

Utposten

3 2026
ÅRGANG 55

BLAD FOR ALLMENN- OG SAMFUNNSMEDISIN

Legemiddelforskrivning ved
søvnproblemer

Reisebrev fra Røst
Tilbakemeldinger
Sosiale ulikheter

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

MOBIL: 461 29 816

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

MOBIL: 992 54 545

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

FAGLIG MEDARBEIDER:**Eli Berg**

MOBIL: 913 18 180

FORSIDEFOTO:

Marit Tuv

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:**Pasientjournalen under press***Elin Tora Hoel***2** Tilbakemeldinger*Randi Ofstad***6** USA snur matpyramiden på hodet**- Norge må rydde i hva som er usunt***Ingunn Narverud, Ellen C. Strøm og Kirsten B. Holven***12** Søvnproblemer og legemiddelforskrivning**i allmennpraksis basert på PraksisNett-data fra 2020-2024***Kristine Stangenes, Knut Erik Emberland og Bjørn Bjorvatn***18** Sosial ulikhet i vårt århundre*Steinar Krokstad***22** Ny studie om kommuneoverlegerollen under en krise**- er vi forberedt?***Bettina Fosseberg***26** Hvordan fremme psykisk helse**i samfunnet og på legekantorene?***Steinar Krokstad***29** Ta vare på øyeblikkene som gir mening!*Njål Flem Mæland***30** Godt samarbeid kan**øke overlevelsen ved blærekreft***Ranveig Røtterud***32** Oppdatert kunnskap om kjønnslemlestelse*Kinsi Ahmed og Ellen Aalerud***35** Reisebrev fra Røst**40** Ph.d. - Hvorfor det?*Anette Fosse***42** INNPOSTEN:**Alarm: Fraværet øker***Jan Håkon Juul***41 FASTE SPALTER**TIPS & RÅD **41**HVA LESER LEGEN **43**LEGEFORENINGENS HJØRNE **44**

KONSULTASJONEN

JEG ALDRI GLEMMER **45**RELIS **46**LYRIKKSTAFETTEN **48**

Pasientjournalen under press

Etterspørselen etter helsetjenester i befolkningen er stor. Fastlegetjenesten opplever økte krav til tilgjengelighet. Samtidig setter tilsynsmyndighetene grenser for hva staten er villig til å betale for – ikke alt er konsultasjonsverdige. Økte krav om tilgjengelighet og strengere kontroll setter også journalen under press – på ulikt vis.

Pasientjournalen har fått et økende antall funksjoner i tillegg til å være et viktig kommunikasjons- og dokumentasjonsverktøy for helsepersonell (1). Forfatterne av boka Pasientjournalen belyser disse endringene, med mål om å bevisstgjøre alle brukere av pasientjournaler om betydningen av språket som benyttes. Tradisjonelt har pasientjournalen to formål: Som arbeidsverktøy for oppfølging, dokumentasjon av undersøkelser og behandling, samt for kontroll og etterprøvnbarhet (2).

Vår felles helsetjeneste er for alle, og for alt. I alle fall nesten. Terskelen for å be om helsehjelp har blitt ganske lav. Pilot Kommunal nettlege illustrerer at utviklingen er ønsket fra politisk hold. Fastlegene er allerede digitale og tilgjengelige. Konsultasjon hos fastlegen kan bestilles digitalt på Helsenorge. En lettvinnt løsning – et gode. Ulempen er svekket mulighet til å prioritere. Sårbare grupper – eldre, kronikere, minoritetsgrupper, multisyke, personer med svak digital kompetanse – og som trolig trenger tjenesten mer, havner fortsatt i bakgrunnen, slik ordningen er innrettet i dag.

Helse koster. Myndighetene er villige til å betale for mye, men ikke for alt. Finansieringen av fastlegeordningen skjer gjennom basistilskudd og refusjonstakster fra staten, samt med pasientens egenandel (3). Dette systemet er basert på tillit. Insentivet i ordningen er de faglig funderte begrunnelsene, og å gjøre godt. I forlengelsen følger takstene og ansvaret for å bruke normaltariffen riktig.

I et overflødhorn av helsetjenester der terskelen for å oppsøke lege er lav, er det opp til fastlegen å ta stilling til hva som er verdig en konsultasjon – gjerne etter at pasienten har kommet til sin legetime bestilt på Helsenorge. Og verdien må føres i journal, slik loven sier (4).

En rettssak i Oslo tingrett i høst har vakt stor oppmerksomhet, både i og utenfor kollegiet. Myndighetene mente at en lege ikke hadde dokumentert tidsbruken for hver enkelt pasient godt nok (5). Legeforeningen og legen vant saken. Staten har anket til lagmannsretten. Prosessen har avslørt svak rettssikkerhet for leger som rammes av tilsyn fra Helfo (6), og klagesystemets skjulte belastninger (7).

Som kjent er det en grøft også på den andre siden av veien. Der fins ordrike notat fattige på reelt innhold, såkalt bloating. Kort og konsis er bra! Gullet i fastlegeordningen er, som kjent, relasjonelt. En relasjon som har vart i flere tiår påvirker naturligvis innholdet i journalen, som når legen skriver i status at *allmenn-tilstanden er god*. Uttrykket sier mye, i seg selv, og trenger rett nok flere opplysninger for å fylle juridiske krav til god journalføring. Men: Kort og presis er et ideal – for oversikten sin skyld, og for å ikke miste verdifull tid i møte med pasienten.

I en tid med stor tilgang på informasjon (8), der selv spørsmål knyttet til tidspunkt for en konsultasjon logges fortløpende, er det nærliggende at journalen som verktøyet i yrkesutøvelsen svekkes.

Mange fastleger bruker i dag KI-verktøy som støtte for journalskrivingen. Jeg er selv en av dem, og brukte transkripsjonsverktøy et års tid, og var godt fornøyd. Likevel gikk noe tapt, blant annet skrivingen som støtte for hukommelse og diagnostisk prosess. Mitt anliggende i denne sammenheng er at journalføring bør ses på som et håndverk, i likhet med Mohs kirurgi på nesetipp – som må læres. I en tid der transkripsjonsagenter kan

gjøre jobben, fortjener journalføringen særskilt oppmerksomhet i grunn- og videreutdanningen av leger. Når ferdigheten er på plass, står man stødigere i bruk av KI-verktøy senere.

Randi Ofstad skriver i denne utgaven av *Utposten* om tilbakemeldinger. Overlegen har laget et opplegg for Oslo kommunale legevakt som stimulerer til læring og legger til rette for en kultur der tilbakemeldinger, ros og konstruktiv kritikk ufarliggjøres og er en naturlig del av arbeidshverdagen. Metoden er nyttig og morsom, også ved gjennomgang av rutiner for føring av journal og enkelstående notater. Forhåpentlig vil denne type veiledning finne veien videre, for økt bevissthet om spiral-læring og prosesser for kvalitetsforbedring – i hele helsetjenesten.

Primum non nocere. Vår felles helsetjeneste er for alle, men ikke for alt eller til enhver tid. Myndighetene må prioritere tydeligere, slik at tjenesten fornyer, forsterker og forbedrer, og gjør godt, for folk flest og særlig for de som trenger det mest. Med pasientjournalen som speil: Det grunnleggende etiske prinsippet til Hippokrates – balansere nytte mot risiko – sier hva som må til.

ELIN TORA HOEL
ELINTORA@HOTMAIL.COM

REFERANSER

1. Hvem skriver vi journalen for? Nylenna, Hem, Husom red. Pasientjournalen. Språk, dokumentasjon og helsekompetanse. Oslo: Michael 2023. ISBN 978-82-9291-73-7.
2. Hvorfor og hvordan skrive journal. Den norske legeforening.
3. Kostnader til fastlegeordningen. Helsedirektoratet.
4. Forskrift om pasientjournal (pasientjournalforskriften) – Lovdata.
5. Lege saksøker staten med støtte fra Legeforeningen. Den norske legeforening 26.11.25.
6. Millionkrav og tap av refusjonsrett: Det handler om å kunne fortsette som lege. Dagens Medisin 29.01.2026.
7. Når én klage blir år med uro: Klagesystemets skjulte belastning. Dagens medisin 05.03.2026.
8. Øyeblikkets tyranni – rask og langsom tid i informasjonssamfunnet. Thomas Hylland Eriksen. Aschehoug 2001.

Tilbakemeldinger

Teksten er tenkt som grunnlag for undervisning og gruppediskusjoner.

■ RANDI OFSTAD • Ass. seksjonsoverlege legetjenesten Allmennlegevakten Helseetaten Oslo kommune

Høsten 2024 gjennomførte allmennlegevakta i Oslo en arbeidsmiljøundersøkelse. En av konklusjonene var at alle yrkesgrupper ønsket seg mer tilbakemeldinger.

Ved å starte dette prosjektet ønsker ledelsen på Legevakten å utvikle, bevisstgjøre og heve kompetansen på tilbakemeldingskulturen. Målgruppen er i første omgang klinisk nøkkelpersonell som skiftledere, teamledere og andre med veiledningsansvar.

Undervisningsopplegget vil omfatte enkel teori om tilbakemeldinger sammen med praktiske øvelser i små grupper. Målet er at deltakerne skal ha et bevisst forhold til hvordan man gir tilbakemeldinger, gjerne supplert med nye ideer som bidrar til å gjøre tilbakemeldinger mer varierte og tilpasset mottakeren.

Kjennetegn ved legevakten som arbeidsplass

Legevaktsarbeid er spennende, krevende, hektisk og morsomt. Arbeidet stiller krav til faglig kompetanse, engasjement og følelsesmessig tilstedeværelse. Legevakten har alltid vært kjent for et godt kollegialt samhold og at folk er rause og omtensomme overfor hverandre. Men også vi kan bli bedre.

I løpet av en arbeidsdag jobber klinikere tett på mange kolleger. I seg selv gir dette en helt unik synlighet og mulighet for å bli vurdert. Det er også rimelig å tenke at dette intense arbeidsmiljøet øker behovet for tilbakemeldinger. Komplekse vurderinger må gjøres i høyt tempo, noen ganger på et spinkelt beslutningsgrunnlag. Tilbakemeldinger kan bidra til mestring og dermed mindre stress.

I arbeidsmiljøet er det mange unge og nyutdannede klinikere med stort behov for både veiledning og bekreftelse. Men også

mer erfarne nyansatte møter en uvant verden og trenger støtte fra drevne legevaktansatte. Det styrker den erfarne klinikerens identitet å gi feedback, og det gjør godt for den uerfarne å få anerkjennelse. Og alle ansatte på Legevakten møter jevnlig nye og overraskende problemstillinger. Slike opplevelser deles ofte med kolleger og kan gi mulighet for gode tilbakemeldinger.

Klinikerne på Legevakten jobber tett sammen, noe som skaper fellesskapsfølelse og trygghet. I den gode arbeidsflyten er tilbakemeldinger både nødvendig og naturlig til stede. Men når arbeidstempoet er høyt, er det ikke tid for utfyllende tilbakemeldinger. Tilbakemeldinger må som det meste annet, tilpasses situasjonen.

Målet med undervisningsopplegget

Vårt ambisiøse mål er at vi alle skal bli bedre til å gi og ta imot tilbakemeldinger. Vi



tenker at dette vil styrke den gode opplæringen, veiledningen og oppfølgingen som skjer her på Legevakten. En troverdig og felles tilbakemeldingskultur gir muligheter for å tørre å ta opp ting når man blir usikker, utrygg eller emosjonelt berørt. Dette er godt for den enkelte og for fellesskapet. Det gir trygghet å vite at man kan spørre direkte eller at kolleger vil ta det opp med deg hvis du gjør feil.

For enkelthets skyld brukes begrepene «avsender» og «mottaker» i teksten. Men kommunikasjon er mer kompleks enn som så og er alltid minst toveis. Målet er at tilbakemeldinger skal være en prosess med deltakere som opplever seg som likeverdige.

Grunnprinsipper ved tilbakemeldinger

Å oppleve seg anerkjent er grunnleggende i et godt arbeidsmiljø. Det gir psykologisk trygghet, gode relasjoner, godt samarbeid og et akseptabelt stressnivå. Anerkjennelse defineres som å bli sett og verdsatt som person. Positive tilbakemeldinger inngår som et vesentlig element når gode relasjoner og tillit skal etableres. I tillegg til ros og gode ord, bygges anerkjennelse ved at ledere og medarbeidere viser at de har tiltro til den ansatte. I denne omgangen skal fokuset være på tilbakemeldinger.

Å få tilbakemelding er et grunnleggende behov hos alle, også på en arbeidsplass. Tilbakemeldinger vi gir hver dag, bevisst eller ubevisst, er grunnsteinen i veiledning og i mentorordninger, og inngår i alle relasjoner på jobb og privat. Det kan ikke sies for ofte at vi alle har et forhold til tilbakemeldinger.

