

Utposten

2 2026
ÅRGANG 55

BLAD FOR ALLMENN- OG SAMFUNNSMEDISIN



Brukerundersøkelse
Legevakt

Protonpumpehemmere
Nedtrapping av PPI
Kur mot ensomhet

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:

Kristin O. Rutle

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: I skvis mellom pasient,
system og samvittighet*Inga Marthe Grønseth***2** FASTLEGEORDNINGA:**Status presens 2025 – med snublesteinar***Torleiv Robberstad***6** Sju spørsmål om protonpumpehemmere*Ketil Arne Espnes, Bettina Riedel, Ann-Katrin Berg og Guttorm Raknes***10** Hvordan trappe ned og avslutte PPI-behandling*Ketil Arne Espnes, Bettina Riedel og Guttorm Raknes***12** En kur mot ensomhet*Endre Skjølberg***13** The Benzo Matrix*Cecilie Markvoll***16** Påvirkning af forbruget af lægemidler i Danmark*Birgit Signora Toft***20** Seponeringslisten – et praktisk evidensbasert
beslutningsverktøy til ophør med medicin*Denise Winfield, Iben Rix Petersen, Solveig Forberg***21** Seponeringslisten**25** Brukerundersøkelse på legevakt*Tone Lise Nesse, Iryna Kachmar, Tone Mørken og Gunnar Tschudi Bondevik***32** Ph.d. Hvorfor det?*Thomas Mildestvedt***34** BOKANMELDelse:**En inspirasjon for kvalitative forskere***«Etisk ubehag» anmeldt av Eli Berg***37 FASTE SPALTER**HVA LESER LEGEN **37**LEGEFORENINGENS HJØRNE **38**TIPS & RÅD **39**

KONSULTASJONEN

JEG ALDRI GLEMMER **40**RING EN VENN **41**RELIS **42**LYRIKKSTAFETTEN **44**

I skvis mellom pasient, system og samvittighet

Moral injury eller «moralsk skade» er et begrep som har sin opprinnelse i amerikansk militærpsykologi. Det ble først formulert av den amerikanske psykiateren Jonathan Shay i møte med Vietnamveteraner på 90-tallet. Begrepet var ment å beskrive en skade som var ulik PTSD på den måten at pasienten ikke var traumatisert av frykt, men av å ha deltatt eller vært vitne til handlinger som brøt med egne etiske normer, følt seg sviktet av egne ledere i krevende situasjoner med høy innsats, eller å ha handlet i strid med egen samvittighet under press. Resultatet av dette var så følelser av skyld, skam, svik og tap av mening. Shay definerte det som skade på «the capacity of trust» eller «evnen til å stole på».

På 2000-tallet utviklet Brett Litz og kolleger begrepet videre. Det ble beskrevet som

«psykisk, sosial og eksistensiell skade som oppstår etter handlinger eller unnlater som bryter med dypt holdte moralske overbevisninger.»

I tillegg til skyld, skam og tap av tillit til institusjoner kunne det bidra til tvil rundt egen identitet «jeg er ikke den jeg trodde jeg var» (1).

I helsevesenet ble begrepet moralsk skade for alvor introdusert av Dean og Talbot i *Stat* i 2018 med artikkelen «Physicians aren't burning out. They're suffering from moral injury» (2). Artikkelen diskuterer hvordan tap av autonomi og faktorer som produksjon og økonomi hindrer helsepersonell i å tilby pasientene den behandlingen de selv mener er riktig, og hva det fører til av moralsk skade på dedikert helsepersonell.

Etter dette har bruken av begrepet tatt av i medisinsk litteratur, og det er kanskje ikke så rart. Robberstads «Status presens» for fastlegeordningen i dette nummeret av *Utposten*, peker på flere faktorer som kan bidra til utbrenthet og moralsk skade hos fastleger.

Dette er blant annet svikt i sykehustjenestene og økt bruk av helprivate tilbud. Som fastleger sitter vi igjen med økt administrasjon, oppgaveglidning i form av rene innkallings- og kontrolloppgaver, attester og dokumentasjon. Alt dette oppleves å ha begrenset medisinsk nytte samtidig som det stjeler tid fra de sykeste pasientene. Vi opplever økt etterspørsel etter undersøkelser eller behandling med lav medisinsk nytte også fra pasientene, som ofte ikke godtar eller forstår når et «nei» fra legen forklares med lav pretest sannsynlighet. I økende grad brukes tiden på å være forhandler heller enn rådgiver og jeg kjenner mer eller mindre kontinuerlig på at det står mellom å gi etter for et medisinsk dårlig begrunnet tiltak, eller bruke uforholdsmessig mye tid på å avvise det. Oppfølging av tilfeldige funn og koordinering av tiltak vi selv ikke har initiert gjør at vi kan sitte igjen med følelsen av å «rydde opp etter andre». De komplekse og multimorbide pasientene, polyfarmasien og de psykososiale belastningene får dermed alt for lite oppmerksomhet. Det er ikke fordi vi ikke vet hvor innsatsen burde ligge, det er fordi rammene ikke tillater oss å bruke tiden der den trengs mest.

De siste årene har det som nevnt vært økende fokus på dette, og vi har fått mange fine tiltak som skal bidra til at enkeltpersonen, legen eller annet helsepersonell skal bli bedre rustet til å stå i det hele. Vi har både Villa Sana, som tilbyr rådgivning og kurs, og støttekollegaordningen. Det finnes dessuten ikke en primærmedisinsk uke eller en våruke med respekt for seg selv, som ikke tilbyr kurs i stressmestring og egenomsorg.

Men hvor mye hjelper egentlig det, når hovedutfordringene sitter i systemet selv og man opplever at disse stadig forverres?

Fokuset må i tydeligere grad over på styrking av kontinuitet, nasjonal prioritering og reduksjon av oppgaver uten

medisinsk nytte. Selv om det er gjort gode tiltak under flere av disse fanene – som ALIS-ordningen og kampanjen *Gjør kloke valg*, oppleves det som svært utilstrekkelig. Nasjonale faglige retningslinjer må være klare og fastleger må involveres i arbeidet. Det må komme føringer for attester, dokumentasjon med lav medisinsk relevans og kontrollregimer uten klar indikasjon. Todeling av helsevesenet må aktivt hindres ved at klare prioriteringsprinsipper er førende for alle aktører. Det er for få, men også her finnes eksempler på tiltak som forsøkes: Det er nå slik at alle henvisninger til flere spesialiteter går gjennom et sentralt mottak ved St. Olavs hospital før de eventuelt videresendes til avtalespesialister. Målet er antagelig jevnere prioriteringspraksis, men tall på effekten av dette har jeg ikke sett presentert.

Et annet punkt er at forsikringselskaper ikke må kunne bruke fastlegen som inngangsport til lavnytte-medisinsk utredning og behandling utenfor det offentlige systemet, og de offentlige flaskehalsene må identifiseres og adresseres.

Moralen i dette er at ja, vi bør følge «Kloke valg», melde oss på stressmestringskurs og benytte oss av de fantastiske fagfolkene ved Villa Sana – men mest av alt bør vi si ifra med utestemme, skrive i media og engasjere oss i politikken og som tillitsvalgte. Vi kan gjerne forbedre oss selv, men det er nok selve systemet som har aller størst oppgraderingsbehov.

INGA MARTHE GRØNSETH
I.M.GRONSETH@GMAIL.COM

REFERANSER

1. Molendijk T. Toward an interdisciplinary conceptualization of moral injury. *New Ideas in Psychology*. 2018; 51: 1–8.
2. Dean W, Talbot S. Physicians aren't "burning out." They're suffering from moral injury. *STAT*. 2018 Jul 26.

FASTLEGEORDNINGA:

Status presens 2025

■ TORLEIV ROBBERSTAD • 89 år, tidlegare statstenestemann i 36 år og helse- og sosialsjef i 10 år

Det går monaleg betre med fastlegetenesta no enn for tre år sidan. Fjerdeparten av fastlegane har opne lister, men framleis bur tiandeparten av befolkninga i kommunar utan opne lister. Listene er blitt kortare og talet på lister utan lege er halvert, men verken vaktbelastning eller stabilitet er optimale. Svikt i sjukehusenesta og vekst i heilprivate tilbod vil auke behovet for fleire fastlegar.

Opplysningar om fastlegane i alle dei 357 kommunane finn du på internett (1). Dei skal til ei kvar tid hjelpe folk flest til å finne seg fastlege, så datakvaliteten er venteleg god. Denne studien ser på utviklinga frå 23.12.2024 til 01.12.2025, ved å samanlikne punktprevalensar for kommunane. Den er ei oppfølging av fire tilsvarende studiar for 2021–24, i *Utposten* (2–5). Kommuneinndelinga følger Statistisk sentralbyrå sin standard for sentralitet, med 1 som dei seks mest sentrale og 6 som dei 113 minst sentrale kommunane (6).

Funn

Fastlegedekking

I 2025 kom det 60 fleire fastlegeheimlar og 134 fleire fastlegar, jamfør tabell 1 på side 4. I snitt var det 935 innbyggjarar per heimel, som i 2024, jamfør tabell 3 på side 4.

Lister utan fastlege

På tre år er vakansprosenten halvert. Dei 208 minst sentrale kommunane (sentralitet 5–6) hadde 20 prosent av heimlane, men halvparten av vakansane, jamfør tabell 1 på side 4.

Kvar tiande vakans mangla vikar i 2025. Slikt har aldri vore eit problem i dei 25 mest sentrale kommunane. I dei 332 andre kommunane er denne vikarmangelen no på berre tredjeparten av 2021-nivå, men med størst etterslep i dei minst sentrale kommunane.

Fastlegars vikarbruk

Femtekvar fastlege hadde vikar, med spreiding frå sjuandekvar lege i dei 208 minst sentrale kommunane til nesten annankvar fastlege i Oslo, jamfør tabell 2 på side 4. I alt

var det 1234 vikaravtalar, 311 fleire enn i 2021, og halvparten av avtalane var i dei største og dei mest sentrale kommunane.

Vel tiandeparten av fastlegane hadde vikar i *minst halv* (vanlegvis full) stilling, 30 prosent færre enn i 2024. Vikarbruken varierte lite med sentralitet, men var mest vanleg i større kommunar.

Tiandeparten av fastlegane hadde vikar i *mindre* vikariat, litt fleire enn i 2024. Dei 25 mest sentrale kommunane hadde nesten 40 prosent av fastlegeheimlane, men 60 prosent av desse mindre vikariata.

Frårekna Oslo har 63 kommunar over 20 000 innbyggjarar. Halvparten av desse er vertskommunar for somatiske sjukehus, og dei har 18 prosent *lågare* vikarbruk enn resten.

Fastlegane hadde 25 prosent fleire vikaravtalar enn i 2021. I denne fireårsperioden blei det ikkje vanlegare med store vikariat, men 40 prosent vanlegare med mindre vikariat. I Oslo auka vikarbruken frå 30 til 46 prosent, mest fordi det blei nesten dobbelt så mange mindre vikariat.

Opne lister

Fjerdeparten av heimlane har no opne lister – ei dobling på to år, jamfør tabell 3 på side 4. Men framleis bur tiandeparten av befolkninga i kommunar utan ei einaste open liste. Dei største er Kongsberg, Grimstad, Lindesnes, Haugesund, Sandnes, Hå, Time, Sola, Askøy og Levanger, og fire av desse hadde heller ingen opne lister i 2024.

Fastlegars fireårsstabilitet

Kor stor del av fastlegane per juni 2021 var i same kommunen fire år seinare? I snitt 82 prosent. I underkant av 250 kommunar har under 10 000 innbyggjarar. Der finn du



sjetteparten av befolkninga og 22 prosent av fastlegane, med vel fem fastlegar per kommune. Men der var berre 60 prosent av fastlegane att etter fire år.

Kjønnsfordeling

No er 2850 av fastlegane (49 prosent) kvinner, mot 41 prosent i 2015. Kvinneandelen er høgast i dei 113 minst sentrale kommunane, og i dei fem største kommunane utanom Oslo. Sidan 2015 har 90 prosent av fastlegeauken vore kvinner.

– med snublesteinar



ILLUSTRASJONSFOTO: GETTY IMAGES

Drøfting

Fastlegetenesta går det monaleg betre med. Gjennomsnittleg listelengde er blitt sju prosent kortare på tre år, og talet på lister utan lege er halverte. No er fjerdeparten av fastlegelistene opne; som i 2020, ei dobling på to år. Men dette er ikkje godt nok. Framleis bur tiandeparten av befolkninga i kommunar utan opne fastlegelister. Heile nettoauken av fastlegar i 2025 gjekk med til å følgje folkeauken, og verken vikarbruk, vaktbelastning eller stabilitet ser ut til å vere optimale.

Auka *vikarbruk* har vore eit klassisk symptom på kriser i allmennlegetenesta (7). No har femtekvar fastlege vikar i ulik grad, særleg i sentrale kommunar. Det er der det er lettast å få tak i vikar, og det er der meirforbruket av sjukehusinnleggingar er størst (8).

Sandvik peikar på at «hyppig legevakt er den viktigste grunnen til at fastlegar slutter» (9). Myklestul peikar på at høg vaktbelastning særleg gjeld i dei minste kommunane, og at dette gir dyrare og dårlegare

helsetenester totalt (10). Våre funn kan passe med dette.

Kommuneøkonomien går det mykje dårlegare med. I 2023 brukte kommunane 1,2–1,6 milliardar kroner til ekstra rekrutteringstiltak for fastlegar (11). Kor lenge kan Kommune-Noreg ta seg råd til slikt? Størstedelen av kommunane reknar med å gå med driftsunderskot i 2025, mykje på grunn av helse- og omsorgsutgifter.

Fastlegetenesta og spesialisthelsetenesta er heilt avhengige av kvarandre, med fast-

TABELL 1. Fastlegeheimlar, vakansar og vikarbruk 2020–2025.

	2015 31.12	2021 15.12	2022 09.12	2023 23.12	2024 08.12	2025 01.12
Fastlegeheimlar	4 602	5 231	5 409	5 626	5 921	5 981
Vakante heimlar	57	228	320	304	260	170
Vikarar i vakante heimlar	*	133	230	245	221	153
Alle fastlegar	4 545	5 003	5 089	5 322	5 661	5 795
– med vikar > 50 prosent		575	576	614	930	672
– med vikar < 50 prosent		348	350	525	523	562

* «Disse listene/hjemlene er normalt betjent av kort tid vikarar» (20).

TABELL 2. Heimlar 2025: listelengde, prosent opne lister, vakansar og vikarbruk, etter sentralitet.

SENTRALITET	ALLE	OSLO	1*	2	3	4	5	6
Tal på kommunar	357	1	5	19	52	72	95	113
Gjennomsnittleg listelengde	935	1 189	1 098	1 040	971	857	674	598
Opne lister	24	39	32	37	21	17	25	55
Vakansar: lister utan fast lege	3	0	0	1	1	6	8	9
Fastlege med vikar >50 prosent	11	17	11	11	10	11	9	13
Fastlege med vikar <50 prosent	9	29	15	8	9	5	3	4

* Sentralitetsgruppe 1 er her Nordre Follo, Bærum, Rælingen, Lørenskog og Lillestrøm, men fråtrekt Oslo.

TABELL 3. Fastlegeheimlar 2015–2025: listelengde, opne lister, og vakansar.

	2015 31.12	2020 31.12	2021 15.12	2022 09.12	2023 23.12	2024 08.12	2025 01.12
Gjennomsnittleg listelengde	1 128	1 068	1 031	1 003	976	937	935
Prosent opne lister	41,1	25,5	18,0	12,9	12,9	16,2	24,3
Lister utan fast lege, i prosent	1,1	3,5	4,4	6,0	5,7	4,4	3,1

legane som grunnmur og portvakt, og spesialisthelsetenesta med nok og relevant spesialkompetanse. Og *spesialisthelsetenesta strevar*: Dei siste tre åra har nesten 2000 sjukehuslegar slutta, og på nokre sjukehus har nesten femteparten av legane slutta på under tre år (12). Anne-Karin Rime, president i Legeforeningen, peikar på at 19 av 20 sjukehus ikkje greier å halde budsjettet sitt, og seier at

«...når opplevelsen hos mange (...) er at økonomi alltid trumfer fag, og at vi stadig må løpe fortere for å holde budsjettene, så er det dessverre ikke rart at legene søker seg bort fra sykehusene» (13).

Dette vil føre til meir arbeid og større forventningspress for fastlegetenesta.

Det aller meste av driftsutgiftene er lønskostnader. Så når budsjettet sprekk, må styret kutte der og/eller låne pengar av staten. No har Helse Stavanger opna eit halvt nytt universitetssjukehus. Berre i år skal det betale 500 millionar kroner i renter og 200 millionar i avdrag til staten, og ingen veit når andre halvparten av sjukehuset kan bli bygd (14). Dette gjeld altså statens hest og statens havre!

Korfor blir det slik? Bjørn Røse har mellom anna vore kemner og tolldirektør i

fleire tiår. Han meiner at det var ein fundamental feil å fastsetje at *styra i dei statlege helseføretaka* skulle fordele statstilskota mellom drift og investeringar. Kombinasjonen av null konkurrisiko og usynlege investeringskostnader i rekneskapane gjer at styra «overinvesterer basert på urealistisk lave investeringskalkyler og urealistisk høye gevinstberegningar» (15). Profesjonell styring?

Kommunane har tydelege skilje mellom drifts- og investeringsbudsjetta, og mi erfaring er at slik synleggjering er god vaksenopplæring for sprelske maktmenneske.

Legedekninga vår ligg i verdstoppen. Då kan det bli tungt å finne plass på offentlege budsjett til mange fleire legar, i konkurranse med andre tunge sektorar som forsvar, beredskap, omsorg og det grøne skiftet. Men me har eit *fordelingsproblem*: Berre sjetdeparten av legane våre er allmennlegar, mot nesten fjerdeparten i OECD-landa. Er dette ønskeleg, og er det tilskilta eller berre ein marknadsstyrt happening?

Alle offentlege tenester er finansierte av skattar og avgifter, og må derfor fordelast etter ei samla nyttevurdering (= budsjett). Men kva er nytte? Prioriteringsmeldinga

seier at det er sentralt i verdigrunnlaget at innbyggjarane skal få *likeverdige helsetenester* etter behov, uavhengig av bustad eller personleg økonomi (16). Denne lovnaden om resultatlikskap er ei edel målsetjing, men kan den overleve det første møtet med kvardagens rekneskapsførarar?

Kompetent *personell* er hovudressursen, men er eit knappheitsgode, så «personellkonsekvenser skal derfor utredes som en del av beslutningsgrunnlaget ved prioriteringsbeslutninger» (16). Korleis kan dette brukast for å få betre resultatlikskap i heile Kommune-Noreg?

Det ligg fleire snublesteinar framfor oss

Prioritering er særleg viktig no, med endra oppgåvefordeling og aukande sprik mellom tilbod og forventningar. Det handlar om måldefinering, maktfordeling, myndighet og manipulering.

Gløym ikkje at straksforventningar, pasientnytte og fagforeiningsønskje er heilt ulike ting, og til dels motstridande. Interessegupper vil med idealistisk kikkertsyn fremje sine enkeltsaker. Styresmaktene har også sine kjepphestar og politiske mar-



ILLUSTRASJONSFOTO: GETTY IMAGES



keringsbehov. Og legane er ein profesjon som det er særleg vanskeleg for pengeforvaltarar å overprøve fagleg. Det sies jo også at å styre leger er som å gjete katter.

Femteparten av folket bur i «Oslofeltet», dei fem kommunane Asker, Bærum, Oslo, Lillestrøm og Lørenskog. Dette er nesten like mange som i dei 145 kommunane (i fem fylke) nord for Stad og Dovre. Men «Oslofeltet» har meir enn dobbelt så stor årsvekst, og det er dit makta er blitt *sentralisert* på så mange måtar. Kva landsdel trur du har størst sjanse for å få gjennomslag for sine helsetenesteønske? Kor stor er risikoen for at målsetjinga om likeverdige tenester i praksis blir skrota, fordi auka omfordeling blir for konfliktfylt? Kva så med totalberedskapen?

Me har alt ei todelt helseteneste. *Heilprivate tenester* skulle berre vere eit supplement til offentlege tenester. Dei må ikkje få vere ein gaukunge som tappar fellestenester for kompetent personell, som der kan få betre betalt, mindre arbeidsmengde og større autonomi. Det etiske problemet er at desse tenestene ikkje blir fordelte etter fagleg skjønn, men etter personleg betalingsvilje. «Markedet fungerer svært dårlig i

helsetjenesten» (17). Dessutan undergrev dei fastlegens nøkkelrolle som generalist, rådgjevar, portvakt og «helseadvokat». Ein leiar i *Tidsskriftet* sa det slik:

«Tegnene på skrantende politisk vilje til å beholde ei geografisk og sosialt rettferdig offentlig helsevesen begynner å bli altfor tydelige» (18).

Ei annonse i ei regionavis nyleg tilbyr folk flest:

«Omfattende helsesjekk. Få sjekket dine blodårer og indre organer. Helsesjekk med ultralyd koster 2990 – utføres av en røntgenlege og kan fås på våre 15 klinikker i Norge. Du har god tid til å diskutere dine problemstillinger og spørsmål med legen som undersøker deg» (19).

Og kva så med fastlegen?

