nfa@legeforeningen.no.

Løvetannprisen 2025

Løvetannprisen har helt siden 1986 blitt tildelt en allmennlege som har gjort en særlig innsats for faget vårt. Innsatsen kan være på sentralt eller lokalt plan, i det stille eller i media, faglig eller organisatorisk, praktisk eller teoretisk. Prisen består av et kunstverk og kr 20 000.

Forslag til prisvinner med begrunnelse sendes til nfa@legeforeningen.no.

Skribentprisen 2025

Skribentprisen tildeles en eller flere som i artikkel/essay/kronikk eller annen tekst fremmer allmennmedisinsk fagutvikling eller sprer kunnskap om faget. Viktig/originalt innhold og godt språk vektlegges. Prisen som ble tildelt første gang i 2002 beløper seg til kr 15 000.

Alle NFA-medlemmer kan foreslå tekst som de finner verdig. Årets pris gjelder tekst som er publisert i kalenderåret 2025. Innstillingskomiteen består av medlemmene i NFAs utdanningsutvalg. Forslag sendes til Morten Munkvik morten.munkvik@gmail.com.

Alle hedersprisene har nominasjonsfrist 1. mars. Mer informasjon om prisene og tidligere prisvinnere finner du på www.legeforeningen.no/nfa

Respektfullt manifest for mindre medisiner



Pernille Bruusgaard
Mindre medisiner – mer omsorg
 158 s., Gyldendal, 2025
 ISBN 9788205588059

Tittelen oppsummerer det hele: *Mindre medisiner, mer omsorg* er både boka tema og det klare budskapet fra forfatteren. Pernille Bruusgaard har markert seg som en forkjemper for de skrøpeligste eldre pasientene, og for sykehjemsmedisin som fag. Denne lille boka har undertittelen *En håndbok i avmedisinering av eldre*, men kan også leses som et manifest for en ærligere, modigere og mer menneskelig medisin mot slutten av livet.

Alle leger møter eldre pasienter med alt for lange medisinalister. Boka går gjennom årsakene til at det har blitt slik, og ikke minst hvordan den enkelte lege kan gå fram for å unngå overmedisinering i egen praksis. Noen grunnleggende poenger kommer tilbake flere ganger: Overmedisinering er faktisk feilmedisinering. Det finnes lite god forskning på effekten av legemidler til de eldste og sykeste, og særlig på mange legemidler i kombinasjon. Når pasienten er symptomfri, må ikke legen slå seg til ro med at det er fordi medisinen virker, det kan faktisk hende at tilstanden har gått over.

I små blå bokser presenteres eksempler fra forfatterens sykehjemskarriere, nesten alle er suksesshistorier: Etter hvert som medisinalistene kortes ned, får beboerne tilbake humør, appetitt og livsgnist. En gammel mann går fra å isolere seg med inhalatoren til å dra på fotballkamp på stadion! Til tross for

at Bruusgaard bruker ordet *mirakler*, oppfattes ikke dette som selvskryt. En hovedgrunn er nok måten alle de andre i sykehjemmet blir inkludert og omtalt med respekt. Heltene i historiene er den observante fysioterapeuten, renholderen som legger merke til at en beboer er blitt blekere, eller pårørende som finner spritflasker gjemt i gummistøvlene. Sykepleieren slipper å bruke tid og energi på administrasjon av medisiner, og kan konsentrere seg om viktigere omsorgsoppgaver. Bruusgaard omtaler også kolleger som har startet behandlingen hun avslutter på en respektfull og saklig måte. Gjennomgående er det de positive effektene og lagarbeidet som løftes fram, som når en sønn forteller:

«En av de beste dagene i mitt liv var da dere ringte fra sykehjemmet og fortalte at far hadde begynt å snakke igjen. Dere hadde redusert medisineren og etter hvert fikk han tilbake språket. Jeg er så takknemlig for jobben dere gjorde. Far og jeg fikk betydningsfull tid sammen helt til det siste.»

Tilnærmingen som anbefales innebærer tett oppfølging og observasjon av pasientene, og dette er nok enklest og tryggest på en institusjon som et sykehjem. Allikevel – etter å ha lest boka har jeg fått større selvtillit til å prøveseponere legemidler hos eldre på fastlegekontoret. Sykehjemmet som skildres i boka fremstår som et sted der jeg får lyst til å søke jobb, komme på besøk eller flytte inn selv når den tid kommer. Hva har de egentlig gjort for å få til dette? Kapittelet med tittelen *Bruusgaards metode* er over 50 sider langt. Bortsett fra seks forslag til tiltak på systemnivå (se tekstboks med utdrag på denne siden), kan det være vanskelig å få oversikt over hva metoden egentlig består i. Jeg stemmer derfor i utfordringen fra anmelderen i *Tidsskriftet* (1): Metoden bør destilleres ned ytterligere, og presenteres som pamflett og plakat. Det kunne blitt umiddelbare klassikere på sykehjemslegekontoret!

REFERANSE

1. Holtan-Hartwig I. Inspirerende om slanking av medisinalister. *Tidsskrift for Den norske legeforening* (Internett). 5. november 2025 (sitert 7. desember 2025); Tilgjengelig på: <https://tidsskriftet.no>

KJELL-ARNE HELGEBOSTAD

Utdrag fra boken

Forslag til forebygging av overmedisinering, regulering på systemnivå

Å redusere lange medisinalister bør bli overflødig i fremtiden. Vi må forhindre at medisinalistene blir lange, og at både yngre og eldre pasienter overmediseres.

Her er noen forslag til regulering på systemnivå:

- 1 Det bør innføres en regel om at siste lege som legger til en medisin på pasientens medisinaliste, må ta ansvaret for den totale kombinasjonen av legemidler pasienten får.
- 2 Spesialister som kommer i kontakt med pasienter som allerede bruker faste medisiner, bør ikke automatisk starte opp med nye medikamenter når tilstanden ikke er akutt. Behandlingsforslag bør sendes til fastlegen, slik at fastlegen kan ta stilling til hvilken total kombinasjon av legemidler pasienten vil ha nytte av.
- 3 Det burde komme opp et varsel i journalen når en lege prøver å legge til medikament nummer 6*. Det må dokumenteres tydelig hvorfor legen mener det er nødvendig at pasienten behøver så mange ulike medisiner samtidig.
- 4 Alle retningslinjer for oppstart av behandling må inneholde retningslinjer for når og hvordan man skal evaluere og avslutte behandling.
- 5 Alle medisiner som i Felleskatalogen har en opptrappingsveileder, må ha en nedtrappingsveileder.
- 6 Det må gis bedre opplæring i medisiners bivirkninger og farene ved polyfarmasi til alle helsearbeidere i både grunn- og etterutdanningene.

Dette er regler som må innføres av helsemyndighetene for å redusere risikoen for at pasienter over- og feilmediseres.

* Ved en kombinasjon av fem ulike medikamenter er det et knekkpunkt i kurven over mulige interaksjoner. Allerede ved en kombinasjon av tre ulike medisiner mister vi kontrollen over hvordan de virker samlet på pasienten. Tallet fem er min egen tommelfingerregel for maksimalt antall medisiner jeg kan holde styr på. Husk at det finnes unntak.

Althéra® Alfamino®

De eneste spesialnæringene med HMO*

HMO*: det store fremskrittet innen spedbarnsernæring



Betydningen av humane melkeoligosakkarider hos spedbarn

De humane melkeoligosakkaridene utgjør mer enn en tiendedel av morsmelken. Forskning over 50 år har vist at de gir flere fysiologiske fordeler:

- Prebiotisk effekt³⁻⁴
- Støtter immunforsvaret^{1-3, 6,7}
- Motvirker patogene bakterier^{3,7}
- Styrker tarmveggen⁷



Ved melkeproteinallergi med alvorlige plager og/eller komplisert matallergi

Ved melkeproteinallergi med milde plager

Halalsertifisert

*2'fukosyllaktose (2'FL) og Lakto-N-neotetraose (LNnT), ikke fra morsmelk

Kun for helsepersonell

REFERANSER: 1. Vandenplas, et al. *Nutrients* 2022, 14(3), 530. 2. Puccio G, et al. *J Pediatr Gastroenterol Nutr* 2017;64(4):624-31. 3. Boulange CL et al. *Int J Mol Sci.* 2023 Jul 13;24(14):11422. 4. Gold MS et al. *Nutrients.* 2022 May 30;14(11):2297. 5. Newburg DS, et al. *Glycobiology.* 2004 Mar;14(3):253-63. 6. Bode L. *Glycobiology.* 2012 Sep;22(9):1147-62. 7. Okburan G, Kiziler S. Human milk oligosaccharides as prebiotics. *Pediatr Neonatol.* 2023 May;64(3):231-238

VIKTIG INFORMASJON: Mødre skal oppmuntres til å fortsette amming selv om barnet har kumelkproteinallergi. Dette krever ofte rådgivning av kvalifisert helsepersonell, for å utelukke kumelkprotein i kosten til mødre. Dersom det besluttes å bruke spesialnæring, som kostbehandling til spedbarnet er det viktig å gi korrekte tilberedningsinstruksjoner hvor det vektlegges at ukokt vann, usteriliserte flasker eller feilaktig blanding kan føre til sykdom. Næringsmidler til spesielle medisinske formål (FSMP) som er utviklet for å oppfylle ernæringsbehovet til spedbarn skal brukes under medisinsk tilsyn.

Althéra® og Alfamino® er næringsmidler til spesielle medisinske formål for kostbehandling av melkeproteinallergi. Skal brukes under medisinsk tilsyn.

Ph.d. – Hvorfor det?

■ JØRGEN BREIVOLD • Fastlege i Hå kommune og universitetslektor (ph.d.) ved universitetet i Bergen

Som fersk fastlege opplevde jeg stadig at det kunne være utfordrende å balansere faglige krav og nøkternhet med pasienters forventninger om autonomi.

Samtidig hadde jeg erfart at allmennpraksis ofte preges av gråsoner der klinisk skjønn spiller en viktig rolle, men likevel kan praktiseres ulikt. Disse erfaringene vekket et behov for mer kunnskap om hvordan vi kan ivareta både faglig integritet og pasientens behov når disse står i konflikt.