Tilbakemeldinger er mer enn ros og ris. De bør være spesifikke, konkrete og beskrivende. Og det bør være mange av dem. Det gir mottaker tiltro til at den som gir tilbakemeldinger vil godt, også når tilbakemeldingen berører et vanskelig tema. Tilbakemeldinger bør formuleres i et klart og forståelig språk uten for mange tolkningsmuligheter. Det er en glede å gi positive tilbakemeldinger og tilsvarende ubehagelig når budskapet er kritisk. Vi skal ikke undervurdere hvor tøft det kan være for en junior å få kritikk. En god dose støtte og positivitet gjør det lettere å ta imot en negativ tilbakemelding.

Det er spesielt viktig at kritiske tilbakemeldinger er klart formulert. Mottaker skal slippe å måtte tolke hva avsender mener. Når det er mulig, vil det være nyttig å la mottaker beskrive situasjonen. Da får man et felles utgangspunkt og kan unngå å havne i forsvarsposisjoner. Mottakers refleksjon rundt innholdet i tilbakemeldingen er det sentrale og det er ikke sikkert at «alt» må sies.

I et stort arbeidsmiljø vil tilbakemeldingene trolig fordele seg ujevnt. Hvem får mindre tilbakemeldinger? De som er stille,



asosiale, sure eller skremmende? De altfor blide og vennlige, de som gjør seg utilgjengelig? Eller en nær venn som man ikke har lyst å si noe negativt til? Det kan være vanskelig å gi tilbakemelding til en person man tidligere har vært i konflikt med. Tenk etter om du fordeler tilbakemeldingene noenlunde rettferdig.

Bekreftelse gir trygghet, og vi blir modigere og tør å vise det vi kan. Noen ganger tør vi også å vise at vi ikke kan. Trygghet bygges på mange måter, og forsterkes av positive tilbakemeldinger og klare forventninger. En aktiv tilbakemeldingskultur gjør det enklere å formulere forventninger og gi korreksjoner.

En aktiv tilbakemeldingskultur gir et bedre læringsmiljø for alle på alle nivåer. Men en tilbakemelding er aldri «bare» en tilbakemelding. Den inngår i en relasjon, et hierarki eller en organisasjon. Alle som er ledere eller mentor/veileder, må være bevisst sin egen rolle og hvordan tilbakemeldinger kan bli oppfattet av mottakeren.

Tilbakemeldingskompetanse (feedback literacy)

Vi har for vane å tenke at tilbakemeldingsprosesser har en aktiv og en passiv deltaker. De siste årene har det blitt mer oppmerksomhet rundt at tilbakemeldinger har begrenset effekt hvis ikke kommunikasjonen er likeverdig og mottaker har kunnskap om hvordan be om, ta imot og bruke tilbakemeldinger. Dette kalles tilbakemeldingskompetanse. Vi er en «lærende» arbeidsplass og kan tillate oss å bruke noen pedagogiske prinsipper knyttet til tilbakemeldingskompetanse.

Følgende vil gjelde i en studie-/veiledningssituasjon hvor perspektivene for «avsender» og «mottaker» kan være forskjellige:

- Forplikte seg til at formålet ved tilbakemelding er forbedring.
- Ta en aktiv rolle i tilbakemeldingsprosesser, inkludert å oppsøke tilbakemeldinger (be om tilbakemeldinger). Det er helt ok å spesifisere hvilken type tilbakemelding man ønsker (ros, kritikk eller spesifikke tema).
- Bruke tilbakemeldingen til å styrke egen læring.
- Analysere og reflektere over informasjon som gis i tilbakemeldingen.
- Spesielt kritikk berører oss emosjonelt. Dette gjelder også for den som skal gi kritikk. Å kjenne igjen egne reaksjoner, gjør det lettere å håndtere vanskelige følelser og regulere dem. God følelsesregulering gjør det lettere å unngå forsvarsreaksjoner og skaper mer trygghet i samtalen.
- Se på tilbakemeldinger som en gjensidig prosess.

Tilbakemeldingskompetanse må læres og utvikles. Begrepet er relativt nytt og er foreløpig ikke allment brukt. Her på Legevakten kan disse prinsippene formidles i opplæring av nyansatte, i veiledning og i internundervisning.

Å ta imot gode tilbakemeldinger – å få ros

Ros skal man ta imot, punktum. Gode ord er velfortjent og oppriktig ment. Ofte kan vi bli brydd, og avfeie og bagatellisere rosen. Eller vi returnerer rosen og sier at «du gjør også en god jobb». Ved å underkjenne

rosen, underkjenner man også avsenders intensjoner. Ta imot gode ord med takk eller en annen måte å vise aksept og glede på. La rosen synke inn. Man kan si noe pent til avsender hvis det faller naturlig, eller vente til det byr seg en annen anledning hvor det er naturlig å rose avsender. Ros trenger ikke returneres umiddelbart.

Generelle tips om tilbakemeldinger

- Si det fine man tenker om en annen. Ofte har vi mange positive tanker som vi holder for oss selv. De samme tankene kan bli til ord som kan glede andre.
- Ha som vane å gi mange positive tilbakemeldinger, det øker aksepten og tiltroen til at avsender vil vel. Tilbakemeldinger kan med fordel hovedsakelig være positive.
- Tilbakemeldinger skal være konkrete og relatert til situasjonen det refereres til. De skal være oppriktige og beskrivende. Generelle beskrivelser som «Du er flink» har mindre virkning, enn når mottaker får vite hva avsender synes er bra.
- Unngå floskler og overfladisk skryt og vurder også om handlingen er «verdt å nevne».
- Ta utgangspunkt i deg selv når du gir tilbakemeldinger. «Jeg synes at...»
- Tilbakemeldinger skal være sannferdige. Falsk ros oppleves ubehagelig for mottakeren og uærlighet blir ofte gjennomskuet. Snakker man sant, er det lettere å stå inne for tilbakemeldingen. Det vil alltid være mulig å si noe positivt og sant til en person.
- Overdrevne og uspesifikke tilbakemeldinger kan svekke tiltroen til avsender.
- Men en hvit løgn kan også være nødvendig. Ubetenget ærlighet tjener ikke alltid formålet. Bruk kikkertsyn for å fremheve det positive og overse det negative der hvor det er fornøftig.
- Nybegynneren kan trenge tilbakemelding på noe som den erfarne knapt legger merke til.
- Positive tilbakemeldinger kan gjerne gis i påhør av andre, kritikk helst på tomannshånd. Kritiske tilbakemeldinger må forberedes og gis innenfor gode rammer.
- Tilbakemeldinger må tilpasses situasjonen. Noen ganger vil «bra, godt jobba» være alt som trengs og som det er tid til. Men når det er mulig, vil utdypende tilbakemeldinger være viktig. Vekslingen mellom de korte og de mer utfyllende tilbakemeldingene gir økt tillit til at tilbakemeldingene er oppriktige.
- Overraskende tilbakemeldinger har stor effekt. Det uventede og positive gir et ekstra løft og huskes godt.





hen er klar for å bli vurdert på dette området. Det kan gi rom for også å gi kritiske tilbakemeldinger.

Momenter som ledere bør ha i tankene.

- Folk er forskjellige og ulike situasjoner krever ulike tilbakemeldinger, intuisjon er nødvendig og kan øves opp.
- Sett pris på at folk er forskjellige og gi uttrykk for det. Det kan være lettere å anerkjenne noe vi selv kjenner oss igjen i eller beundrer. Dermed kan gode egenskaper og handlinger bli forbigått, fordi det er på siden av det etablerte eller det som man selv legger vekt på.
- Folk har ulikt behov for oppmerksomhet og tilbakemeldinger. De fleste ønsker mer tilbakemelding, for andre er det mindre viktig. Forsøk gjerne å danne deg et inntrykk av den enkeltes behov. Her er det absolutt lov å prøve seg fram.
- Alle som er ledere eller har roller hvor det inngår å ta vare på andre, må være bevisst hvordan de fordeler tilbakemeldinger. Å ikke få tilbakemeldinger, kan også være en tilbakemelding. På vår arbeidsplass jobber klinikerne tett og det blir mange felles opplevelser, og ansatte er veldig synlige for hverandre. Kan det da oppleves ekstra tungt å få lite respons på jobben man gjør?
- Øvelse gjør mester, også i å gi tilbakemeldinger. Det gir glede å bli stadig bedre på å gi feedback og å oppleve andres glede for å få positive tilbakemeldinger.
- Å kunne regulere egne følelser er avgjørende for å gi tilbakemeldinger på en konstruktiv måte.
- Et arbeidsfelleskap, hvor det er kultur for å ta opp både gode og vanskelige problemstillinger, vil oppleves tryggere for alle.

Avslutning

Denne sammenstillingen av tanker og tips om tilbakemeldinger kan oppfattes som til dels selvmotsigende. Slik vil det måtte være, fordi situasjoner og mennesker er ulike og tilbakemeldinger må være individuelle og tilpasset situasjonen. Tipsene er verktøy, og som med mye annet, bruker man ulike verktøy i ulike situasjoner og noen verktøy mer enn andre. Og husk at variasjon gir økt glede og effekt, også for avsender.

REFERANSER

- Guro Øiestad: Feedback, Gyldendal 2004
- Kvernenes/Schei: Legers læring, Fagbokforlaget 2022

■ RANDI.OFSTAD@HEL.OSLO.KOMMUNE.NO

- Du kan gjerne oppfordre mottaker til å be om å få tilbakemelding, gjerne om et spesifikt tema. Tilbakemeldinger som «er bestilt» har like stor effekt som de spontane.
- Gjenta gjerne gode tilbakemeldinger når det oppleves riktig og det passer inn i situasjonen. Gjentakelser forsterker effekten, mens overdrivelser virker motsatt. Sagt for mange ganger, mister ordene betydningen.
- Gode tilbakemeldinger gir gode følelser hos både avsender og mottaker, og styrker relasjoner.
- Unngå å være invaderende. Vis skjønn, slik at en tilbakemelding ikke blir påståelig eller overkjørende.
- Vurder å være litt styrende når du gir tilbakemelding, fremhev det du tenker er viktigst.
- Gi tilbakemeldinger på ulike sider ved en person. Fremhev også de tøffe sidene med den alltid snille, eller omvendt: Snakk varmt om omsorg som vises av personen med steinansikt.
- Ikke start positivt og så heng på et **men**. Det ødelegger det som var ment positivt, mottaker husker bare kritikken som kommer.

Kritiske tilbakemeldinger

- Korrigerende tilbakemeldinger kan virke mot sin hensikt hvis mottaker ikke føler seg anerkjent av avsender.
- Marker når du vil si noe kritisk. For eksempel: «Jeg har tenkt å ta opp med deg...» Vær undrende og be mottaker fortelle hva som skjedde. Å bli hørt er viktig når temaet er vanskelig. Ved å formulere problemstillingen selv, kan mottaker unngå å havne i en forsvarsposisjon. Ofte kommer det fram synspunkter som bidrar til en felles forståelse.
- Kritiske tilbakemeldinger skal være konstruktive. Korreksjoner må være spesifikke, slik at mottaker får mulighet for å gjøre ting annerledes. Kritikken må beskrive hva som ikke fungerer, hvorfor det ikke fungerer og hva som kan gjøres i stedet.
- Kritiske tilbakemeldinger oppleves som mer personlige og kan være vanskelig for både avsender og mottaker. En løsning kan være å be «problemeier» beskrive problem/hendelsen. En slik samtale vil kunne treffe tettere på det som «problemeier» opplever som vanskelig.
- Når en ansatt spør om tilbakemelding på et område, viser personen et behov og at

USA snur matpyramiden

– Norge må rydde i hva som er usunt

■ **INGUNN NARVERUD** • Klinisk ernæringsfysiolog, ph.d. og rådgiver ved Nasjonalt kvalitets- og kompetansenettverk for familier hyperkolesterolemi, Avdeling for endokrinologi, sykkelig overvekt og forebyggende medisin, Oslo universitetssykehus

■ **ELLEN C. STRØM** • Klinisk ernæringsfysiolog, seksjonsleder ved Nasjonalt kvalitets- og kompetansenettverk for familier hyperkolesterolemi og Lipidklinikken, Avdeling for endokrinologi, sykkelig overvekt og forebyggende medisin, Oslo universitetssykehus

■ **KIRSTEN B. HOLVEN** • Ph.d., professor ved Avdeling for ernæringsvitenskap, Universitetet i Oslo og forskningsansvarlig ved Nasjonalt kvalitets- og kompetansenettverk for familier hyperkolesterolemi, Avdeling for endokrinologi, sykkelig overvekt og forebyggende medisin, Oslo universitetssykehus

7. januar snudde USA matpyramiden på hodet i lanseringen av nye kostråd for 2025–2030. I Norge raser debatten om ultra-prosesserte matvarer.

De amerikanske rådene er presentert som en omvendt pyramide som anbefaler amerikanere å spise mest kjøtt, fete meieriprodukter, egg, fisk, smør, olivenolje og dyrefett, foruten grønnsaker og frukt. Fullkornsprodukter er plassert nederst i spissen av pyramiden og blir dermed matvaregruppen amerikanere anbefales å spise minst av. Samtidig kommer et tydelig budskap: *spis ekte mat og kutt kraftig i høyt prosessert mat, spesielt det som er salt eller søtt* (1).