REFERANSAR

1. www.helsenorge.no/bytte-fastlege. Lese 01.12.2025.
2. Robberstad T: Fastlegeordninga: Status presens 2021. Utposten nr 2/2022.
3. Robberstad T: Fastlegeordninga: Status presens 2022. Utposten nr 1/2023.
4. Robberstad T: Fastlegeordninga: Status presens 2023, og så?. Utposten nr 1/2024.
5. Robberstad T: Fastlegeordninga: Status presens 2024. Utposten nr 2/2025.
6. SSB. Standard for sentralitet. www.ssb.no

7. Kristoffersen J.E.: Har regjeringen fikset fastlegeordningen? *Tidsskr Nor Legeforen* nr 6/2024, 445.
8. Robberstad T: Spesialisthelsetenester til oss over 80 år. *Utposten* nr 7/2024.
9. Sandvik H.: Trivsel og stabilitet i fastlegeordningen. *Tidsskr Nor Legeforen* nr 11/2025, 943.
10. Myklestul H-C.: Fastlegens legevaktplikt må inn i ordnede former. *Dagens Medisin* nr 10/2025.11.12.25.
11. Wold M. et al.: Variasjoner i kommunal finansiering av fastlegeordningen. SØF-rapport nr 08/2023. NTNU senter for økonomisk forskning, november 2024.
12. Homlong L.: Verdifull erfaring og kompetanse forsvinn. *Dagens medisin* nr 9/2025. 13.11.25.
13. Rime A.K.: Nå trenger vi et helseløft. *Tidsskr Nor Legeforen* nr 9/2025, 821.
14. *Stavanger Aftenblad* 12.01, 2025 s. 15.
15. Røse B.: Gjenvinn kontrollen i sykehusøkonomien. *Tidsskr Nor Legeforen* nr 15/2025,1257.
16. Meld. St. 21 (2024–2025) Helse for alle. Rettferdig prioritering i vår felles helsetjeneste.
17. Krokstad S.: Privat helseforsikring. *Nrk.no* 20.05.2024.
18. Brean A.: Engelsk inspirasjon. Leiar i *Tidsskr Nor Legeforen* nr 1/2024 s. 5.
19. Austad Diagnostikk: Omfattende helsesjekk. Annonse i *Stavanger Aftenblad* 26.05.2025.
20. HelseDirektoratet: Styringsdata for fastlegeordningen, 4. kvartal 2020.

■ TROBBE@LYSE.NET

Sju spørsmål om protonpumpehemmere

■ **KETIL ARNE ESPNES** • Spesialist i allmennmedisin og klinisk farmakologi, overlege St. Olavs hospital

■ **BETTINA RIEDEL** • Spesialist i klinisk farmakologi, overlege Haukeland Sjukehus, førsteamanuensis II Universitetet i Bergen

■ **ANN-KATRIN BERG** • Cand.pharm., leder RELIS Midt-Norge, St. Olavs hospital

■ **GUTTORM RAKNES** • Spesialist i klinisk farmakologi, overlege RELIS Nord-Norge og fastlege Steigen kommune

Protonpumpehemmere (PPI) har revolusjonert behandlingen av magesyrerelaterte tilstander siden de ble introdusert. De er blant de mest brukte legemidlene i Norge og på verdensbasis. PPI har blitt en hjørnestein i behandlingen av gastroøsofageal reflukssykdom, magesår og *Helicobacter pylori*-infeksjon. Til tross for deres store nytteverdi, har det de siste årene vært en økende bekymring for overforbruk og langvarig, ofte unødvendig, bruk. Basert på erfaringer fra KUPP-kampanjen «Riktigere bruk av protonpumpehemmere» svarer vi her på sju typiske spørsmål fra fastlegene om PPI.

1 **Hvorfor bruker «alle» pasientene mine PPI? Er det virkelig så mange som trenger det, og er det et problem?**

Forbruket av PPI i Norge er omfattende, og har økt jevnt år etter år siden legemidlene ble introdusert. I 2024 fikk nærmere 12 prosent av befolkningen minst én resept på PPI, og omtrent to tredjedeler av disse brukte legemidlet fast gjennom hele året. Dette tallet inkluderer ikke de cirka fire prosent som fikk resept på kombinasjonen naproksen/esomeprazol (Vimovo). I tillegg kommer bruk av reseptfrie PPI.

Det er sterke indikasjoner på et **overforbruk**. Studier fra andre land bekrefter dette, der mellom 40 prosent og 65 prosent av innlagte pasienter og 40 prosent til 55 prosent av pasienter i allmennpraksis manglet dokumentert indikasjon for pågående PPI-bruk. En nylig engelsk studie viste at 62 prosent av pasientene på kontinuerlig PPI-behandling ikke hadde en registrert indikasjon for bruken, og 99 prosent av de med indikasjoner for korttidsbehandling (≤ 3 måneder) hadde fått sin første resept over tre måneder tidligere.

Det er alltid problematisk at pasienten utsettes for unødvendig bruk av legemidler som også har bivirkninger og at samfunnet belastes med utgifter både på kort og på lang sikt.

2 **Pasientene mine forteller ofte at de får skikkelig halsbrann igjen hvis de prøver å slutte med PPI. Er det bare de gamle plagene som kommer tilbake?**

Dette er et vanlig scenario og skyldes mest sannsynlig en fysiologisk respons som kalles rebound hypersekresjon av magesyre (se faktaboks). Det er viktig å skille dette fra et genuint tilbakefall av pasientens opprinnelige tilstand, før legen avgjør hva som er riktig tiltak i videre behandling.

Symptomene på **rebound hypersekresjon** blir typisk merkbare fem til fjorten dager etter at PPI er seponert. I motsetning til dette, vil symptomer på et genuint tilbakefall av en underliggende tilstand (som har vært holdt i sjakk av PPI) som oftest komme mye raskere tilbake, gjerne allerede én til to dager etter seponering.

Rebound-effekten kan være svært ubehagelig og føre til at både pasient og lege feilaktig antar at PPI-behandlingen er absolutt nødvendig, noe som resulterer i gjeninnsettelse av behandlingen og dermed opprettholdelse av overforbruket.

3 **Hvem er det egentlig som bør bruke PPI fast (langtidsbehandling)?**

Internasjonale retningslinjer anbefaler å

vurdere langtidsbruk av PPI ved fem tilstander som gir store plager, disponerer for kreft i spiserøret, eller øker risikoen for alvorlig mageblødning:

- **Nødvendig bruk av legemidler/legemiddelkombinasjoner** som medfører økt risiko for blødninger i mage og/eller spiserør (individuell vurdering). Dette inkluderer for eksempel pasienter med høy risiko for gastrointestinal blødning som bruker NSAID og blodplatehemmere fast.
- **Alvorlig erosiv øsofagitt** (verifisert med endoskopi, Los Angeles grad C eller D).
- **Barretts øsofagus**
- **Tilbakevendende alvorlig magesår-sykdom** med blødninger.
- **Zollinger-Ellisons syndrom** (sjelden).

Flertallet av pasientene som bruker PPI fast tilhører ikke disse gruppene og bør vurdere nedtrapping og seponering. Viktige oppgaver for fastlegen er å kontrollere om grunnlaget for PPI startet opp i sykehus er godt, vurdere om det kan seponeres umiddelbart, og sørge for at resepter ikke fornyes dersom det ikke er grunnlag for mer enn kortvarig bruk.

4 **Når bør vi unngå å starte PPI?**

Overforbruk av PPI skjer ved tilstander hvor effekten av behandlingen ikke opp-



ILLUSTRASJONSFOTO: GETTY IMAGES

veier risikoen for PPI-avhengighet og andre komplikasjoner:

- **Selvbegrensende milde og moderate reflukssymptomer.**
- **Tilstander som kan håndteres med ikke-medikamentelle tiltak** (f.eks. røykeslutt, vekttap, endret liggestilling, redusert alkoholinntak, endret måltidshyppighet, unngå trigger-mat) og/eller reseptfrie midler som antacida eller alginater. H2-blokkere kan også være et alternativ.
- **Legemidler/legemiddelkombinasjoner der risikoen for blødning er lav**, f.eks. glukokortikoider i monoterapi og bruk av NSAID i mindre enn fire uker.
- **Asymptomatisk hiatushernie.**
- **Ubehag i nedre del av buken og uspesifikke plager** som kvalme, forstoppelse, løs avføring og oppblåst mage.
- **Sår hals og/eller heshet** uten påvist alvorlig refluksøsofagitt.

5

Når kan det være riktig å bruke PPI i en begrenset tidsperiode? Hvordan går jeg frem?

Det viktigste budskapet fra KUPP-kampanjen om riktigere bruk av PPI er: «Unngå å starte med PPI hvis mulig». I de tilfellene hvor PPI anses som helt nødvendig anbefa-

les bruk av PPI i lavest mulig dose over kortest mulig tid.

- **En PPI-test kan være nyttig.** Dette innebærer kortvarig prøvebruk av PPI (én til to uker i høyeste anbefalte dose) for å vurdere den symptomatiske effekten ved moderate/alvorlige reflukssymptomer eller uforklart dyspepsi som ikke responderer på andre tiltak. Ved manglende symptomlindring bør pasienten utredes for andre årsaker, da det sjelden er grunn til videre behandling med PPI.
- **Ved påvist øsofagitt** vil det være riktig å behandle lenge nok til at sårene er tilhælet. Studier viser at de fleste øsofagitter gror på fire uker, men i noen få tilfeller kan åtte ukers behandling være nødvendig.
- **Intermitterende bruk i korte perioder** har vist seg særlig effektivt til å redusere syresekresjonen hos pasienter med milde og moderate refluksplager og hos dem med non-erosiv øsofagitt. Dette er pasienter som ofte har svingende grad av symptomer og plager, og derfor trenger behandling bare når plagene er som verst. For rask symptomlindring ved «utbrudd» kan det være riktig å anbefale antacida, alginat eller H2-blokker det første døgnet før PPI virker godt. Korte intermitterende kurer på tre til sju dager passer best for dem med mindre alvorli-

ge og sjeldnere plager, mens de som plages mer kanskje må behandles i to uker ved hver kur. De som har kraftige residerende øsofagitter kan trenge behandling i opptil fire uker for hver runde, men hvis de kan holde opp minst like lenge mellom kurene, så slipper de rebound problematikk og har mindre risiko for langtidseffekter.

6

PPI virker trygt, og pasientene mine føler seg mye bedre. Er det egentlig noen grunn til bekymring ved langvarig bruk? Hvilke langtidskonsekvenser snakker vi om?

Det er riktig at PPI er svært effektive og kortvarig bruk (inntil fire til åtte uker) medfører liten risiko. Imidlertid fører langvarig fast behandling til fysiologiske endringer i kroppen, som kan medføre fremtidig risiko for ulike sykdommer i forskjellige organsystemer. Mange av disse assosiasjonene er basert på observasjonsstudier, og selv om en sikker årsakssammenheng ikke alltid kan fastslås, gir de grunn til forsiktighet. Den samlede risikoen på individnivå anses generelt som lav, men må veies nøye mot indikasjonen for langvarig behandling.

Her er en oversikt over mulige langtidskonsekvenser:

● **Økt risiko for infeksjoner:**

– **Mage- og tarminfeksjoner:** Lav pH i magesekken bidrar til å hemme vekst av sykdomsfremkallende bakterier. Langvarig hemming av magesyreproduksjonen medfører en økt risiko for bakterielle infeksjoner i spiserør, mage og tarm. Dette gjelder spesielt *Clostridioides difficile*-infeksjon (CDI), hvor studier viser en økt risiko (OR ≈ 1,3–2,3).

– **Lungebetennelse (pneumoni):** PPI-bruk er også assosiert med økt risiko for lungebetennelse, spesielt i begynnelsen av behandlingen.

● **Malabsorpsjon og næringsmangel:**

– Høy pH i magesekken kan minske opptaket av viktige mineraler og vitaminer som jern, vitamin B12, kalsium og magnesium. Dette kan på sikt føre til anemi, osteoporose og beinbrudd, kognitiv svikt og andre mangelsymptomer.

● **Polyppdannelse og mulig kreftisiko:**

– **Polypper:** Høye serumkonsentrasjoner av signalsubstansen gastrin og histamin, som øker under PPI-behandling, kan medføre polyppdannelse i magesekken (fundic gland polyps).

– **Kreft:** Gastrin mistenkes også å kunne stimulere utvikling av visse kreftformer i fordøyelsessystemet, inkludert magekreft og pankreaskreft. Noen studier har vist en viss økt risiko for magekreft etter H. pylori-sanering og langvarig PPI-bruk. Det er imidlertid vanskelig å kunne si noe sikkert om absolutt kreftisiko, da både grunn sykdom, komorbiditet og indirekte effekter av PPI kan bidra til disse assosiasjonene.

● **Kardiovaskulær sykdom, nyresykdom og demens:**

– **Kardiovaskulær risiko:** Enkelte observasjonsstudier antyder økt risiko for kardio- og cerebrovaskulær sykdom ved PPI-bruk, men en patofysiologisk mekanisme er ikke etablert, og en nylig metaanalyse har ikke bekreftet en slik sammenheng. PPI, spesielt omeprazol og esomeprazol, kan hemme aktiveringen av blodplatehemmeren klopidogrel (via enzymet CYP2C19), noe som kan øke risikoen for kardiovaskulære hendelser hos pasienter med denne legemiddelkombinasjonen.

– **Nyresykdom:** PPI-bruk er assosiert med en svak økt risiko for akutt og kronisk nyresykdom, primært på grunn av akutt interstitiell nefritt.

– **Demens:** Noen observasjonsstudier har

koblet langvarig PPI-bruk til økt risiko for demens, muligens via B12-mangel eller effekter på amyloide plakker. Imidlertid er resultatene sprikende, og en sikker årsakssammenheng kan ikke fastslås.

Det er også påvist høyere totaldødelighet blant pasienter som brukte PPI fast sammenlignet med tilsvarende pasienter som fikk H2-blokkere. Det er viktig å informere pasienter om disse mulige risikoene når indikasjonen for langvarig PPI-bruk er tvilssom eller fraværende.

7

Jeg har en pasient som har brukt PPI i årevis og nå vil slutte. Hvor vanskelig er dette, og hva skal jeg råde pasienten til for å unngå at det blir et helvete?

Det er veldig prisverdig at pasienten ønsker å slutte, men det er også viktig å anerkjenne at det kan være en utfordrende prosess. Seponeringsreaksjoner, hovedsakelig i form av rebound hypersekresjon (se spørsmål 2), gjør det ofte vanskelig å avslutte dersom bruken har vart lenger enn fire til åtte uker. Dette ubehaget oppleves ofte så sterkt at pasienten og legen oppfatter PPI som nødvendig, og behandlingen gjeninnsettes.

For å unngå at det blir en ubehagelig opplevelse for pasienten, er **god informasjon og planlegging avgjørende**. Se egen artikkel om praktiske råd for nedtrapping og seponering av PPI.

Husk at målet med nedtrapping ikke er fullstendig fravær av symptomer, da sporadisk halsbrann er normalt i den generelle befolkningen. Pasienten bør forstå at noen ganger er ubehag akseptabelt, og at dette kan og bør håndteres med symptomlindrende midler som for eksempel antacida.

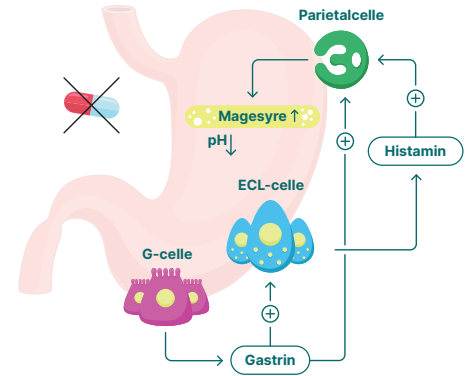
Selv om det mangler ett universelt nedtrappings skjema som passer for alle pasienter, og datagrunnlaget ikke er tilstrekkelig for å anbefale én best mulig seponeringsstrategi, finnes det gode retningslinjer og forslag som du kan tilpasse individuelt. Pasientedukasjon og ikke-farmakologiske tiltak er sentrale i alle faser.

Samarbeid med pasienten er nøkkelen. En strukturert tilnærming med informasjon og oppfølging øker sjansen for vellykket seponering.

Google Notebook LM er brukt som hjelpemiddel til strukturering av teksten i denne artikkelen. Alle forslag fra Google Notebook LM er revidert og enten godtatt eller forkastet av artikkelforfatterne.

Figuren viser økning av magesyreproduksjon ved seponering av PPI.

FIGUR: TILPASSET ETTER HELGADOTTIR ET AL. 2019, CC-BY 4.0



PPI-AVHENGIGHET OG REBOUND HYPERSEKRESJON

PPI gir svært effektiv hemming av saltsyresekresjonen til magesekken. Dette øker pH i magesaften som igjen stimulerer G- og ECL-celle i mageslimhinnen til økt produksjon av henholdsvis gastrin og histamin. Vanligvis fører dette til at parietalcellene produserer mer magesyre for å gjenopprette fysiologisk pH.

Under PPI-behandling forblir imidlertid magesyrenivået lavt, og G- og ECL-celle aktiveres permanent. Dette resulterer i en ECL-cellehyperplasi for å stimulere til økt syreproduksjon som en kompensatorisk mekanisme for den PPI-induserte hemmingen av syrepumpene.

Når PPI så seponeres, vil nivået av histamin forbli høyt i mange uker. Resultatet er unormalt høy syresekresjon som ofte er større enn før PPI-behandlingen startet og som kan føre til nye refluksymptomer.

LITTERATUR

- Andrawes M, Andrawes W, Das A, Siau K. Proton Pump Inhibitors (PPIs) An Evidence-Based Review of Indications, Efficacy, Harms, and Deprescribing. *Medicina* 2025; 61: 1569.
- Espnes KA, Berg A-K, Raknes G, Riedel B. Riktigere bruk av protonpumpehemmere (PPI). *Norsk Farmaceutisk Tidsskrift* 2025; 5: 26–30.
- Targownik LE, Fisher DA, Saini SD. AGA Clinical Practice Update on De-Prescribing of Proton Pump Inhibitors: Expert Review. *Gastroenterology*. 2022; 162(4): 1334–1342.
- Farrell B, Pottie K, Thompson W et al. Deprescribing proton pump inhibitors: Evidence-based clinical practice guideline. *Can Fam Physician* 2017; 63: 354–64.
- Helgadottir H, Bjornsson ES. Problems Associated with Deprescribing of Proton Pump Inhibitors. *Int J Mol Sci* 2019; 20: 5469.
- Plehova K, Wray J, Aluko P et al. Prescribing practices for proton pump inhibitors among primary care physicians in England: an evaluation. *BJGP Open* 2025 Jul; 9(2): BJGPO.2024.0059.
- Raknes G, Giverhaug T. Mer om problematiske protonpumpehemmere. <https://relis.no/artikler/28085/> (Publisert 10.11.2020).

■ KETIL.ARNE.ESPNES@STOLAV.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: Én enkel dose (0,5 ml) administreres intramuskulært.²

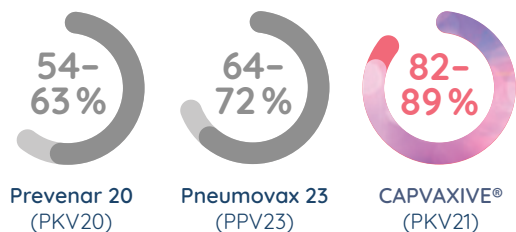
*Behovet for revaksiner med en påfølgende dose CAPVAXIVE® (PKV21) er ikke fastslått.

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:

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

Hvordan trappe ned og a

■ **KETIL ARNE ESPNES** • Spesialist i allmenntmedisin og klinisk farmakologi, overlege St. Olavs hospital

■ **BETTINA RIEDEL** • Spesialist i klinisk farmakologi, overlege Haukeland Sjukehus, førsteamanuensis II Universitetet i Bergen

■ **GUTTORM RAKNES** • Spesialist i klinisk farmakologi, overlege RELIS Nord-Norge og fastlege Steigen kommune

Her følger noen viktige råd til fastleger som ønsker å hjelpe pasienter med å redusere eller seponere langvarig unødvendig bruk av PPI.

Vurder kritisk om pasienten har en gyldig indikasjon for langvarig PPI-behandling. Gå gjennom de fem tilstandene hvor langvarig bruk er nødvendig. Hvis pasienten ikke tilhører noen av disse gruppene, bør nedtrapping vurderes. Ved tvil, eller for pasienter med kompleks sykehistorie, kan det være lurt å konsultere en gastroenterolog.

Informer om rebound-effekten

Forklar tydelig hva rebound hypersekresjon er og at symptomene (økt halsbrann, sure oppstøt) som oppstår en tid etter seponering oftest ikke er tilbakefall av de opprinnelige plagene, men en forbigående fysiologisk reaksjon. Pasienten bør vite at disse symptomene vil avta over tid. Typisk vil rebound-symptomer bli merkbare fem til fjorten dager etter seponering og kan vare i flere uker, spesielt etter langvarig bruk.

Ikke-farmakologiske tiltak

Understrek viktigheten av livsstilsendringer som reduserer reflukssymptomer og magesmerter. Dette kan inkludere vektreduksjon, unngå måltider to til tre timer før sengetid, heve hodeenden av sengen, røykeslutt, redusert alkoholinntak og å unngå matvarer som trigger symptomer.

Gradvis nedtrapping

Bråseponering av langvarig PPI-bruk øker risikoen for sterke rebound-symptomer slik at behandlingen startes igjen. En gradvis nedtrapping anbefales for å minimere seponeringssymptomer. Likevel kan PPI bråseponeres uten større risiko for rebound-problematikk dersom behandlingen har vart kortere enn fire uker. Noen

pasienter tåler bråseponering også etter lengre tids bruk.

Det finnes mange metoder for å trappe ned PPI. Nedtrapping av PPI må skje i samråd med pasienten og tilpasses symptomtrykket den enkelte opplever. Dersom PPI-bruken har pågått i mange år i høye doser, vil en langsom nedtrapping ofte være det beste. Kortere nedtrappingsregimer kan være aktuelle dersom pasienten har brukt PPI i mindre enn ett år, er spesielt motivert for å slutte og sannsynligvis har god toleranse for ubehaget som kan oppstå.

- **Langsom nedtrapping:** Halv grunndose x1 i fire uker. Deretter halv grunndose annenhver dag eller grunndose hver fjerde dag i ytterligere fire uker. Antacida og alginater kan brukes ved behov i alle faser.
- **Rask nedtrapping:** Norsk legemiddel-håndbok foreslår en dosereduksjon på 50 prosent ukentlig inntil laveste mulige dosering er oppnådd. Etter ytterligere én uke på denne dosen kan PPI seponeres. Også ved rask nedtrapping kan antacida og alginater brukes ved behov.
- **Annenhver dag-tilnærming:** Noen studier har vist suksess med å redusere dosen til annenhver dag før fullstendig seponering. Dette kan være et alternativ til nedtrappingsfasen.