Våren 2019 fikk jeg muligheten til å ta fire måneders lønnet spesialistpermisjon fra fastlegejobben for faglig utvikling. Jeg bestemte meg for å bruke denne tiden til å prøve meg på forskning, og sammen med Stefán Hjörleifsson ved Universitetet i Bergen utviklet jeg et kvalitativt forskningsprosjekt om fastlegers portvaktrolle.

Fire måneders permisjon gikk imidlertid fort, og jeg innså raskt at forskning er tidkrevende, spesielt når man er ny i feltet. Arbeidet ga likevel mersmak, og jeg søkte og fikk først stipend fra AFU og senere fra AMFF for å jobbe deltid med prosjektet i kombinasjon med fastlegejobben. Selv om idéen om en doktorgrad i starten var nokså vag, var nysgjerrigheten min vekket og ble etter hvert et naturlig valg. Med på laget som veiledere fikk jeg i tillegg til Stefán Hjörleifsson, Karin Rø fra LEFO og Stein Nilsen, rådgivende lege i NAV.

Hvordan var det?

Dette har først og fremst vært en utrolig lærerik reise. Jeg har naturlig nok tilegnet meg kunnskap om forskningsprosesser og metode, men også fått betydelig mer erfaring i ulike former for formidling. Den akademiske reisen har også påvirket meg som kliniker, særlig gjennom bevisstgjøring av portvaktrollen i egen praksis.

Samtidig må jeg innrømme at det tidvis har vært krevende. Prosjektet har vært langdrygt, og jeg har møtt flere uforutsette hindringer og praktiske utfordringer underveis. Jeg har tidvis kjent på frustrasjon over egne feil og perioder med skrivesperre, og flere ganger har jeg måttet ta et steg tilbake og legge noe om på planene.

Det har da vært nyttig å fokusere på delmål, som publiseringer av delstudier og andre milepæler. I tillegg har jeg vært heldig med gode veiledere og andre støttespillere i det akademiske miljøet, og kollegaer på legekontoret. Et annet verdifullt aspekt ved ph.d.-løpet er at jeg har fått utvidet mitt faglige nettverk kraftig, noe jeg sannsynligvis vil ha stor glede av resten av legekarrieren. I tillegg har det åpnet nye muligheter, blant annet en deltidsstilling som

underviser ved Vestlandslegen (Universitetet i Bergen), Campus Stavanger, og som foredragsholder på legekurs.

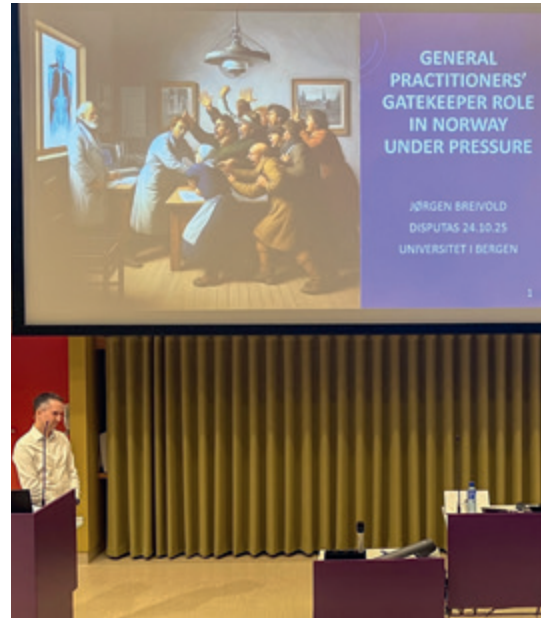
Hva fant jeg?

Utgangspunktet for portvaktrollen er at alle leger har et profesjonelt ansvar for å forvalte helse- og velferdsressurser på en måte som gagnar både enkeltpasienter og samfunnet som helhet. Dette er særlig fremtredende i allmennpraksis, hvor vi fastleger ofte er pasientenes første møte med helsevesenet. I doktorgradsprosjektet mitt har jeg definert dette som et samfunnsoppdrag, der fastleger spiller en nøkkelrolle i å sikre at alle former for tjenester gis i riktig mengde, på riktig nivå og til riktig tid, med mål om å fremme helse og forebygge uhelse. Fastlegers portvaktrolle er imidlertid under press fra pasienters forventninger, forbrukerkultur og krav om lett tilgjengelige tjenester. Dersom faglige vurderinger svekkes, kan det føre til unødvendig bruk av helsetjenester, som i ytterste konsekvens gjør mer skade enn nytte.

Formålet med ph.d.-prosjektet var å utforske hvordan norske fastleger takler portvaktrollen når den blir utfordret av pasienter, og hva som skal til for å håndtere disse utfordringene. Jeg gjennomførte fokusgruppeintervjuer og to spørreundersøkelser blant norske fastleger i perioden 2019–2021.

Fra venstre: Trygve Skonnord, Bente Moen, Jørgen Breivold, Minna Johansson, Stefán Hjörleifsson, Stein Nilsen, Gunnar Tschudi Bondevik.

Jørgen Breivold utforsker i sin avhandling hvordan fastlegens portvaktrolle er under press.





Jørgen Breivold flankert av Stefán Hjörleifsson og Stein Nilsen.

I den første studien undersøkte jeg hvilke betingelser fastleger mener er nødvendige for å utføre portvaktrollen i situasjoner der de opplever urimelige krav fra pasienter. Informantene mente at fastleger må utvikle gode kommunikasjonsferdigheter for å bygge gjensidig forståelse og tillit med pasientene, noe som blant annet krever aktiv lytting og engasjement i pasientens perspektiv. Ved å fremstå grundig og faglig oppdatert, og samtidig gi tydelig og pasienttilpasset informasjon, var erfaringene at fastleger lettere kan få pasienter til å akseptere alternative tiltak fremfor sine opprinnelige tilsynelatende urimelige krav. Tillit bygges imidlertid ikke over natten, men gjennom individuell oppfølging over tid, og ved å klare kunststykket å balansere fleksibilitet og faglig integritet. For å håndtere portvaktrollen er fastleger også avhengig av støtte fra erfarne kolleger, sykehusspesialister og helsemyndigheter.

I den andre studien undersøkte jeg norske fastlegers holdninger til private helseforsikringer og deres erfaringer fra konsultasjoner der dette kunne påvirke beslutninger om

Jørgen Breivold



Jørgen Breivold og Minna Johansson fra disputasen. Det kreves tiltak på mange nivåer, både hos fastlegene selv og i hele befolkningen, for å styrke rollen som portvakt.

henvisning (responsrate 27 prosent). Selv om nesten alle deltakerne assosierte private helseforsikringer med økt risiko for overbehandling og ulikheter i helsetilbud, rapporterte 28 prosent at de ofte eller alltid henviste pasienter med privat helseforsikring på forespørsel, uten å gjøre nærmere faglig avklaring, mens 22 prosent oppga at de gjorde dette av og til. Denne resignasjonen i portvaktrollen var blant annet knyttet til opplevelsen av press for å henvise til tross for manglende medisinsk indikasjon, og til ubehagelige reaksjoner fra pasienter når forespørsler ble avslått. Henvisninger uten grundig vurdering var også forbundet med deltakernes holdninger til prioritering basert på pasienters økonomi og forsikringsstatus.

Den tredje studien evaluerte *Gjør kloke valg* blant norske fastleger (responsrate 18 prosent). I overkant av 80 prosent av deltakerne oppga å ha hørt om kampanjen. De fleste deltagerne opplevde regelmessig forespørsler fra pasienter om unødvendige helsetjenester, samtidig oppga 39 prosent at de kun av og til klarte å komme til enighet med pasienter om å unngå slike tjenester. Dette illustrerer presset på fastlegenes portvaktrolle i allmennmedisinen. Blant deltakerne som kjente til *Gjør kloke valg*, vurderte 24 prosent kampanjen som svært nyttig for å redusere overdiagnostikk og overbehandling i egen praksis, og 57 prosent mente den var nyttig i noen grad. Regresjonsanalyser viste at en svært høy opplevd nytte av kampanjen var assosiert med økt evne til generelt å komme til enighet med pasienter om å unngå unødvendige helsetjenester. Derimot var lav opplevd nytteverdi knyttet til sjeldnere enighet med pasienter og høyere nivå av arbeidsrelatert stress.

Kampanjer som *Gjør kloke valg* kan fungere som et støtteverktøy gjennom å være en påminnelse om uheldige praksismøn-

stre og praktisk hjelp i krevende pasient-samtaler, men det er fortsatt uklart om slike tiltak hovedsakelig bremser en negativ utvikling eller kan gi varige forbedringer. Denne usikkerheten forsterkes av betydelige variasjoner i hvor opptatt fastleger er av medisinsk overaktivitet og portvaktrollen.

Metodologiske begrensninger knyttet til spørreundersøkelsene gjør at jeg ikke kan generalisere. Prosjektet har likevel gitt innblikk i noen utfordringer fastleger står ovenfor og som jeg tenker vi må ta på alvor, som at noen fastleger resignerer i portvaktrollen når den utfordres av press fra pasienter. Dette ser ut til å henge sammen med selve opplevelsen av press, vektlegging av pasientautonomi og lav mestring av rollen. Slik jeg ser det, peker dette mot et mulig behov for en tydeligere profesjonsforståelse av allmennlegerrollen, noe som samsvarer med internasjonal forskning, som antyder at portvaktrollen ikke alltid kan tas for gitt. For å styrke denne funksjonen, kan det være nyttig å videreutvikle fastlegers kompetanse, med særlig vekt på rolleforståelse, allmennmedisinske kjerneverdier og kommunikasjonsferdigheter.

I tillegg er det avgjørende at både spesialisthelsetjenesten og myndighetene gir tydelig støtte til fastlegenes samfunnsoppdrag som portvakt. Dette kan med fordel kombineres med målrettet folkeopplysning om farene ved medisinsk overaktivitet, og viktigheten av at fastleger fortsetter å ta ansvar som portvakt til beste både for enkeltpasienter og samfunnet. En slik helhetlig tilnærming kan tenkes å styrke tilliten mellom pasienter og fastleger – en tillit vi er helt avhengige av for en velfungerende allmennpraksis og et bærekraftig helsevesen. Dette er tema jeg håper flere vil utforske videre i fremtidig forskning!