Proteiner fremfor mettet fett i fokus

Det er *bra* at de amerikanske kostrådene fortsatt anbefaler et høyt inntak av grønnsaker og frukt, i tråd med dokumentert, internasjonal enighet. Det som er kritikkverdigg og *stikk i strid* med veldokumentert internasjonal enighet, er anbefalingen om økt inntak av kjøtt, fete meieriprodukter, smør og dyrefett. Dette er matvaregrupper som inneholder mye mettet fett. Dette knuser fundamentet i grunnpilaren til de forebyggende kostrådene mot hjerte- og karsykdom: Mettet fett er dokumentert å øke kolesterolet. Og kolesterolet er dokumentert å øke risikoen for hjerte- og karsykdom (2). I de nye amerikanske kostrådene må man nærmest lese med lupe for å finne at inntaket av mettet fett ikke skal overstige ti energiprosent. Hvordan den gjengse amerikaner skal få til å overholde dette rådet samtidig med råd nummer to og tre som handler om å øke inntaket av kjøtt og fete meieriprodukter, er og blir et tankekors for mange. Kostholdsundersøkelsen i Norge fra 2025 viser svart på hvitt at fete kjøtt- og meieriprodukter er de to

matvaregruppene som bidrar med aller mest mettet fett i Norge (3).

Videre anbefales det i de amerikanske retningslinjene å krydre både kjøtt og grønnsaker med salt hvis man ønsker det. Dette er også i motsetning til internasjonal enighet: Salt øker blodtrykket. Høyt blodtrykk er en risikofaktor for hjerte- og karsykdom. Derfor vil reduksjon i saltinntaket senke risiko for hjerte- og karsykdom (4).

Valgte nytt ekspertpanel

Proessen rundt de nye kostrådene har fått oppmerksomhet. Biden-administrasjonen satte i sin tid ned et ekspertpanel til å utarbeide nye kostråd og de hadde gjennomgått vitenskapelig dokumentasjon i to år. Den nåværende helseministeren avviste imidlertid de nye kostrådene og antydet at ekspertpanelet hadde bånd til næringsmiddelindustrien, og valgte derfor et nytt ekspertpanel.

Men la oss vende nesa hjemover og til hva debatten burde handle om her. Men aller først litt om hva ultraprosessert mat er.

Ultraprosessert: dårlig kompass alene

Ultraprosessering har fått ny vind i seilene etter at *Lancet*-serien om «Ultra-processed foods and human health» ble publisert i november 2025. Ordet «ultraprosessert» kommer fra NOVA-klassifiseringen og sorterer mat i fire kategorier etter grad av industriell bearbeiding og *ikke etter næringsinnhold* (5). Ultraprosessert mat defineres som merkevarer og kommersielle produkter laget av billige ingredienser som er ek-



på hodet

strahert eller utviklet fra hel mat og deretter tilsatt tilsetningsstoffer. Det som skaper fullstendig forvirring for Ola og Kari Nordmann når det gjelder NOVA-systemet er at: *Ultraprosessert mat er en stor og heterogen kategori.* I denne gruppen finnes leverpostei, doughnuts, makrell i tomat på tube, industribakt grovbrød, søtet brus, sjokola-

de, ferdigpizza, hamburgere, pølser, plantemargarin og fiskekaker for å nevne noen.

Når man skiller på undergrupper, ser man i europeiske data at ultraprosessert kjøtt, søtede drikkevarer, sauser og pålegg er koblet til høyere risiko for livsstilssykdommer, mens ultraprosesserte brød, kornblandinger og plantebaserte produk-

ter var assosiert med lavere risiko for livsstilssykdommer (6).

Konklusjonen er at noen ultraprosesserte matvarer er forbundet med høyere risiko for sykdom, mens andre er forbundet med lavere risiko for sykdom. Begrepet ultraprosessert mat kan derfor ikke brukes som en enkel ja/nei-test på sunnhet.

Usunn ultraprosessert mat er forbundet med risiko for livsstilssykdommer og inntaket av slike matvarer øker. ILLUSTRASJONSFOTO: ADOBESTOCK



Folkehelseproblemet er ikke at vi spiser ultraprosessert leverpostei

For forvirrede nordmenn er det vanskelig å navigere i jungelen skapt av et tilsynelatende, fullstendig sprikende fagmiljø. La oss aller først fremheve hva det nasjonale og internasjonale fagmiljøet er enige om:

- Hjemmelaget mat laget med råvarer fra bunnen av er det aller beste å spise.
- Ultraprosessert eller bearbeidet mat, slik som godteri, sjokolade, snacks, chips, kjeks, is, søte pålegg, desserter og bakevarer som kaker og boller, søte drikker og bearbeidet kjøtt (spekemat, pølser, burgere, kjøttdeig tilsatt salt etc, nuggets o.l.), bør begrenses, siden det inneholder mye fett, sukker og salt og øker risiko for livsstilssykdommer.

Der meningene i fagmiljøet spriker er om:

- All mat som er ultraprosessert, også for eksempel industribakt grovbrød, leverpostei, makrell i tomat på tube og fiskekaker, bør begrenses.

Med veldokumentert kunnskap i ryggen mener Helsemyndighetene (7) at næringsinnholdet, det vil si for eksempel om maten inneholder mye *mettet* eller *umettet* fett, uansett om den er ultraprosessert eller ikke, spiller en stor betydning for hvilken helseeffekt matvaren har. For å feie all tvil bort, man bør velge umettet fett framfor mettet fett.

Den andre siden av fagmiljøet, mener at grad av industriell bearbeiding, uavhengig av næringsinnholdet, spiller en stor betydning for hvilken helseeffekt matvaren har. Per i dag har vi ikke god nok dokumentasjon for å si at industriell bearbeiding, *uavhengig* av næringsinnhold alene er den avgjørende faktoren for om en matvare er sunn for kroppen eller ikke.

Derimot er det god dokumentasjon for å si at vi må senke mengden av *usunn ultraprosessert mat* (kaloririke, næringsfattige og lettspiselige matvarer), som i praksis fortrenger sunne råvarer som grønnsaker, frukt, fullkorn, fisk og mindre fete kjøtt- og meieriprodukter, samt gode måltidsvaner. Det er dette store mønsteret som driver overvekt, diabetes og hjerte- og karsykdom i befolkningen, og som støttes av det globale forskningsprogrammet «Global burden of disease» som viser at usunt kosthold er blant de viktigste risikofaktorene til sykdom og for tidlig død (8).

En ny studie viser at 3900 nordmenn hvert år dør for tidlig av sykdommer knyttet til usunt kosthold. Matvaregruppen som står for mest av de tapte leveårene, er bearbeidet kjøtt. Det vil si kjøtt som for ek-

sempel er røkt, saltet eller tilført konserveringsmidler som nitrat eller nitritt, for eksempel bacon, kjøttdeig, pølser, salami og spekemat (9). Vi spiser derimot altfor lite fullkornsprodukter, grønnsaker og frukt, noe som også bidrar til tapte leveår.

Dette kjenner mange igjen i hverdagen: inntak av store volum av snacks, søte drikker, søte bakevarer og energitette «melommåltider», pluss hyppig bruk av bearbeidet kjøtt er «enkle løsninger». Det er i å begrense dette den store gevinsten ligger, ikke i å finjustere hvilken leverpostei eller yoghurt som er eller ikke er ultraprosessert. Leverpostei og yoghurt er to sunne matvarer uansett grad av industriell prosessering. Eller om brusen er søtet med agavesirup, sukker eller kunstig søtningsstoffer, det er fortsatt en søt drikk som lett blir en vane og kan fortrenge sunn mat.

Er helmelk mindre prosessert enn lettmeik?

I Norge har salget av helmelk økt siden 2023 og helmelk ble etter 17 år gjeninn tatt i skolemilk-ordningen (10). Mange tror at helmelk er mindre prosessert enn lettmeik, men det er feil. Helmelk og lettmeik er akkurat like lite prosessert, de lages ved at fløte og skummet melk blandes sammen til ønsket fettprosent (11). Deretter blir både helmelk og lettmeik homogenisert og pasteurisert. Pasteurisingen gjør ikke

melken ultraprosessert. Det som skiller de to melketyperne er fettinnhold. Helmelk inneholder over sju ganger så mye mettet fett som lettmeik på 0,5 prosent! Resten av næringsstoffene er like i de to produktene.

Fete meieriprodukter er noe fagmiljøet er uenige om.

Helsemyndighetene har basert kostrådene på *global, ny og sammenfattet* forskning som fortsatt sier at meieriprodukter som er mindre fete er anbefalt i et sunt kosthold (7).

Den andre leiren i fagmiljøet mener at mettet fett i meieriprodukter ikke henger sammen med hjerte- og karsykdom basert på enkelte studier.

En ny norsk kohortstudie med data fra 70- og 80-tallet og fram til i dag viser at helmelk ga ti prosent høyere risiko for dødelighet sammenlignet med de som drakk lett- og skummetmelk i Norge (12). Dette tyder på at overgangen fra helmelk til lettmeik har vært positivt for folkehelsen, og forskerne peker på fettinnholdet som forklaring. Dette støtter den internasjonale evidensen om mettet fett som en bidragsyter til økt risiko for hjerte- og karsykdom.

Fortsatt rom for praktiske løsninger

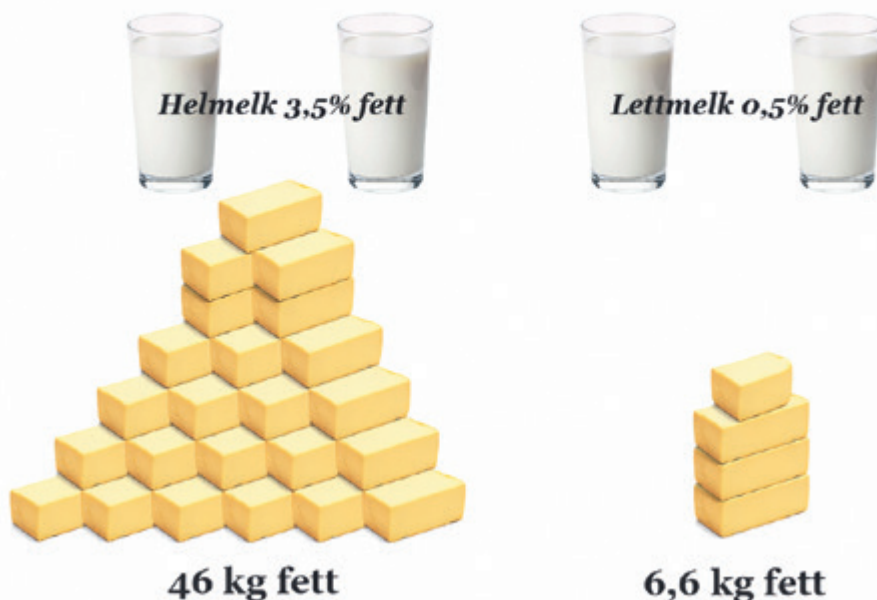
Det finnes et ideal i debatten som ikke fungerer i praksis: at alle skal lage all mat fra bunnen – hver dag. Vi lever ikke i et samfunn der alle kan slakte dyr, kverne kjøttet og bake en hjemmelaget leverpostei selv.

FIGUR 1. Mengde fett etter inntak av helmelk versus lettmeik i en ti-års periode.

KILDE: NASJONALT KVALITETS- OG KOMPETANSENETTVERK FOR FAMILJER HYPERKOLESTEROLEMI. FOTO: ADOBESTOCK

Drikk lettmeik og få i deg mindre mettet fett

2 glass melk hver dag i en 10-års periode gir
2 glass melk hver dag i en 10-års periode gir





Velg mest mat som er eller ligner på råvarer når du handler mat, og lag mest mulig hjemmelaget mat. ILLUSTRASJONSFOTO: ADOBESTOCK

Vi lever i et moderne samfunn der foreldre jobber, barn skal på trening, og hverdags-kabalen skal gå opp.

Da må det være rom for praktiske løsninger som å kjøpe:

- industribakt grovbrød,
 - leverpostei og andre pålegg,
 - yoghurt tilsatt smak og sukker,
 - enkle, sunne middagsløsninger
- ... uten at man føler at man «feiler».

Samtidig må vi være krystallklare på hva som bør senkes: hverdagsveksten i produkter som er *søte*, *salte*, *energitette* og lette å spise mye av – og spesielt det bearbejdede kjøttet i store mengder. Mange krefter og grep på ulike nivå må spille hverandre gode for å oppnå dette. For folk flest kan planlegging av matinnkjøp og måltider hjemme og på farta være en start på endringen.

Hvis ultraprosessert-begrepet skal hjelpe folk, må det være til hjelp – ikke skape mer støy. Folkehelse vinnes ikke i diskusjonen om hvilken leverpostei som er ultraprosessert eller ikke. Den vinnes i mengden av de usunne ultraprosesserte matvarene vi spiser mest av. Alle er nok smertelig klar over at en smaksatt yoghurt med kornblanding spist i farta er et bedre alternativ enn en potetgullpose.