Følg opp pasienten

Forskning viser at selv enkle intervensjoner med veiledning og støtte til pasienter kan redusere PPI-bruken med en firedel. Regelmessig oppfølging under nedtrapping øker sjansen for å lykkes. Kanadiske retningslinjer anbefaler oppfølging etter fire og tolv uker for å vurdere symptomer, forbruk, og behov for videre tiltak.

Symptomlindring under nedtrapping

Pasienten bør ha en plan for hvordan ubehagelige symptomer kan håndteres under nedtrappingen. Det er viktig å minne pasienten på at eventuelle plager er forbigående.

- **Antacida** (Titralac, Novaluzid, Natron, Link): Disse reseptfrie midlene binder og

nøytraliserer magesyren, gir rask lindring ved akutte symptomer og kan brukes ved behov utenom måltidene.

- **Alginater** (Gaviscon, Galieve): Salter som sammen med magesyren danner en skummende viskøs gel over ventrikkelinnholdet og hemmer gastroøsofageal refluks. Gelen vil komme først opp i øsofagus og beskytte den følsomme øsofaguslimhinnen mot magesyre. Gelen har også en syrenøytraliserende effekt. Alginater tas etter måltid, eller til slutt før sengetid (etter tannpuss).
- **H2-blokkere** (Pepcid, Pepcidduo): Kan også vurderes som en del av symptomhåndteringen, enten som enkeltstående doser eller i korte perioder. Vær imidlertid oppmerksom på at effekten kan være svekket på grunn av PPI-indusert toleranseutvikling dersom PPI har blitt brukt på forhånd. Det finnes også famotidin, cimetidin (Tagamet) og ranitidin (Zantac) tilgjengelig på godkjenningstak, se artikkel fra RELIS på side 42.
- **Gjeninnsettelse og ny plan:** Hvis pasienten opplever uutholdelige reboundplager, kan det være mest riktig å gjeninnsette PPI-behandlingen midlertidig og deretter starte en enda langsommere nedtrapping, for eksempel over åtte til tolv uker.

Overgang til kortvarig intermitterende behandling

For pasienter med milde til moderate reflukssymptomer, eller etter at en akutt tilstand er behandlet, kan man vurdere å gå over til intermitterende symptomstyrt behandling med PPI. Det vil si bruk utelukkende i kortere perioder på tre til sju dager når plagene blir uholdbare. Dette reduserer den totale pillebyrden og kostnaden.

Det tar noen dager før PPI får full effekt etter oppstart, og en enkeltdose tatt på grunn av akutte symptomer vil ikke gi umiddelbar syrehemming eller nevneverdig symptomlindring. Ved intermitterende bruk bør PPI derfor brukes noen dager for å ha hensiktsmessig effekt. Både H2-blokkere og antacida vil virke raskere og kan derfor være bedre som behovsmedisin.

vslutte PPI-behandling

ILLUSTRASJON: MORTEN HERAVS/XY - ADOPTEFRIFTY

FEM TILSTANDER MED INDIKASJON FOR LANGVARIG PPI-BEHANDLING:

- 1 Nødvendig bruk av legemidler/legemiddelkombinasjoner som medfører økt risiko for blødninger i mage og/eller spiserør (individuell vurdering). Dette inkluderer for eksempel pasienter med høy risiko for gastrointestinal blødning som bruker NSAID og blodplatehemmere fast.
- 2 Alvorlig erosiv øsofagitt (verifisert med endoskopi, Los Angeles grad C eller D).
- 3 Barretts øsofagus
- 4 Tilbakevendende alvorlig magesårssykdom med blødninger.
- 5 Zollinger-Ellisons syndrom (sjelden).



Overgang til H2-blokkere

Noen retningslinjer foreslår å bytte til en H2-blokker som et alternativ til PPI, spesielt hvis pasienten ønsker å redusere PPI-bruken. Selv om H2-blokkere har raskere innsettende effekt enn PPI, kan effekten være svekket hvis PPI har blitt brukt først på grunn av toleranseutvikling.

Viktige punkter for deg som lege:

- **Individuell tilpasning:** Nedtrappingshastigheten må tilpasses individuelle behov – raskere eller langsommere – avhengig av pasientens symptomer og toleranse for ubehag.
- **Informer pasienten om ubehag:** Forbered pasienten på at ubehagelige symptomer kan oppstå, men at de er forbigående og for eksempel kan håndteres med antacida ved behov.
- **Vurder intermitterende behandling:** Ved noen diagnoser kan pasienten eventuelt gå over til intermitterende symptomstyrt behandling med H2-blokker eller PPI. Dette vil være den beste behandlingen for mange pasienter. For varighet av intermitterende «kurer», se artikkelen «Sju spørsmål om protonpumpehemmere» på side 6.
- **Ha realistiske forventninger.** Utfasing av PPI er en krevende øvelse, og i studier er

det vist at sju prosent ikke klarer å slutte i første forsøk. I mange tilfeller kan målsetting om lavere dose eller intermitterende bruk være mer oppnåelig.

REFERANSER

1. Espnes KA, Berg A-K, Raknes G, Riedel B. Riktige bruk av protonpumpehemmere (PPI). *Nor farm tidsskr* 2025; 5: 26–30.
2. Targownik LE, Fisher DA, Saini SD. AGA Clinical Practice Update on De-Prescribing of Proton Pump Inhibitors: Expert Review. *Gastroenterology*. 2022; 162(4): 1334–1342.

■ KETIL.ARNE.ESPNES@STOLAV.NO

En kur mot ensomhet

■ ENDRE SKJØLBERG • Fastlege i Molde

VERDEN GÅR ALLTID FREMOVER. VI BLIR KLOKERE PÅ VERDEN og løser mange av klodens gåter, som gjør at vi forstår bedre det som skjer. Teknologien gjør at alt går kjappere og enklere, og vi kan nå hverandre når som helst og hvor som helst. PC-en finner elegante svar på alle dine spørsmål i løpet av noen sekunder. Den medisinske verden blir også stadig bedre: Vi har funnet løsninger som gjør at vi lever lenger. Vi har vaksiner som holder oss i live, nye kurer mot all verdens sykdommer dukker opp, og det forskes mer enn noen gang rundt om i hele verden. Likevel slår tanken meg: Mister vi noe på veien?

JEG HAR VEL OGSÅ BLITT LITT SMAR-TERE gjennom alle disse fastlege-åra. Det meste kan fikses innenfor mine fastlegevegger. Det er en kur mot det meste, vi har glimrende medisiner mot det meste i livet, og vi har flere trumfkort i fastlege-kortstokken enn vi hadde tidligere. Kanskje har jeg blitt klokere på å forstå det jeg ikke er så god på. For hva gjør vi med de ensomme? Fins det en kur mot ensomhet?

JEG HAR EI ENSOM, GAMMEL DAME SOM JEG HAR KJENT helt siden jeg var ung fastlege. Hun har nå mistet mannen sin, og de eneste som besøker henne er hjemmesykepleien som kommer innom med medisinen. Hun begynner å bli glemsk, noe hun heldigvis glemmer mellom hver gang vi møtes på kontoret mitt.

MEN HUN HUSKER ENNÅ HVORDAN HUN BESTILLER TIMER HOS MEG. Så spør jeg som jeg alltid gjør når folk kommer inn på kontoret mitt; «Hva kan jeg hjelpe deg med i dag?». Da ser hun strengt på meg, lurer fælt hva som er galt med meg og svarer bryskt: «Men kjære deg, Endre, det må jo du vite! Det er jo ikke min jobb å være lege».

NÅR INGEN AV OSS VET HVA VI SKAL GJØRE MED LEGETIMEN, foreslår jeg at vi bare prater litt. Så det gjør vi! Vi lar det triste komme, vi lar det gode komme. Det å si at vi «small talker» blir litt feil. For vi er ganske høylytte når vi forteller de verste skronene til hverandre. Vi ler hjertelig og

skravla går på inn- og utpust. Vi ler av oss selv og vi må kanskje tørke bort en tåre fra øyekroken når vi nærmer oss det såre.

HVIS VI TO HADDE SITTE EN ANNEN Plass enn på kontoret mitt og noen andre, kanskje akkurat du, hadde ruslet forbi, så hadde du tenkt at dette så koselig ut. Bare to tilfeldige mennesker som småpludrer litt om livet, mye latter, en tåre eller to og litt kjekling – alt som en god samtale skal ha. Vi kunne vært hvor som helst i verden der vi fabulerer sammen om alt mellom himmel og jord, og naturligvis aller minst om helse. Vi kunne ha sittet på en benk i Hyde Park i London og sett på alle ekorn som løper rundt. Vi kunne ha drukket dyr cappuccino på en fortauskafe ved Champs-Élysées i hektiske Paris. Vi kunne vært forventningsfulle publikummere i La Scala, fnisende over våre egne vittigheter før teppet går opp.

HVA VI SNAKKER OM? Vi løser verdensproblemer verden ikke visste den hadde. Vi snakker om gamle dager da hun så mannen sin for første gang og ble brått forelsket, som en storm som tok munn og mæle fra henne, slik at hun knapt klarte å si hva hun het. «Og så jeg da, vet du, som aldri har holdt kjeft i hele mitt liv. Men akkurat da var det helt tomt i knotten, ikke et kløyvva ord var å finne, jeg bare siklet på den vakre mannen». Hun rister av latter. «Det så sikkert ut som jeg hadde fått slag!» Jeg ler hjertelig mens jeg lener meg bak i kontorstolen og tenker at denne samtalen står i hvert fall ikke i noen medisinsk lærebok.

JEG HAR NÅ EN NAIV TRO på at tross all verdens kunnskap og teknologi, så må vi ikke glemme den medisinen som alltid fungerer mot det meste i livet: Et møte mellom to mennesker der en god prat og latter kan skape litt hverdagsmagi.

HAR VERDEN BLITT BEDRE etter vår samtale? Har hun blitt noe friskere? Sikker ikke, men hun har blitt 30 minutter mindre ensom.

Og det er verdt noe. For oss begge.

■ ENDRE.SKJOLBERG@GMAIL.COM



ILLUSTRASJONSFOTO ENKJØLBERG / KORTEN HENNES / ADOBE FINEART

The Benzo Matrix

■ CECILIE MARKVOLL • Sykepleier og skribent

Utposten har hatt flere artikler om vanedannende legemidler. Hvordan oppleves legemiddelavhengighet fra et pasientperspektiv?

ILLUSTRASJONSFOTO: GETTY IMAGES



DET ER OVER 24 ÅR SIDEN jeg sluttet brått på benzodiazepiner uten å vite at jeg var avhengig. Hvorfor skulle jeg være avhengig, liksom? Jeg brukte bare min foreskrevne mengde, fikk ny resept hver måned og jeg tok ikke tabletter hver dag. Bare når angsten meldte seg, og det gjorde den oftere og sterkere jo lenger jeg brukte tabletter.

I 2018 STOD FORTELLINGEN MIN på trykk i tidsskriftet *Sykepleien* med tittelen: «Da jeg sluttet med Vival, var det som å våkne opp» (1). Det var et utdrag av bacheloroppgaven min som blant annet handlet om psykiatri og hvordan jeg opplevde å slutte med benzodiazepiner. Fordi fortellingen er personlig, valgte jeg da å være anonym. Siden den tid har behovet for anonymitet føyd seg inn i rekken av ting man gjerne gir litt beng i når man blir eldre. På grunn av teksten jeg skrev, ble jeg spurt om å være erfaringskonsulent for SKIL (Senter for kvalitet i legetjenester) som skulle lage et nettkurs om vanedannende legemidler. Som skriveglad sykepleier og tidligere benzodiazepinavhengig hadde jeg noen erfaringer og innsikter jeg fikk anledning til å formidle.

MIN HISTORIE VISER at det som kan være vanskeligst å ta innover seg, både for dem som bruker beroligende medisin og for de som ordinerer den, er at bruk av benzodiazepiner på sikt gjør folk dårligere, ikke bedre. Stikk i strid med det medisiner skal gjøre. Dette er ikke bare noe jeg har erfart. WHO og behandlingsretningslinjer i Norge og andre land anbefaler ikke benzodiazepiner som behandling mot angst annet enn i en akutfase over noen dager. Logisk, når man forstår hvor vanedannende det er og at benzodiazepiner forsterker angst.

SÅ HVORFOR FORTSETTER legene å ordinere slik medisin og hvorfor fortsetter pasienter å bruke dem? Vanligvis er både pasienter og leger ganske flinke til å informere om forventet virkning, uønsket bivirkning og uteblitt effekt. Løs mage, munntørrethet eller forverring er gjerne ny-

oppståtte tilstander som er relativt enkle å knytte opp mot bruk av medisin. Men hva med angst eller indre trykk? Vi lever alle med angst i en eller annen form, til en eller annen tid. Angst kan noen ganger være uttrykk for at det er noe vi må jobbe med, ta litt tak i, for å komme videre. Kanskje er det noe vi ikke vil forholde oss til fordi det er ubehagelig. Vi forstår dermed angsten som en del av hvem vi er. Vi ser den i sammenheng med erfaringer vi har gjort oss og livet vi lever. Selv om det kanskje er en forenklet måte å forstå det på, så trekker vi sammenhenger fra barndom, opplevelser og indre trykk til angst som uttrykker seg på forskjellig vis. Så går vi gjerne til legen, og så får vi benzodiazepiner som sannsynligvis gjør angsten verre. Ikke bare i form av bivirkninger, men også i form av abstinenssymptomer som gjerne inntrer sporadisk ved sporadisk bruk. I tillegg selvfølgelig også hvis man forsøker å kutte ned forbruket eller seponere. Abstinenssymptomene kan være subtile og tolkes ofte som en forverring av grunntilstanden, og dermed er den velkjente onde sirkelen i gang.

DET VAR STOR FORSKJELL på livet mitt med og uten benzodiazepiner. Da jeg «våknet opp» etter fem år følte det som om jeg hadde sovet med øynene åpne. Det er vanskelig å forklare, ikke bare fordi det er endel ting jeg ikke husker fra de årene, men også fordi det følte som om jeg hadde levd uten å leve. Det jeg trodde var meg, var ikke meg. Nå er det over tjue år siden jeg så filmen *The Matrix*, og uten å antyde noe som ligner konspirasjonsteorier, minner premisset meg om Neo sitt valg mellom en rød og en blå pille. Den røde pillen representerer den virkelige sannheten, den blå pillen representerer et liv i fortsatt uvitenhet.

JEG UNDRER MEG ALLTID over hva som er «naturlig» og opprinnelig angst, og hva som er kjemisk fremkalt angst hos mennesker som bruker benzodiazepiner. Man-

ge av dem faller i kategorien «evig pasient» når helsevesenet resignerer og ikke forstår alvoret av behandlingen de gir. Det er en tøff påstand kanskje, men jeg tror mange ville hatt det bedre uten bruk av benzodiazepiner. Men hvordan bryter man denne sirkelen når verken leger eller brukere forstår hvordan symptomer, livserfaringer, abstinenser, personlighet og bivirkninger er så tett innvevd i hverandre? Hvorfor skal man slutte med noe man ikke er klar over at skader? Derfor er det kanskje urealistisk å forvente at brukere av benzodiazepiner skal gjøre kollektivt opprør mot behandlingen de får.

BENZODIAZEPINER er en glimrende medisin når den blir brukt riktig. Om det skulle melde seg behov hos meg for å bruke det i noen dager ville jeg brukt det uten å nøle. Men over tid? Nei.

SELV TENKTE JEG ALDRI på at tablettene gjorde meg dårligere de fem årene. Lege, psykiater og psykolog forstod det heller ikke. Tvert imot anså jeg tablettene som det eneste som reddet meg fra angsten. Og det er selve kjernen i benzodiazepinenes infame natur – det er en medisin som fremstår som helbredende, men som på sitt skjulte vis gjør stor og langvarig skade. Skaden er ikke bare at angsten forverres, det er også at man i uvitenhet fratar mennesker muligheten til å jobbe seg gjennom noe vanskelig. Og som vi alle vet så er livet blant mange andre ting også vanskelig. Derfor er dette en sammensatt problematikk som fordrer et kunnskapsrikt og klokt helsevesen. Jeg tror det er der både det kollektive ansvaret hviler og også ansvaret for å begynne å bryte den vonde sirkelen – eller velge riktig matrix.

REFERANSE

1 Anonym. Da jeg sluttet med Vival, var det som å våkne opp (Internett). 2018 (sisert 9. februar 2026). Tilgjengelig på: <https://sykepleien.no/meninger/innspill/2018/01/da-jeg-sluttet-med-vival-var-det-som-vakne-opp>

Hjelp dine pasienter med
overvekt eller fedme til å

LEVE LETTERE¹



Wegovy[®] gir kvalitetsvekttap og dokumenterte kardiovaskulære fordeler hos personer med overvekt eller fedme^{*§1,2}

Opptil ~21 % gjennomsnittlig vektreduksjon^{Δ#3}

* Kvalitetsvekttap definert som vekttap med helsegevinster som; forbedret fysisk funksjon, kardiovaskulære fordeler og redusert matsug. Samt at hoveddelen av vektreduksjonen kommer fra fettvev.

§ Vist i SELECT-Kardiovaskulær endepunktstudie: 17604 pasienter med BMI ≥ 27 kg/m² og etablert kardiovaskulær sykdom ble tilfeldig randomisert til Wegovy[®] eller placebo, begge i tillegg til standardbehandling. Det primære endepunktet var tid fra randomisering til første inntreden av en alvorlig kardiovaskulær hendelse (MACE): kardiovaskulær død, ikke-fatalt hjerteinfarkt eller ikke-fatalt hjerneslag. HR: 0,80 i favør av Wegovy[®] 2,4 mg sammenlignet med placebo. [95 % KI: 0,72;0,90], $p < 0,001$.²

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

STEP UP var en 72-ukers dobbeltblindet placebokontrollert fase 3b-studie som inkluderte 1407 voksne pasienter med BMI ≥ 30 kg/m² som ble randomisert 5:1:1 til semaglutid 7,2 mg, semaglutid 2,4 mg eller placebo én gang per uke. Alle pasientene sto på en diett med redusert kalorinnhold og økt fysisk aktivitet gjennom hele studien. Gjennomsnittlig BMI ved baseline var 39,9 kg/m². Det ko-primære endepunktet var prosent endring i kroppsvekt og andel pasienter med vektreduksjon ≥ 5 % for semaglutid 7,2 mg vs placebo (treatment policy estimand).

Gjennomsnittlig vektreduksjon, treatment policy estimand: -18,7 % med semaglutid 7,2 mg vs -3,9 % med placebo, forskjell: -14,8 % [95 % KI -16,2; -13,4]; $p < 0,0001$. Trial product estimand: -20,7 % med semaglutid 7,2 mg vs -2,4 % med placebo, forskjell: -18,2 % [95 % KI -19,9; -16,6]; $p < 0,0001$.³

Indikasjon

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

For resultater fra studier vedrørende kardiovaskulær risikoreduksjon, fedmerelatert hjertesvikt og populasjoner som ble undersøkt, se pkt. 5.1 i Wegovy® preparatomtale.⁴

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

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

Wegovy® – utvalgt sikkerhetsinformasjon

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

- De hyppigst rapporterte bivirkningene var **gastrointestinale** (svært vanlige, $\geq 1/10$), inkludert kvalme, diaré og oppkast. Disse var generelt milde eller moderate i alvorlighetsgrad og av kort varighet. Kan forårsake dehydrering som i sjeldne tilfeller kan forverre nyrefunksjon. Unngå væskemangel
- Andre svært vanlige ($\geq 1/10$) bivirkninger:** Hodepine, fatigue, magesmerter og forstoppelse
- Andre vanlige ($\geq 1/100$ til $< 1/10$) bivirkninger:** Dysestesi, dysgeusi, svimmelhet, gastritt, gastroøsofageal reflukssykdom, dyspepsi, raping, flatulens, abdominal distensjon, gallestein, hårtap, reaksjoner på injeksjonsstedet. Hos pasienter med diabetes type 2: hypoglykemi (særlig i kombinasjon med insulin eller sulfonylurea), retinopati
- Gallestein:** Vanlig bivirkning ved bruk av semaglutid. Ble rapportert hos 1,6 % av de som fikk semaglutid og 1,1 % hos de som fikk placebo. Førte til kolecystitt hos 0,6 % og 0,3 % hos de som fikk henholdsvis semaglutid og placebo
- Pankreatitt:** Frekvensen av avklart (adjudikert) bekreftet akutt pankreatitt rapportert i kliniske fase 3a-studier, var henholdsvis 0,2 % for semaglutid og $< 0,1$ % for placebo. I den kardiovaskulære endepunktsstudien SELECT var frekvensen av akutt pankreatitt, bekreftet ved avklaring (adjudikering), 0,2 % for semaglutid og 0,3 % for placebo. Ved mistanke bør semaglutid seponeres. Semaglutid skal ikke gjenopptas etter bekreftet pankreatitt. Forsiktighet bør utvises hos pasienter som tidligere har hatt pankreatitt
- Tarmobstruksjon:** En alvorlig form for forstoppelse med tilleggssymptomer som magesmerter, oppblåsthet og oppkast. Rapportert med ukjent frekvens etter markedsføring
- Puls:** Gjennomsnittlig økning på 3 slag per minutt observert
- Skal ikke brukes av gravide** eller ved **amning**. Semaglutid skal på grunn av den lange halveringstiden seponeres minst 2 måneder før en planlagt graviditet
- Forsiktighet** bør utvises hos pasienter med inflammatorisk tarmsykdom. Pasienter med **gastroparese** kan oppleve alvorligere eller mer uttalte gastrointestinale bivirkninger under behandling med semaglutid
- Ungdom (12 - < 18 år):** Generelt var frekvens, type og alvorlighetsgrad av bivirkninger hos ungdom tilsvarende det som sees hos voksne. Gallestein ble sett hos 3,8 % av pasientene behandlet med Wegovy® og 0 % behandlet med placebo. Ingen effekt på vekst eller pubertetsutvikling ble funnet etter 68 uker med behandling
- Nonarteriell iskemisk optikusnevropati (**NAION**). Resultater fra flere store epidemiologiske studier indikerer at eksponering for semaglutid hos voksne med diabetes type 2 er assosiert med en omtrent to ganger økning i relativ risiko for å utvikle NAION, tilsvarende omtrent ett ekstra tilfelle per 10 000 personår med behandling (svært sjelden)

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

Dosering – én gang per uke

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

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

Se preparatomtale for mer informasjon om dosering.