■ JORGEN.BREIVOLD@UIB.NO

Når kroppen husker

– en introduksjon til psykomotorisk fysioterapi

Psykomotorisk fysioterapi er for mange en relativt ukjent behandlingsform – samtidig møter fastleger daglig pasienter som kan ha nytte av tilnærmingen.

Personer med sammensatte plager, langvarige smerter, utmattelse eller spenningstilstander passer ofte ikke inn i de mer standardiserte behandlingssløpene. I stedet ser vi gjentatte konsultasjoner, normale funn på undersøkelser, fragmentert oppfølging og et stort behandlingsbehov som kan være krevende å møte innenfor rammene av allmennpraksis.

Denne artikkelen gir en oversikt over hva psykomotorisk fysioterapi er, hvilke pasientgrupper som kan ha særlig nytte av denne behandlingsformen, hva man kan forvente av et behandlingsforløp, og hvordan tilgangen til slik behandling varierer rundt i landet. Med denne kunnskapen er målet at fastleger lettere kan identifisere pasienter som kan ha nytte av tilbudet.

Hva er psykomotorisk fysioterapi?

Psykomotorisk fysioterapi er en behandlingstilnærming som forstår kroppen som mer enn muskler, ledd og funksjoner. Den tar utgangspunkt i at kroppslige symptomer kan henge sammen med emosjonelle og sosiale belastninger, og søker å se hvordan erfaringer og livsbelastninger kan sette spor i kroppen – for eksempel i form av spenninger, pustevansker, endret bevegelsesmønster eller utmattelse. Mange kjenner dette fra egen hverdag: skuldrene trekker seg opp når vi er stresset, magen knytter seg i møte med noe ubehagelig, eller hodepinen kommer etter en periode med for lite hvile. Kroppen lagrer erfaringer, og noen ganger uttrykkes det som plager uten en tydelig medisinsk forklaring.

Teoretisk bygger psykomotorisk fysioterapi på psykodynamisk og kroppsfenomenologisk forståelse, og bryter med en tradisjonell dualistisk tenkning. Kroppen sees både som subjekt og objekt – et sted hvor erfaringer lagres, og et uttrykk for hvordan vi lever og møter oss selv, andre mennesker og verden. Behandlingstilnærmingen har derfor et helhetlig utgangspunkt, der kropp, følelser, tanker og livssituasjon forstås i sammenheng uavhengig av diagnose. Muskelspenninger,

pusteforstyrrelser, endret kroppsholdning, bevegelsesinnskrenkninger og redusert kroppsbevissthet er vanlige funn. Disse forstås ikke primært som sykdomstegn, men som kroppslige tilpasninger til livet pasienten har levd. Pasientens egen erfaring av kroppen står derfor sentralt, og den terapeutiske relasjonen blir en viktig del av behandlingen.

Målet er å fremme hensiktsmessig kroppsbevissthet, regulere spenninger og pust, og støtte pasienten i å finne nye og gode måter å forholde seg til kroppen, følelser, egne behov og hverdagen sin på. Tilnærmingen er ressurorientert, noe som innebærer at behandlingen tar utgangspunkt i pasientens egne styrker. Det vektlegges å støtte og videreutvikle det som allerede fungerer, slik at pasienten gradvis utvikler bedre muligheter for å håndtere hverdagens utfordringer.

Pasientgrupper og indikasjoner

Behandlingen er aktuell for pasienter i alle aldre med langvarige og sammensatte muskel- og skjelettplager. Mange har tilleggssymptomer som angst, depresjon, søvnforstyrrelser eller utmattelse. En del har traumeerfaringer. Forskning viser at pasienter som oppsøker psykomotorisk fysioterapi ofte har betydelig redusert livskvalitet og mange subjektive helseplager sammenliknet med befolkningen ellers (1,2). Erfaringer fra praksis er at mange savner oppfølging som kan hjelpe dem til å forstå sammenhengen mellom kropp, følelser, tanker og livssituasjon og til å finne nye strategier for mestring. Mange har prøvd flere typer behandling med begrenset effekt.

Psykomotorisk fysioterapi kan være særlig relevant når tradisjonell muskel- og skjelettbehandling ikke gir ønsket effekt, eller når psykologisk behandling ikke fanger de kroppslige sidene av problematikken. Dette gjelder blant annet for pasienter med langvarig smerteproblematikk, utmattelse og vedvarende kroppslig uro. Psy-



Benkbehandling av psykomotorisk fysioterapeut.

komotorisk fysioterapi kan også være et viktig supplement for pasienter med spiseforstyrrelser og kroppsbyldeproblematikk. Behandlingen kan tilbys både individuelt og i grupper. Både individuell behandling og gruppebehandling kan gi mulighet for gradvis trening av kroppsbevissthet, nye måter å bevege seg på og å være til stede i egen kropp. Gruppebehandling gir i tillegg rom for erfaringsutveksling og sosial støtte. Mange steder tilbys egne grupper for pasienter med liknende symptomer, som fibromyalgi, utmattelse og stressrelaterte plager.

Utdanning og tilgang til psykomotorisk fysioterapi

For å kunne praktisere som psykomotorisk fysioterapeut, må man først være autorisert fysioterapeut (bachelor i fysioterapi og gjennomført turnustjeneste). Deretter er det krav om masterutdanning i psykomotorisk fysioterapi for å få den spesialiserte teoretiske og kliniske kompetansen som kreves.

Tilgangen på psykomotorisk fysioterapi varierer betydelig i landet. I større byer finnes det som regel flere terapeuter fordelt i privat praksis og i spesialisthelsetjenesten, mens flere distriktskommuner har få eller ingen. Dersom terapeuten har driftsavtale, betaler pasienten kun egenandel. Hos private aktører betaler pasientene hele behandlingen selv. Ventetiden kan være lang. I distriktene kan tilgang til behandling medføre lang reisevei.

Fastleger som ønsker oversikt over tilbudet i sitt nærområde, har flere kilder de kan orientere seg i. Den mest brukervennlige er søkeportalen www.finnfysioterapeut.no, drevet av Norsk Fysioterapeutforbund. Her kan man søke på psykomotorisk fysioterapi, og avgrense søket geografisk. I tillegg publiserer mange kommuner oversikter over fysioterapeuter med driftsavtale på sine nettsider. Her framgår det ofte hvilke institutter som tilbyr psykomotorisk fysioterapi med rett til refusjon.

Mange pasienter opplever at dialogen mellom behandlere er avgjørende for et helhetlig behandlingsforløp. Psykomotoriske fysioterapeuter etterstreber å samarbeide tett med fastleger. Terapeuter med driftsavtale er tilgjengelige via Helsennett for e-dialog. Dette forenkler arbeidet med avklaringer og samarbeid om felles pasienter. Mange psykomotoriske fysioterapeuter stiller også til samarbeidsmøter når det behov for tverrfaglig drøfting.

Norsk Fysioterapeutforbund har en egen faggruppe for psykomotorisk fysioterapi. Gjennom faggruppens nettside kan fastleger og andre helseaktører finne mer informasjon om behandlingstilnærmingen og mulighetene som tilbys. Blant annet er det laget en kort introduksjonsvideo som gir et nyttig innblikk. Faggruppen kan også kontaktes direkte gjennom psykomotorisk@fysio.no.

Betydning for allmennpraksis

For allmennleger kan psykomotorisk fysioterapi være et nyttig behandlingstilbud til pasienter med langvarige, sammensatte plager uten klare medisinske forklaringer. Behandlingen kan hjelpe pasienter til å få nye forståelsesmåter av sine symptomer og verktøy til å møte egne behov og regulere seg i sin hverdag. Henvisning til psykomotorisk fysioterapi er hovedsakelig ikke nødvendig, men fastlegen kan sende dialogmelding til aktuell psykomotorisk fysioterapeut. Videreformidling og igangsetting av tilbudet til psykomotoriske fysioterapeuter kan bidra til å bryte negative mønstre og gi pasienten verktøy for bedre mestring og funksjon i hverdagen.

REFERANSER

1. Bergland, A., Olsen, C. F., & Ekerholt, K. (2018). The effect of psychomotor physical therapy on health-related quality of life, pain, coping, self-esteem, and social support. *Physiotherapy Research International*, 23(4), e1723. <https://doi.org/10.1002/pri.1723>.
2. Breivte, M. H., Hynninen, M., & Kvåle, A. (2008). Emosjonelle symptomer og helseplager hos pasienter som oppsøker psykomotorisk fysioterapi. <https://www.fysioterapeuten.no/emosjonelle-symptomer-og-helseplager-hos-pasienter-som-oppsoker-psykomotorisk-fysioterapi/123786>.

KJERSTI FET VINDENES

På vegne av styret i faggruppe for psykomotorisk fysioterapi

■ PSYKOMOTORISK@FYSIO.NO

Helsestasjonsmedisin

Norsk forening for allmennmedisin (NFA) har fått en ny og etterlenget faggruppe: Helsestasjonsmedisin.

Etter NFA-styremøtet i januar 2025 startet faggruppen offisielt. Per dags dato er det 14 medlemmer i faggruppen, i varierende stillingsstørrelser og med flere ulike spesialiteter som allmennmedisin, barnesykdommer, samfunnsmedisin og barne- og ungdomspsykiatri.

Den nye faggruppen oppstod som en naturlig konsekvens av måten legetjenesten på helsestasjonene har utviklet seg de siste årene. Den klassiske bistillingen som fastlege på helsestasjonen er fortsatt en vanlig og viktig organisering av legetjenesten, spesielt i mindre kommuner. Men flere kommuner har de siste årene valgt å slå sammen mindre (bi)stillinger til større stillinger med egne helsestasjonsleger. Dermed oppstod det et ønske om et organisert fagmiljø, og svaret på det var å opprette en egen faggruppe for helsestasjonsmedisin.

Siden oppstart i januar i fjor har det vært mye aktivitet i gruppa. Vi har deltatt i høringer, ulike arbeidsgrupper, og blitt spurt om råd/uttalelser i ulike viktige temaer rundt barn og familier.

Vi jobber sammen med NFA, barnelegeforeningen, Helsedirektoratet, og ikke minst NASKO, som er det nye Nasjonale kompetansemiljø for helsestasjon og skolehelsetjenesten. NASKO har som mål å skape mer kunnskapsbaserte, likeverdige og bærekraftige helsetjenester for gravide, barn, unge og familier.