«Ta med til butikken-beskjed»

Ofte snakker vi om «take home messages» – korte budskap vi skal ta med oss etter å ha lest en tekst, men her passer det bedre med «ta med til butikken-beskjed». Velg:

- Mer mat som er eller ligner på råvarer og mer hjemmelaget mat
- Mer fullkorn, frukt, grønnsaker, belgvekster og fisk
- Mindre godteri, snacks, søt drikke og søte bakevarer
- Mindre bearbejdet kjøtt

La oss begrave stridsøkse om uviktige detaljer rundt vanlig mat som grovbrød og yoghurt. La oss heller spille på lag og sammen ta den store stygge, usunne og ultraprosesserte ulven.

REFERANSER

1. United States Department of Agriculture (USDA). Dietary Guidelines for Americans. 2026 januar.
2. Sacks FM, Lichtenstein AH, Wu JHY et al. Dietary fats and cardiovascular Disease: A presidential advisory from the American Heart Association. *Circulation*. 2017 juli 18;136:e1-e23.
3. Helsedirektoratet. Utviklingen i norsk kosthold 2025. 2025 november.

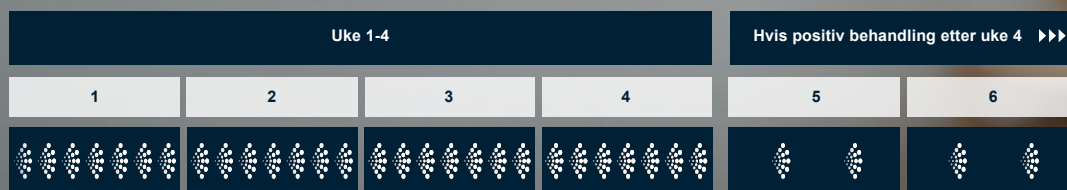
4. He FJ, Tan M, Ma Y et al. Salt Reduction to Prevent Hypertension and Cardiovascular Disease: JACC State-of-the-Art Review. *J Am Coll Cardiol*. 2020 februar 18; 75: 632–647.
5. Monteiro CA, Louzada ML, Steele-Martinez E, et al. Ultra-processed foods and human health: the main thesis and the evidence. *Lancet*. 2025 desember 6; 406: 2667–2684.
6. Cordova R, Viallon V, Fontvieille E et al. Consumption of ultra-processed foods and risk of multimorbidity of cancer and cardiometabolic diseases: a multinational cohort study. *Lancet Reg Health Eur* 2023; 35: 100771.
7. Helsedirektoratet. Kostråd for god helse og gode liv. Kostråd for befolkningen. 2024 august.
8. Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME). Global Burden of Disease 2023: Findings from the GBD 2023 Study. Seattle, WA: IHME, 2025.
9. GBD 2023 Nordic and Baltic Diet Collaborators. The burden of dietary risk factors in the Nordic and Baltic countries: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2023. *The Lancet Reg Health Eur*. Volume 61, Februar 2026, 101543.
10. NRK. Salget av helmelk øker – Siste nytt – NRK. 2024 mars.
11. Helsedirektoratet. Ultraprosessert mat – Helse Norge. 2025 september.
12. Arnesen EK, Christensen JJ, Laake I et al. Low-fat and whole milk consumption in relation to cardiovascular disease-related and all-cause mortality: a prospective cohort study in 3 Norwegian counties. *Am J Clin Nutr*. 2025 oktober, Volume 122, 1075–1085.

■ INGUNA@OUS-HF.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



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, Kircik 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 dispensereren 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**

Søvnproblemer og legemiddelforskrivning i allmennpraksis

basert på PraksisNett-data fra 2020–2024

■ KRISTINE STANGENES • Postdoktor, Institutt for global helse og samfunnsmedisin, Universitetet i Bergen

■ KNUT ERIK EMBERLAND • Førsteamanuensis, Institutt for global helse og samfunnsmedisin, Universitetet i Bergen

■ BJØRN BJØRVATN • Leder, Nasjonalt senter for søvnmedisin, Haukeland universitetssjukehus. Professor, Institutt for global helse og samfunnsmedisin, Universitetet i Bergen

Søvnproblemer er blant de vanligste årsakene til kontakt i allmennpraksis, men registreres langt sjeldnere som egen diagnose enn befolkningsstudier skulle tilsi. Samtidig forskrives sovemedikamenter relativt hyppig, ofte uten samtidig bruk av diagnosekoden for søvnforstyrrelse. Denne studien bruker PraksisNett-data fra 2020–2024 til å belyse hvordan søvnproblemer kodes og behandles i norsk fastlegepraksis.

Pasienter med søvnproblemer sees hyppig i allmennpraksis (1, 2), og fastleger har en nøkkelrolle i å identifisere, diagnostisere og behandle disse. Insomni (søvnløshet) er den vanligste søvnlidelsen, og kjennetegnes av innsøvningsvansker og/eller nattlige oppvåkninger med nedsatt dagfunksjon som resultat (3). Anbefalt behandling for insomni er ikke-medikamentell (3, 4), men mange pasienter tilbys likevel medisiner, ofte i form av Z-hypnotika (5). Bruken av Z-hypnotika er problematisk, både fordi det ikke anses som god behandling ved langvarige plager, og på grunn av bivirkninger, samt risiko for toleranseutvikling og avhengighet (3).

Forekomsten av insomni i befolkningen er økende (6), og studier viser at både prevalensen av insomni blant pasienter på fastlegens venterom og bruken av sovemedisin blant pasienter i allmennpraksis er høy (7, 8), til tross for at medikamentell behandling sjelden er anbefalt. En tidligere norsk PraksisNett-studie fant at søvnforstyrrelser (ICPC-2 kode P06) ble registrert hos 5 prosent av pasientene som hadde kontakt med fastlegen i 2021 (9). Vi mangler imidlertid oppdaterte tall om andelen pasienter som kodes med P06, og i hvilken grad Z-hypnotika og melatonin forskrives til disse pasientene.

PraksisNett er en nasjonal infrastruktur for forskning i allmennmedisin, der fastleger bidrar med data fra egen praksis (10, 11). Formålet med denne studien var å undersøke forekomsten av søvnproblemer (ICPC-2 kode P06) i norsk allmennpraksis basert på PraksisNett-data fra perioden 2020–2024, og å kartlegge i hvilken grad Z-hypnotika og melatonin ble forskrevet til pasienter med denne diagnosekoden.

Metode

Analysene er basert på aggregerte data fra PraksisNett i perioden 2020–2024. PraksisNett inkluderte inntil 2025 en løsning for uthenting av aggregerte data fra fastlegenes EPJ-systemer ved bruk av IT-teknologien Snow (11). Per 1. januar 2025 hadde 41 av legekantorene som deltar i PraksisNett en Snow-boks tilknyttet journalsystemet.

Snow-boksen muliggjorde uttrekk av aggregerte opplysninger fra EPJ-systemene, inkludert kjønn, alder, konsultasjoner, diagnosekoder (ICPC-2)(12) og for de fleste legekantorene også opplysninger om reseptforskrivning. Snow-boksen fungerte som et mellomledd mellom fastlegenes journalsystemer og PraksisNetts analyseplattform.

Når en spesifikk spørring ble sendt fra PraksisNetts analyseplattform, hentet Snow-boksene ut pseudonymiserte og krypterte data fra journalsystemene. Dataene ble deretter aggregert lokalt i Snow-boksen før de ble overført til PraksisNetts analyseplattform. Denne prosessen sikret at kun aggregerte data, uten mulighet for å identifisere enkeltpersoner, ble tilgjengelige for analyser. Studiens aktuelle uttrekk var basert på konkrete spørringer i PraksisNetts analyseplattform, og løsningen ivaretok både personvern og datasikkerhet.

Studien er en deskriptiv studie basert på aggregerte data fra PraksisNetts analyseplattform for perioden 2020–2024. Resultatene presenteres som antall og andeler i tabeller og figurer, uten statistisk testing for assosiasjon. Pasientutvalget omfatter kvinner og menn i alle aldersgrupper med kontakt med fastlege i perioden.

Følgende data ble hentet fra PraksisNetts analyseplattform:

- Antall pasienter med diagnosekode søvnforstyrrelse (ICPC-2 kode P06) (12), totalt og per år, samt fordelt på kjønn og alderskategorier (10-årsintervaller).
- Antall pasienter med resept på Z-hypnotika (zopiklon og zolpidem), totalt og per år, samt fordelt på kjønn og alderskategorier (tiårsintervaller).



Medikamentell behandling for insomni er sjelden anbefalt. ILLUSTRASJONSFOTO: GETTY IMAGES

- Antall pasienter med resept på melatonin, totalt og per år, samt fordelt på kjønn og alderskategorier (tiårsintervaller).
- Antall pasienter med konsultasjoner der både diagnosekode søvnforstyrrelse (P06) og forskrivning av Z-hypnotika forekom i samme konsultasjon.
- Totalt antall pasienter med kontakt med fastlege, samlet og per år, samt antall legekantor og fastleger samlet og per region.

Resultater

Totalt 39 legekantor bestående av 184 leger deltok med data for perioden 2020–2024. Fastlegene var spredt på alle helseregioner: region nord 50 fastleger, region midt 19 fastleger, region vest 54 fastleger og region øst 61 fastleger.

Det totale antall pasienter med kontakt med fastlegene i denne perioden var 174 798. Av disse hadde 19 087 pasienter minst én registrert diagnosekode for søvnforstyrrelse (P06) i løpet av perioden, tilsvarende en kumulativ andel på 10,9 prosent. Antallet pasienter med kontakt med fastlege de ulike årene var henholdsvis 109 676 i 2020, 120 478 i 2021, 128 739 i 2022, 131 384 i 2023 og 133 164 i 2024. Andelen pasienter med søvnforstyrrelse per

år varierte mellom 5,4 prosent og 4,8 prosent og var høyest i 2020 (FIGUR 1, SE SIDE 14).

I perioden var 59 prosent av pasientene med søvnforstyrrelse (P06) kvinner, og 41 prosent menn. Pasienter i alderen 50–59 år utgjorde den største andelen av pasientene med søvnforstyrrelser, med 18,0 prosent (FIGUR 2, SE SIDE 14).

26 legekantor (av 39) bestående av 135 leger bidro med reseptopplysninger. Antallet fastleger per region med reseptopplysninger var følgende: region nord 50 fastleger, region midt 13 fastleger, region vest 42 fastleger og region øst 30 fastleger.

Totalt antall pasienter (unike individer) med kontakt med fastlegen ved disse 26 legekantorene i perioden 2020–2024 var 123 501, og antallet pasienter med søvnforstyrrelse (P06) var 13 425, tilsvarende 10,9 prosent.

I alt 6,3 prosent av pasientene (n=7 804) med kontakt med fastlegene i perioden 2020–2024 fikk resept på Z-hypnotika i løpet av disse årene. Andelen pasienter med resept på Z-hypnotika per år for perioden var svakt fallende fra 4,7 prosent i 2020 til 4,1 prosent i 2024. Av pasientene med resept på Z-hypnotika fikk 83,6 prosent zopiklon mens 23,8 prosent fikk zolpidem. Andelen er ikke gjensidig utelukkende: 7,3 prosent fikk resept på begge legemid-

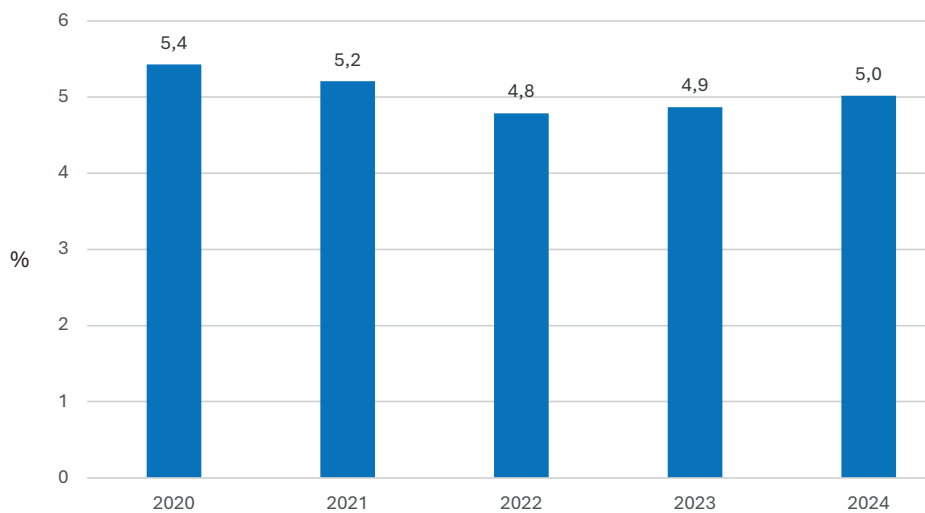
lene. Av de som fikk utskrevet Z-hypnotika var 65 prosent kvinner mot 35 prosent menn.

De tre aldersgruppene med høyest andel pasienter som fikk resept på Z-hypnotika var 50–59 år, 60–69 år og 70–79 år, med prosentandeler på henholdsvis 18,3 prosent, 18,4 prosent og 18,7 prosent (FIGUR 3, SE SIDE 15).