Reseptgruppe og pris

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

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

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

For individuell stønad se vedlegg 1 til folketrygdløven § 5-14 (legemiddellisten) på www.helsedirektoratet.no⁵

Referanser: **1.** Wegovy® SPC, avsnitt 5.1. **2.** Lincoff AM et al. N Engl J Med 2023; 389(24):2221-2232. **3.** Wharton S, Freitas P, Hjelmæsæth J, et al. Once-weekly semaglutid 7.2 mg in adults with obesity (STEP UP): a randomised, controlled, phase 3b trial. Lancet Diabetes Endocrinol. 2025;S2213-8587(25)00226-84. **4.** Wegovy® preparatomtale. Tilgjengelig på: https://www.ema.europa.eu/no/documents/product-information/wegovy-epar-product-information_no.pdf. **5.** Informasjon om vilkår for individuell stønad er hentet fra: <https://www.helsedirektoratet.no/rundskriv/kapittel-5-stonad-ved-helsetjenester/vedlegg-1-til--5-14-legemiddellisten/virkestoffer/semaglutid> (Lest 20.02.2026).

Påvirkning af forbruget af

■ BIRGIT SIGNORA TOFT • Rådgivende farmaceut, ph.d.

Forbruget af benzodiazepiner i de nordiske lande ville man forvente var af samme størrelsesorden, da landenes kultur, økonomi, organisation af sundhedsvæsenet og sociale forhold vel i store træk opfattes nogenlunde identiske. En nogenlunde ensartet uddannelse, kvalitetsudvikling og sygdomsopfattelse blandt lægerne må man også antage findes. Ligevel er det store forskjeller i foreskrivning af benzodiazepiner. Hvorfor?



lægemidler i Danmark

Utposten har tidligere trykket en artikel om benzodiazepiner i Norge og Danmark og uligheder i retningslinjerne (1). En særlig indsats rettet mod forskrivning af benzodiazepiner fant sted i Danmark i 00'erne. I samme periode fortsatte forbruget at stige

ILLUSTRATIONSFOTO ER AI-GENERERET. MORTEN HERNÆS / ADOBE FIREFLY



i de fire andre nordiske lande, og det ses tydeligt af graferne, at Norge og Danmark havde samme udgangspunkt, nemlig omkring ca. 70 DDD per 1000 indbyggere per dag. Fra dette samme udgangspunkt udviklede forbruget sig i hver sin retning, men omkring 2009 begynder forbruget i Norge at falde parallelt med forbruget i Danmark. Siden 2020 er forbruget i Danmark faldet yderligere ca. 25 procent (2). I denne artikel ser jeg nærmere på de bestræbelser, der er gjort i Danmark for at påvirke forbruget af benzodiazepiner. Se figur over forbrug i de nordiske lande på side 18.

Den særlige indsats fik sin begyndelse på mit kontor i det tidligere Ringkjøbing Amt¹ – Lægemedelenheden for Almen Praksis, hvor jeg i 1998 var blevet ansat som »udkørende« farmaceut. Det betød, at jeg skulle besøge alle læger i amtet og snakke med dem om deres lægemiddelordinationer. Jeg kom fra en stilling som sygehusapoteker i amtet, hvor jeg havde et tæt samarbejde med embedslægen om det overforbrug af psykofarmaka, som vi begge havde fået øje på i amtet, og som forvaltningen nu gerne ville gøre noget ved. På politisk niveau var der fokus på overforbrug af især sove- og angstdæmpende midler, og daværende Indenrigs- og sundhedsminister, nu udenrigsminister Lars Løkke Rasmussen, havde flere gange ytret utilfredshed med, at der ikke skete noget med forbruget. I 2003 betød hans udtalelse om »at få styr på receptblokken inden for ett til to år« at han ville indføre skærpet tilsyn og kopieringspligt, hvis ikke der skete noget.

Vi begyndte målrettet at arbejde på at finde metoder til at få bugt med forbruget af afhængighedsskabende medicin, hvilket blandt andet førte til supervision af en gruppe læger, der var nynedsatte og interesserede i at gøre noget ved overforbruget af benzodiazepiner – den type medicin, som de selv i deres uddannelse i almen praksis havde haft problemer med. Som nynedsat læge arver man ofte den tidligere læges patienter og den praksiskultur, som er oparbejdet gennem ofte mange år. De nynedsatte læger var stærkt motiverede til nytænkning i deres tolvmandsgruppe. En enkelt undveg, og det viste sig senere, at lægen havde et uhenigtsmæssigt ordinationsmønster, som vi ad anden vej hjalp ham med at korrigere.

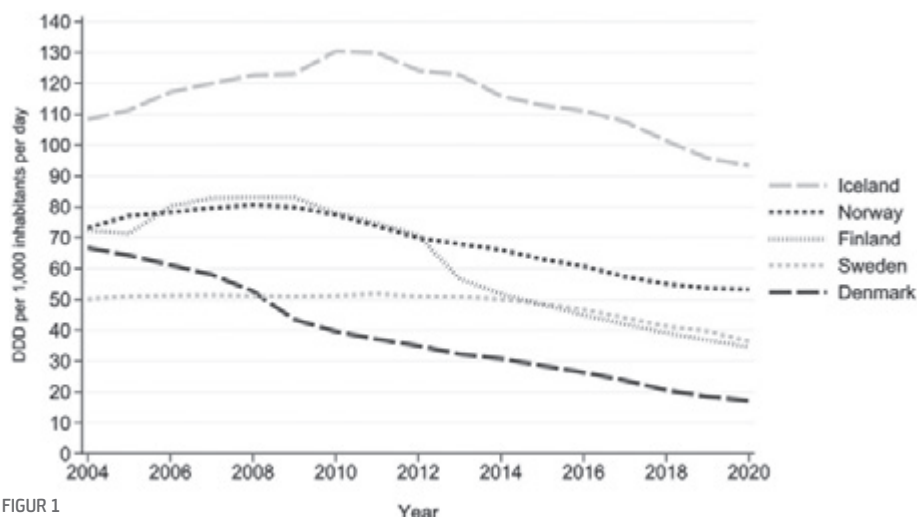
1 I 2007 blev Ringkjøbing Amt en del af Region Midtjylland, cirka 1/5 af den danske befolkning.

Vi fandt frem til psykiater Jens Frydenlund, som havde gode erfaringer med nedtrapning af benzodiazepiner på bosteder, og ham hyrede vi til at supervisere lægegruppen. De første supervisioner med psykiateren, hvor der blev fokuseret på mødet med den enkelte patient, førte ikke til nogen registrerbare ændringer i ordinationsmønsteret det første års tid, men da vi sideløbende begyndte at coache lægerne i deres praksisorganisation og -kultur, begyndte der at ske noget.

Konklusionen på indsatsen var, at der måtte gøres brug af flere virkemidler gennem lang tid, og her var udover de to indsatsområder (supervision og coaching) også det kollegiale fællesskab en stor støtte. Desuden var der datamæssige tilbagemeldinger på forbruget, og det opmuntrede i, at forbrugstallene faldt, medførte en større og større entusiasme for at påvirke forbruget endnu mere.

Ændringer kommer ikke af sig selv, så lægerne måtte udvise vilje til at gennemføre ændringer i den daglige kultur hjemme i klinikken. Sekretærene og lægerne måtte finde en form, hvor vejledningen fra Sundstyrelsen blev overholdt, og derfor blev patienterne bedt om at komme til konsultation for at få fornyet deres recept på benzodiazepiner. Det var nok den ændring, der havde den største effekt, da indgangen til recepten over mange år var gledet lægerne af hænde og var havnet hos praksispersonalet, som generelt havde fået tildelt den rolle at genudlevere recepten, når blot antallet af dage for indløsning af recepten blev overholdt. Det viste sig at være en sand glidebane.

Disse erfaringer kom til at være bærende for de indsatser, som vi fra amtet og senere regionen foretog. Der blev tænkt kreativt, og den første tanke var at få ansat en praktiserende læge, som sammen med mig kunne tilrettelægge en indsats, som først blev afprøvet i den praktiserende læges egen klinik og praksisområde. Vi ansatte Viggo Kragh Jørgensen, og han var parat til at agere prøvepraksis for indsatsen. Resultatet var overbevisende og lovede godt for en mere omfattende udbredning af initiativet i amtet (3). Indsatsen var enkel: En frivillig lokal læge i hver kommune fik til opgave at være ankermand for indsatsen bistødt af vores almen practicus. Der blev indkaldt til et møde, hvor både praksisper-



FIGUR 1

sonale og lægerne deltog, og på mødet gennemgik vores læge anbefalingerne, som i korte træk var:

- Ingen telefonordination af benzodiazepiner.
- Ved telefoniske henvendelser om benzodiazepiner opfordrede sekretæren brugeren til at komme i klinikken og få en samtale om det fremtidige forbrug.
- Mindste pakning blev ordineret ved modstand
- Nedtrappingsplan blev lavet for dem, der ønskede det

- Månedlige konsultationer med opfølgning på forbruget ved besøg i klinikken
- Der blev afholdt stormøder i hvert af det tidligere amts 18 kommuner. Senere blev jeg ansat på Institut for Rationel Farmakoterapi (IRF – nu nedlagt) under Lægemiddelstyrelsen, og indsatsen blev beskrevet gennem de lægelige medier, og der blev vedlagt informationsmateriale i *Ugeskrift for Læger*.

Sundhedsstyrelsen justerede Vejledning om ordination af afhængighedsskabende lægemidler efter de erfaringer, der blev ind-

høstet i Region Midtjylland, og det mest betydningsfulde var, at lægerne begyndte at arbejde efter vejledningen, hvilket mange havde undladt af bekvemmelighedsgrunde - man havde overladt genudlevering af benzodiazepiner (receptfornyelse) til sekretærerne. Det blev der sat en stopper for, og man kunne efterfølgende læse på mange praksissers hjemmesider, at nu var det slut med at bede om fornyelse af benzodiazepinerne gennem telefonen.

Indsatsen i Ringkjøbing Amt og senere Region Midtjylland blev gennemført, fordi der var ildsjæle i området, der brændte for kvalitetsudvikling. Opfordringen fra Sundheds- og Indenrigsministeren var mere et råb ud i intetheden, for der var ingen metodeanvisninger eller forslag til opfølgning fra hverken Sundhedsstyrelsen, Lægemiddelstyrelsen, Embedslægeinstitutionen eller Amtsrådsforeningen. Denne uklarhed i organiseringen var udtalt der i 00'erne og den er fortsat uklar, hvilket rapporter fra Stats- og Rigsrevisionen inden for de senere år har dokumenteret (4).

Det er Sundhedsstyrelsen, der har ansvaret for lægemiddelvejledningerne, men det er uklart, hvem der har det overordnede ansvar for at følge op på, om vejledningen har virket, hvilke mål, man evt. skal arbejde hen imod eller, hvordan man kan identi-

Tabellen nedenfor viser solgt mængde benzodiazepiner og benzodiazepinlignende midler pr. 1000 indbygger pr. døgn for alle aldersgrupper, køn og regioner i hele Danmark.

	2020	2021	2022	2023	2024
Alt salg primærsektor	Solgt mængde (DDD) pr. 1.000 indbyggere pr. døgn				
Benzodiazepiner og benzodiazepinlignende midler	13,9	12,9	11,9	11,3	10,5

ficere overforbrug eller uhensigtsmæssige ordinationsmønstre.

Derudover mangler der opdatering af vejledninger, så forskningen afspejles i disse. Som eksempel kan nævnes behandling med depressionsmidler, hvor nonfarmakologisk behandling er førsteprioritet, fordi der ikke tillægges de nyere antidepressiva særlig stor behandlingseffekt. Ikke desto mindre stiger forbruget og mange brugere har fået midlerne på manglende eller meget løst grundlag. Disse brugere kæmper med afhængighed og vanskeligheder med at trække ud af forbruget, fordi der ikke er opmærksomhed på, at seponeringssymptomer forveksles med tilbagefald, hvorved mange brugere bliver fastholdt i et unødigt forbrug. Og ofte får de endnu flere psyko-farmaka på grund af nye diagnoser, der er fastlagt i medicineret tilstand.

Der mangler desuden opmærksomhed på sammenhængen mellem anbefalinger i vejledninger og det faktum, at ændring i lægemiddeltilskud og for eksempel kopie-

ringspligt er en effektiv måde at regulere forbruget af lægemidler på.

Der var ingen krav om indsatser, metoder eller opfølgning/evaluering, da vi gik i gang, men der var en opfordring fra en visionær politiker, nogle ildsjæle i det vestligste Danmark, og 1 million kroner til at komme i gang. Det blev en stor succes, men det sammentræf af omstændighederne, kan man næppe forvente hver gang, der skal ske ændringer i forbruget af lægemidler.

Indsatsen med påvirkning af praksiskulturen, supervision på patientkontakten, samt den statslige intervention i form af en revideret vejledning, var en helhedsløsning – en systemisk påvirkning, som virker bredt kombineret med en mere målrettet indsats på de enkelte læger.

Ansvar for kvalitetsudvikling i almen praksis er decentraliseret gennem de fem regioner, og derfor er det op til hver enkelt region med deres individuelle organisation at sætte initiativer i værk. Men deltagelse i kvalitetsudvikling er frivillig, hvorfor

der er meget stor forskel på, hvad der sker, hvor mange, der deltager, og hvilken effekt arbejdet har.

Derfor er der store regionale forskelle i Danmark over benzodiazepinforbruget, for eksempel som vist nedenfor over forbruget af benzodiazepin-derivater (N05BA) og benzodiazepin-relaterede midler (N05CF), hentet på hjemmesiden www.ordiprax.dk.

Kvalitetsudvikling i almen praksis varetages af de regionale medicinteam som for eksempel Midtkraft, som regionens kontor nu hedder - der, hvor benzodiazepin-indsatsen begyndte. Her er der i dag ansat fire farmaceuter, men kun en af dem er »udkørende«, da de administrative opgaver har taget over. Der har i årevis været forsøgt initiativer til at få lægerne i almen praksis til at tage større ansvar for deres lægemiddelordinationer. De senere år har der været forsøgt akkrediteringsordninger, og nu er man landet på en struktur med såkaldte klynger – en gruppe læger samles og bedriver databaseret kvalitetsudvikling i en frivillig kontekst.

Sundhedsstyrelsen udgiver vejledninger, men deres vej til almen praksis er fortsat en stor udfordring, da der ikke er krav om implementering og opfølgning/evaluering. Derfor arbejder Folketingets revisorer stadigvæk med denne sag som nævnt ovenfor, og som blev indledt allerede i 2019, da der var kritik af, at lægerne ikke fulgte retningslinjerne. Sundhedsstyrelsen og regionerne har ansvar for implementering, og Datastyrelsen og Lægemiddelstyrelsen har ansvar for opfølgning på, om der er effekt af anbefalingerne, men ifølge notatet er der lang vej igen, inden der for alvor er udsigt til forbedringer på området.

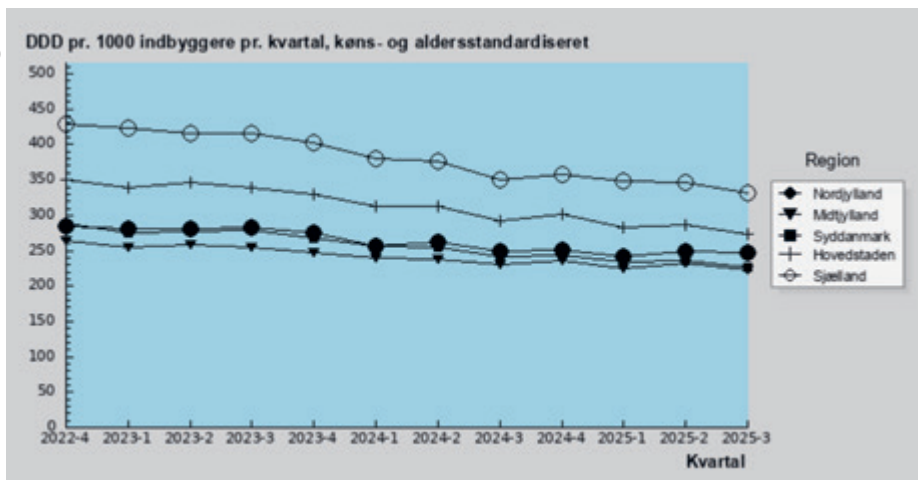
Det er dog muligt gennem systemiske ændringer og målrettede indsatser at påvirke forbruget af medicin. Det er vist gennem erfaringerne fra benzodiazepinindsatsen, og metoden er indlysende at tage i anvendelse for at nedbringe forbruget af benzodiazepiner yderligere, samt f.eks. for at dæmme op for det store forbrug af depressionsmedicin og den omsiggribende epidemi med opioider. Og på den måde at arbejde på at leve op til WHO's retningslinjer om indsatser for mental sundhed (6).

REFERENCER

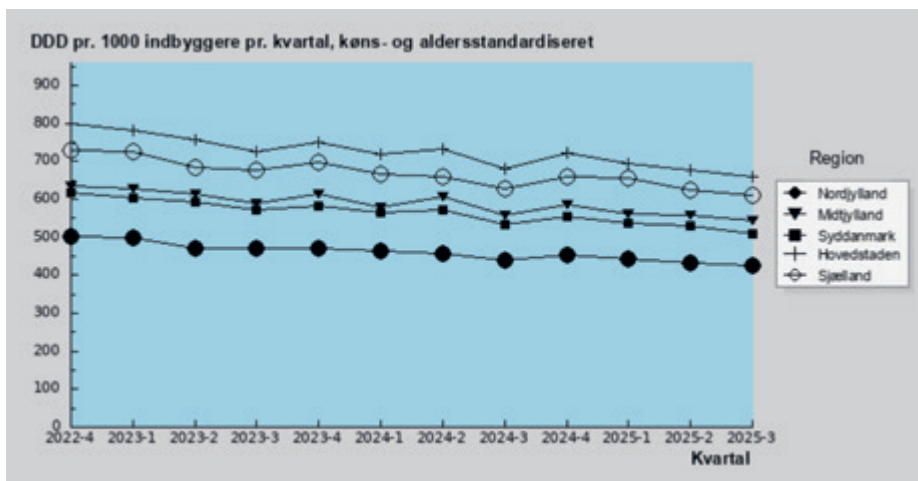
1. Helgebostad KA, Skonnord T. Føringer for forskrivning av benzodiazepiner i Norge og Danmark. *Utposten* 2025; 54 (6): 8–19.
2. Sundhedsdatastyrelsen – Statistikker.
3. Reduktion af vanedannende medicin i praksis! Ugeskriftet.dk.
4. Notat om beretning om lægemiddelanbefalinger.
5. Ordiprax.
6. Guidance on mental health policy and strategic action plans: Module 1. Introduction, purpose and use of the guidance.

■ BIRGIT@TEAMTOFT.DK

FIGUR © WWW.ORDIPRAX.DK



FIGUR 2. Forbruget af benzodiazepin-derivater (N05BA) i Danmark i perioden 1.10.2022 til 30.9.2025.



FIGUR 3. Forbruget af benzodiazepin-relaterede midler (N05CF) i Danmark i perioden

1.10.2022 til 30.9.2025. FIGUR © WWW.ORDIPRAX.DK

Seponeringslisten

– et praktisk, evidensbaseret beslutningsværktøj til ophør med medicin

■ DENISE WINFIELD • Studentermedhjælper hos Medicinrådet

■ IBEN RIX PETERSEN • Læge hos Medicinrådet

■ SOLVEIG FORBERG • Sundhedsvidenskabelig chefkonsulent hos Medicinrådet

Den danske Seponeringsliste er et beslutningsstøtteværktøj, der skal hjælpe alment praktiserende læger med at gennemgå patienters medicin.

Listen formidler nationale seponeringsbudskaber på en let tilgængelig og overskuelig måde (1). Den blev udviklet som svar på et udtalt behov for systematiske anbefalinger for, hvornår medicin bør seponeres. Der findes mange retningslinjer for opstart af behandling, men sjældent tilsvarende klare og evidensbaserede vejledninger for revurdering eller ophør med behandling (3).

Seponeringslisten anviser specifikke lægemidler eller lægemiddelgrupper, der kan være relevante at ophøre med, afhængigt af patientens aktuelle helbred og nuværende behandling. Lægemidler optages for eksempel på listen, hvis de har misbrugspotentiale, begrænset effekt, hyppige bivirkninger

eller anvendes bredt i befolkningen. For hvert lægemiddel eller gruppe angives både det faglige grundlag for seponeringsbudskabet og en kort beskrivelse af, hvordan seponeringen bedst kan gennemføres. Det kan for eksempel være angivet, om en behandling kan ophøre straks, eller om en gradvis nedtrapning anbefales. Seponeringslisten baseres som hovedregel på opsummeret evidens herunder behandlingsvejledninger fra Medicinrådet og Sundhedsstyrelsen samt nationale vejledninger udarbejdet af Dansk Selskab for Almen Medicin eller andre specialeselskaber (1).

Den første version af Seponeringslisten udkom i 2016 og blev udviklet i et samarbejde mellem de danske regioners læge-

middelkonsulenter og Institut for Rationel Farmakoterapi under Sundhedsstyrelsen. Medicinrådet overtog ansvaret for Seponeringslisten i 2025 (1). Medicinrådet blev oprettet af Danske Regioner i 2017 med det formål at arbejde for danske patienters hurtige adgang til effektive lægemidler samtidig med at sikre effektiv udnyttelse af sundhedsvæsnets ressourcer (4).