Noen faggruppedlemmer har startet og er pådrivere for «Nasjonal undervisning for helsestasjonsleger», som består av en halv time undervisning digitalt på første torsdag hver måned. Faggruppen jobber også med utvikling av kursvirksomhet for alle leger som har interesse for helsestasjonsmedisin.

Det forebyggende arbeidet på helsestasjonen er stadig i endring, og vi ser behov for å jobbe tverrfaglig og mer på systemnivå. Helsestasjonen som et forebyggende tiltak i kommunen er avgjørende for å redusere sosial ulikhet i helse: med tidlig, universell og lav terskel for oppfølging til alle barn og familier, uavhengig av sosial bakgrunn. Samtidig er det viktig å fortsette å tilby barn og familier individuell oppfølging, tilpasset etter behov. I tiden som kommer blir samarbeid på systemnivå og på tvers av tjenester viktig. Leger som jobber på helsestasjon ønsker å bli mer involvert og bidra i slikt arbeid. Fag-

gruppen for helsestasjonsmedisin ønsker å representere leger fra hele Norge med særlig interesse for arbeid på helsestasjon, uavhengig av legens spesialitet eller stillingsstørrelse. Helsestasjonsmedisin er et fagfelt med allmennmedisinsk bakgrunn og forankring, men vi i faggruppen ser nytten av at leger med ulike spesialiteter jobber innen helsestasjonsmedisin.

Vårt overordnede mål er å jobbe med fagutvikling, kompetanseheving og nettverksbygging blant leger som jobber med helsestasjonsmedisin, herunder helsestasjonsprogrammet null til fem år, skolehelsetjenesten, helsestasjon for ungdom og migrasjonshelse. Vi ønsker å fremme samarbeid med fastlegene, i spesialisthelsetjenesten og andre relevante samarbeidspartnere.

Gruppen vil fungere som et kontaktpunkt mellom legene som jobber på helsestasjonene, i offentlige etater, i spesialisthelsetjenesten, samt øvrige deler av primærhelsetjenesten.

Vi ønsker:

- å bidra til et styrket fagmiljø innen helsestasjonsmedisin.
- å gjøre legetjenesten på helsestasjonen mer synlig og bedre inkludert i det tverrfaglige miljøet i tjenesten.
- å få helsestasjonsmedisin mer implementert i grunnutdanningen og videreutdanningen for leger.
- at en stilling som helsestasjons-/ skolelege blir mer interessant og at flere leger vil være motivert for å jobbe i en slik stilling over lengre tid.
- å være en pådriver for undervisning og kursvirksomhet, og på denne måten bidra til økt kompetanse til leger som er ansatt på helsestasjonen.
- en tydeligere rollefordeling mellom fastlegene og helsestasjonslegene, slik at ansvarsfordelingen blir klarere, til det beste for begge parter.

SIMONE CUSTERS OG PETER JANSEN

skolehelsestasjonsleger, Ringsaker kommune

■ SIMONE.CUSTERS@RINGSAKER.KOMMUNE.NO /

■ PJA@RINGSAKER.KOMMUNE.NO /

Medlemmer i faggruppen per desember 2025:

Simone Custers (LEDER), Peter Jansen (NESTLEDER), Robert Anders Burman, Silje Thingbø, Marianne Skreden, Gjertrud Brochmann, Tone Eikrem Harr, Kari Hasaas Klavenes, Irina Halbostad, Eline Synnøve Vold-Engesli, Mette Holland, Anne Kristina Trollebø, Fredrik Skår, Fatima Anjum, Reyess Crafts.

Ville jeg ha sykmeldt henne?

KOLLEGA KAVEH RASHIDI skreiv i august 2025 en tankevekkende artikkel i *Aftenposten*: «Ville du ha sykmeldt henne?» (1). Artikkelen medførte mye diskusjon både blant fagfolk og legfolk, og de fleste av *Utpostens* lesere vil nok huske den. Men for sikkerhets skyld rekapitulerer jeg: 34 år gammel tobarnsmor, «konstant sliten, mangler driv og motivasjon, har vondt i musklene, er irritabel og stresset. Med to småbarn er det fullt kjørt, og hun får ikke hodet over vann.»

KOLLEGA KAVEH DRØFTET forskjellige sider ved sykmelding av pasienten på forbilleglig vis. Diskusjonen blant kolleger viste at kasus ble opplevd både gjenkjennelig og utfordrende, og artikkelen er godt egnet for veiledningssituasjoner, ikke minst i gruppeveiledning.

SIDEN JEG ER TILDELT en slags «fast plass» i denne spalten, benytter jeg anledningen til å reflektere videre over både kasus og tema. Et vanlig spørsmål, særlig fra yngre kolleger, er: «Er det ofte du nekter noen sykmelding?» Jeg svarer: «Nesten aldri. Men mange får en annen slags sykmelding enn de hadde tenkt seg.» Dette gjelder både varighet og grad/prosent. Sykmelding er for meg sjelden et ja/nei-spørsmål.

DISKUSJONEN OM SYKMELDING ved forskjellige former for livskriser er ikke ny. Tidlig på 90-tallet var det en sosialminister som uttalte seg omtrent slik om dette: «Hvis man ikke er i stand til å arbeide, skal man ha sykmelding.» Dette har fulgt meg i bakhodet siden den gang. Folk som er i en mental forfatning som gjør at de ikke klarer å gjøre nytte for seg på jobb, sykmelder jeg, vanligvis 100 prosent. Men jeg gjør en ganske rask oppfølgingsavtale, ei uke eller kortere, og sykmeldinga skrives til neste avtale. Da kan verden ofte se ganske annerledes ut.

FØRSTE KONSULTASJON er ofte travel, mange av disse kommer jo på akutt-time. Ofte er det ikke mer å gjøre enn å høre på en beskrivelse av situasjonen, anerkjenne den og vurdere pasientens tilstand. Jeg klargjør min rolle, ofte med henvisning til sitatet i avsnittet over. Så finner jeg en ny avtale, fortrinnsvis med bedre tid, og sykmelder til da. Og jeg gir noen råd på veien,

som nok mat, søvn, frisk luft og bevegelse. Dersom det er en langvarig belastning som ligger bak, og ikke en akutt hendelse, råder jeg: «Tenk over hva du kan gjøre for å komme ut av denne situasjonen.» Hvis det er somatiske symptomer, inkludert slapphet/energiløshet, iverksettes enkel utredning.

NESTE KONSULTASJON blir den viktigste. Pasienten er da bedre forberedt på å møte meg, hen veit hvor jeg står, og at jeg vil høre på med et åpent sinn. Ved akutte livskriser er det viktigst å snakke om å dekke basale behov. Ved langvarig belastning er det tid for å høre om pasienten har tenkt på mulige grep for veien videre.

OFTEN BLIR RESULTATET en kort full sykmelding og en vesentlig lengre halv sykmelding. En utfordring for noen er å klare å komme seg fra jobb etter halv arbeidsdag – «det er så mange som vil ha tak i meg når jeg skal gå». Et triks da er å anføre på sykmeldingen at pasienten skal jobbe siste halvdel av dagen – når de andre går hjem, er det lettere å komme seg ut.

SÅ TILBAKE TIL KAVEH SIN PASIENT. Hun får full sykmelding og ny avtale om fem til sju dager. Jeg ber henne tenke over hvilke grep hun kan gjøre i livet for at det skal være mulig å leve det. Ved neste avtale erkjenner hun at hun ikke er utsatt for noen særskilte urimelige belastninger, verken fra jobb eller familie. Kanskje har hun satt seg for høye mål? Hun har en jobb hun sjøl synes er viktig, og hun har strukket seg langt – «hvis ikke jeg gjør dette, er det ingen som gjør det». Mitt motspørsmål blir: «Hvordan tror du det går nå da, når du er sykmeldt?» Mest sannsynlig klarer arbeidsplassen seg (forbløffende) bra.

JEG FRAMHOLDER at når hun skal tilbake på jobb, må det være med gradert sykmelding. Så kan vi diskutere når det skal være. Det som ikke må skje, er at hun kommer rett tilbake i full jobb, og må ta alle oppgaver som venter på henne. Før delvis friskmelding, må hun ha en avtale med jobben om hva hun skal gjøre og hva hun ikke skal gjøre, og hvilken prosent av jobben det utgjør. Når dette

er klargjort, kan hun friskmeldes gradert. Det går vanligvis ganske fort.

I PERIODEN med gradert sykmelding møtes vi, evaluerer og reflekterer over situasjonen. Sykmeldingen er et signal fra meg om at jeg tar hennes situasjon alvorlig, så det må hun også gjøre. De aller fleste vil i løpet av en slik fase finne fram til en vei videre som gjør livet levelig.

I ALLMENNPRAKSIS er det ingen strategier som alltid lykkes. Men denne tilnærmingen synes jeg ofte har ført fram. Kjenner *Utpostens* lesere seg igjen i denne framgangsmåten?

REFERANSE

1. https://www.aftenposten.no/meninger/kronikk/i/yEPpKE/sliten-tobarnsmor-oensker-sykmelding-hva-ville-du-ha-gjort?fbclid=IwY2xjawNu_WBleHRuA-2FlbQIXMAABHhpYx-N-YjZp1PYG-2g34HWs-DbD2uH5RaShDqyXKsTiMYdJ7gzZvqOxClcdK_aem_7MRV5HhZ2GxZQ7QHBJt16w.

PETER PRYDZ

Vikarlege Hammerfest

■ JOB@PETERPRYDZ.NO



BESKYTT ELDRE OG PERSONER I RISIKOGRUPPER¹

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

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

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



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

Bivirkninger: De vanligste bivirkningene etter vaksiner er lokale reaksjoner som smerte på injeksjonsstedet, tretthet, hodepine og myalgi. De fleste bivirkninger var milde til moderate og forbigående (≤3 dager). Alvorlige hendelser forekom hos ≤1 % av voksne.² Hyppigheten og typen bivirkninger kan variere med alder og tidligere vaksinasjonsstatus.²

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

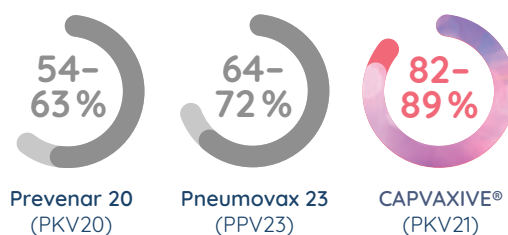
*Behovet for revaksinerings med en påfølgende dose CAPVAXIVE® (PKV21) er ikke fastslått.