Totalt ble det forskrevet resept på Z-hypnotika i 30,7 prosent av konsultasjonene med kode for søvnforstyrrelse (P06) i perioden (n=12 374). Det totale antallet unike pasienter i disse konsultasjonene var 3794, noe som utgjorde 3,1 prosent av pasientene med kontakt med fastlege.

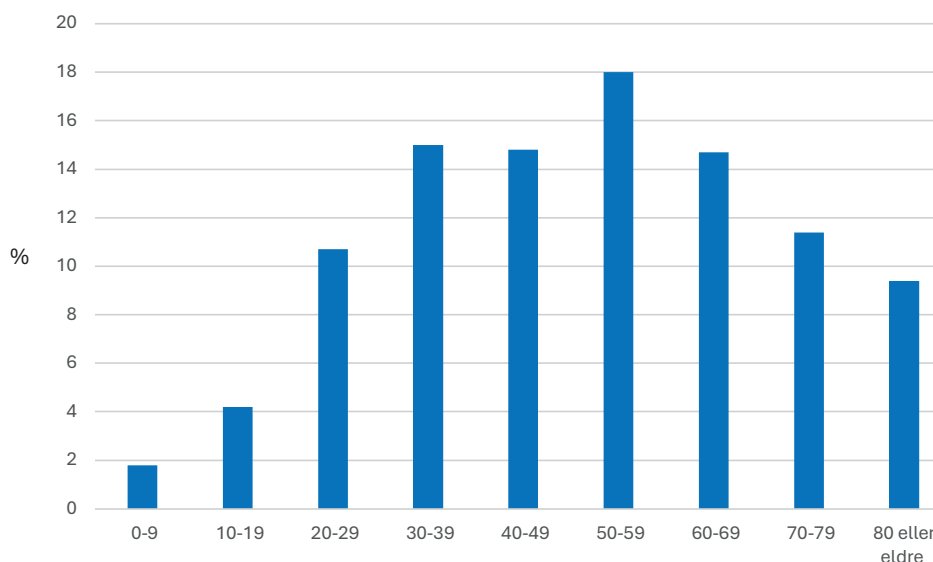
For kvinner ble det forskrevet resept på Z-hypnotika i 34,1 prosent av konsultasjonene med kode for søvnforstyrrelse (P06), mens tilsvarende andel for menn var 25,8 prosent.

5,1 prosent av pasientene (n= 6 310) med kontakt med fastlegene fikk resept på melatonin i perioden. Andelen per år i perioden varierte mellom 2,3 prosent og 2,6 prosent. 61 prosent av de som fikk resept på melatonin var kvinner, og 39 prosent menn. Pasienter i alderen 50–59 år var de som oftest fikk resept på melatonin, etterfulgt av aldersgruppen 20–29 år (FIGUR 4, SE SIDE 15).



FIGUR 1. Andel pasienter med søvnforstyrrelse (ICPC-2 kode P06) per år, av pasienter* med kontakt med fastlege i perioden 2020–2024. Data fra 39 legekontor.

*Antall pasienter med kontakt med fastlege per år: 2020 (n = 109 676), 2021 (n = 120 478), 2022 (n = 128 739), 2023 (n = 131 384), 2024 (n = 133 164).



FIGUR 2. Aldersfordeling blant pasienter med søvnforstyrrelse (ICPC-2 kode P06) i perioden 2020–2024 (n=13 425). Data fra 39 legekontor.

Høy forekomst av søvnvansker

I perioden 2020–2024 fikk totalt 10,9 prosent av pasientene med kontakt med fastlege diagnosen søvnforstyrrelse (P06), tilsvarende en femårs prevalens. Den årlige andelen pasienter med registrert søvnforstyrrelse var betydelig lavere og varierte mellom 4,8 prosent og 5,4 prosent i løpet av perioden. Kvinner utgjorde flertallet både blant pasienter med registrert søvnforstyrrelse og blant dem som fikk forskrevet Z-hypnotika, og var tilsvarende overrepresentert i konsultasjoner der disse forekom samtidig. Flest pasienter med søvnforstyrrelse var i aldersgruppen 50–59 år, mens forskrivning av Z-hypnotika var

mest utbredt blant eldre pasienter, særlig i alderen 70–79 år. Melatonin ble forskrevet til rundt 5 prosent av pasientene i perioden, med høyest andel blant kvinner og flest resepter til pasienter i alderen 50–59 år.

Insomni er den vanligste søvn sykdommen, og studier av insomniprevalens gir derfor et relevant referansepunkt for å vurdere omfanget av registrert søvnforstyrrelse (P06) i allmennpraksis, selv om P06 også inkluderer andre søvndiagnoser. Forekomsten av registrert søvnforstyrrelse i vår studie er lavere enn det som er rapportert i venteromsundersøkelser, hvor nær halvparten av pasientene har insomni basert på

selvrapporterte mål. I norske venteromsstudier som benytter Bergen Insomnikala, er forekomsten rapportert til 53,6 prosent og 48,3 prosent (7, 8).

Sammenlignet med befolkningsundersøkelser av insomni er både femårsprevalensen og de årlige prevalensene av P06 i vår studie lavere. Longitudinelle befolkningsundersøkelser har vist en økende forekomst av insomni over en tiårsperiode, fra 11,9 prosent i 1999–2000 til 15,5 prosent 2009–2010 (6). En annen norsk befolkningsundersøkelse gjennomført i 2022 har rapportert en forekomst av kronisk insomni på rundt 25 prosent, basert på selvrapporterte symptomer (13). Våre årlige andeler med registrert søvnforstyrrelse ligger på nivå med funn fra en tidligere Praksis-Nett-studie som rapporterte en årsprevalens på rundt fem prosent blant pasienter med kontakt med fastlege i 2021 (9).

At både årlige andeler og kumulativ prevalens i vår studie ligger lavere enn prevalensene av insomni rapportert i norske befolkningsstudier, kan indikere at søvnproblemer i betydelig grad ikke registreres som egen diagnose i fastlegepraksis. At P06 samtidig favner et bredt spekter av søvnlidelser utover insomni (12), understreker at den observerte prevalensen trolig representerer en betydelig underrapportering.

En mulig forklaring på forskjellen mellom andelen pasienter med registrert søvnforstyrrelse (P06) og selvrapportert forekomst av insomni, er at søvnproblemer ofte inngår som del av sammensatte problemstillinger. Diagnosekoden P06 benyttes trolig primært når søvn er hovedtema i konsultasjonen. Det er derfor sannsynlig at den reelle forekomsten av søvnproblemer blant pasienter i allmennpraksis er høyere enn det som fremgår av kodingen.

Denne antakelsen støttes også av våre data. Totalt fikk 13 425 pasienter (10,9 prosent) med kontakt med fastlegene ved legekantorene med reseptopplysninger diagnosekoden P06. Videre fikk 7804 pasienter (6,3 prosent) ved disse kontorene resept på Z-hypnotika, mens kun 3794 pasienter (3,1 prosent) hadde en konsultasjon med diagnosekoden søvnforstyrrelse i kombinasjon med resept på Z-hypnotika. Ettersom Z-hypnotika utelukkende har søvnproblemer som indikasjon, indikerer dette at søvnproblemer i betydelig grad behandles uten at diagnosekoden P06 registreres.

En annen mulig forklaring på at andelen pasienter med diagnosekode P06 hos fastlegene i vår studie er lavere enn andelen funnet i norske befolkningsundersøkelser og venteromsundersøkelser, er at pasientene ikke nødvendigvis søker hjelp hos

fastlegen for sine søvnproblemer. En tidligere studie har funnet at svært mange av de som lider av insomni, aldri oppsøker hjelp for vanskene sine (14).

Flest kvinner

Pasienter i alderen 50–59 år utgjorde den største andelen blant pasienter med registrert søvnforstyrrelse (P06). Selv om det finnes begrenset kunnskap om aldersfordelingen av denne diagnosen i allmennpraksis, står dette i kontrast til norske venteromsstudier av insomni, hvor forekomsten rapporteres høyest blant unge voksne (7, 8). Det er også mulig at den høyere andelen av pasienter med registrert søvnforstyrrelse i aldersgruppen 50–59 år delvis reflekterer helsesøkende atferd. I denne livsfasen er mange i arbeid og har omsorgsoppgaver, og søvnproblemer kan gi funksjonssvikt som utløser behov for sykemelding eller behandling. Tall fra SSB viser at denne aldersgruppen har høy sykemeldingsaktivitet (15).

Eldre personer, som for eksempel 80-åringene, vil kanskje i mindre grad oppsøke lege for søvnproblemer, fordi kravene er annerledes og hvis de først er hos legen vil kanskje andre tilstander være det som kodes ved konsultasjonen selv om også søvnproblemer tas opp. I vår studie er det aldersgruppen 70–79 år som utgjør den største andelen av de som får Z-hypnotika, tett fulgt av aldersgruppen 60–69 år og 50–59 år, noe som indikerer at forekomsten av søvnproblemer i form av insomni er høy også blant de eldre, men at pasienter med alder fra 60–79 år sjeldnere får koden P06 søvnforstyrrelse.

Hovedandelen av pasientene med kode P06 i vår studie var kvinner (59 prosent). Dette samsvarer med tidligere forskning som viser at kvinner rapporterer søvnproblemer oftere enn menn (16). Kvinner utgjorde også den største andelen blant dem som fikk forskrevet henholdsvis Z-hypnotika (65 prosent) og melatonin (61 prosent). Dette er i tråd med tidligere studier og tall fra legemiddelregisterets statistikkbank, som viser høyere forskrivning av disse legemidlene til kvinner (17, 18). Flere faktorer kan bidra til de observerte kjønnsforskjellene i både registrerte søvnproblemer og forskrivning av søvnmidler i fastlegepraksis. Biologiske forskjeller kan spille en viktig rolle, særlig hormonelle svingninger knyttet til menstruasjonssyklus, graviditet og overgangsalder, som kan påvirke søvnkvalitet og søvnmønster (19). Kvinner har også høyere forekomst av angst og depresjon, tilstander som er nært forbundet med søvnproblemer (20). I denne sammenhengen er

det viktig å understreke at sammenhengen mellom søvn og psykisk helse er gjensidig: psykiske plager kan forverre søvn, mens vedvarende søvnproblemer også kan bidra til utvikling eller forverring av angst og depresjon (21–24).

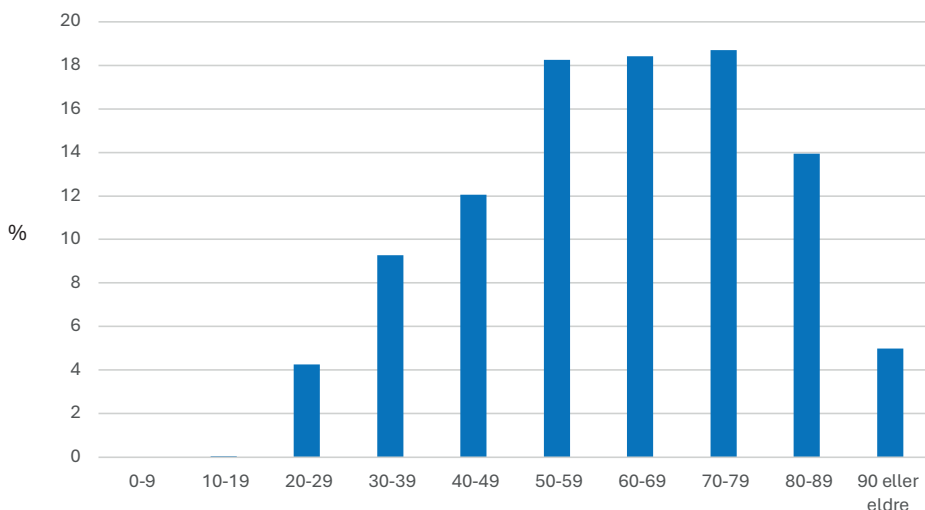
I vårt materiale ble det registrert 12 374 konsultasjoner der både diagnosekode P06 og forskrivning av Z-hypnotika forekom, fordelt på 3794 unike pasienter. Dette tilsvarer i gjennomsnitt litt over tre slike konsultasjoner per pasient. Dette kan tyde på at mange pasienter får gjentatte resepter, og at forskrivningen i stor grad gjelder langvarige eller tilbakevendende søvnplager snarere enn akutte søvnproblemer. Dette er ikke i tråd med nasjonale anbefalinger som tilråder Z-hypnotika kun til kortvarig bruk (4).