Repræsentanter fra alle danske regioner, relevante lægevidenskabelige selskaber og andre organisationer med særlig indsigt i rationel farmakoterapi samarbejder med Medicinrådets sekretariat om en årlig opdatering af Seponeringslisten. Ændringsforslag til Seponeringslisten indsamles fra udvalgsmedlemmer, eksterne interessenter og Medicinrådets egne analyser af det danske forbrugsdata (2).

I dag har Seponeringslisten en betydelig rolle for almen praksis og andet sundhedspersonale i Danmark. Den fungerer som et fælles referencepunkt for hele landet, og understøtter en systematisk og evidensbaseret tilgang til medicingennemgang. Den formidler klare anbefalinger om, hvornår medicin bør ophøres, og bidrager samtidig til øget patientsikkerhed, ensartet behandling og en mere effektiv udnyttelse af sundhedsvæsnets ressourcer.

REFERENCER

1. Medicinrådet. Arbejdsbeskrivelse for Seponeringslisten. Version 1.0. Medicinrådet; 2025. Tilgængelig fra link.
2. Medicinrådet. Kommissorium for Medicinrådets udvalg for Seponeringslisten. Version 1.0. Medicinrådet; 2025. Tilgængelig fra link.
3. Brostrøm, S. IRF før, nu og i fremtiden. Rationel Farmakoterapi. Jubilæumsnummer 2019. Sundhedsstyrelsen. Tilgængelig fra link.
4. Medicinrådet. Principppapir om prioritering for sygehuslægemidler. Medicinrådet; 2016. Tilgængelig fra link.

■ DENOW@MEDICINRAADET.DK
■ IBRIX@MEDICINRAADET.DK
■ SOFOR@MEDICINRAADET.DK



ILLUSTRATIONSFOTO: BETTY IMAGES

Seponeringslisten 2026

Anbefalinger til seponering af hyppigt anvendte lægemidler hos voksne

Tag stilling til alle lægemidler ved medicingennemgang

Du kan forsøge seponering ved de fleste lægemidler. Et lægemiddel bør seponeres, hvis der ikke længere er indikation for behandlingen, ved uacceptable bivirkninger, manglende effekt, ellers hvis patienten ikke ønsker lægemidlet.

Medicingennemgang er særligt relevant hos ældre, som er mere følsomme for bivirkninger og oftere udsat for polyfarmaci.

Seponeringslisten findes i en udvidet version med kildehenvisninger og støttetekst.

→ Læs mere på www.medicinraadet.dk/seponeringslisten.

Tommelfingerregler

- Tag udgangspunkt i det, der er vigtigt for patienten og det samlede sygdomsbillede.
- Behandlingsmål ændrer sig og enhver lægemiddelbehandling skal løbende revurderes og tilpasses (fx ud fra aktuelle nyrefunktion, smerte-, blodtryk- eller blodsukkerniveau).
- Tag stilling til behandlingsvarighed.
- Tag stilling til patientens brug af håndkøbsmedicin og naturlægemidler.
- Seponér lægemidler, hvor indikationen mangler eller er forældet
 - Ville lægemidlet være relevant at starte i dag?
- Vurdér om behandlingen er livsvigtig, symptomlindrende eller forebyggende
 - Seponér symptomlindrende lægemidler, hvor der er tvivl om effekten, eller hvor forholdet mellem effekt og bivirkninger er ugunstig.
 - Seponér forebyggende lægemidler, hvis den forventede effekt ikke står i rimeligt forhold til patientens forventede restlevetid, eller hos patienter som lever med svær skrøbelighed vurderet ud fra fx Clinical Frailty Scale* (CFS).

Seponering er en proces

- Lav en plan og en klar aftale med patienten. Inddrag evt. pårørende og plejepersonale. En vellykket seponering er en fælles proces.
- Lav kun om på én eller få ting ad gangen.
- Mange lægemidler kan seponeres uden aftrapning, men start evt. med reduktion af dosis. Aftrapning kan mindske seponeringssymptomer og rebound-effekt.
- Seponering af psykofarmaka, opioider og andre CNS-aktive stoffer bør ske ved aftrapning.
- Følg altid op på en seponering. Overvej om nye symptomer er opblussen i sygdom eller seponeringssymptomer.
- Hvis du må genoptage en seponeret behandling, er det ikke udtryk for fejl, men grundighed.
- For nogle kan pausering af en behandling være starten på seponering.

Sundhedsstyrelsens pjeces Medicingennemgang i praksis giver en metode til at planlægge, gennemføre og følge op på en medicingennemgang.
→ Læs mere på www.medicinraadet.dk/seponeringslisten.

* Clinical Frailty Scale er en struktureret måde at vurdere skrøbelighed på.
→ Læs mere på www.dsam.dk/vejledninger/aeldre/skrøbelighed-i-almen-praksis.

Trafikfarlig

Kan virke sløvende, berusende, påvirke dømmekraft, koncentrationsevne samt reaktionsevne.

Antikolinerg virkning

Centrale: svimmelhed, faldtendens, hukommelsesbesvær, konfusion.
Perifere: mundtørhed, urinretention, kvalme, obstipation, uskarpt syn.

Sundhedsstyrelsen har udarbejdet en liste over vigtige lægemidler med antikolinerge egenskaber og behandlingsalternativer.

→ Læs mere på www.sst.dk/da/udgivelser/2019/Antikolinerge-laegemidler.

Seponeringslisten er ikke udtømmende for lægemidler med disse egenskaber. Brug symbolerne til at give indblik i patientens samlede belastning med trafikfarlige og antikolinerge lægemidler.



LÆGEMIDDEL (EFTER ATC)	HVORNÅR	HVORDAN
A PROTONPUMPEHÆMMERE (PPI)		
Esomeprazol Lansoprazol Omeprazol Pantoprazol	Seponér ved: <ul style="list-style-type: none"> Funktionel dyspepsi (symptomer uden organisk forklaring). Ukompliceret ulcus (ingen blødning eller perforation), når patienten er symptomfri (tager op til 4 uger). Ophør af lægemidler, hvor PPI alene er givet som ulcusprofylakse (fx NSAID (inkl. ASA), prednisolon og SSRI). 	Kan seponeres uden aftrapning eller ved aftrapning, hvor dosis halveres (fx hver 2. uge). Efter behandling i mere end 4-8 uger kan der forekomme øget syresekretion (rebound). Brug i disse tilfælde syreneutraliserende midler p.n. i en periode.
A KVALMESTILLENDE		
Metoclopramid AC Domperidon	Seponér: <ul style="list-style-type: none"> Metoclopramid inden for 5 dage. Domperidon inden for 7 dage. 	Kan seponeres uden aftrapning – både efter fast og p.n.-behandling.
B TROMBOCYTHÆMMERE		
Acetylsalicylsyre (ASA)	Seponér ved: <ul style="list-style-type: none"> Fravær af manifest kardiovaskulær sygdom og/eller diabetes. 	Kan seponeres uden aftrapning.
ASA i kombination med koagulationshæmmende eller trombocythæmmende midler (Fx warfarin, DOAK (fx Xarelto) eller clopidogrel)	Overvej seponering: <ul style="list-style-type: none"> Af enten trombocythæmmer eller antikoagulerende behandling, hvis der ikke er lagt en plan for det. 	Kan seponeres uden aftrapning.
C LANGTIDSVIRKENDE NITRATER		
Isosorbidmononitrat (fx Imdur) Isosorbiddinitrat (Cardopax Retard)	Overvej seponering ved: <ul style="list-style-type: none"> Stabil iskæmisk hjertesygdom uden symptomer (typisk 1-6 måneder efter revaskularisering). 	Kan seponeres uden aftrapning. Fortsæt p.n.-behandling med hurtigtvirkende nitroglycerin.
C LOOP-DIURETIKA		
Bumetanid (fx Burinex) Furosemid (fx Furix, Diural)	Seponér: <ul style="list-style-type: none"> Som monoterapi ved ukompliceret hypertension. Ved perifere ødemer uden organspecifik årsag. Nedtrap til lavest mulige dosis ved: <ul style="list-style-type: none"> Hjerteinsufficiens. Effekten er kun symptomatisk. 	Bør seponeres ved aftrapning, pga. risiko for væskeophobning (rebound). Husk vægt- og elektrolytkontrol og hold øje med evt. recidiv af inkomensation. Vær obs. på justering af kaliumtilskud ved seponering eller reduktion af dosis.
C BETABLOKKERE		
Fx Metoprolol Carvedilol Bisoprolol	Seponér: <ul style="list-style-type: none"> Senest 2 år efter akut myokardieinfarkt (AMI) med ST-elevation (STEMI), medmindre der findes andre grunde til at fortsætte behandlingen (fx systolisk hjertesvigt). Som monoterapi ved ukompliceret hypertension. 	Bør seponeres ved aftrapning over 1-2 uger pga. risiko for seponeringssyndrom (takykardi, hovedpine, svedeture og trykken i brystet).
C STATINER		
Fx Atorvastatin Simvastatin Rosuvastatin	Seponér ved: <ul style="list-style-type: none"> Kort forventet restlevetid og/eller svær skrøbelighed. Overvej seponering ved: <ul style="list-style-type: none"> Primær profylakse og samtidig lav risiko for at dø af kardiovaskulær sygdom ud fra en samlet risikovurdering 	Kan seponeres uden aftrapning.
G HORMONAL KONTRACEPTION (KOMBINATIONSPRÆPARATER)		
Fx Ethinylestradiol kombineret med gestagener: 2., 3. eller 4. generations p-piller	Seponér ved: <ul style="list-style-type: none"> Alvorlige risikofaktorer (herunder migræne med aura) for arteriel eller venøs tromboembolisk sygdom. Alder over 40 år. 	Kan seponeres uden aftrapning. Vejled i alternative præventionsformer fx gestagen-alene præparater.
G HORMONBEHANDLING I OVERGANGSALDEREN (SYSTEMISK)		
Fx Estradiol Estriol Estradiol + norethisteronacetat	Seponér ved: <ul style="list-style-type: none"> En samlet behandlingsvarighed på 5 år eller derover. 	Bør seponeres ved dosisreduktion på 25-50 % hver 2.-4. uge.
G BLÆRESPASMOLYTIKA		
Fx Solifenacin (fx Vesicare) AC Tolterodin AC (fx Detrusitol Retard) AC Fesoterodin (fx Toviaz) AC Trospiumchlorid AC (fx Spasmo-lyt Depot) Mirabegron (Betmiga)	Seponér ved: <ul style="list-style-type: none"> Manglende effekt efter 1-2 måneders behandling. Permanent kateter. Overvej seponering ved: <ul style="list-style-type: none"> Langvarig behandling. Behandlingen bør én gang om året pauseres i 3 uger med henblik på revurdering af effekt. 	Kan seponeres uden aftrapning.

LÆGEMIDDEL (EFTER ATC)	HVORNÅR	HVORDAN
G 5α-REDUKTASEHÆMMERE		
Dutasterid Finasterid	Seponér ved: <ul style="list-style-type: none"> Manglende effekt efter 12 måneders behandling. 	Kan seponeres uden aftrapning.
J ANTIBIOTIKA		
Pivmecillinam Sulfamethizol Trimethoprim Nitrofurantoin	Overvej seponering ved: <ul style="list-style-type: none"> Forebyggelse af urinvejsinfektioner. 	Kan seponeres uden aftrapning.
M NSAID		
Fx Ibuprofen Naproxen Diclofenac Celecoxib	Seponér ved: <ul style="list-style-type: none"> Kroniske smerter uden inflammatorisk komponent. Svært nedsat nyre- eller leverfunktion. Svær hjerteinsufficiens og/eller svær iskæmisk hjertesygdom. Blødningstendens (fx ved AK-behandling). Overvej seponering ved: <ul style="list-style-type: none"> Ældre eller skrøbelige patienter. Hjertekarsygdom eller høj risiko herfor. Høj risiko for ulcuskomplikation. Samtidig behandling med andre lægemidler, som øger blødningsrisikoen (fx trombocythæmmere, systemisk glukokortikoid, SNRI eller SSRI). Samtidig behandling med diuretika og ACE-hæmmere/ AT-II-antagonister pga. risiko for nyresvigt (<i>triple whammy</i>). 	Kan seponeres uden aftrapning.
M MUSKELRELAKSANTIA		
Chlorzoxazon △ Baklofen △ AC Tizanidin △ AC	Seponér ved: <ul style="list-style-type: none"> Akut, uspecifikt lændehold. Overvej seponering ved: <ul style="list-style-type: none"> Øvrige tilstande. 	Chlorzoxazon kan seponeres uden aftrapning. Baklofen og Tizanidin bør aftrappes over 1-2 uger.
M BISFOSFONATER (ORALE)		
Fx Alendronat OBS: Denosumab (Prolia) er ikke et bisfosfonat og derfor ikke omfattet af anbefalingen	Seponér: <ul style="list-style-type: none"> 6-12 måneder efter ophør af systemisk glukokortikoidbehandling, hvis T-score er > -2,5, og patienten ikke har haft lavenergifraktur. Overvej seponering: <ul style="list-style-type: none"> Efter minimum 5 år ved knogleskørhed, hvis patienten aldrig har haft lavenergifraktur i columna eller hofte, og T-score (i hofte) efter behandlingen er > -2,5, og der ikke har været øvrige lavenergifrakturet i perioden. Ved kort forventet restlevetid og/eller svær skrøbelighed. 	Kan seponeres uden aftrapning. Overvej at kontrollere BMD (knoglevævets mineraltæthed) 2 år efter behandlingsophør.
N OPIOIDER		
Fx Tramadol △ Kodein △ Morfin △ Oxycodon △ Fentanyl △ Buprenorphin △	Seponér: <ul style="list-style-type: none"> Fast dosering af hurtigtvirkende opioider (inkl. kodein og tramadol). Anvend i stedet depotmorfin (bedre døgndækning, mindre euforiserende effekt). Smertepastre, hvis patienten kan tage tabletter (Plastre har større variation i biotilgængelighed og flere utilsigtede hændelser). Opioider mod kroniske, non-maligne smerter pga. bivirkninger og sparsom evidens for effekt. 	Seponér ved aftrapning efter en individuel plan. • Efter kortvarig behandling (mindre end 6 uger): Reducér døgndosis med 10-20 % hver 3.-5. dag. • Efter langvarig behandling: Reducér døgndosis med 5-20 % med ca. 2 ugers mellemrum. • Giv ikke oralt opioid inden for ca. 18 timer efter fjernelse af fentanylplastre og ca. 24 timer efter buprenorphin-plastre. • Klip ikke depotplastre over. • Begræns dosis til max 100 mg morfinækvivalenter per døgn. Justér laksantia ved seponering eller reduktion af dosis.
N PARACETAMOL		
Paracetamol	Overvej seponering ved: <ul style="list-style-type: none"> Langtidsbehandling. 	Kan seponeres uden aftrapning eller ved hjælp af en tidsbegrænset p.n.-ordination.
N GABAPENTINOIDER		
Pregabalin △ Gabapentin △	Seponér: <ul style="list-style-type: none"> Inden for 4 uger ved behandling af akut belastningsreaktion eller tilpasningsreaktion med angst- og urosymptomer. Overvej seponering ved: <ul style="list-style-type: none"> Langvarig smertebehandling. Generaliseret angst: Efter ½-1 års behandling med god effekt. 	Efter kortvarig behandling (almindeligvis 1-2 uger og højst 4 uger) seponeres ved aftrapning over få dage. • Efter langvarig behandling aftrappes dosis langsomt (uger til måneder). Ved seponeringssymptomer aftrappes langsommere, især sidst i forløbet.

LÆGEMIDDEL (EFTER ATC)	HVORNÅR	HVORDAN
N BENZODIAZEPINER OG BENZODIAZEPINLIGNENDE MIDLER		
Fx Diazepam Oxazepam Alprazolam Zopiclon Zolpidem	<p>Seponér:</p> <ul style="list-style-type: none"> Inden for 4 uger ved behandling af akut belastningsreaktion eller tilpasningsreaktion med angst- og urosymptomer. Langtidsbehandling med benzodiazepin kan dog være indiceret ved behandlingsrefraktær angst. Inden for 2 uger ved behandling af søvnbesvær, pga. udvikling af tolerans, afhængighed og vedvarende kognitive bivirkninger 	Efter kortvarig behandling (almindeligvis 1-2 uger og højst 4 uger) seponeres ved aftrapning over få dage. • Efter langvarig behandling aftrappes dosis langsomt (uger til måneder). Brug evt. tabletdeler eller medicinfri dage. Ved seponeringssymptomer aftrappes langsommere, især sidst i forløbet.
N ANTIPSYKOTIKA		
1. generation fx Haloperidol (Serenase) 2. generation fx Risperidon Olanzapin Quetiapin	<p>Seponér:</p> <ul style="list-style-type: none"> Inden for 3 måneder, hvis behandlingen undtagelsesvis er givet imod adfærdsforstyrrelser ved demens pga. stor risiko for bivirkninger og øget dødelighed. Ved delir, da antipsykotika muligvis ikke nedsætter varighed af delirium eller mindsker uro. Inden for 4 ugers behandling af akut belastningsreaktion eller tilpasningsreaktion med angst- og urosymptomer, da der er betydelig risiko for bivirkninger, trods behandling i lave doser. 	Seponér ved aftrapning. Ved lave doser kan aftrapning ofte være kortvarig.
N ANTIDEPRESSIVA		
Fx Sertralin Citalopram Duloxetin Venlafaxin Mirtazapin Nortriptylin	<p>Seponér:</p> <ul style="list-style-type: none"> Sederende antidepressiva givet for søvnbesvær inden for 2-4 ugers behandling. <p>Overvej seponering ved:</p> <ul style="list-style-type: none"> Depression: Efter ½-1 års symptomfrihed ved første depressive episode eller mindst 2 år efter symptomfrihed ved én eller flere tidligere depressioner eller tilstedeværelse af andre risikofaktorer for tilbagefald. Angstlidelse: Efter ½-1 års behandling med god effekt. Demens uden kendt affektiv sygdom: inden for ½ års behandling. 	Seponér ved langsom aftrapning over én til flere måneder efter en individuel plan. Reducer dosis med fx 25-50 % med 1-2 ugers mellemrum. Brug evt. tabletdeler. • Ved seponeringssymptomer: Forlæng tiden mellem dosisreduktionerne eller foretag langsommere dosisreduktion. Kan især være nødvendigt sidst i forløbet.
N MIDLER MOD DEMENS		
Donepezil Galantamin Memantin Rivastigmin	<p>Seponér:</p> <ul style="list-style-type: none"> Meget svær demens (fx sengeliggende uden sprog). <p>Overvej seponering ved:</p> <ul style="list-style-type: none"> Demens og tvivl om mærkbar behandlingseffekt. Svær skrøbelighed og/eller kort restlevetid. 	Kan seponeres uden aftrapning. Genoptag behandlingen ved optitrering i samråd med pårørende/plejepersonale ved markant forværring inden for 2-4 uger efter seponering.
N PRAMIPEXOL		
Pramipexol	<p>Seponér ved:</p> <ul style="list-style-type: none"> Uro i benene og Restless legs syndrom (RLS). 	Kan seponeres uden aftrapning ved de normale doser ≤ 0,54mg til RLS.
N-R SEDERENDE ANTIHISTAMINER		
Promethazin (fx Phenergan) Cyclizine (fx Marzine) Hydroxyzine	<p>Seponér ved:</p> <ul style="list-style-type: none"> Søvnløshed. Angst og uro. 	Kan seponeres uden aftrapning.
R INHALATIONSSTEROID (ICS)		
ICS (fx Giona) ICS+LABA (fx Bufomix) ICS+LABA+LAMA (fx Trimbrow)	<p>Overvej seponering ved stabil KOL med:</p> <ul style="list-style-type: none"> Eosinofilytter i blod under 0,15 x 10⁹/L. Eosinofilytter i blod mellem 0,15–0,3 x 10⁹/L og højst 1 exacerbation årligt samt en lungefunktion (FEV1) over 1,5 L eller over 50 %. 	Seponér gradvist ICS, reducer fx til halv dosis og fortsæt behandling i 6-8 uger efterfulgt af seponering. ICS findes i flere kombinationspræparater. Det kan derfor være nødvendigt at opsplitte i flere præparater i en periode.

Brukerundersøkelse på legevakt

■ TONE LISE NESSE • Medisinstudent Kull 20B, Universitetet i Bergen

■ IRYNA KACHMAR • Medisinstudent Kull 20B, Universitetet i Bergen

■ TONE MORKEN • Forsker, Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin, NORCE Research AS

■ GUNNAR TSCHUDI BONDEVIK • Professor, spesialist i allmennmedisin, Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin, NORCE Research AS & Fagområde for allmennmedisin, Institutt for global helse og samfunnsmedisin, Universitetet i Bergen

Hvordan opplever pasientene legevakten slik den fungerer i dag? I denne studien har over 3500 brukere ved ti norske legevakter vurdert alt fra telefonkontakt og ventetid til møte med lege og sykepleier. Resultatene viser høy tilfredshet med helsepersonellens faglighet og kommunikasjon, men også tydelige forbedringsområder knyttet til organisering, informasjon om ventetid og behandlingsforløp. Studien gir et oppdatert bilde av brukernes erfaringer – og peker på hvor innsatsen bør settes inn for å styrke kvaliteten i legevaktjenesten.

Legevakten er en døgnåpen tjeneste utenfor norske sykehus som skal sikre nødvendig og kvalifisert legehjelp (1). Legevaktjenesten har som formål å dekke behovet for akutt helsehjelp på ettermiddager og nattetid, da fastlegekontorene primært har ansvaret for dette i deres åpningstider (2). Til tross for dette er det mange pasienter som oppsøker legevakten først. Dette øker pågangen ved legevaktene.

Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin (NKLM) har samlet inn data regelmessig fra alle legevakter siden 2005 for å gi en oversikt over legevaktorganiseringen (3). Per 2024 finnes det 167 legevakter. I perioden 2007–2023 ble antallet legevakter redusert fra 230 til 167 (3, 4). Dette

førte til at hver legevakt må dekke en større befolkning. En rapport fra Nasjonalt legevaktregister i 2024 viser at det er stor variasjon både i geografisk areal og i antall innbyggere som dekkes av hver enkelt legevakt (3).