Kontraindikasjoner: Overfølsomhet overfor virkestoffene eller noen av hjelpestoffene.²

Bruk hos spesielle pasientgrupper: Sikkerhet og effekt hos personer under 18 år er ikke fastslått.² Data for bruk under graviditet og amming er begrensede.

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

Beregnet serotypedekning (%) for perioden 2015–2023*



Disse tre vaksinene er inkludert i anbefalingene

Referanser:

1. FHI.no [Internet]. Folkehelseinstituttet. 2026 cited 2026 Jan 14]. Available from: <https://www.fhi.no/va/vaksinasjonshandboka/vaksiner-mot-de-enkelte-sykdommene/pneumokokkvaksinasjon/>
 2. CAPVAXIVE® (PKV21) – preparatomtale. Publisert 31.03.25. Tilgjengelig fra: ema.europa.eu
 3. Tidsskriftet for Den norske legeforsking, Berild JD, Kristoffersen AB, Winje BA. Invasiv pneumokokksykdom i Norge 2004–23 og valg av vaksiner til eldre. Tidsskr Nor Legeforen. 2025;145. Tilgjengelig fra: <https://tidsskriftet.no/2025/03/originalartikkel/invasiv-pneumokokksykdom-i-norge-2004-23-og-valg-av-vaksiner-til-eldre>
- *Verdien er basert på epidemiologiske data fra Berild et al. (2025)³ og gjenspeiler ikke effekten til de respektive vaksinene. Det finnes for øyeblikket ingen studier som sammenligner effekten til CAPVAXIVE® (PKV21), Prevenar 20 (PKV20) og Pneumovax 23 (PPV23)

Om å 'si det som det er'

Dette er jo en spalte som omhandler «tips og triks». Derfor kan man kanskje si at jeg har tolket begrepet ganske romslig når jeg velger å skrive om det å «kalle en spade for en spade».

Etter det å finne seg en god arbeidsflyt, gode kolleger og gode forbilder til inspirasjon, er det likevel et av mine aller beste tips til en god hverdag som fastlege.

Gjennom studiene, på sykehuset og i praksis blir vi leger ofte oppfordret til å formulere det vi skal si på faglig, men forståelig vis. Vi prøver å bruke pasientens egne ord slik vi har lært det, men ender likevel med de begrepene vi hadde i hodet fra før.

Vi blir i tillegg påvirket av hamsterhjulet vi spinner rundt i, og av våre egne forventninger til at vi skal vite mye, kunne mye og svare på det meste.

Det vi i alle fall *ikke* skal gjøre, er å overse alvorlig sykdom eller gjøre feil.

Jeg snakker for meg selv, men antagelig også for enkelte andre når jeg ofte tar meg selv i å tenke at det er det pasientene vil ha fra legen. Kunnskap, svar, tydelighet.

Så arresteres tanken så snart den dukker opp, for erfaring har egentlig vist meg noe annet.

Pasientene verdsetter aller mest ærlighet, også når jeg som lege er usikker, eller ganske enkelt har tatt feil.

Når en pasient ønsker at jeg skal se på **alle** føflekkene hans i dermatoskopet, og jeg er

nesten sikker på at alle er benigne – så sier jeg akkurat det. «Jeg ser ingen av de klassiske faretegnene i noen av disse føflekkene akkurat nå, men ingen lege kan være hundre prosent sikker uten å fjerne alle føflekkene dine – og det kan vi jo ikke. Derfor må du følge med, og komme tilbake om noe endrer seg.» Dette har ofte ført til en god og konstruktiv diskusjon om livet og medisinsens iboende usikkerhet, og refleksjoner rundt helseangst og nytten av det.

Noen ganger blir det en god latter når vi tenker på hvordan pasienten ville se ut etter at alle føflekkene var fjernet.

Jeg har til gode å oppleve at noen reagerer med å mene at jeg er en dårlig lege, faktisk ønske å fjerne alle føflekkene, eller bekymre seg for uoppdagede melanomer.

Gang på gang tar jeg meg selv i å ønske å virke skråsikker (hvorfor, egentlig?), men tvilen man kan ha i et konsultasjonsøyeblikk, er forståelig for pasientene. Det at man er usikker, noen ganger må ta flere prøver eller tiden til hjelp kan forklares – og tolkes sjelden som tegn på inkompetanse.

Men hvordan blir det så når diagnosen faktisk har glippet?

Jeg hadde en gang et barn inne til konsultasjon, der barnet en stund senere fikk en alvorlig diagnose som jeg kanskje kunne ha oppdaget tidligere?

Det gikk til slutt bra med barnet, og da foreldrene hadde satt seg opp på en time, var trangen stor til å ikke rippe opp i det som var vanskelig. Samtidig tror jeg det ville ført til følelsen av noe usagt, som kanskje aldri ville forsvinne?

Jeg valgte å si det som det var, spørre hvordan de har opplevd prosessen og hva de tenkte nå i etterkant. Kunne jeg være deres fastlege på en god måte, kunne de ha tillit til meg?

De har i etterkant flere ganger bekreftet at det kan de, både med ord og handling. Kanskje nettopp fordi jeg tok opp det vi kanskje alle tenkte på?

Igen ble dette en fin diskusjon som minnet meg på hvordan det å gå rundt grøten, virke sikrere enn man er eller ikke vise sin sårbarhet, er negativt både for pasienten, legen og relasjonen mellom dem.

Dette er jo gullet vi har som fastleger, at vi kjenner pasientene og de kjenner oss. Jeg tviler i alle fall ikke lenger: Pasientene *vet* om vi mener det vi sier – og sier det vi mener.

INGE MARTHE GRØNSETH
Fastlege i Trondheim

■ I.M.GRONSETH@GMAIL.COM





Vaksinerådgivningen ved Folkehelseinstituttet

21 07 70 00

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



Vaksinerådgivningen
ved Folkehelseinstituttet
Telefon 21 07 70 00
E-post: vaksine@fhi.no

Hvem er dere?

Vaksineråd fra FHI gis hovedsakelig gjennom vaksinasjonsboka og nettsidene. I tillegg har helsepersonell mulighet til å få råd direkte via telefon og e-post. Vaksinerådgivningstelefonen er bemannet av fagpersonell i FHI med spesialkompetanse innen vaksiner, immunologi og smittevern. I dag betjenes telefonen av rundt 14–15 personer fra avdelingen for smittevern og vaksine og avdeling for smittevernregistre. Vi har alle helsefaglig bakgrunn, men jobber med ulike fagområder innen smittevern og vaksinasjon på FHI. Vaksinerådgivningstelefonen er åpent alle hverdager fra 13.00–14.30. Vår faglig rådgivning til helsepersonell er basert på nasjonale anbefalinger og oppdatert kunnskap.

Hvem kan ringe til dere?

Rådgivningstelefonen er til for helsepersonell som i sitt virke har ulike problemstil-

linger knyttet til vaksine og vaksinerings. Vi er tilgjengelig for helsepersonell i mange ulike deler av helsevesenet som for eksempel fastleger, farmasøyter i apotek, tannleger, bedriftssykepleiere, jordmødre, leger og sykepleiere i spesialist- og i primærhelsetjenesten, helsepersonell i Forsvaret og private tilbydere av helsetjenester.

Hva kan man spørre om?

Vi kan svare på mye av det som omhandler vaksine og vaksinerings. Vaksiner som omfattes av nasjonale vaksinasjonsprogram er vårt hovedområde. Vår rolle er å gi råd, mens beslutningsansvaret for vaksinasjon ligger hos den som ordinerer vaksine.

Hva er de vanligste spørsmålene dere får?

Vi får flest spørsmål knyttet til vaksinerings i

vaksinasjonsprogrammene, men også spørsmål som knyttes til andre vaksiner som for eksempel reisevaksinerings.

Hva er det rareste spørsmålet dere har fått?

Vi har fått spørsmål om det meste innenfor vaksinasjonsvirksomhet, men oppfatter ikke spørsmål som rare. Det er grenser for hvor detaljert vi kan gå inn i ulike risikovurderinger i enkelte tilfeller, slik som når en vurdering omfatter lokal kjennskap til smitte i et spesifikt område i et lite land langt fra Norge. Det er nyttig for oss å få vite litt om hva som er aktuelt innen vaksinasjonsvirksomhet rundt om i Norge, og det er veldig hyggelig å snakke med helsepersonell.

ROGER WIKSTRØM

Seniorrådgiver

Avdeling for smittevern og vaksine
Folkehelseinstituttet

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 skrivhjelp.

Når idealer møter hverdagen

Denne konsultasjonen skjedde like etter at jeg startet å undervise legestudenter i kommunikasjon. Som man lærer skal man som kjent praktisere. Jeg kjente på et visst press om å leve opp til idealet om pasient-sentrerte konsultasjoner; å finne ut hva pasienten egentlig kommer for.

Det var en travel dag. Heldigvis var pasientene kjente fra før, også nestemann på lista; «Stian» 20 år. Jeg husket vagt en høy, mørkhåret, litt sliten og demotivert ungdom som pleide komme for fraværsattester til skolen. På timeboka stod det «Gynekomasti?». Etter et raskt oppslag i NEL, gikk jeg ut på venteværelse og ropte; Stian! Den unge mannen som reiste seg og kom gående imot meg var høy og mørk, men så han ikke litt annerledes ut? Litt mer energisk, slankere og veltrent enn sist? Du verden, noen unge overrasker, rakk jeg så vidt å tenke før vi satte oss ned.

Jeg startet med et åpent spørsmål. Hva bringer deg hit i dag? Han svarte håndeksem. Jeg var tidlig på ballen: Noe annet du vil ta opp? Han ristet på hodet. Jeg brukte stillhet. Lot den henge. Så kom det: – ja, også en resept på allergitabletter. Søren, tenkte jeg. Her må vi jobbe mer med tillit. Han tør ikke nevne **saken**. Jeg gjorde mitt ytterste. Pasienten viste seg motstridig. Jeg begynte å gå tom for kommunikasjonstriks. I desperasjon tenkte jeg at jeg må få av han skjorta; kanskje han da vil nevne **saken**? Som sagt så gjort. Jeg brukte «veg-skilting» («skal vi se om du har eksem noen andre steder»). Han var med på notene. Skjorta av. Men selv med brillene på var det ingenting å se. Jeg dristet meg endog til å palperer litt på brystkassa. Ingen funn. Skuffet måtte jeg kaste inn håndkleet.