Aldersgruppen 50–59 år utgjorde den største andelen av pasienter som fikk for-

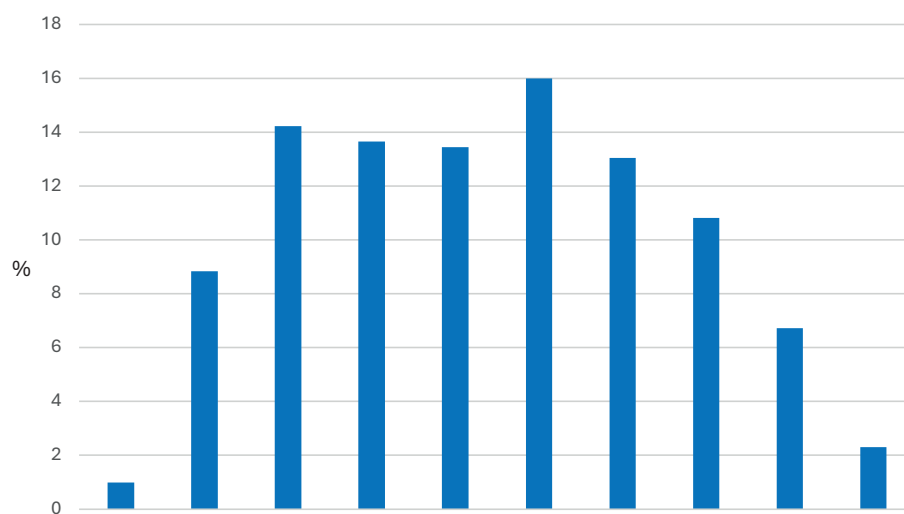
skrevet melatonin. Depotmelatonin kan være indisert ved insomni hos personer fra 55 år og oppover (25). Hurtigvirkende melatonin kan være indisert ved døgnrytmelidelser som jetlag, nattarbeid og forsinket søvnfaselidelse, samt til barn og unge med ADHD og insomni (25). Våre data viser at melatonin brukes i alle aldersgrupper, og i større grad også hos dem under 50 år sammenlignet med Z-hypnotika. Vi har imidlertid ikke opplysninger om indikasjon for forskrivning, eller om hvilken type melatonin som er forskrevet (depot- eller hurtigvirkende). Det er derfor vanskelig å vurdere om bruken samsvarer med anbefalte indikasjoner.

Konklusjoner

Studien indikerer et behov for bedre implementering av ikke-medikamentell be-



FIGUR 3. Aldersfordeling blant pasienter med resept på Z-hypnotika (zopiklon og zolpidem) i perioden 2020–2024 (n=7 804). Data fra 26 legekontor.



FIGUR 4. Aldersfordeling blant pasienter med resept på melatonin i perioden 2020–2024 (n= 6 310). Data fra 26 legekontor.

handling av søvnproblemer i allmennpraksis. Samlet sett viser funnene at pasienter i aldersgruppen 50–59 år er de som oftest registreres med søvnforstyrrelse (P06) og de som oftest får forskrevet melatonin, mens Z-hypnotika forskrives hyppigst til pasienter mellom 50–79 år. Kvinner er overrepresentert både når det gjelder kode P06 og forskrivning av sovemidler, og gjentatte forskrivninger av Z-hypnotika kan tyde på bruk utover anbefalt kortvarig behandling.

Studien er basert på data fra PraksisNett, som representerer en unik forskningsinfrastruktur med bred geografisk spredning. Med deltakelse fra 184 fastleger – tilsvarende om lag 3,3 prosent av alle fastleger i Norge – gir materialet et godt innblikk i klinisk praksis i norsk allmennmedisin. Bruk av standardiserte diagnosekoder (ICPC-2) og aggregerte reseptopplysninger muliggjør sammenligning med tidligere studier og nasjonale tall.

Studien har samtidig flere begrensninger. Datagrunnlaget er basert på et utvalg legekontor som deltar i PraksisNett, og ikke alle kontorene kunne levere reseptopplysninger. Dette kan påvirke representativiteten av funnene. Videre er analysene basert på aggregerte data, noe som begrenser muligheten til å undersøke individuelle forløp, varighet av legemiddelbruk og komorbiditet. Studien er deskriptiv, og funnene gir ikke grunnlag for kausale slutninger.

Denne studien viser at søvnforstyrrelser er en vanlig problemstilling i allmennpraksis. Når bruk av diagnosekode P06 vurderes samlet, utgjør pasienter i aldersgruppen 50–59 år den største andelen. Til tross for nasjonale anbefalinger om ikke-medikamentell behandling, viser funnene at medikamentell behandling fortsatt er utbredt, både i form av Z-hypnotika og melatonin. Studien viser at

PraksisNett gir tilgang til unike

data fra fastlegepraksis, og gir verdifull innsikt i både forekomst og håndtering av søvnproblemer i norsk allmennmedisin.

REFERANSER

1. PraksisNett. Årsrapport 2023. Universitetet i Bergen 2024. Tilgjengelig fra: https://www.uib.no/sites/w3.uib.no/files/attachments/arsrapport_praksisnett_2023_0.pdf.
2. Perlis ML, Posner D, Riemann D, Bastien CH, Teel J, Thase M. Insomnia. *Lancet*. 2022; 400(10357): 1047–60.
3. Riemann D, Espie CA, Altena E, Arnardottir ES, Baglioni C, Bassetti CLA, et al. The European Insomnia Guideline: An update on the diagnosis and treatment of insomnia 2023. *Journal of sleep research*. 2023; 32(6): e14035.
4. Bjorvatn B, Kallestad H, Hrubos-Strøm H, Abeler K, Sivertsen B, Waage S, et al. Nasjonal anbefaling for utredning og behandling av kronisk søvnløshet hos voksne. *Søvn*. 2025;1:22-31.
5. Begum M, Gonzalez-Chica D, Bernardo C, Woods A, Stocks N. Trends in the prescription of drugs used for insomnia: an open-cohort study in Australian general practice, 2011–2018. *Br J Gen Pract*. 2021;71(712):e877-e86.
6. Pallesen S, Sivertsen B, Nordhus IH, Bjorvatn B. A 10-year trend of insomnia prevalence in the adult Norwegian population. *Sleep medicine*. 2014; 15(2): 173–9.
7. Bjorvatn B, Meland E, Flo E, Mildstedt T. High prevalence of insomnia and hypnotic use in patients visiting their general practitioner. *Fam Pract*. 2017; 34(1): 20–4.
8. Torsvik S, Bjorvatn B, Eliassen KE, Forthun I. Prevalence of insomnia and hypnotic use in Norwegian patients visiting their general practitioner. *Fam Pract*. 2023; 40(2): 352–9.
9. Forthun I, Rørtveit G, Fossum G, Jørgensen P, Halvorsen P, Nilsen S, et al. Søvnforstyrrelser og forskrivning av hypnotika i allmennpraksis – en PraksisNett-studie. *Søvn*. 2023; 1: 11–15.
10. PraksisNett. PraksisNett – offisiell hjemmeside: Bergen: Universitetet i Bergen. Tilgjengelig fra: <https://www.uib.no/praksisnett>.
11. Bjorvatn B, Kristoffersen ES, Halvorsen PA, Fors EA, Nilsen S, Rørtveit G. Ny infrastruktur for allmennmedisinsk forskning. *Tidsskrift for Den Norske Legeforening*. 2019; 139(1).
12. Helsedirektoratet. ICPC-2 – International Classification of Primary Care, versjon 2. Tilgjengelig fra: <https://finnkode.ehelse.no>.
13. Bjorvatn B, Waage S, Saxvig IW. Do people use methods or tricks to fall asleep? A comparison between people with and without chronic insomnia. *Journal of sleep research*. 2023; 32(2): e13763.
14. Morin CM, LeBlanc M, Daley M, Gergoire JP, Merette K. Epidemiology of insomnia: prevalence, self-help treatments, consultations, and determinants of help-seeking behaviors. *Sleep medicine*. 2006; 7(2): 123–30.
15. Statistisk sentralbyrå. Statistikkbanken – Sykefravær [siteret 2025 31.10.]. Tilgjengelig fra: 10989: Alders- (14 grupper) og kjønnsfordelt sykefravær (legemeldt) for lønnsstakere (avslutta serie) 2015K1 - 2022K4. Statistikkbanken.
16. Zeng LN, Zong QQ, Yang Y, Zhang L, Xiang YF, Ng CH, et al. Gender Difference in the Prevalence of Insomnia: A Meta-Analysis of Observational Studies. *Frontiers in psychiatry*. 2020; 11: 577429.
17. Johnell K, Fastbom J. Gender and use of hypnotics or sedatives in old age: a nationwide register-based study. *Int J Clin Pharm*. 2011;33(5):788-93.
18. Folkehelseinstituttet. Legemiddelregisterets statistikkbank [siteret 2025 31.10.]. Tilgjengelig fra: <https://www.fhi.no/he/legemiddelregisteret/legemiddelstatistikk/>.
19. Pengo MF, Won CH, Bourjeily G. Sleep in Women Across the Life Span. *Chest*. 2018; 154(1): 196–206.
20. Benge E, Pavlova M, Javaheri S. Sleep health challenges among women: insomnia across the lifespan. *Front Sleep*. 2024; 3.
21. Cox RC, Olatunji BO. Sleep in the anxiety-related disorders: A meta-analysis of subjective and objective research. *Sleep medicine reviews*. 2020; 51: 101282.
22. Palmer CA, Alfano CA. Anxiety modifies the emotional effects of sleep loss. *Curr Opin Psychol*. 2020; 34: 100-4.
23. Baglioni C, Battagliese G, Feige B, Spiegelhalder K, Nissen C, Voderholzer U, et al. Insomnia as a predictor of depression: a meta-analytic evaluation of longitudinal epidemiological studies. *Journal of affective disorders*. 2011; 135(1–3): 10–9.
24. Fang H, Tu S, Sheng J, Shao A. Depression in sleep disturbance: A review on a bidirectional relationship, mechanisms and treatment. *J Cell Mol Med*. 2019;23(4):2324-32.
25. Bjorvatn B. Melatoninbehandling av søvnproblemer: Nasjonalt senter for søvnmedisin (SOVno) [siteret 2025 31.10.]. Tilgjengelig fra: <https://www.helse-bergen.no/nasjonalt-kompetansetjeneste-for-sovnsykdommer-sovno/sov-n-og-sovnsykdommer/melatoninbehandling-av-sovnproblemer/>.

■ KRISTINE.M.STANGENES@UIB.NO
 ■ KNUT.ERIK.EMBERLAND@UIB.NO
 ■ BJORN.BJORVATN@UIB.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

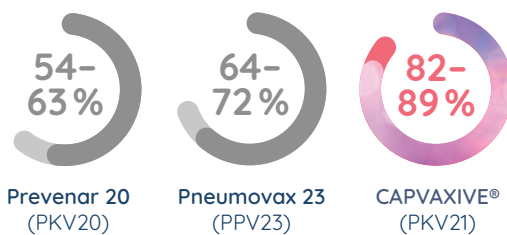
*Behovet for revaksiner med en påfølgende dose CAPVAXIVE® (PKV21) er ikke fastslått.

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 begrenset.

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)

Sosial ulikhet i helse i vårt århundre

■ STEINAR KROKSTAD • Professor i sosialmedisin, HUNT forskningssenter, Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet (NTNU)

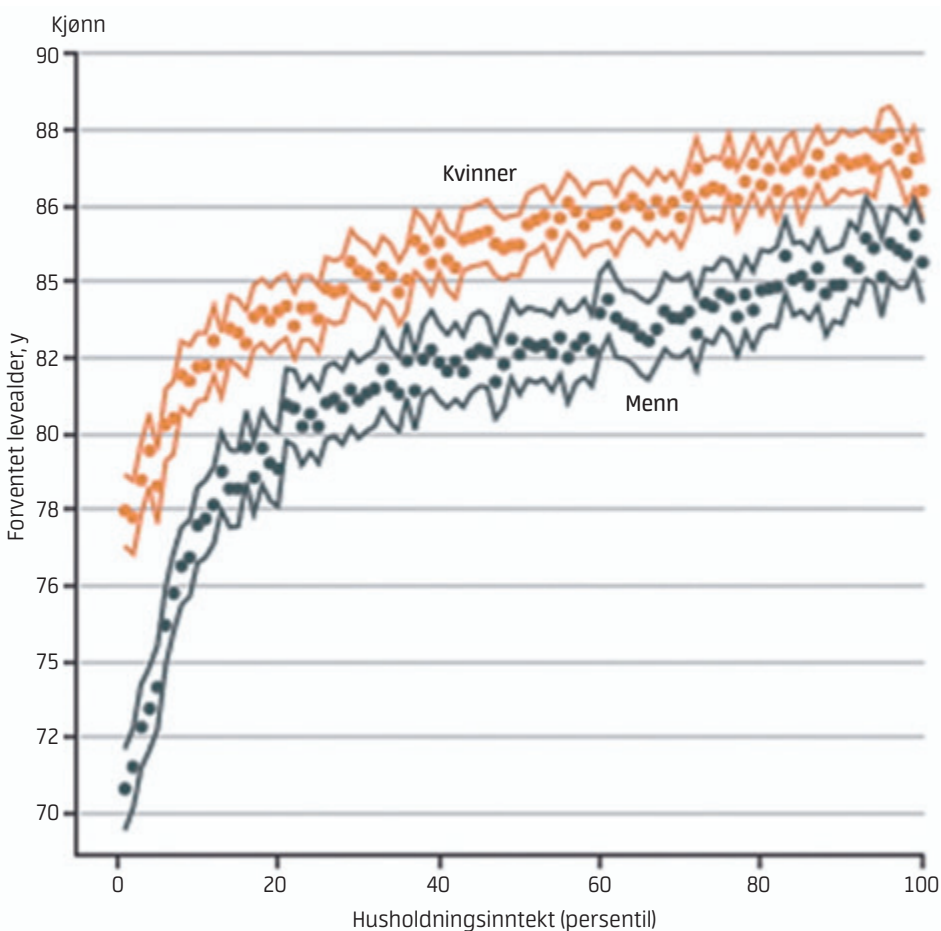
Til tross for politiske visjoner, universelle velferdsordninger og skattefinansierte helse-tjenester ser vi betydelige forskjeller i helse og levealder etter sosioøkonomisk posisjon i Norge. Denne artikkelen går gjennom sentrale funn fra norsk registerforskning om inntekt, utdanning, helse og dødelighet, og viser at utviklingen går i feil retning. Resultatene settes inn i en bredere samfunns- og helse-politisk kontekst, og diskuterer fremvoksende «kommerielle helsedeterminanter» som en forklarings-ramme for økende ulikheter. Implikasjoner for politikk og praksis oppsummeres.