Kvalitet

Alle helsetjenester, inkludert legevakt, er forpliktet til å sørge for at virksomheten jobber systematisk med kvalitetsforbedring (5). Helsedirektoratet har definert tjenester av god kvalitet som tjenester som er virkningsfulle, trygge, sikre, involverer brukerne, er samordnede, har kontinuitet, utnytter ressurser effektivt, er tilgjengelige

og rettferdig fordelt (2). Kartlegging av pasientenes opplevelse av legevakten er et krav fra Helsedirektoratet. Brukerundersøkelser kan gi innsikt i pasientenes erfaringer med legevaktjenesten og identifisere eventuelle forbedringsområder.

Det er tidligere blitt gjennomført flere brukerundersøkelser av legevaktjenesten ved hjelp av spørreskjemaer. NKLM gjennomførte en undersøkelse med 844 pasienter som del av Vaktårprosjektet i 2010 og 2011 (6). Sju legevakter ble inkludert i prosjektet. I 2020 ble det også gjennomført en observasjonsstudie med 715 pasienter, der pasienttilfredshet og sammenhenger mellom tilfredshet og andre faktorer ble kartlagt (7). Det er behov for nyere og opp-

ILLUSTRASJONSFOTO: SCANDINAVIAN STOCKPHOTO



ILLUSTRASJONSFOTO: SCANDINAVIAN STOCKPHOTO



ILLUSTRASJONSFOTO: WWW.KRISTIANSUND.KOMMUNE.NO



Opplevelse av reise, ventetid og organisering ved legevakt										
Spørsmål	Antall svar totalt n	Ikke aktuelt		Antall svar aktuelt n	Ikke i det hele tatt og i liten grad		I noen grad		I stor grad og svært stor grad	
		n	%		n	n	%	n	%	
Synes du reisetiden til legevaktlokalet var akseptabel?	2379	98	4,1	2281	114	5,0	249	10,9	1918	84,1
Fikk du tilfredsstillende informasjon om hvor lenge du måtte regne med å vente til du skulle få komme inn til undersøkelse/behandling?	2347	322	13,7	2025	718	35,5	359	17,7	948	46,8
Synes du tiden du måtte vente fra du ankom til du kom inn til undersøkelse/behandling var akseptabel?	2330	11	0,5	2319	331	14,3	344	14,8	1644	70,9
Fikk du inntrykk av at legevakten var godt organisert?	2326	59	2,5	2267	175	7,7	303	13,4	1789	78,9
Opplevde du at venterommet var tilfredsstillende?	2322	123	5,3	2199	152	6,9	361	16,4	1686	76,7

TABELL 1. Brukernes opplevelser og erfaringer med reise, ventetid og organisering ved ti legevakter.

NESSE TL, KACHMAR I. BRUKERUNDERSØKELSE PÅ LEGEVAKT. RAPPORT NR. 1-2025. BERGEN: NASJONALT KOMPETANSESENTER FOR LEGEVAKTMEDISIN. NORCE RESEARCH AS (1,4)

daterte studier som viser brukernes erfaringer med legevaktene slik de driftes i dag.

Målsetning

Målet med denne studien er å kartlegge brukernes opplevelse av legevaktstjenesten med fokus på total tilfredshet, samt opplevelse av telefon-, lege- og sykepleierkontakt. Resultatene fra denne studien vil bidra til å avdekke hvilke deler av tjenesten det er mest hensiktsmessig å forbedre for å øke den totale kvaliteten på legevaktstjenesten.

Metode

Denne studien er utført som en observasjonsstudie basert på en elektronisk spørreundersøkelse, utviklet av NKLM, med 21 lukkede spørsmål med svaralternativer og ett spørsmål som ble besvart i et fritekstfelt (8). Det ble anvendt kvantitativ forskningsmetode. Studien benyttet et allerede innsamlet datasett, der dataene ble samlet inn av NKLM fra 2019 til 2024. Alle legevakter har samlet inn data i minst to måneder, men har selv valgt over hvor lang periode de ønsket å samle inn data. I studien har vi inkludert totalt ti legevakter med befolkningsgrunnlag fra 28 000 til 114 000 innbyggere fordelt på tre helseregioner; Helse Nord, Helse Vest og Helse Sør-Øst. På tross av at studien ikke inkluderte de aller minste legevaktene, så inkluderte utvalget legevakter med ulike kvaliteter, ressurser og utfordringer. Dette utvalget gir et godt grunnlag for å sammenligne brukererfaringer på tvers av legevakter. Legevaktene er anonymisert i presentasjonen av resultatene.

Spørreskjemaet omhandlet følgende temaer: Tilgjengelighet og ventetid, type og evaluering av kontakten med legevakten, organisering og fysiske omgivelser ved legevakten, opplevelse av helsepersonell, informasjon om pasientens tilstand, resultater av prøver og undersøkelser, samt oppfølging og generell vurdering.

SIKT har godkjent behandlingen av personopplysninger i prosjektet «Brukerundersøkelser på legevakt» for perioden 01.10.2019–31.12.2029 (referansenummer 410298). Spørreskjemaet ble grundig gjennomgått før det ble tatt i bruk, og har god validitet og reliabilitet (9).

Resultater

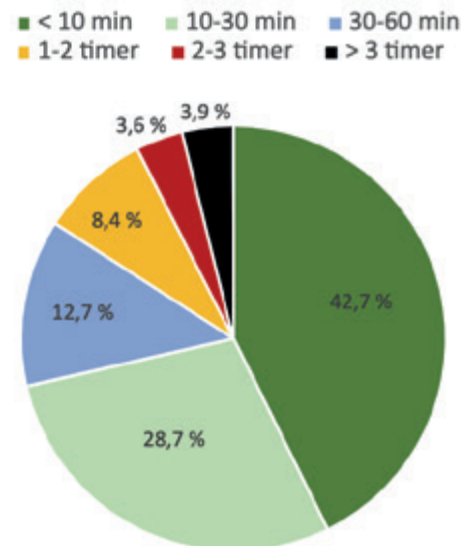
Totalt ble 16296 personer ved de ti inkluderte legevaktene invitert til å delta i undersøkelsen, hvorav 3531 (22 prosent) av brukerne svarte.

Kontakttype med legevakt

Totalt 91 prosent av brukerne hadde vært i kontakt med legevakten via telefon først. Etter telefonkontakt møtte 62 prosent opp på legevakten, mens tre prosent hadde sykebesøk hjemme. 26 prosent hadde kun telefonkontakt. En stor andel av brukerne (86 prosent) mente at det «Ikke i det hele tatt» eller «I liten grad» var vanskelig å komme i kontakt med legevakt på telefon.

Opplevelse av reise, ventetid og organisering

Tabell 1 viser brukernes opplevelse av ulike aspekter ved reise, ventetid og organisering



FIGUR 1.

«Hvor lenge ventet du fra du ankom legevaktlokalet til du kom inn til undersøkelse/behandling?» Prosentandel svar blant brukere ved ti legevakter. NESSE TL, KACHMAR I. BRUKERUNDERSØKELSE PÅ LEGEVAKT. RAPPORT NR. 1-2025. BERGEN: NASJONALT KOMPETANSESENTER FOR LEGEVAKTMEDISIN. NORCE RESEARCH AS (1,4)

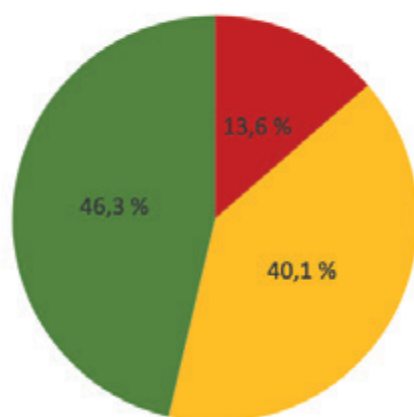
ring av legevakten. 84 prosent av brukerne mente at reisetiden til legevakten var akseptabel «I stor grad» eller «I svært stor grad». Omtrent halvparten (47 prosent) av brukerne svarte at de «I stor grad» eller «I svært stor grad» fikk tilfredsstillende informasjon om ventetiden, og 36 prosent svarte at de ikke var tilfredse («Ikke i det hele tatt» eller «I liten grad»). På spørsmålet «Synes du at tiden du måtte vente fra du ankom til du kom inn til undersøkelse/behandling var akseptabel?» svarte 71 prosent av brukerne «I stor grad» eller «I svært stor grad». Da brukerne ble spurt om de

Pasientinformasjon og oppfølging fra legevakten										
Spørsmål	Antall svar totalt n	Ikke aktuelt		Antall svar aktuelt n	Ikke i det hele tatt og i liten grad		I noen grad		I stor grad og svært stor grad	
		n	%		n	%	n	%	n	%
Synes du at du fikk tilstrekkelig informasjon om tilstanden din?	3161	109	3,4	3052	319	10,5	443	14,5	2290	75,0
Har du fått tilstrekkelig informasjon om resultater av prøver og undersøkelser?	2315	426	18,4	1889	201	10,7	271	14,3	1417	75,0
Fikk du råd på telefon som var nyttige	828	46	5,6	782	138	17,7	113	14,5	531	67,9

TABELL 2. Brukernes erfaringer og opplevelser med pasientinformasjon og oppfølging ved ti legevakter.

NESSE TL, KACHMAR I. BRUKERUNDERSØKELSE PÅ LEGEVAKT, RAPPORT NR. 1-2025. BERGEN: NASJONALT KOMPETANSENTER FOR LEGEVAKTMEDISIN. NORCE RESEARCH AS (14)

- Mye dårligere enn forventet og noe dårligere enn forventet
- Som forventet
- Noe bedre enn forventet og mye bedre enn forventet



FIGUR 2. «Alt i alt: Hvordan opplevde du hjelpen du fikk fra legevakten?» Prosentandel svar blant brukere ved ti legevakter. NESSE TL, KACHMAR I. BRUKERUNDERSØKELSE PÅ LEGEVAKT, RAPPORT NR. 1-2025. BERGEN: NASJONALT KOMPETANSENTER FOR LEGEVAKTMEDISIN. NORCE RESEARCH AS (14)

fikk et godt inntrykk av organiseringen ved legevakten, svarte 79 prosent at de «I stor grad» eller «I svært stor grad» fikk det. Tre av fire av brukere (77 prosent) var tilfredse med venterommet «I stor grad» eller «I svært stor grad».

Figur 1 viser at de fleste (71 prosent) har ventet mindre enn 30 minutter. En mindre andel (13 prosent) ventet mellom 30 minutter og én time. Få (4 prosent) ventet over tre timer.

Det var stor forskjell i ventetiden mellom legevaktene. Andelen som ventet over tre timer, varierte mellom 0 og 9 prosent. Mellom 17 prosent og 49 prosent svarte at de «I liten grad» eller «Ikke i det hele tatt» fikk tilfredsstillende informasjon om ventetid før undersøkelse/behandling.

Erfaringer med sykepleier og lege

I undersøkelsen rapporterte brukerne høy tilfredshet med kommunikasjon og profesjonaliteten til sykepleieren og legen. Nesten alle mente at legen (88 prosent) og sykepleieren (89 prosent) var faglig dyktig. Nesten alle brukerne mente at legen (89 prosent) og sykepleieren (90 prosent) de møtte på legevakten tok dem på alvor. Brukerne opplevde at lege (88 prosent) og sykepleier (88 prosent) var interessert i beskrivelsen av tilstanden deres «I stor grad» eller «I svært stor grad».

Pasientinformasjon og oppfølging fra legevakten

Tre fjerdedeler av brukerne (75 prosent) opplevde at de «I stor grad» eller «I svært stor grad» fikk tilstrekkelig informasjon om sin tilstand og resultatene av prøver eller undersøkelser (tabell 2). En av ti brukere (11 prosent) oppga at de «I liten grad» eller «Ikke i det hele tatt» fikk tilstrekkelig informasjon om resultater fra prøver og undersøkelser.

Generell vurdering av legevakt

86 prosent oppga at hjelpen de fikk fra legevakten var som forventet eller bedre enn forventet (figur 2). Resten, 14 prosent, mente at hjelpen de fikk fra legevakten var «Mye dårligere enn forventet» eller «Noe dårligere enn forventet».

Diskusjon

Styrker og svakheter

Det er en styrke at legevaktene som deltok i denne studien har variasjon i befolkningsdekning og lokalisering i landet, hvilket skaper et bredere grunnlag og en større generaliserbarhet enn tidligere studier.

Dette er den største studien på sitt område gjennomført i Norge. En svakhet med studien er en relativt lav svarprosent i forhold til lignende studier utført tidligere. På tross av et bredt grunnlag så har ingen legevakter som dekker under 10 000 innbyggere i deltatt. Det er også en svakhet at ingen av legevaktene som ligger i Helse Midt-Norge var inkludert i studien.

Diskusjon av resultatene

Denne studien viser at de fleste brukerne som deltok i undersøkelsen hadde positive erfaringer med legevakten. Flertallet av brukerne vurderte legevaktstjenesten som tilfredsstillende, spesielt når det gjelder telefon-, lege- og sykepleierkontakt. Brukerne av legevaktstjenesten var minst fornøyde med organiseringen, reisetiden, ventetiden og informasjon om behandlingsforløpet.

Opplevelse ved telefonkontakt med legevakt

De fleste brukerne opplevde det som relativt enkelt å komme i kontakt med legevakten på telefon, slik også andre studier viser (6, 7). Likevel hadde noen legevakter i denne studien en høyere andel brukere som rapporterte vanskeligheter med å få kontakt med legevakten. Dette kan skyldes forskjeller i bemanning, organisering, styringen og pasientbelastning mellom legevakter (7).

Opplevelse av reise- og ventetid

Flertallet av deltagerne i studien mente at ventetiden var akseptabel. Resultatene i denne studien om ventetid før brukerne fikk komme inn til undersøkelse eller behandling var sammenlignbar med resultater i Vaktårstudien (6). Vår studie viser at det er stor variasjon i andelen brukere som måtte vente i over tre timer ved de ulike legevaktene. På den ene legevakten



Noen steder rykker også legevaktjenesten ut med egne bilder, slik som her i Svolvær. ALLE FOTO: GETTY IMAGES

ventet nesten én av ti brukere over tre timer før de kom inn til undersøkelse eller behandling. En studie utført ved NTNU fant at over tre timers ventetid hadde den sterkeste negative sammenhengen med total tilfredshet med legevakten (7). En studie fra Danmark viste lignende resultater (10). Lang ventetid var en sterk faktor for lavere tilfredshet, uavhengig av kontaktform. Innføring av ulike tidskrav kan øke pasientsikkerheten, forbedre pasientopplevelsen og redusere usikkerheten blant brukerne. Samtidig må det tas hensyn til variasjoner i ressurser og pasientbelastning på tvers av legevakter.

Når man ser på legevaktene samlet, så viser studien at under halvparten av brukerne svarte at de hadde fått tilfredsstillende informasjon om ventetiden før behandling eller undersøkelse. Omtrent en tredjedel av brukerne svarte det samme i Vaktårstudien fra 2012 (6). Andelen som har svart at de ikke hadde fått tilfredsstillende informasjon om ventetiden var varierende. Variasjonen mellom legevaktene kan tyde på at de større legevaktene gir mindre tilfredsstillende informasjon til brukerne om hvor lenge de må vente. En mulig årsak er at legevakter ikke har tilgang til data som gjør det mulig å estimere eller forutsi ventetiden. Det finnes ikke krav om at legevakter skal registrere data om ventetider (11). Systematisk registrering av ventetider kan imidler-

tid bidra til tiltak for å bedre pasientopplevelsen og mer effektiv drift av legevakter med stor pasientbelastning.

Erfaringer med helsepersonell

Generelt sett hadde mange pasienter fra denne undersøkelsen positive erfaringer med lege og sykepleier for alle legevakter, slik som i andre studier (6, 7). Et klart flertall av brukerne mente at personellet tok dem på alvor, var faglig dyktige og interesserte i beskrivelsen av tilstanden deres. Disse resultatene er på lik linje med resultater fra Vaktårstudien og Pasienttilfredshetsstudien fra NTNU (6, 7).

Opplevelse av organisering av legevakten

I undersøkelsen ble deltakerne bedt om å svare i hvor stor grad de syntes at legevakten fremsto organisert, og i hvor stor grad legevaktlokalene var tilfredsstillende. Dette er to indikatorer på kvaliteten av legevaktjenesten (12). Tilfredshet med organisering av legevakten er en av faktorene som bidrar mest til økt total tilfredshet, ifølge studien gjort ved NTNU i 2020 (7). På begge disse spørsmålene svarte en klar majoritet av brukerne at de var fornøyd.

Pasientinformasjon og oppfølging fra legevakten

Denne studien fant at tre fjerdedeler av brukerne var tilfredse med informasjonen

de fikk om sin tilstand. Også tre fjerdedeler av brukerne rapporterte at de har fått tilstrekkelig informasjon om resultater av prøver og undersøkelser. Dette er bedre resultater enn vist i Vaktårstudien og Pasienttilfredshetsstudien fra NTNU (6, 7). En tidligere studie fra NTNU som undersøkte pasienttilfredshet viste at det er en klar positiv sammenheng mellom å få tilstrekkelig informasjon om tilstanden sin og totaltilfredshet blant brukere (7). Det kan tyde på at pasienttilfredshet kan økes hvis brukere i større grad blir informert om behandlingen, forløpet, resultater av undersøkelser og videre oppfølging. En studie fra 2009 har undersøkt hvor godt brukere forstår informasjonen om sin egen behandling og videre plan etter kontakten med akuttmottaket (13). Resultatene har vist at pasienter husker dårlig råd om oppfølging og videre behandling. Dette kan tyde på at legevaktene bør implementere rutiner for informasjonsformidling og oppfølging.

Generell vurdering av legevakten

Vår studie fant at nesten ni av ti respondenter syntes at hjelpen de fikk fra legevakten var bedre enn forventet eller som forventet, i tråd med studien fra NTNU (7). Samme studie viser at total tilfredshet økte hvis hjelpen fra legevakten var som forventet eller bedre. Det kan tenkes at det er



viktig å kartlegge befolkningens forventninger til legevaktstjeneste og helsetjenester.

Konklusjon

Formålet med denne studien har vært å undersøke brukernes erfaringer med legevaktstjenesten.

- Flertallet av brukerne hadde positive opplevelser med legevakten.
- De fleste brukerne vurderte legevaktstjenesten som tilfredsstillende, spesielt når det gjaldt telefon-, lege- og sykepleierkontakt.
- Brukere var i noe mindre grad tilfredse med organiseringen av legevakten, reisetid, informasjon om forventet ventetid og behandlingsforløpet.
- Det er stor variasjon mellom legevaktene i andel pasienter som ventet over tre timer.

Studien viser at legevaktene har et forbedringspotensial når det gjelder organisering, kommunikasjon og informasjon til brukerne om forventet ventetid eller behandlingsforløp. Legevaktene bør innføre tiltak som sikrer at brukerne får nødvendig informasjon om behandlingsforløpet og at de forstår informasjonen de mottar. I tillegg kan organiseringen av legevakter forbedres. Dette kan redusere ventetider og

forbedre brukertilfredshet med legevaktstjenesten, samt utnytte ressursene ved legevakt mer effektivt.

Fremtidig forskning bør undersøke om det er noen årsakssammenheng mellom brukertilfredshet og faktorer som ventetid, reisetid, organiseringen av legevakten og kontakt med helsepersonell.

Denne artikkelen bygger på en rapport om brukerundersøkelse på legevakt. Den fullstendige rapporten kan leses på: https://www.norceresearch.no/assets/images/file/Rapport-nr-1-NKLM-rapport-BrukerundersprosentC3prosentB8kelse-2025-2025-10-14-090039_rxyp.pdf?v=1760432439

REFERANSER

1. Helse- og omsorgsdepartementet. Forskrift om krav til og organisering av kommunal legevaktordning, ambulansetjeneste, medisinsk nødmeldtjeneste mv. (akuttmedisinforskriften). Oslo: Lovdata; 2015.
2. Hansen EH, Hunskaar S, Hunskaar S, Holm Hansen E. Legevaktarbeid: en innføringsbok for leger og sykepleiere. 2. ed. Hansen EH, Hunskaar S, editors. Oslo: Gyldendal; 2020.
3. Allertsen M, Morken T. Legevaktorganisering i Norge: Rapport fra Nasjonalt legevaktregister 2024. Legevaktorganisering i Norge: Rapport fra Nasjonalt legevaktregister 2024: NORCE Norwegian Research Centre; 2024.
4. Allertsen M, Morken T. Legevaktorganisering i Norge. Rapport fra Nasjonalt legevaktregister 2022. Legevaktorganisering i Norge Rapport fra Nasjonalt legevaktregister 2022: Norwegian Research Centre. NORCE; 2022.
5. Helse- og omsorgsdepartementet. Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten. Oslo: Lovdata; 2016.







6. Danielsen K, Holmboe O, Hansen SL, Førland O, Bjertnæs ØA. Brukererfaringer med norske legevakter: resultater fra en spørreskjemaundersøkelse ved Vaktår-legevaktene. Hovedresultater. Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten; 2012.
7. Laru MJ, Steinsbekk A, Austad B. Triageresultat og pasienttilfredshet på legevakten. NTNU; 2020.
8. Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin (NKLM). Brukerundersøkelse på legevakt Bergen: NORCE; 2022. <https://nkml.norceresearch.no/brukerundersokelse-pa-legevakt>.
9. Garratt AM, Danielsen K, Forland O, Hunskaar S. The Patient Experiences Questionnaire for Out-of-Hours Care (PEQ-OHC): data quality, reliability, and validity. Scand J Prim Health Care. 2010; 28(2): 95–101.
10. Tranberg M, Vedsted P, Bech BH, Christensen MB, Birkeland S, Moth G. Factors associated with low patient satisfaction in out-of-hours primary care in Denmark – a population-based cross-sectional study. BMC Fam Pract. 2018; 19(1): 15-0.
11. Deloitte AS. Forvaltningsrevisjon av Bergen legevakt. Bergen: Bergen kommune; 2024 Januar 2024.
12. Helsedirektoratet. Nasjonale kvalitetsindikatorer for legevakt 2024. <https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/nasjonale-kvalitetsindikatorer-for-legevakt>.
13. Engel KGMD, Heisler MMD, Smith DMP, Robinson CHMPH, Forman JHSMHS, Ubel PAMD. Patient Comprehension of Emergency Department Care and Instructions: Are Patients Aware of When They Do Not Understand? Annals of emergency medicine. 2009; 53(4): 454–61.e15.
14. Nesse TL, Kachmar I. Brukerundersøkelse på legevakt. Rapport nr. 1–2025. Bergen: Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin. NORCE Research AS.