Jeg avsluttet konsultasjonen med et lite håp om et «dørklinkespørsmål». Men nei

da. Han gikk glad og fornøyd ut. Jeg reflekterte litt over at det faktisk er en avgrunn mellom teori og praksis. Om ikke annet kunne jeg glede meg over at en demotivert ungdom hadde klart å ta grep.

I det jeg hamret løs på tastaturet for å skive ned et kort, skuffet notat, banket det på døren. En god legekollega stakk hodet inn og sa litt forundret: «Eh – noen spesiell grunn til at du har begynt å ta over mine pasienter i dag?». Endelig falt den riktige brikken på plass i puslespillet – og ikke den jeg så desperat hadde forsøkt å få til å passe. Tilfeldighetene ville det slik at to unge menn ved samme navn hadde time samtidig. Og som unge menn flest visste ikke «Stian» hvem fastlegen var. Min «Stian» hadde selvfølgelig uteblitt fra timen, men dukket opp noen uker seinere – fortsatt like slapp og umotivert.

Stian er ikke pasientens navn.

BENTE PRYTZ MJØLSTAD ■ Spesialist og førsteamanuensis i allmennmedisin, NTNU
■ BENTE.MJOLSTAD@NTNU.NO

ILLUSTRASJONSFOTO: MORTEN HERNÆS / KI – ADOBE FIREFLY. FOTO ER LAGET MED KUNSTIG INTELLIGENS OG PERSONENE HAR DERFOR INGEN TILKNYTNING TIL TEKSTEN



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...

Stein Martin Tilrum Fagerland?

ALIS i Brønnøysund
■ STEIN.MARTIN.F@GMAIL.COM



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

For tiden holder jeg på med *Saving Normal* av Allen Frances. Boka har undertittelen *An Insider's Revolt Against Out-Of-Control Psychiatric Diagnosis, DSM-5, Big Pharma, and the Medicalization of Ordinary Life*. Som fastlege er det stor pågang på kontoret, og jeg har lang ventetid for vanlige timer. Jeg tenker mye på hvordan jeg skal prioritere tiden min og hvilket handlingsrom jeg har til å prioritere. I utgave 1 2025 av *Utposten* leste jeg artikkelen «Å prioritere de som trenger oss mest i møte med en tsunami av retningslinjer, kvalitetsmålinger og økonomiske insentiver» skrevet av Minna Johansson. Denne teksten satte i gang mange refleksjoner hos meg rundt hva jeg syns jeg skal bruke tiden min på. *Saving Normal* har gitt meg mye bakgrunn, og støtte i behovet for å prioritere. Det er svært spennende hvordan gode intensjoner med forebygging og tidlig innsats i noen situasjoner kan føre til at vi leger driver overdiagnostikk og overbehandling og tar bort folks egen tro på å klare seg selv. Frances kommer også inn på motediagnosers historikk de siste hundre årene og frem til i dag, og det er interessant å bli bevisstgjort, spesielt for meg som ikke har så mange år i faget.

Jeg syns det er veldig spennende hva som påvirker vårt syn på sykdom og helse, og

hvordan kultur og samfunnsnormer ikke alltid fremmer helse.

Nylig fullførte jeg *Myten om det normale* av Gabor Maté og likte svært godt tankene om hvordan kultur og helse henger sammen. I en hverdag med pasienter som kan ha mange ulike funksjonelle lidelser er det interessant å lese idéer om hvorfor dette har oppstått.

Stort sett leser jeg sakprosa, men samboeren min har utfordret meg på om jeg kan lese skjønnlitteratur i tillegg. Tidligere i år fullførte jeg *1984* av George Orwell og ble veldig fascinert av beskrivelsen av dette dystopiske samfunnet gjennom enkeltmenneskers opplevelser. Nå for tiden holder jeg på med *August* av Knut Hamsun. Den tar opp møtet mellom nye og gamle idealer, og hvordan teknologiutvikling og kapital påvirker det enkelte mennesket. Det er tema jeg syns er svært relevant også i dag.

Hvor leser du?

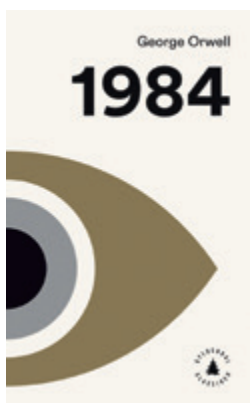
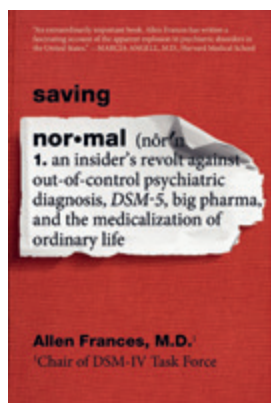
Jeg leser på senga for å roe ned og bli trøtt. Det er veldig effektivt, så jeg sover godt, men leser sakte. Ellers leser jeg hvis det er ledig tid en kveld eller når jeg har fri før eller etter vakt. Jeg har hørt mye på lydbok det siste året, siden det er lettere å kombinere med gressklipping og oppvask.

Hvilke bøker vil du helst lese?

Jeg liker bøker som får meg til å innse at jeg lever et liv med mange valg, og at det egentlig er ganske mange ting jeg kan gjøre for å påvirke situasjonen min. Jeg synes eksistensielle problemstillinger er spennende og vurderer å anskaffe *Hva er poenget?* av Anders Malkomsen og *Wilhelmsens metode* av Ravn Lanesskog.

Har du en anbefaling til *Utpostens* lesere?

Jeg anbefaler artikkelen av Minna Johansson og bøkene av Gabor Maté og Allen Frances. Når jeg først er inne på å se muligheter til å endre sitt eget liv, vil jeg også anbefale *The Hidden Spring* av Mark Solms. Den handler om det nevrobiologiske opphavet til bevissthet og tar også for seg det ubevisste. «Det ubevisste» har lenge vært et vagt begrep for meg, men etter å ha lest Solms bok virker det mye klarere. Ofte er første steg mot endring i livet å bli bevisst på at vi gjør mange handlinger ubevisst.



Testosteronbehandling mot redusert sexlyst hos postmenopausale kvinner

Testosteronbehandling hos postmenopausale kvinner har blitt et mye omtalt tema innen kvinnehelse, både blant spesialistene i fagmiljøene og på sosiale medier. Slik behandling er også omtalt i en rekke nasjonale og internasjonale retningslinjer. Hva finnes egentlig av dokumentasjon for bruk av testosteron hos kvinner? Og hvordan bør slik behandling følges opp?

Både i den norske veilederen i gynekologi og i flere sentrale retningslinjer internasjonalt, er testosteron oppgitt som et alternativ i behandling av nedsatt sexlyst hos postmenopausale kvinner (1). Dette inkluderer blant annet British Menopause Society (BMS), NICE guidance, Royal College of General Practitioners (RCGP), Svensk förening för obstetrik og gynekologi (SFOG), Dansk selskab for obstetrik og gynækologi (DSOG), American College for Obstetrics and Gynecology (ACOG) og UpToDate, samt en global konsensusrapport fra 2019 (2–10).

Rutinemessig bruk frarådes

Testosteronbehandling hos postmenopausale kvinner ser ut til å være stadig mer etterspurt og benyttet, og har fått mye omtale (11). Flere kilder understreker imidlertid at testosteron ikke bør være førstevalg i behandling av redusert sexlyst hos postmenopausale kvinner eller brukes rutinemessig som en del av hormonbehandling ved menopausale symptomer (2, 8, 12). Generelt anbefales en biopsykososial tilnærming ved vurdering og behandling av seksuell dysfunksjon og at andre tiltak som terapi, livsstilsendringer og vaginalt østrogeniskudd bør forsøkes før systemisk hormonbehandling (9, 10, 13).

Effekten er best dokumentert hos kvinner som allerede bruker østrogeniskudd, men det finnes også studier som viser positiv effekt hos kvinner uten samtidig østrogenbehandling (9). Flere kilder fraråder rutinemessig bruk av testosteron uten samtidig østrogenholdig menopausal hormonterapi (MHT) på bakgrunn av økt risiko for androgene bivirkninger (2, 4).

Nedsatt sexlyst er eneste evidensbaserte indikasjon

Nedsatt sexlyst, eller mer spesifikt hypoaktiv seksuell lystlidelse (HSDD), hos postmenopausale kvinner, er ifølge en global konsensusrapport fra 2019 den eneste evidensbaserte indikasjonen for testosteronbehandling hos kvinner. Dokumentasjonen som finnes støtter en moderat terapeutisk effekt (10). Anbefalingene i konsensusrapporten er i stor grad basert på funn fra to metaanalyser (12, 14).

Det finnes ikke tilstrekkelig tilgjengelig data til å støtte bruk av testosteron som behandling av andre symptomer eller tilstander, eller for sykdomsforebygging (10). Randomiserte kliniske studier av testosteron har hittil ikke vist gunstige effekter på kognisjon, humør, energi og muskler og skjelett (10).

Bivirkninger

Ved transdermal testosteronbehandling i doser som gir testosteronnivåer tilsvarende fysiologiske nivåer for premenopausale kvinner, viser studier betryggende resultater når det gjelder sikkerheten ved slik behandling (13). Slike doser er forbundet med milde bivirkninger som akne og vekst av kroppshår/ansiktshår hos noen kvinner (10). Vektøkning er også rapportert (12).

Metaanalyser viser at mer alvorlige bivirkninger, som dypere stemme og forstørret klitoris ikke er forbundet med behandling med doser som gir fysiologiske nivåer, men er knyttet til overdosering (9, 10, 12). Kvinner som starter med testosteronbehandling, må likevel informeres om at slike bivirkninger kan oppstå og advares mot å bruke høyere doser enn forskrevet. Det er viktig å være klar over at kvinner med forhøyet risiko for hjertesykdom eller tidligere brystkreftdiagnose ble ekskludert fra studiepopulasjonene (10).