Politiske visjoner om utjevning av sosiale helseforskjeller er beskrevet i første setning i Folkehelseloven. Men har forskjelle-

ne blitt redusert som følge av at en rekke offentlige dokumenter har satt som mål å redusere dem? Sosial ulikhet i helse – sys-

tematiske forskjeller i helse mellom sosiale grupper – er godt dokumentert i de fleste land, også i nordiske velferdsstater. Ulikhetene uttrykkes i levealder, sykdomsforekomst, funksjonstap, helseplager og egen-vurdert helse og psykisk helse. Disse forskjellene springer ut av fordelingsmønstre i ressurser (inntekt, formue, utdanning), livssjanser og eksponering for helse-relaterte risikoer i hverdagsliv og arbeidsliv. Både nasjonalt og globalt ser vi vedvarende, og på flere områder økende helseulikhet, med klare gradienter etter inntekt og utdanning (1).

FIGUR 1. Forventet levealder etter husholdets inntektsprosentil i Norge i 2005–2015. Forskjellen fra bunn til topp i inntekthierarkiet er tretten år for menn og ti år for kvinner. BEARBEIDET FAKSIMILE FRA (2).



Empiriske funn fra Norge

Den mest omfattende norske studien av inntekt og dødelighet (2005–2015) estimerte levealder på tvers av inntektsper-sentiler for hele voksenbefolkningen. Den dokumenterer at kvinner i øverste prosentil har om lag ti års høyere forventet levealder enn kvinner i laveste prosentil, mens gapet for menn er rundt tretten år (FIGUR 1) (2).

Årsaksspesifikke analyser i samme artikkel viste at ulikhetene særlig drives av kardiovaskulære sykdommer, kreft, kronisk obstruktiv lungesykdom (kols) og demens i eldre aldersgrupper, samt rusrelaterte dødsfall og selvmord i yngre aldersgrupper (2). En annen norsk studie har vist at dødelighetsforskjeller etter utdanningsnivå har økt suksessivt og betydelig i de fem siste tiårene siden 1960-årene (3).

Nordiske sammenlikninger viser lignende utvikling: levealder øker mest i høyere



*Sosiale helseforskjeller
i Norge er store, vedvarende og
på flere områder økende.*

inntektsgrupper, og «kompresjon» av dødelighet (senere innslag av tidlige dødsfall) skjer i øvre inntektskvartiler, men i mindre grad i den laveste (4). Dette indikerer at forbedringer i levekår, forebygging og medisinsk behandling ikke fordeles likt, og at for tidlig død i lavinntektsgrupper ikke har samme positive utvikling.

Helseundersøkelsen i Trøndelag (HUNT) gjennomførte en datainnsamling i Trondheim i 2017–19, (HUNT4). Tall fra Trondheim viser en sterk skjevfordeling i egenvurdert helse etter familieinntekt og utdanning; andelen som rapporterer «dår-

lig» helse stiger trinnvis nedover i innteks- og utdanningshierarkiet (SE FIGUR 2 PÅ SIDE 20).

Når det gjelder utvikling av sosiale forskjeller i helse over tid fra Befolkningsundersøkelsen HUNT1 i 1980-årene til HUNT4 i 2010-årene har en studie ikke vist noen tegn til forbedring, heller det motsatte i enkelte grupper (5).

Strukturelle drivere

Det er strukturelle forhold i samfunnet som former helseulikheter: økende inntekts- og formuesforskjeller, økonomiske ideolo-

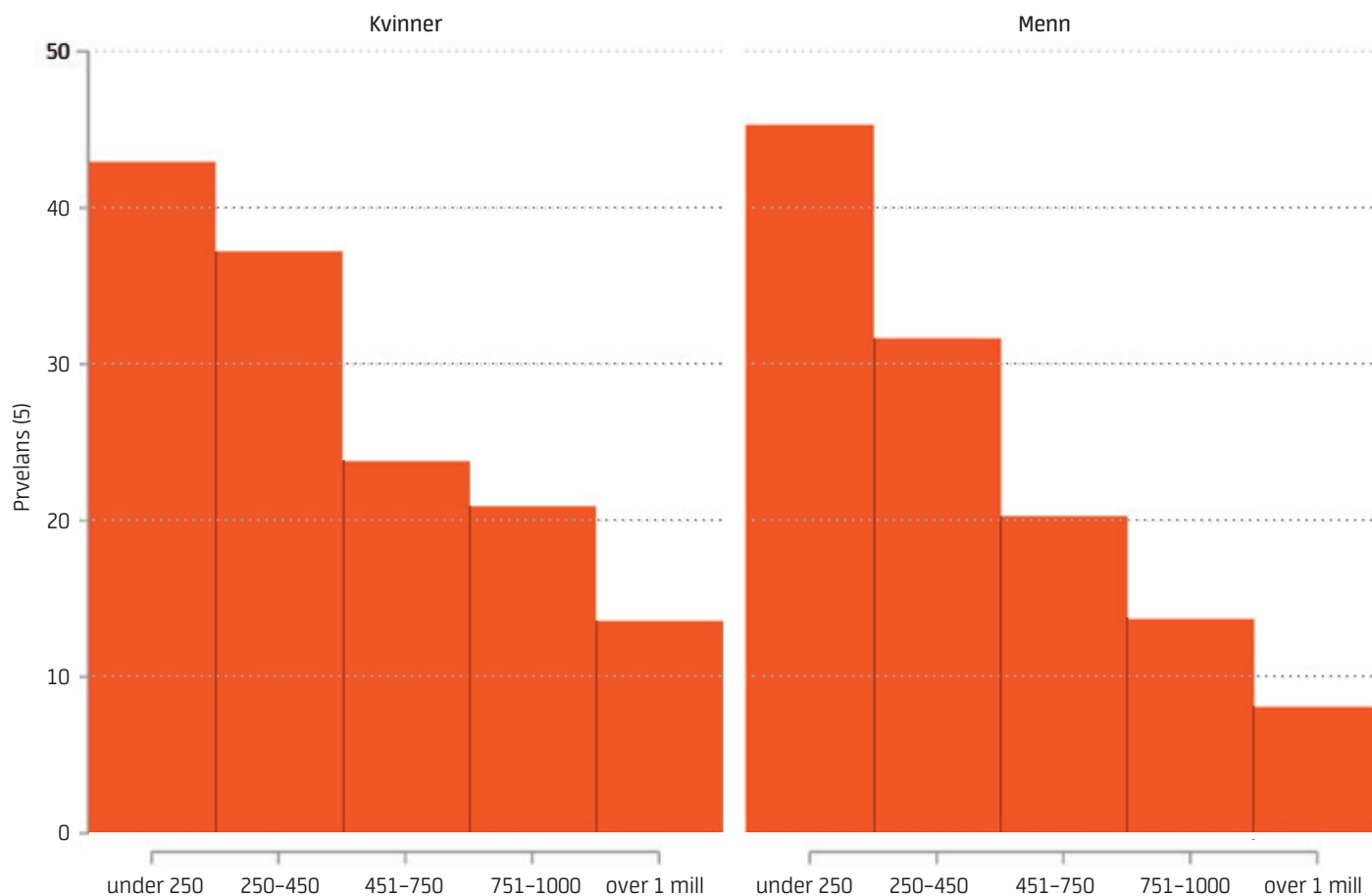
gier som vektlegger markedsstyring og de-regulering, samt teknologiske plattformer som konsentrerer kapital, data og beslutningsmakt er eksempler på slike forhold. I Norge øker de økonomiske forskjellene, og vi har nå formuesforskjeller på linje med Storbritannia og Frankrike (6).

Slike forhold påvirker helsen via flere kanaler:

- ❶ **Materielle ressurser og levekår.** Lavere inntekt og formue utfordrer foreldres mulighet til god omsorg, begrenser tilgang til en god bolig, sunn mat, varme, transport og stabilitet – determinanter som akkumuleres over livsløpet og påvirker risiko for ikke-smittsomme sykdommer og psykiske plager. Gap i økonomisk buffer øker sårbarheten ved kriser og gjør helsefremmende valg mer kostbare. (Understøttes av inntektsgradientene i dødelighet omtalt over.)
- ❷ **Arbeidsliv og eksponering.** Yrker med lavere lønn har oftere høyere fysisk belastning, skiftarbeid og usikkerhet, som henger sammen med kardiometabolsk risiko, muskel/skjelett-plager og mental belastning. Disse mønstrene reflekteres i årsaksspesifikke bidrag til dødelighetsforskjeller (2, 3).
- ❸ **Normer, informasjon og markedsføring.** I en åpen økonomi kan kommersielle aktører styre oppmerksomhet, preferanser og atferd i stor skala. Dette gjelder særlig blant unge, og vil trolig få stor betydning framover. Algoritmisk påvirkning og målrettet reklame påvirker søvn, fysisk aktivitet, kosthold og psykisk helse. Gjennom sosiale medier har det skjedd en gjennomgripende kommersialisering av helsefeltet de siste ti årene.

Kommersielle helsedeterminanter

I en vestlig verden der nyliberalistiske idéer er førende for mye av politikken for skiftende regjeringer, vil kommersielle aktører i økende grad påvirke sosiale forhold og folkehelse. En nylig artikkelserie i tidskriftet *Lancet* definerer «kommersielle helsedeterminanter» som systemer, praksiser og veier hvorigjennom kommersielle aktører driver helse og (u)likhet. Serien argumenterer for at en kombinasjon av markedsfundamentalisme og økende makt hos globale selskaper har skapt et patologisk system som muliggjør helseskadelig virksomhet samtidig som kostnadene eksternaliseres til individer og fellesskap (7,8,9). Fem globale industrier – tobakk, alkohol, ultraprosessert mat, teknologi og fossil energi står bak en betydelig andel av globale dødsfall og helseskade, og viser



FIGUR 2. Prevalens av subjektiv dårlig helse etter husholdningsinntekt i Trondheim, HUNT4 (2017–19). Statistikk utarbeidet av Erik R. Sund, HUNT forskningscenter, NTNU.

hvordan næringsinteresser kan motvirke effektive demokratisk besluttede reguleringer (7,8,9). Serien visualiserer en «modell for kommersielle helsedeterminanter» der kommersielle aktører både former og formes av politiske og økonomiske systemer; i fravær av motmakter forsterkes skader gjennom normsetting, maktkonsentrasjon og negative eksternaliteter (7). Globale digitale plattformer forsterker maktforskjeller i samfunnet via konsentrasjon av kapital og data og asymmetrier mellom «core (plattformeiere)» og «periphery (befolkning)».

Fra sosiale til kommersielle determinanter

Hvordan henger norske dødelighetsforskjeller sammen med kommersiell påvirkning? Tre mekanismer er særlig relevante:

- **Tilgjengelighet og pris på helsefarlige produkter** (tobakk, alkohol, ultraprosesserte matvarer) påvirkes av skatter, markedsføring og plassering – politisk regulerbare forhold der kommersielle interesser ofte motarbeider folkehelse tiltak. Slike produkter bidrar direkte til år-

sakene bak dødelighetsgapet (hjertekar, kreft, lungesykdom).

- **Digital adferdspåvirkning** kan undergrave unge menneskers helsekompetanse, søvn, oppmerksomhet, psykososiale trygghet og kosthold, og forsterke sosialt mønster i eksponering (for eksempel ved målrettet reklame mot sårbare grupper).
- **Politisk økonomi og finansiering:** Skattelettelse som primært gagnar kapitaleiere kan svekke offentlige budsjetter til forebygging, bolig, utdanning og barnefattigdomstiltak – felt som empirisk reduserer helseulikhet over livsløpet. Nyliberal politikk (deregulering, privatisering, individualisering og skatteunndragelse) hindrer strukturelle løsninger. Denne diagnosen støttes av *Lancet*-seriens vurdering og behov for systemendringer.