■ GUNNAR.BONDEVIK@UIB.NO

Vedlikeholdsbehandling med Enstilar[®] kan nesten halvere risikoen for tilbakefall^{1*}

Slik behandler du proaktivt med Enstilar[®] kutant skum²

Pasienter som har brukt Enstilar[®] en gang daglig og som har respondert etter 4 ukers behandling, er egnede kandidater for vedlikeholdsbehandling.² Langsiktig vedlikeholdsbehandling er studert opp til 52 uker.²

Uke 1-4				Hvis positiv behandling etter uke 4 ►►	
1	2	3	4	5	6
					

Enstilar[®] bør påføres to ganger per uke på områder som tidligere har vært rammet av psoriasis vulgaris. Mellom hver påføring bør det gå 2–3 dager uten Enstilar[®]-behandling. Ved tegn på tilbakefall bør behandling av psoriasisutbruddet startes på nytt, med daglig påføring i 4 uker.²

Påføring under okklusjon, på store områder skadet hud, på slimhinner eller i hudfolder bør unngås, pga. økt systemisk absorpsjon av kortikosteroider.²

* Resultater fra en randomisert, dobbeltblind fase III-studie ved psoriasis vulgaris (plakkpsoriasis), der sikkerhet og effekt av vedlikeholdsbehandling ble undersøkt, over 52 uker. Pasientene ble randomisert til proaktiv behandling (Enstilar[®], n = 272) eller reaktiv behandling (vehikkel, n = 273) to ganger ukentlig, med redningsbehandling med Enstilar[®] én gang daglig i 4 uker ved tilbakefall. Primært endepunkt: tid til første tilbakefall; sekundære endepunkter: andel dager i remisjon og antall tilbakefall. Andelen av tilbakefall var 46 % lavere i den proaktive gruppen vs. den reaktive gruppen (95 % KI 37–54 %, p < 0,001). Risikoen for første tilbakefall ble redusert med 43 % ved proaktiv behandling vs. reaktiv behandling (HR 0,57; 95 % KI 0,47–0,69, p < 0,001).

Referanser: 1. Lebwohl M, Kiricik L, Lacour JP, 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). J Am Acad Dermatol. 2021 May;84(5):1269–1277. 2. Enstilar[®] (kalsipotriol, betametason) SmPC, 11.08.2022.

C Enstilar 50 mikrogram/g / 0,5 mg/g skum: 1 g skum inneholder: Kalsipotriol 50 µg (som monohydrat), betametason 0,5 mg (som dipropionat) **Indikasjoner:** Lokal behandling av psoriasis vulgaris hos voksne. **Dosering:** Ved utbrudd: Påføres affiserte områder 1 gang daglig. Anbefalt behandlingsperiode er 4 uker. Maks. daglig dose er 15 g som tilsv. mengden dispenseren avgir dersom den trykkes helt ned i ca. 1 minutt. Behandlet område skal ikke utgjøre >30% av kroppens overflate. **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. **Kontraindikasjoner:** Overfølsomhet for innholdsstoffene. Ved erytrodermisk- og pustuløs psoriasis. Pga. innholdet av kalsipotriol er preparatet kontraindisert hos pasienter med forstyrrelser i kalsiumstoffskiftet. 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, kan også forekomme ved lokal kortikosteroid behandling pga. systemisk absorpsjon. **Graviditet, amming og fertilitet:** Utilstrekkelige data på bruk hos gravide og på fertilitet. Forsiktighet bør utvises ved forskrivning til ammende. Bør ikke brukes på brystene under amming. **Bivirkninger:** Mindre vanlige: Depigmentering i huden. Immunsystemet: Hyper-sensitivitet. Infeksiøse: Follikulitt. Stoffskifte/ernæring: Hyperkalsemi (mild). Øvrige: «Rebound»-effekt, pruritus på applikasjonsstedet, irritasjon på applikasjonsstedet, smerte på administrasjonsstedet. **Ukjent frekvens:** Øye: Tåkesyn. Hud: Endringer i hårfarge (forbigående), Erytem på administrasjonsstedet. **Pakninger, priser og refusjon:** 60 g (Blå resept) 542 kr. 2x60 g (Blå resept) 10478 kr. Refusjonsberettiget bruk: Lokal behandling av psoriasis vulgaris hos voksne. ICPC S91, ICD L40. **Basert på SPC datert: 11.08.2022.** REF 16486 – Mai 2025, LEO Pharma AS, Martin Linges Vei 25, 1364 Fornebu, info.no@leo-pharma.com

Enstilar[®]
kalsipotriol/betametason

Vedlikeholdsbehandling
(proaktiv behandling) med Enstilar[®]
kan redusere risikoen for første
tilbakefall med 43 % og andelen
av tilbakefall med 46 %.^{1*}



**Enstilar[®] er indisert
for lokal behandling
av psoriasis vulgaris
hos voksne.²**

Ph.d. Hvorfor det?

■ THOMAS MILDESTVEDT • Fastlege i Bergen og professor allmenntmedisin, Institutt for global helse og samfunnsmedisin



Hvorfor valgte du å ta denne graden?

Det er kanskje litt spesielt å si dette, men jeg hadde aldri en ambisjon for min egen del om å ta ph.d. Jeg henvendte meg til Universitetet i Bergen etter mitt første år som fulltids fastlege. Jeg skjønte tidlig at en karriere i allmenntmedisin ikke kunne bestå av fem kurative dager i uken. Mitt spørsmål til min fremtidige veileder Eivind Meland var: «Har du et lite prosjekt jeg kan pusle med? Jeg er interessert i allmenntmedisin og undervisning.»

Livet ville at professor Meland hadde et ferdig prosjekt og trengte en stipendiat. Jeg signerte på et skjema og på kort tid var jeg på flyet til utdeling av et stipend gjennom det som nå heter stiftelsen Dam. Alle andre var i euforisk glede, jeg lurte på hva jeg hadde begitt meg ut på.

Hvordan var det?

Det var meget krevende å gå inn i et prosjekt jeg ikke eide.

Tema var «Langtids vedlikehold av livstilsendringer etter hjerterehabilitering». Eivind hadde i samarbeid med en psykolog utviklet en intervensjon som hadde en teoretisk forankring i selvbestemmelsesteorien. Det var uvant å lese vitenskapelige artikler som fersk stipendiat. For en bonde-sønn uten akademiske ambisjoner var det som å komme til en annen klode. Det å tilegne seg ny teoretisk kunnskap, basert på vitenskapelig psykologisk litteratur, var veldig fremmed for meg.

Heldigvis hadde jeg en meget tålmodig veileder som praktiserte autonomistøtte og tålte at jeg trengte lang, akademisk modning.

Hva fant du?

Jeg fant at det gruppebaserte tilbudet til hjerterehabiliteringspasienter ikke var underlegent vår individuelle intervensjon med autonomistøttende tilnærming og telefonoppfølging på egne valg.

Zambia og undervisning er bra.



Undervisning av legestudenter ved UiB (i koronatider med streaming, 2021).

Jeg fant også at autonom motivasjon for livsstilsendring og mestringsforventning til bedre livsstil er assosiert med langsiktig vedlikehold av sunn livsstil. Vi så også at pasientgruppen i stor grad klarte å vedlikeholde endringer som økt fysisk aktivitet to år etter at rehabiliteringen var over.

Hvordan ser dette ut med dagens øyne?

Jeg tenker funnene står seg. Det er dokumentert at hjerterehabilitering har effekt på harde endepunkter som sykdom og død. Hovedkomponentene i de fleste programmer er å stimulere til økt fysisk aktivitet, hjertesunt kosthold, samt trygghet til å ta foreskrevne medisiner. I mitt videre arbeid som forsker og underviser har jeg tatt med meg betydningen av selvbestemmelse og indre motivasjon. Jeg jobber også med å unngå at pasient og student føler seg presset eller kontrollert. Det er mye overføringsverdi mellom pasientsentrert behandling og studentsentrert undervisning.

Hva har ph.d-en gjort med deg og livet ditt og karrieren din?

I studietiden sa jeg: «Jeg blir aldri forsker, men om jeg blir skal jeg ikke forske på hjertesykdommer eller andre statusområder». Jeg tok min ph.d. på hjertesyrke, mest middelaldrende menn ...

Jeg har sluttet å si hva jeg aldri vil gjøre og jeg har fått en meget interessant karriere! Nå er det 24 år siden jeg tok kontakt med universitetet. Jeg ble førsteamanuensis i 2010 og professor i 2022. De fleste av disse årene jobbet jeg 50 prosent i klinisk praksis. Mine arbeidsuker er varierte, inspirerende og krevende, men alt i alt veldig givende. Jeg har enorm takknemlighet for at jeg har fått være med svært interessante mennesker. Jeg lærer hele tiden nye ting og har fått en god vaksine mot utbrenthet.

Drømmer og virkelighet

Det kan ta tid før du får muligheten til å følge dine drømmer. I 1995 skrev jeg min

hovedoppgave under medisinstudiet om primærhelsetjenesten i Nord-Kamerun og drømte videre om å bety en forskjell i Afrika. I 2020 fikk jeg lede et prosjekt med å bygge primærhelsetjenesten i Malawi og Zambia. I år avsluttes dette prosjektet som har vært støttet av NORAD-midler med 20 millioner kroner.

Jeg har også fått utviklet meg som underviser og har jobbet mye med pedagogikk sammen med gode rollemodeller i vår faggruppe. Den underviserrollen som følger med en akademisk stilling, har betydd mye for meg. Jeg må innrømme at statusen som merittert underviser ved Universitetet i Bergen i 2021 varmet! Framover vil jeg fortsette å være involvert i undervisning i videre- og etterutdanningen for leger. Det er inspirerende å være en av mange gode kollegaer som ønsker å bygge kvaliteten i norsk allmennmedisin!

■ THOMAS.MILDESTVEDT@UIB.NO

En inspirasjon for kvalitative forskere



Anette Bringedal Houge,
Anja Emilie Kruse (red.)
ETISK UBEHAG

En ærlig lærebok om kvalitativ
forskning på sensitive temaer
255 sider
Universitetsforlaget
Oslo 2024
ISBN 9 788215 068558

Kapittelinnvidlingen antyder essensen med denne bokutgivelsen:

- Hvor ærlig må en forsker være?
- Hvor nærgående kan forskningen være?
- Kan vi skille forskningen fra livet?
- Hvor fri er forskningen, egentlig?

18 kvalitative forskere har bidratt til denne boken. Spennvidden i tematikken er stor, men hele utgivelsen handler i bunn og grunn om det introduksjonen til boken omtaler som «Feil, følelser og forskningsetikk». Og hvem mener redaktørene vil kunne ha glede av boken? Jo «kvalitative forskere som engasjerer seg i felt som involverer og representerer mennesker i vanskelige, voldsomme eller utsatte livssituasjoner, på tvers av fagfelt og tradisjoner. Hensikten vår er å oppmuntre til aktivt engasjement med en forskningsetikk som går ut over prosedyreetikken.» Så ramser de opp de ulike disiplinære og tematiske utgangspunktene som boken tar for seg.

Hele ti disipliner er representert i boken:

- kriminologi
- kjønnsforskning
- rettsosiologi
- sosialt arbeid
- sosiologi
- antropologi
- statsvitenskap
- psykologi
- helseforskning
- idehistorie.

Et av målene som redaktørene framhever er at de håper at boken kan føre til ærligere samtaler om forskningshverdagen, og det ansvaret man har for å forvalte forskerrollen og historiene en får tilgang til gjennom forskning på sensitive temaer og mennesker i sårbare situasjoner.

Et vell av fortellinger fra de 18 forskerne er både tankevekkende, inspirerende og til stor ettertanke.

ELI BERG



Divisun[®]

kolekalsiferol

Fleksibel dosering med 3 ulike styrker for forebygging eller behandling av D₃-vitaminmangel.



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

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



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

Utvalgt sikkerhetsinformasjon:

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

Oppbevaring: Maks 30°C, i originalpakningen for å beskytte mot lys og fuktighet.

Pakninger og priser: Reseptgruppe C. Alle styrker inneholder 90 tabletter i blisterpakning. 20 µg: kr 127,- 50 µg: kr 306,80 og 100 µg: kr 423,50.

Ytterligere informasjon preparatomtalen, SPC:

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

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

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



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!*



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..?

Guro H. Røstvig?

Fastlege Stavanger kommune
■ GURO.H.ROSTVIG@GMAIL.COM



Jeg har vokst opp med eventyr og bøker. Noen av de første minnene mine er at jeg blir lest for. Spesielt husker jeg at Mommo leste eventyr fra en diger gammel bok med svarthvitt tegninger, skrevet på riksmål. Jeg husker også at pappa leste *Hobbiten* lenge før jeg egentlig var stor nok til den. I oppveksten hadde vi bokhyller fulle av bøker i alle rom. Bortsett fra på badet, der tok du med boken selv. Hver kveld leste en av foreldrene mine høyt for meg på sengen, helt frem til jeg helst ville lese selv. Jeg husker godt en sommer storesøsteren min kom hjem fra college i USA. Hun og jeg leste *100 års ensomhet* av Gabriel Garcia Marquez høyt for hverandre. Det må ha vært sommeren før jeg fylte tolv år, og det var nok mest hun som leste. Jeg husker jeg var veldig forvirret av alle José Arcadio Buendía'ene.

I barndommen leste jeg over alt, men aller helst med lommelykt under dynen etter at lyset skulle ha vært slukket. Ingen bøker var forbudte, og jeg leste Dahl, Lindgren, Bringsværd, Ende, Asimov, Ibsen, Archer, Vesaas, Tolkien og Auel. Romantisk kliss, barnebøker, krim, science fiction, dikt og høylitteratur var tilgjengelig, og jeg slukte alt. Vi hadde også flere utgaver av leksikon, atlas og ordbøker hjemme. I en periode leste jeg tre-fire bøker i uken, og jeg var mye på biblioteket.

I eksamensperioder var de viktigste pausene mine i skjønnlitteraturen. Hjernen slappet bedre av med det enn med TV. Da måtte det være enkelt, og siste året på medisinstudiet leste jeg *Harry Potter*, alle sju bøkene, om igjen og om igjen. Sånn er det fortsatt, når kverna går med bekymringer hjelper det å lese. Gjerne noe jeg vet hvordan ender, og helst noe som ender godt.

Noen bøker leses og glemmes. Når jeg leser disse om igjen har jeg en vag fornemmelse av at jeg har lest om hovedkarakte-

ren før – men aner ikke hva som kommer til å skje. Andre karakterer er brent fast i hukommelsen, som Okonkwo i *Things Fall Apart* av Chinua Achebe, og Mersault i *Den Fremmede* av Albert Camus. Jeg har bøker jeg leser i sykluser – og gjerne sammen. Jeg leser *1984* av George Orwell, *The Handmaid's Tale* av Margaret Atwood, og *Brave New World* av Aldous Huxley hvert andre eller tredje år – og får alltid noe nytt ut av dem. Av og til håp, av og til fascinasjon over dystopier og paralleller til vår verden.

Det året jeg begynte i turnus på Stavanger universitetssjukehus fikk jeg lesebrett i bursdagsgave av mannen min. Jeg var ganske skuffet – noe så uromantisk! Nok en elektronisk duppedings uten verdi som kom til å bli liggende i skuffen. Jeg kunne ikke ha tatt mer feil! Kindle ga muligheter: Jeg kunne ta med bøkene overalt. En gang tok jeg Kindle med på byen, sånn at jeg kunne lese på bussen hjem. Jeg trenger ikke å lese med lommelykt under dyna. Det er slutt på å lete etter hvor jeg er kommet i boken, fordi den har lukket seg når jeg sovner. Jeg kan ta med meg nesten uendelig med lesestoff på ferie! Og når en bok er ferdig, tar det bare sekunder å starte på neste. Det er et tap at det stort sett er engelsk litteratur som er tilgjengelig, og en stund savnet jeg følelsen av å sitte med boken i hendene. Men fordelene overgår ulemperne. Nå, femten år senere, er jeg evig takknemlig for den gaven.

Lydbok minner meg litt om å bli lest for som barn. I åttendeklasse hadde jeg kysse-syke og var sengeliggende i flere uker. Da lånte mamma *Sofies verden* av Jostein Gaarder på lydbok til meg, og det var fantastisk! I voksen alder har lydbok vært redningen i situasjoner hvor det er vanskelig å lese selv. Hele familien har hatt glede av felles lydbok på biltur fra Stavanger til hytta på Rø-

ros. Favoritten var lenge *Gangster bestemor* av David Walliams. Jeg hadde en stund ti km sykkelvei langs Gandsfjorden til og fra jobb. Da var lydboken god hjelp til omstilling av hjernen fra jobb med korona og fastlegekrise til hjemmets mer og mindre banale utfordringer. Maia Lundes klimakvartett, som starter med *Bienes historie*, anbefales som lydbøker til og fra jobb.

Det har vært viktig for meg å dele gleden over litteratur med barna, og vi har lest høyt for dem helt til de også helst ville lese selv. Det startet med bildebøker – *Mine 100 første dyr* og *Store maskiner* – og fortsatte med blant annet Karsten og Petra, Ruffen, *I Morgentåkedalen*, *Ronja Røverdatter*, *Brødrene løvehjerte*, *Mio min Mio*, og episke sa-gaer som *Den uendelige historie* av Michael Ende. Og igjen *Harry Potter*, som hjalp meg gjennom eksamen. Den siste *Harry Potter*-boken leste datteren min for meg. Det var alltid viktig å lese boken først – før vi så filmen.

Bøker gir meg fortsatt flukt fra virkeligheten, en pause fra bekymringer og livets belteslag. Høytlesing er fortsatt terapi. Datteren min er snart voksen, men i vår leste vi *Stolthet og fordom* av Jane Austen høyt sammen. Boken er et feministisk og satirisk mesterverk, og langt bedre enn film- og TV-adaptasjonene. Når vi leste, kunne vi prise oss lykkelige over at verden har gått videre og kvinner har langt større frihet. Det åpnet for diskusjoner om nåtidens feminisme og likestilling.

Jeg leser fortsatt hver eneste kveld. Min mann sier han merker om jeg leser noe spennende. Da leser jeg mens jeg lager mat, mens jeg spiser, når jeg går. Han hører at jeg stopper opp midt i trappen for å bli ferdig med et avsnitt eller et kapittel. Det eneste jeg leser litt lite av fortiden er fag. Det har jeg som mål å bli flinkere til. Kan-skje i 2026?



ALIS-utvalget – kven er vi?

ALIS-utvalget består av eit knippe engasjerte ALIS (allmennlegar i spesialisering) frå ulike delar av landet. Medlemmane blir valt for to år om gongen. I perioden 2025–27 består utvalget av Marit i Hammerfest, Even i Sandefjord og Yasin og Randi i Oslo. I tillegg har vi med Torstein på Tretten som representant frå Norsk forening for allmennmedisin (NFA).

Dei fleste av oss jobbar som fastlegar, med eitt unntak: Yasin er så fascinert av prioriteringar i helsevesenet at han har valt å ta ein doktorgrad på feltet – parallelt med jakta på fastlegehjemmel. Vi representerer både fast tilsette og næringsdrivande legar, og har dermed brei erfaring frå ulike sider av fastlegekvardagen.

Kva jobbar vi med?

ALIS-utvalget er organisert under Allmennlegeforeningen og arbeider for å styrke ram-

mer og vilkår for ALIS. Dei siste åra har vi blant anna:

- revidert oppstartsboka i allmennmedisin
- utarbeidd eit skriv med råd til næringsdrivande fastlegar som skal inngå vikaravtale
- starta ALIS-podden, der vi tek opp viktige og aktuelle tema for ALIS

Framover vil vi særleg jobbe med spørsmål knytt til innretning og vidareføring av ALIS-tilskuddet, samt vikarvilkår for både næringsdrivande og tilsette vikarar.

Samarbeid og møteplassar

Vi samarbeider tett med underutvalget i Norsk forening for allmennmedisin, NFA-lis, og har jevnlege felles møter. Saman er vi til stades på alle grunnkurs A kvart år. For

oss er dette ein svært viktig møteplass – både for å bli kjent med ferske og meir erfarne ALIS, og for å få høyre kor skoen trykker og kva vi bør prioritere vidare.

Vi opplever desse møta som svært nyttige, og håpar du som ALIS har møtt oss på kurs og hatt utbytte av det. Det er og mulig å ta kontakt med oss dersom du har spørsmål og lurar på noko knytt til det å vere ALIS.

Sosialt og fagleg fellesskap

Det er også viktig for oss å legge til rette for at ALIS kan møtast, dele erfaringar og utveksle idear. Neste ALIS-kveld blir forresten under Våruka i mai på Fornebu. Kom på kurs og bli med på ALIS-kvelden!

RANDI HAUGE TENGESDAL
Leiar i ALIS-utvalget og spesialist i allmennmedisin
■ ALIS@LEGEFORENINGEN.NET

Dei siste åra har ALIS-utvalget revidert oppstartsboka i allmennmedisin.

ILLUSTRASJONSFOTO: MORTEN HERVÆS / MOCKUP - PLACEIT / STETOSKOP: GETTY IMAGES



Oppstartshåndbok i allmennpraksis



Bekreftelsens edle kunst



FOTO ER LÅNGET MED KUNSTIG INTELLIGENS OG INGENAV PERSONENE HAR DERFOR IKKE EN TILKNYTNING TIL INNHOLDET. BESKRIVET I TEKSTEN. ILLUSTRASJONSFOTO: MORTEN HERNES / KJ - AODDE FRIELEY

Historier og scener som blir beskrevet i kasuistikken nedenfor er noe som daglig skjer på legekontorer i Norge.