Peroral testosteronbehandling er assosiert med negative effekter på lipidprofil, men dette er ikke sett ved transdermal bruk i fysiologiske konsentrasjoner. En ikke-signifikant trend mot økt risiko for dyp venetrombose har vært sett, men dette var ved samtidig behandling med østrogenholdig MHT, som også kan ha bidratt til risikoen (10, 12, 13).

Data på langtidseffekter mangler

Sikkerheten ved langtidsbruk av testosteron hos postmenopausale kvinner er generelt ikke fastslått, da det i stor grad mangler data på behandlingens lengde utover to år (10, 12, 14). Det mangler større randomiserte studier med lengre oppfølgingstid som kan fastslå sikkert hvordan utfall som kardiovaskulære hendelser og bryst-, endometrie- og eggstokkreft påvirkes på lengre sikt, spesielt hos kvinner som ikke bruker samtidig østrogen og gestagen (9, 10). De fleste studier har hatt en varighet på tre til tolv måneder (9, 10, 12, 14).

Tilgjengelige data tyder ikke på at kortvarig transdermal testosteronbehandling påvirker risikoen for brystkreft (2, 10). Det er rapportert om enkelttilfeller av brystkreft i studier, men det er usikkert om dette skyldes behandlingen (9). Datagrunnlaget er, som nevnt, utilstrekkelig til å vurdere langtidsrisiko for brystkreft (10).

Kontraindikasjoner

Testosteronbehandling er kontraindisert ved nåværende eller tidligere brystkreft, endometriehyperplasi eller gynekologisk kreft, hjerte-karsykdom og aktiv leversykdom (2, 5, 9). Den britiske veilederen nevner også at testosteronbehandling skal unngås hos aktive idrettsutøvere, gravide og ammende, samt hos kvinner med testosteronnivå i eller over øvre referanseområde (2). Kvinner som har symptomer på hyperandrogenisme, eller som bruker antiandrogene legemidler, frarådes også bruk av testosteron, mens kvinner med høye nivåer av SHBG (seksualhormonbindende globulin) har redusert sannsynlighet for effekt av slik behandling (13).

Dosering og preparatvalg

Testosteronnivået hos voksne menn er omkring ti til femten ganger høyere enn nivået hos kvinner (9, 13), noe som ser ut til å utgjøre rasjoalet bak hvorfor dosen til postmenopausale kvinner oppgis å skulle utgjøre en tiendedel av anbefalt dose til menn (9, 13). Doseringsnøyaktighet kan dermed bli utfordrende, ettersom preparatene ikke er tilpasset dosene som er aktuelle for kvinner.

I norsk veileder i gynekologi anbefales maksimal daglig transdermal dose på 5 mg i form av gel (1). Dette er i tråd med litteraturen for øvrig, hvor også 10 mg topikal gel annenhver dag oppgis som et alternativ (2, 5). I den norske veilederen oppgis det imidlertid at anbefalt dosering er erfart å ofte gi for høyt testosteronnivå (1). Dette samsvarer også med erfaringer beskrevet av Moen og Johansen i *Tidsskrift for den norske legeförening*, som i tillegg påpeker at forskri-

vende lege sitter med ansvaret for en vanskelig dosering (15). Dosen anbefales justert etter effekt, blodprøver og bivirkninger (1).

Globalt sett ser det ut til at det finnes et godkjent preparat for behandling av nedsatt sexlyst hos postmenopausale kvinner; Androfeme 1 som er markedsført i Australia (16). I Norge mangler markedsførte preparater med testosteron godkjent for denne indikasjonen (1).

Av tilgjengelige alternativer i Norge, oppgir norsk veileder i gynekologi Testogel som et alternativ, der en dosepose (50 mg testosteron) bør vare i minst ti dager. Tostran (10 mg/pumpetrykk) med anbefalt dosering på ett pumpetrykk annenhver dag er også et alternativ (1). Som nevnt er det oppgitt at dette ofte medfører for høy dose (1).

Monitorering/praktisk oppfølging

Overordnede råd om å monitorere testosteronbehandling hos kvinner er i hovedsak samsvarende i ulike nasjonale og internasjonale retningslinjer. Hensikten med slik monitorering er å unngå overdosering i form av suprafysiologiske nivåer og dermed bivirkninger (2, 3, 7, 10, 13). Testosteronnivåene bør altså holdes innenfor referanseområdet for premenopausale kvinner (10). Generelt anbefales det:

- Å måle totalt testosteron før oppstart for å etablere et utgangspunkt.
- Ny måling etter tre til seks uker for dosejustering.
- Ved doseendring bør ny måling tas innen to til seks uker.
- Videre monitorering anbefales hver sjette til tolvte måned.
- Måling av totalt testosteron er foretrukket fremfor fritt testosteron.

Vi nevner også at måling av totalt testosteron ikke bør brukes til å diagnostisere seksuell dysfunksjon, ettersom det ikke er klar sammenheng mellom testosteronnivå og seksualfunksjon (10, 13).

Tidspunkt for blodprøvetaking

Monitorering av testosteronbehandling hos kvinner er generelt utfordrende, særlig fordi preparatene som benyttes ikke er utviklet for kvinnelig fysiologi, og dokumentasjonen om farmakokinetikk og måletidspunkt er svært begrenset. Utover det som er gjengitt ovenfor har det også inntil nylig vært svært begrenset informasjon om detaljer rundt praktisk gjennomføring av monitorering av testosteronbehandling hos kvinner (2, 3, 5, 7, 10, 13).

Kapittelet «Overgangsalder – menopause» i *Veileder i gynekologi* er imidlertid nylig oppdatert med konkrete råd rundt gjennomføring av monitorering av testosteron-

behandling hos postmenopausale kvinner (1). Rådene er basert på en eksperttuttalelse. Det er oppgitt at totalt testosteron skal måles seks til åtte timer etter siste dose. Det bemerkes også at svært lavt totalt testosteron kan skyldes lav SHBG, og at det ikke nødvendigvis er behov for å øke dosen.

Det er ikke oppgitt hva som er det faglige rasjoalet bak anbefalingen om å måle testosteron etter seks til åtte timer, men vi antar dette er for å måle på et tidspunkt der man antar at testosteronkonsentrasjonen er på det høyeste. Dette for å unngå suprafysiologiske konsentrasjoner og eventuelle relaterte bivirkninger. Dette kan være i tråd med funnene fra en studie som undersøkte farmakokinetikken til Androfeme 1, et testosteronpreparat godkjent i Australia for behandling av nedsatt sexlyst hos postmenopausale kvinner. Her fant en at serumkonsentrasjonen ser ut til å være relativt jevn gjennom døgnet, men at enkelte målinger to til seks timer etter påføring kan overstige referanseområdet (17). Dersom det av praktiske årsaker er vanskelig å tilpasse tidspunktet for blodprøvetakingen til seks til åtte timer etter siste dose, vil det etter vår vurdering derfor virke fornuftig å måle tidligere enn dette heller enn senere, om hensikten er å avdekke suprafysiologiske nivåer.

Risiko for sekundær eksponering ved hudkontakt

Norske legemiddelmyndigheter har nylig advart mot risiko for sekundær eksponering for hormonlegemidler som sprayer eller smøres på huden i «Nytt om legemidler» (18). Det angis her at risikoen for sekundær eksponering er lav, men at det likevel er viktig at pasienter som bruker slike legemidler er oppmerksomme på dette og tar forholdsregler ved bruk (18). Som forskriver er det viktig å informere pasienter om risikoen og nødvendige tiltak for å hindre utilsiktet eksponering.

I pakningsvedleggene for Tostran og Testogel er det utfyllende informasjon om aktuelle tiltak (19). Vi viser derfor til pakningsvedleggene for konkrete råd.

REFERANSER

1. Metodebok. Norsk gynekologisk forening. Overgangsalder (menopause). <https://www.legeforeningen.no/> (Sist oppdatert: 2. november 2025).
2. British Menopause Society. Testosterone replacement in menopause. <https://thebms.org.uk/wp-content/uploads/2022/12/08-BMS-TfC-Testosterone-replacement-in-menopause-DEC2022-A.pdf> (publisert: desember 2022).
3. National institute for health and care excellence (NICE). Menopause: identification and management. NICE guideline. Reference number: NG23. <https://www.nice.org.uk/guidance/ng23> (Sist oppdatert: 7. november 2024).
4. Royal college of general practitioners. RCGP, RCOG and BMS Position Statement on the Menopause.

pause. <https://www.rcgp.org.uk/representing-you/policy-areas/menopause> (publisert: mai 2022).

5. Svensk forening for obstetrik og gynekologi. SFOG-råd för menopausal hormonbehandling 2019. <https://www.sfog.se>. (Sist oppdatert: 21. januar 2021).
6. Dansk selskab for obstetrik og gynækologi (DSOG). Postmenopausal hormonterapi med udgangspunkt i NICE-guideline. https://static1.squarespace.com/static/5467abcce4b056d72594db79/t/59419baf725e253851a0be64/1497471926097/CVD_HT_endelige_EL_LH+%281%29.pdf (Endelig versjon: 20. mars 2017).
7. Female Sexual Dysfunction: ACOG Practice Bulletin Clinical Management Guidelines for Obstetrician–Gynecologists, Number 213. Obstetrics & Gynecology 2019; 134(1): p e1–e18.
8. Martin KA, Barbieri RL. Treatment of menopausal symptoms with hormone therapy. Version 58.0. In: UpToDate. <https://www.helsebiblioteket.no/> (Sist oppdatert: 20. november 2023).
9. Shifren JL. Overview of sexual dysfunction in females: management. Version: 57.0. In: UpToDate. <https://www.helsebiblioteket.no/> (Sist oppdatert: 23. april 2025).
10. Davis SR, Baber R et al. Global consensus position statement on the use of testosterone therapy for women. The journal of sexual medicine 2019; 16.9: 1331–1337.
11. Simon J, Davis SR et al. State of the art in menopause: current best practice approaches from the IMS World Congress 2024, Melbourne. Climacteric, 2025, 1–6.
12. Islam MR, Bell RJ, Green S, Page M, Davis SR. Efficacy and safety of testosterone therapy for women: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. Lancet Diabetes Endocrinol 2019; 8: 1–5.
13. Parish SJ, Simon JA. International Society for the Study of Women's Sexual Health Clinical Practice Guideline for the Use of Systemic Testosterone for Hypoactive Sexual Desire Disorder in Women. J Sex Med 2021; 18(5): 849–867.
14. Achilli C, Pundir J et al. Efficacy and safety of transdermal testosterone in postmenopausal women with hypoactive sexual desire disorder: a systematic review and meta-analysis. Fertil Steril 2017; 107: 475–482.
15. Moen MH, Johansen N. Testosteronbehandling til kvinner. Tidsskr Nor Legefor 2023; 143(4).
16. RELIS database 2025; spm.nr. 17685, RELIS Vest. (www.relis.no).
17. Fooladi E, Reuter SE et al. Pharmacokinetics of a transdermal testosterone cream in healthy postmenopausal women. Menopause. 2015 Jan; 22(1): 44–9.
18. Direktoratet for medisinske produkter. Nytt om legemidler nr. 14 2025. <https://www.dmp.no/nyheter/nytt-om-legemidler-nr-14-2025> (Publisert: 25. november 2025).
19. Felleskatalogen. Pakningsvedlegg a) Tostran, b) Testogel. <https://www.felleskatalogen.no/medisin/pasienter/> (lest: 2. desember 2025).

LENA SKÅR BREKKHUS
Master i farmasi, RELIS Vest

SYNNE WOLLEN STEEN
Overlege, Seksjon for klinisk farmakologi,
Haukeland universitetssykehus

KRISTIN VISTE
Seksjonsoverlege, Hormonlaboratoriet,
Haukeland universitetssykehus. Førsteamanuensis,
Klinisk institutt II, Universitetet i Bergen

KRISTINE HEITMANN
Master i farmasi, ph.d., Seksjonsleder, RELIS Vest

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

Sebra

Dette diktet belyser så fint at vi alle er så mye mer enn det man ved første øyekast kan få inntrykk av. Noen ganger ser vi kun én side av andre eller av oss selv.

Det er en fin påminnelse om at vi må være rausere i møte med både egne og andres «svake» sider.

Sebra

Jeg spurte en gang en sebra:
Er du svart med hvite striper
eller hvit med svarte striper?

Og sebraen så på meg og sa:

Er du sterk med svake sider
eller svak med sterke sider?

Er du god med onde påfunn
eller ond med gode påfunn?

Jeg vil gjerne utfordre John Lockhart, en god kollega, til å ta stafettspinnen videre. Han har jobbet i flere tiår som alene-doktor på et lite sted i Helgeland.

Hilsen fra
Anja de Jong

Er du glad med triste dager
eller trist med glade dager?

Er du flink med dumme innfall
eller dum med flinke innfall?

Og slik fortsatt og fortsatte
og fortsatte den,

og aldri, aldri, aldri,
spør jeg en sebra om striper igjen.

SHEL SILVERSTEIN



ILLUSTRASJONSFOTO: MORTEN HERNÆS / KI – ADOBE FIREFLY



30 % av norske kvinner i alderen ≥ 40 år rapporterer om symptomer på tilbakevendende UVI.¹

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

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

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

Hiprex til voksne og barn i alderen 6-12 år

Indikasjon:

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

Dosering av Hiprex:

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

Utvalgt sikkerhetsinformasjon:

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

Hiprex (metenamin) priser og refusjon:

Hiprex koster kr 306,80 for 100 tabletter, kr 675,30 for 100 doseposer. Begge formuleringer er 1 gram. Reseptgruppe C. Refusjonsberettiget bruk: Langtidsprofilakse ved kroniske eller stadig residiverende infeksjoner i nyrer/urinveier og langtids kateterdrenasje. Infeksjonsprofilakse urinveier ved immunsvekkelse. Palliativ behandling i livets slutfase. Infeksjoner ved organtransplantasjon. Refusjonskoder: ICD-10: N51.1, N51.2, N51.3, N51.4, N51.5, N51.6, N51.7, N51.8, N51.9, N52.0, N52.1, N52.2, N52.3, N52.4, N52.5, N52.6, N52.7, N52.8, N52.9, N53.0, N53.1, N53.2, N53.3, N53.4, N53.5, N53.6, N53.7, N53.8, N53.9, N54.0, N54.1, N54.2, N54.3, N54.4, N54.5, N54.6, N54.7, N54.8, N54.9, N55.0, N55.1, N55.2, N55.3, N55.4, N55.5, N55.6, N55.7, N55.8, N55.9, N56.0, N56.1, N56.2, N56.3, N56.4, N56.5, N56.6, N56.7, N56.8, N56.9, N57.0, N57.1, N57.2, N57.3, N57.4, N57.5, N57.6, N57.7, N57.8, N57.9, N58.0, N58.1, N58.2, N58.3, N58.4, N58.5, N58.6, N58.7, N58.8, N58.9, N59.0, N59.1, N59.2, N59.3, N59.4, N59.5, N59.6, N59.7, N59.8, N59.9, N60.0, N60.1, N60.2, N60.3, N60.4, N60.5, N60.6, N60.7, N60.8, N60.9, N61.0, N61.1, N61.2, N61.3, N61.4, N61.5, N61.6, N61.7, N61.8, N61.9, N62.0, N62.1, N62.2, N62.3, N62.4, N62.5, N62.6, N62.7, N62.8, N62.9, N63.0, N63.1, N63.2, N63.3, N63.4, N63.5, N63.6, N63.7, N63.8, N63.9, N64.0, N64.1, N64.2, N64.3, N64.4, N64.5, N64.6, N64.7, N64.8, N64.9, N65.0, N65.1, N65.2, N65.3, N65.4, N65.5, N65.6, N65.7, N65.8, N65.9, N66.0, N66.1, N66.2, N66.3, N66.4, N66.5, N66.6, N66.7, N66.8, N66.9, N67.0, N67.1, N67.2, N67.3, N67.4, N67.5, N67.6, N67.7, N67.8, N67.9, N68.0, N68.1, N68.2, N68.3, N68.4, N68.5, N68.6, N68.7, N68.8, N68.9, N69.0, N69.1, N69.2, N69.3, N69.4, N69.5, N69.6, N69.7, N69.8, N69.9, N70.0, N70.1, N70.2, N70.3, N70.4, N70.5, N70.6, N70.7, N70.8, N70.9, N71.0, N71.1, N71.2, N71.3, N71.4, N71.5, N71.6, N71.7, N71.8, N71.9, N72.0, N72.1, N72.2, N72.3, N72.4, N72.5, N72.6, N72.7, N72.8, N72.9, N73.0, N73.1, N73.2, N73.3, N73.4, N73.5, N73.6, N73.7, N73.8, N73.9, N74.0, N74.1, N74.2, N74.3, N74.4, N74.5, N74.6, N74.7, N74.8, N74.9, N75.0, N75.1, N75.2, N75.3, N75.4, N75.5, N75.6, N75.7, N75.8, N75.9, N76.0, N76.1, N76.2, N76.3, N76.4, N76.5, N76.6, N76.7, N76.8, N76.9, N77.0, N77.1, N77.2, N77.3, N77.4, N77.5, N77.6, N77.7, N77.8, N77.9, N78.0, N78.1, N78.2, N78.3, N78.4, N78.5, N78.6, N78.7, N78.8, N78.9, N79.0, N79.1, N79.2, N79.3, N79.4, N79.5, N79.6, N79.7, N79.8, N79.9, N80.0, N80.1, N80.2, N80.3, N80.4, N80.5, N80.6, N80.7, N80.8, N80.9, N81.0, N81.1, N81.2, N81.3, N81.4, N81.5, N81.6, N81.7, N81.8, N81.9, N82.0, N82.1, N82.2, N82.3, N82.4, N82.5, N82.6, N82.7, N82.8, N82.9, N83.0, N83.1, N83.2, N83.3, N83.4, N83.5, N83.6, N83.7, N83.8, N83.9, N84.0, N84.1, N84.2, N84.3, N84.4, N84.5, N84.6, N84.7, N84.8, N84.9, N85.0, N85.1, N85.2, N85.3, N85.4, N85.5, N85.6, N85.7, N85.8, N85.9, N86.0, N86.1, N86.2, N86.3, N86.4, N86.5, N86.6, N86.7, N86.8, N86.9, N87.0, N87.1, N87.2, N87.3, N87.4, N87.5, N87.6, N87.7, N87.8, N87.9, N88.0, N88.1, N88.2, N88.3, N88.4, N88.5, N88.6, N88.7, N88.8, N88.9, N89.0, N89.1, N89.2, N89.3, N89.4, N89.5, N89.6, N89.7, N89.8, N89.9, N90.0, N90.1, N90.2, N90.3, N90.4, N90.5, N90.6, N90.7, N90.8, N90.9, N91.0, N91.1, N91.2, N91.3, N91.4, N91.5, N91.6, N91.7, N91.8, N91.9, N92.0, N92.1, N92.2, N92.3, N92.4, N92.5, N92.6, N92.7, N92.8, N92.9, N93.0, N93.1, N93.2, N93.3, N93.4, N93.5, N93.6, N93.7, N93.8, N93.9, N94.0, N94.1, N94.2, N94.3, N94.4, N94.5, N94.6, N94.7, N94.8, N94.9, N95.0, N95.1, N95.2, N95.3, N95.4, N95.5, N95.6, N95.7, N95.8, N95.9, N96.0, N96.1, N96.2, N96.3, N96.4, N96.5, N96.6, N96.7, N96.8, N96.9, N97.0, N97.1, N97.2, N97.3, N97.4, N97.5, N97.6, N97.7, N97.8, N97.9, N98.0, N98.1, N98.2, N98.3, N98.4, N98.5, N98.6, N98.7, N98.8, N98.9, N99.0, N99.1, N99.2, N99.3, N99.4, N99.5, N99.6, N99.7, N99.8, N99.9. - Pasienten har i gjennomsnitt de to siste årene hatt minst 3 årlige infeksjoner i nyrer/urinveier. - Pasienten bruker medikamentell behandling for en kronisk sykdom i refusjonslisten hvor sykdommen gir økt risiko for infeksjoner i nyrer/urinveier.

Referanser:

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



Les mer om Hiprex i SPC, basert på godkjent av SLV/EMEA 06.10.2022

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

Utposten

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

Send oss gjerne tekster – ferdige eller utkast.

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

Redaksjonen gir skrivehjelp.

Takk for at du engasjerer deg!