Mitt heteste tips til deg som er en kollega er dette:

Vær raus med bekreftelsen!

Jeg har tidligere hatt denne kasuistikken på trykk i tidsskriftet *Michael* (1), men vil også gjerne dele den med *Utpostens* lesere:

Mor, som sto midt i en turbulent skilsmisse, ville at jeg som fastlege skulle snakke litt med «den tause 12-åringen» i familien. En tirsdag morgen venter mor på gangen, og jenta og jeg ser på hverandre inne på legekontoret. Hun er stille og ser ned. Jeg spør henne om hvordan det er å bo i to hus. Hun er fortsatt stille. Så spør jeg om det er noe hun har lyst til å si meg. Da ser hun opp og roper: «DET ER JO IKKE MIN SKYLD!» Hun gråter høyt. Jeg sier til henne: «Nei, det er ikke din skyld». Hun samler seg, smiler, reiser seg og sier: «Ha det bra!»

Dette er ikke spektakulært! Jeg er overbevist om at slike historier og scener utspiller seg på norske legekontorer hver dag.

Et behov for bekreftelse ligger dypt i oss alle. Vi mennesker trenger at noen ser hvordan vi har det, og med det kan ane noen konturer av hvordan vi kan ha hatt det. Vi leger er daglig i berøring med slike situasjoner. Den uforbeholdende bekreftelsen fra nettopp oss kan utgjøre en forskjell, den kan faktisk virke helende. Folk blir friskere av å bli møtt! Rommet vi jobber i har også en magisk kraft. Legekontoret er en setting som lett brenner seg inn i folks minne. Hvor mange fastleger minnes ikke daglig på replikker som pasientene husker fra en konsultasjon for mange år siden, som legen kan ha glemt for lengst. «Sier du

det», pleier jeg å si, «ja, det høres jo ut som noe jeg kan ha sagt».

Prøv deg med de enkle ordene: «Nå har jeg hørt på deg, og dette er leit. Jeg skjønner du er lei deg, når du har opplevd det du har gjort». Det er trøst på et dypere plan enn en beskjed om at det nok kommer til å gå over.

Hvorfor er det så viktig å bekrefte?

Kanskje har ingen andre gjort det før. Derfor!

REFERANSE

1. Kogstad KT, Getz LO. Å se mennesket. *Michael* 2022; 19: 143–59.

KARI THORI KOGSTAD
Fastlege i Gjerdrum og redaktør i *Utposten*
■ K-TKOGS@ONLINE.NO

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

Gjenfødselse

I MITT SPESIALISERINGSLOP vandret jeg inn på medisinsk avdeling i 2003, preget av lege-pasientkurset ved NTNU. Jeg hadde undervist ved kurset i to år, og blitt frelst. Mye falt på plass da jeg ble tvunget til å undervise om Pendelton og om F-ene. Nå skulle jeg vise sykehuslegene at kommunikasjon er viktig, at det er konkret og at det kan læres!

JEG FIKK EN NY HVERDAG som allmennlege da jeg begynte å spørre pasientene om deres perspektiv. Hva var de redde for? Hva trodde de selv at de feilte? Hva forventet de at jeg skulle gjøre? Her lå nøkkelen til å løse konsultasjonenes mange gåter. Jeg så spent frem til å inkludere slike spørsmål i mine journalopptak i mottakelsen og i samtalene på visitten. Jeg gledet meg til å inkludere pasientperspektivet i morgenmøtene på lungeavdelingen. Her skulle sykehuskolleger få se at medisin er mer enn bare røntgensvar og blodprøveanalyser.

BORDET FANGER. Det var ikke så lett som jeg trodde, og heller ikke så spennende

de svar fra pasientene som jeg var vant til. Pasientperspektivet ble, om ikke glemt, så halvveis glemt.

EN MORGEN gikk jeg visitt sammen med en av overlegene. En eldre kvinne med KOLS var blitt innlagt kvelden før, med eksaserbasjon. Hun var satt på antibiotika og kortison. Visitten brakte intet nytt, bare en avtale om videreføring av igangsatt behandling. Jeg stusset på at hun var helt upåvirket i pusten. Jeg bestemte meg for å gå tilbake til henne etter at visitten var over. Jeg satte meg ved sengen. Vi småpratet litt. Jeg nevnte at hun virker å ha det ganske bra. Så spurte jeg: «Hva tror du selv du feiler?».

HUN SÅ BRYDD UT. Hun så seg rundt – og bøyde seg mot meg. Med nølende og forsiktig stemme sa hun: «Jeg vil bare si det med en gang: Jeg tror ikke på gjenfødselse! Men jeg har likevel fått denne trasige tanken som plager meg ... Du forstår: Min datter skal føde med planlagt keisersnitt i dag klokken 13! Og så har jeg fått denne tanken for meg: Når barnet fødes, mitt barnebarn,

så vil jeg dø! Akkurat som om det var en form for sjelevandring. Jeg vet at det ikke er slik, jeg tror ikke på sjelevandring, men tanken er der likevel. Derfor turte jeg ikke å være hjemme. Jeg ville være på sykehuset i dag klokken 13. Det var derfor jeg ringte 113 og sa at jeg ikke fikk til å puste!»

VI BLE ENIGE OM at hun ikke hadde noen KOLS-eksaserbasjon. Vi avtalte at hun skulle få bli på avdelingen noen timer til, helt til hun fikk vite at alt var vel med datteren og det nye barnebarnet. Vi ble også enige om at hun ikke trengte verken antibiotika eller kortison.

ET PAR TIMER SENERE var alt vel med henne, med datteren og med den nyfødte. Jeg kunne skrive henne ut med en ganske original epikrise før arbeidsdagen var over. Jeg dro hjem med spent forventning til neste morgenmøte. Der kunne jeg fortelle om hvordan et enkelt F-spørsmål kan hindre unødige medisinbruk og frigjøre en sykehusseng!

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



ILLUSTRASJON: MORTEN HERNES / KI - AOBSE FRETU



Nasjonal vannvakt

21 07 88 88



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



ILLUSTRASJONSFOTO: GETTY IMAGES

Hvem er dere?

Nasjonal vannvakt – eller bare Vannvakta – tilbyr vannverk i hele Norge rådgivning i situasjoner som kan true leveringssikkerheten eller drikkevannskvaliteten. Ordningen er administrert av Folkehelseinstituttet. Telefonen er døgnåpen og bemannet av ansatte hos Folkehelseinstituttet på dagtid, og ellers av folk fra vannbransjen med kompetanse innen blant annet vannhygiene, drikkevannsforsyning, vannverksdrift og krisehåndtering.

Det er vannverkseier som eier hendelse og har ansvar for sikkerhet og beredskap, så Vannvakta har kun en rådgivende funksjon.

Hvem kan ringe til dere?

Det er først og fremst en tjeneste som er beregnet for vannverk. Vannvakta blir kontaktet i situasjoner der vannverket trenger ekstra støtte. I noen tilfeller gir Vannvakta råd til kommuneleger om saker som omhandler drikkevann. Da er det en fordel at

vannverket også blir koblet på, for ofte trenger Vannvakta informasjon fra vannverket om for eksempel vannkilde, vannbehandling og rutiner, avvik eller prøveresultater, for å kunne bidra med råd i saken.

Hva kan man spørre om?

Vannvakta kan hjelpe til ved en rekke problemstillinger. Det kan være alt fra tekniske spørsmål til spørsmål knyttet til forurensning av drikkevannet og råd rundt kommunikasjon ved en akutt hendelse i vannforsyningen. Det kan dreie seg om driftsavvik, problemer med desinfeksjon eller forhøyde nivåer av kjemiske eller mikrobiologiske parametere i vannet, ledningsbrudd og andre problemer med ledningsnett, situasjoner med flom og annet ekstremvær eller ved mistanke om sabotasje mot vannforsyningen. Ved behov kan andre ressurser fra Folkehelseinstituttet kobles inn, for eksempel i vurdering av akutt og kronisk forgiftningsfare, eller dersom det skulle dreie seg om et vannbærent

utbrudd. Vannvakta kan også henviser til eksterne eksperter.

Hva er de vanligste spørsmålene dere får?

De aller vanligste spørsmålene omhandler funn av forhøyde nivåer av indikatorbakterier i drikkevannet. Typisk er funn av koliforme bakterier, E. coli eller intestinale enterokokker, og hvordan det kan håndteres. Kommuneleger har ofte spørsmål rundt funn av slike indikatorbakterier i vannet og kokeanbefaling.

Hva er det rareste spørsmålet dere har fått?

Det er kanskje spørsmål som mus eller andre døde dyr i drikkevannet. Døde dyr utgjør smittefare, så da må man sanere ved å fjerne dyrene, rengjøre og desinfisere, og følge opp med analyser av vannet for å sikre at det er trygt. Videre bør man gjøre tiltak slik at det ikke skal kunne komme dyr i kontakt med drikkevannet.

TORA ALEXANDRA ZIESLER
Veterinær og seniorrådgiver, Folkehelseinstituttet

RELIS

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

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

H2-blokkere på godkjenningsfritak

Flere ulike legemidler som demper magesyreproduksjonen er tilgjengelig i Norge. Søknad om godkjenningsfritak er blitt enklere etter innføring av e-resept.

I vår artikkel «Sju spørsmål om protonpumpemhemmere» anbefaler vi økt bruk av histamin-reseptorantagonister (H2RA), vanligvis kalt histaminblokkere eller H2-blokkere. Årsaken til anbefalingen er at H2-blokkerne ofte har tilstrekkelig effekt ved milde til moderate symptomer, selv om de ikke gir like sterk syrehemming som protonpumpemhemmere (PPI). Dette medfører en lettere grad av rebound hypersekresjon ved seponering. Det er heller ikke rapportert om like stor risiko for negative langtidseffekter ved bruk av H2-blokkere sammenlignet med PPI.

Praktiske problemer står gjerne i veien for å starte behandling med en H2-blokker som første tiltak eller etter forutgående behandling med PPI. Det er to preparater som har markedsføringstillatelse i Norge: famotidin (Pepcid) og famotidin + to antacida (Pepciduo). Begge med lav styrke H2-blokker, og tilgjengelig uten resept. Øvrige H2-blokkere i Norge er tilgjengelige via søknad om godkjenningsfritak (tidligere kalt registreringsfritak). Det gjelder både cimetidin og ranitidin i tillegg til andre varianter av famotidin enn de som er nevnt over. Det at det ikke finnes flere godkjente H2-blokkere i Norge skyldes ikke manglende aksept fra norske legemiddelmyndigheter, men er et valg produsenter og produkteiere av H2-blokkere har tatt.

Det må altså søkes om godkjenningsfritak ved forskrivning av H2-blokkere på re-

sept. Etter innføring av e-resept er dette en betydelig enklere øvelse enn det var i den gamle papirskjema-søknadsordningen. Det tar bare noen få sekunder ekstra å fylle ut denne delen av e-resepten i tillegg til den vanlige resepten.

Prisforskjellen

Prisen på H2-blokkere er ofte betydelig høyere enn på PPI både på grunn av markedssituasjonen og fordi legemidler på godkjenningsfritak som oftest er betydelig dyrere enn tilsvarende markedsførte legemidler. Dette skyldes at legemidler uten markedsføringstillatelse (i likhet med reseptfrie legemidler) ikke er underlagt prisregulering, og/eller at grossistene har merkostnader ved å fremskaffe dem. For preparater på godkjenningsfritak kan det i tillegg være vanskelig å finne prisen. Her kan en telefon til apoteket være opplysende.

Eksempelvis vil en tablett Somac (pantoprazol) 40 mg koste ca. 3,40 kr (i 28-pakning) dersom pasienten får hvit resept. Til sammenligning vil en tablett Pepcid (famotidin) 10 mg koste ca. 9,40 kr ved kjøp av en reseptfri pakning på 24 tabletter. Siden de fleste pasienter får PPI i større pakninger på blå resept blir denne behandlingen enda billigere for pasienten, og gratis for dem med frikort. For legemidler på resept med godkjenningsfritak kan prisen variere. DMP (Direktoratet for Medisinske Produkter, tidligere Statens Legemiddelverk) har innhentet grossistpriser til eksempler:

TABELL

LEGEMIDDEL	PAKNING	PRIS	PRIS PER TABLETT
famotidin 20 mg	100 tabletter	750 kroner	7,50 kroner
famotidin 40 mg	100 tabletter	850 kroner	8,50 kroner
cimetidin 200 mg	60 tabletter	500 kroner	8,33 kroner

Toleranseutvikling

Det er beskrevet en viss grad av toleranseutvikling for H2-blokkere, det vil si tap av effekt ved fast bruk over tid. Det kan komme etter noen dager til et par uker med fast bruk, og kan vedvare flere dager etter seponering. Ved overgang fra PPI vil pasienten også kunne oppleve dårligere effekt av H2-blokkere på grunn av de fysiologiske endringene som ligger bak rebound hypersekresjon. H2-blokkere er derfor best egnet til kortere tids behandling eller ved behov, noe som ofte er tilstrekkelig.

Kreftfremkallende?

NDMA (N-nitrosodimetylamin), et mulig humant karsinogen, ble påvist i ranitidin-tabletter i 2019, og senere i pasienter som hadde brukt denne H2-blokkeren. Det førte til at først ranitidin, og senere de andre H2-blokkerne ble avregistrert selv om NDMA ikke ble påvist i verken famotidin eller cimetidin. Undersøkelsene som fulgte kunne videre vise at dannelse av NDMA er lite sannsynlig så lenge legemidlene både produseres og lagres slik det er anbefalt nå, og det ikke skjer forurensning/nedbrytning av råstoffet før tablettproduksjonen. Dette anses derfor ikke lenger som en reell grunn for ikke å forskrive H2-blokkere.

H2-blokkere på blå resept?

KUPP har i samarbeid med NTNU bedt DMP om å få tilbake H2-blokkere på for-



ILLUSTRASJON: GETTY IMAGES / WILDPIXEL

håndsgodkjent blå resept (§2), noe de har lovet å arbeide for. I første omgang ønsker DMP å prøve og fjerne søknadskravene ved søknad om famotidin på §3. Fra november 2025 er det ikke lenger krav om tidligere behandling med PPI, uansett indikasjon, men det kreves fortsatt at søknaden skal komme fra en spesialist i sykdommens fagfelt eller tilgrensende behandlingsområder, eller fra en lege ved et offentlig sykehus.

Enkelt å søke om godkjenningfritak i e-resept

DMP endret (forenklet) ordningen for søknad om godkjenningfritak allerede i 2016. Innføring av søknad om godkjenningfritak via e-resept i datasystemer for primærlegetjenesten har gjort at søknadsprosedyren for godkjenningfritak nå har blitt betydelig enklere for leger som velger slik forskrivning. Nå har det også blitt mulig å søke om godkjenningfritak på virkestoff, hvilket innebærer at det ikke er nødvendig med navn på produsent i søknaden.

H2-blokkere som cimetidin, ranitidin og famotidin er blant legemidlene som kan ekspederes fra apotek uten søknad til DMP, fordi de har markedsføringstillatelse i EØS-området. Apoteket kan skaffe opplysninger om produsent, pakningsstørrelser, pris og andre opplysninger lege eller pasient ønsker før forskrivning.

Søknaden, som nå er en del av selve e-resepten, må inneholde en medisinsk begrunnelse for hvorfor pasienten har behov for et produkt som ikke er markedsført i Norge. En medisinsk begrunnelse kan være at hen trenger en annen formulering enn den som er markedsført i Norge, eller at det ikke finnes et markedsført produkt som dekker det medisinske behovet. Søknaden må fylles ut for hver resept.

For pasient som skal bruke H2-blokkere i stedet for PPI kan begrunnelsen for eksempel være: *Pasienten bør bruke famotidin i stedet for pantoprazol på grunn av mindre fare for rebound hypersekresjon av magesyre og langtidsbivirkninger, og for å lette nedtrapping av magesyrehekkende behandling.*

Refusjon på forhåndsgodkjent blå resept (§2) gjelder kun for legemidler som er god-

kjent i Norge. HELFO kan, etter søknad fra forskrivende lege (§3), innvilge individuell stønad for utgifter til legemidler på godkjenningfritak. Det er mulig å slå opp det enkelte virkestoff i legemiddellisten i Vedlegg 1 til Folketrygdloven §5-14: <https://www.helsedirektoratet.no/rundskriv/kapittel-5-stonad-ved-helsetjenester/vedlegg-1-til-5-14-legemiddellisten?type=virkestoff>.

Helfo kan også kontaktes for ytterligere spørsmål om refusjon.

Regelverket for søknad på godkjenningfritak finnes på nettsidene til DMP: <https://www.dmp.no/godkjenningfritak/for-leger-og-tannleger>


Vi takker overlege Ingrid Aas i Enhet for riktig legemiddelbruk hos DMP for gjennomlesing av og innspill til denne artikkelen.

KETIL ARNE ESPNES
Spesialist i allmennmedisin og klinisk farmakologi,
overlege St. Olavs hospital
■ KETIL.ARNE.ESPNES@STOLAV.NO

BETTINA RIEDEL
Spesialist i klinisk farmakologi, overlege Haukeland Sjukehus,
førsteamanuensis II Universitetet i Bergen

GUTTORM RAKNES
Spesialist i klinisk farmakologi,
overlege RELIS Nord-Norge og fastlege Steigen kommune

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 till!  Tove Rutle – lagleder

When I stand before the throne

Jeg vil dele det andre verset av en hymne, skrevet av en skotsk prest i årene 1835–1843. Hymnen består av tre vers, men det er særlig det andre verset som rører meg hver gang jeg leser det.

Robert Murray McCheyne ble født i en middelklassefamilie i Edinburgh i 1813. Reformasjonen, som hadde feid over landet nesten 300 år før McCheyne ble født, førte til opprettelsen av den protestantiske kirken, *The Church of Scotland*. Denne kirken hadde imidlertid ikke gjennomgått vesentlige forandringer i løpet av disse årene.

McCheyne var et begavet barn og kunne det greske alfabetet allerede da han var fire år gammel. Som fjortenåring ble han tatt

opp ved Universitetet i Edinburgh, og han vant en pris for et dikt der. Ved 22 års alder var han ferdig utdannet prest og begynte sitt kall, som han fortsatte med til han døde av tyfusfeber bare 30 år gammel.

Den protestantiske kirken i Skottland ble delt i 1843, bare to måneder etter McCheynes bortgang. Noen ønsket å forbli statlig støttet, mens andre ønsket å være uavhengige av staten. Denne delingen har vedvart til i dag, og det er nesten utelukkende uenigheter om teologi som har drevet splittelsen.

McCheynes hymner og dikt fikk en økende appell i tiårene etter 1843. En del av forklaringen kan være at han tilhørte en

bred skotsk kirke før splittelsen, og hans verk appellerte til et folk som fortsatt søkte en felles åndelig vei gjennom den teologiske uenigheten.

When I stand before the throne
Dressed in beauty not my own,
When I see Thee as Thou art¹,
Love Thee with unsinning heart;
Then, Lord, shall I fully know,
Not til then, how much I owe.

Jeg sender stafettspinnen videre til kollega Hilde Fjorden.

Hilsen fra John Lockhart

¹ You as you are



Utposten

annonseinfo 2026

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

ABONNEMENT: Vanlig abonnement (papir/nett) kr 850,- i året. Nettabonnement kr 690,- .

TEKNISK

ANNONSEANSVARLIG: Karianne Rutle

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

MATERIELL:

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

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

SATSFLATE: 185 x 249,5 mm 3 spalter

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

KONTAKTPERSON: Morten Hernæs

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

UTGAVE	BESTILLINGSFRIST	MATERIELLFRIST	UTSENDELSE
①	7. januar	21. januar	2. februar
②	18. februar	4. mars	16. mars
③	25. mars	8. april	27. april
④	20. mai	4. juni	15. juni
⑤	12. august	26. august	7. september
⑥	23. september	7. oktober	19. oktober
⑦/⑧	4. november	25. november	7. desember

ANNONSEINFO

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

* +3 mm for utfallende alle sider

BILAG: Pris ved forespørsel.

WEB

annonser på Utposten_s nettsider

FORMAT OG PLASSERING

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

Ta kontakt for info vedrørende formater og plassering.

STANDARDPRIS

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

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

DATO FOR UTLEGGING PÅ NETT:

- 4.2: 1-2026
- 18.3: 2-2026
- 29.4: 3-2026
- 17.6: 4-2026
- 9.9: 5-2026
- 21.10: 6-2026
- 9.12: 7/8-2026

WEB ANNONSEANSVARLIG:

Karianne Rutle

☎ 913 08 747

✉ karianne.rutle@gmail.com

WWW.UTPOSTEN.NO

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

Peristeen® Anal Plug

Peristeen® Analpropp

Kan bidra til bedre livskvalitet
ved avføringslekkasje



Ta kontakt med våre
sykepleiere på telefon
22 57 50 20 for
bestilling av
vareprøve eller mer
informasjon.

Enkel, sikker og diskré

Peristeen analpropp er et enkelt og effektivt hjelpemiddel mot avføringsinkontinens. Den hindrer ukontrollert lekkasje av avføring. Den er veldig liten i størrelse og kan bidra til økt selvtillit når du skal delta i aktiviteter som for eksempel ved svømming. Analproppen settes inn som en stikkpille i endetarmen.

Funksjon og egenskap

- Uten lateks, PVC og silikon
- Effektiv og dokumentert i kliniske studier¹
- Forhindrer avføringslekkasje
- Sitter trygt og stabilt under bruk
- Laget av et luftgjennomtrengelig skummateriale
- Skader ikke endetarmens slimhinne

1. W. PFrommer, A. M. Holschnelder, N. Löffler, B. Schauff, B. M. Lire. A new Polyurethane Anal Plug in the Treatment of Incontinence after Anal Atresia repair (European Journal of Pediatric Surgery, October 2000:10, pp 186-190).

Coloplast Norge AS, 22 57 50 00 www.coloplast.no, assistanse@coloplast.com

Coloplast er et registrert varemerke eid av Coloplast A/S. 2026-02. Alle rettigheter tilhører Coloplast A/S, 3050 Humlebæk, Danmark. PM-39718.