Psykisk helse i ulikhetens tidsalder

I en kommersiell verden vil dårlig psykisk helse i økende grad bli «big business», med kommersielle aktører som både kan forsterke problemer (gjennom digitale miljøer, gjeld/forbruk, arbeidsintensivering) og

selge løsninger (apper, kosttilskudd, behandlingstjenester). Et slikt perspektiv synliggjør at årsakene ikke først og fremst ligger i individuelle sårbarheter, men i sosialt og økonomisk organiserte stressorer, sosial usikkerhet og et eksponeringslandskap som er ujevnt fordelt. Dette er i tråd med *Lancet*-seriens argument for at nedstrøms tiltak er utilstrekkelige uten oppstrøms regulering og endring av maktforhold (7,8,9).

Implikasjoner for politikk og praksis

Hvis vi ønsker å redusere sosiale ulikheter i helse må det tas reelle politiske grep. Her er noen forslag:

- **Redusere økonomisk usikkerhet og fattigdom**
 - Målrettede inntekts- og velferdstiltak, økonomisk utjevning som løfter laveste inntektsgrupper (barnefamilier, enslige forsørgere, langtidssyke) gir dokumenterte helsegevinster og kan dempe dødelighetsgapet over tid. De norske funnene viser at det nettopp er i lavere inntektskategorier at gevinster har uteblitt eller vært små.

Ny studie om kommune under en

■ BETTINA FOSSBERG • Doktorgradsstudent UiO (Institutt for helse og samfunn) og kommuneoverlege i Lillestrøm

Verden er i endring. Fra tiår med stabilitet og fremgang er den nå preget av politisk uro, krig og klimakriser. Sannsynligheten for nye, store kriser øker, og alle kriser skjer i en kommune. Nøkkelpersonell i kommunen kan være avgjørende for god krisehåndtering. Vi har gjort en studie om kommuneoverlegers erfaringer fra koronapandemien. Studien ga innsikt i enkle organisatoriske grep som bidro til bedre krisehåndtering blant kommuneoverleger i Norge. Denne kunnskapen kan gi økt fleksibilitet og robusthet i kommunal krisehåndtering.

En krise kjennetegnes gjerne ved at den oppstår plutselig, innebærer en mulig fare, og krever handling som overstiger personens eller organisasjonens vanlige mestringsevne.

Krisens natur og kommunens rolle

For å håndtere krisen lener kommuner seg på fire beredskapsprinsipper: ansvar, likhet-, nærhet- og samvirkeprinsippet. I korte trekk betyr dette at organisasjonen forsøker å håndtere krisen ved å bruke de eksisterende organisatoriske strukturene i størst mulig grad, og samarbeide på tvers av sektorer når det trengs. Kommunens oppgaver i en krise handler først og fremst om å håndtere ringene i vannet rundt den akutte krisen. Det vil si opprettholde tjenester, sørge for at infrastruktur er på plass, gi råd og informasjon, og sette på nye tje-

nester der det er behov for dem. Alt for å ivareta innbyggerne.

De fleste kriser har et element av helse i seg, men sjelden har dette vært tydeligere enn under covid-19 pandemien. Store smittevernkriser vil skje gjennomsnittlig hvert tiende år, og selv om ingen kriser er like – er det viktig å lære av tidligere kriser for å være bedre forberedt på den neste. I smittevernkriser har kommuneoverlegen eller smitteverlegen en nøkkelrolle, og den er lovpålagt i alle kommuner. Stillingsstørrelsen varierer og kommunene organiserer denne ressursen på ulike måter. De fleste kommuner har bare én person i rollen, noe som skaper en sårbarhet særlig ved langvarige kriser.

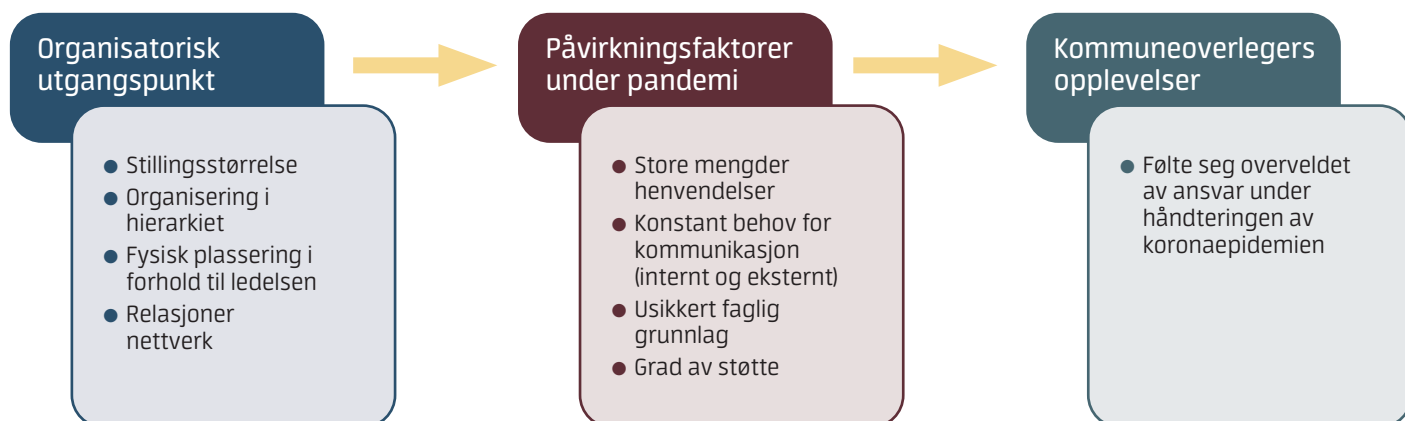
I mitt doktorgradsprosjekt gjennomførte vi en studie for å se på kommuneoverlegers erfaringer fra koronapandemien, og vi så spesielt på hvordan organisatoriske struk-

turer i kommunen påvirket kommuneoverlegene i deres nøkkelroller under krisehåndteringen. Vi intervjuet til sammen 17 kommuneoverleger i tre ulike fokusgrupper. Den ene gruppen representerte kommuner med lite smitte under pandemien, mens de to andre gruppene representerte kommuner med høyt smittetrykk. Både store og små kommuner var representert. Studien ble nylig publisert i *Scandinavian Journal of Public Health*, og gir verdifull kunnskap om hvordan kommunal ledelse kan legge til rette, slik at kommuneoverlegens nøkkelfunksjon kan utøves på en god måte i krise.

Kommuneoverleger ble overveldet

Covid-19 pandemien handlet om et helt nytt virus som ga økt risiko for sykdom og død i befolkningen, men som det ikke fan-

FIGUR 1. Sammenheng mellom organisatorisk utgangspunkt og påvirkningsfaktorer under pandemi, og kommuneoverlegers følelse av å være overveldet av ansvar under pandemi.



overlegerollen krise – er vi forberedt?



ILLUSTRASJON: OTTO MORTEN HERNES / JA - AODBE ENERGY

tes kjente forebyggende eller behandlingsmessige tiltak mot. Dette ga utrygghet hos både befolkning og ansatte i kommunen, og behovet for kunnskap og informasjon var nærmest umettelig. I tillegg medførte situasjonen mange nye oppgaver som kommunen måtte løse.

Vår studie viser at mange kommuneoverleger opplevde en flodbølge av henvendelser og oppgaver under pandemien. I sine nøkkelroller opererte de på flere ulike nivåer i kommunen, fra å ringe til smittede individer til å sitte ved kommunedirektørens strategiske bord. I tillegg var de fleste tilgjengelige for befolkningen. Hovedfunnet i studien var derfor ikke overraskende: Kommuneoverleger følte seg overveldet av ansvaret. Det som ikke var forventet, var at denne følelsen av overveldelse var konsis-

tent uavhengig av geografi, størrelse på kommune eller hvor mye smitte kommunen hadde.

Det å være overveldet er ikke et godt utgangspunkt for å håndtere en krise. Studier innenfor kriseledelse peker på viktigheten av å ha tid til å reflektere for å kunne ta gode beslutninger. En leders emosjonelle regulering er viktig for både tillitt, utholdenhet og fungering i en kompleks krisesituasjon. Vår analyse tyder på at følelsen av å være overveldet ble påvirket både av det organisatoriske utgangspunktet til kommuneoverlegene og av faktorer knyttet til selve krisen (SE FIGUR 1).

Et organisatorisk utgangspunkt preget av gode relasjoner og nettverk, samt tilgang til kommunal ledelse, virket beskyttende på opplevelsen av å bli overveldet av ansvar un-

der pandemien. Små stillingsstørrelser, lite nettverk og lite tilgang på kommunal ledelse virket negativt på håndteringen av krisen. Faktorer under selve krisen som bidro til følelsen av å være overveldet, var den store mengden av oppgaver, krav til kommunikasjon og usikre beslutningsgrunnlag. Disse faktorene opplevdes som belastende uavhengig av kommunestørrelse eller smittepress.

Enkle grep gir bedre håndtering

Det ligger i krisens natur å være overveldende, og det er vesentlig for en kommune å ha planer for å best mulig håndtere slik overveldelse hos nøkkelpersonell. Vår studie viste at enkle organisatoriske grep kunne bidra til å redusere kommuneoverlegers

følelse av å være overveldet under en pandemi, og dermed legge til rette for bedre håndtering av krisen. Det viktigste var ressurser, relasjoner og team.

Ressurser

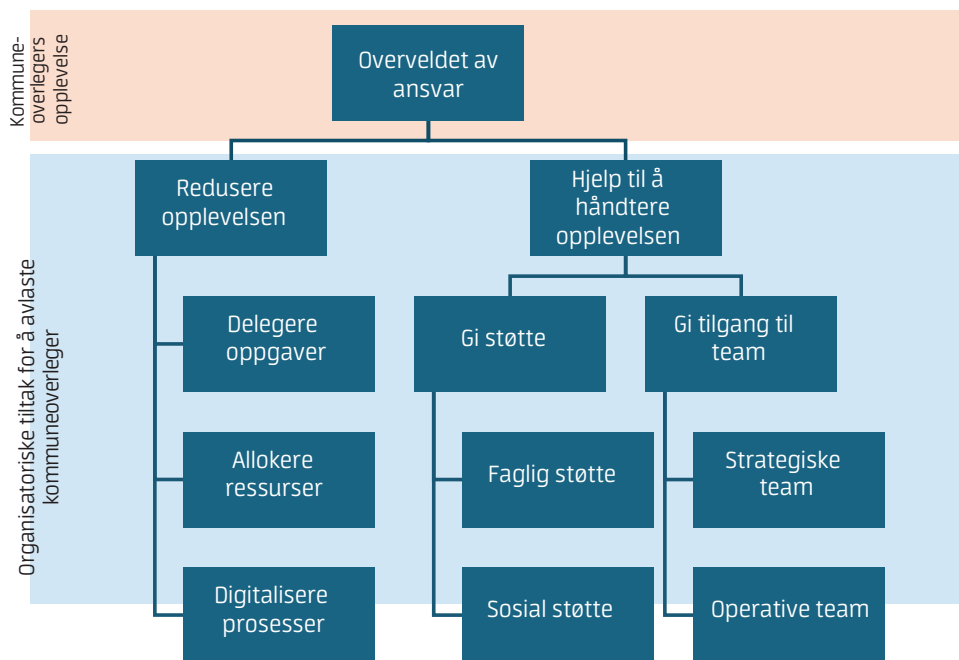
Kommuneoverlegene i studien ga uttrykk for at de druknet i oppgaver. Alle de nye oppgavene kom i tillegg til det de allerede hadde av oppgaver i kommunen. Hjelp til administrative oppgaver ble derfor trukket frem som vesentlig. Mange kommuneoverleger var for sene til å be om hjelp selv, og var avhengig av at leder så behovet for støtte. Ledere til nøkkelpersoner bør derfor være ekstra oppmerksomme på dette, og ha en plan for å allokere ressurser. Alle kommuneoverleger i vår studie opplevde støtte til oppgaver som smittesporing og vaksinerings, men få fikk annen administrativ støtte fra HR funksjoner eller arkiv. Slike administrative støttefunksjoner vil kunne frigjøre viktige fagressurser hos nøkkelpersoner i en krisesituasjon, og bør inn i kommunens kontinuitetsplaner.

Relasjoner

I studien så vi at sosial og faglig støtte var vesentlig for å håndtere krisen. Kommuneoverleger som hadde et godt nettverk før pandemi, følte seg mindre overveldet enn de som hadde lite nettverk i kommunen. Dette understreker viktigheten av å bygge nettverk internt i kommunen i fredstid, samt å øve på beredskapshendelser. I en krise er det viktig at ledelsen legger til rette for støtte til nøkkelroller. Kommuneoverlegene i vår studie trakk frem de interkommunale kommuneoverlegenettverkene som avgjørende. Det ble en arena for sosial støtte, men også for faglig støtte og samordning av beslutninger. Dette er helt i tråd med samvirkeprinsippet. Regionale nettverk for nøkkelpersonell bør derfor forankres i kommunalt beredskapsplanverk. Faglig støtte fra Folkehelseinstituttet ble også trukket frem av mange som verdifull. Denne ressursen er særlig viktig for å skape økt legitimitet for vanskelige beslutninger lokalt, og for kommuneoverlegers følelse av å ikke stå alene.

Team

Deltagelse i ulike team så ut til å beskytte kommuneoverleger i vår studie mot følelsen av å være overveldet. I et team fordeles ansvar, det gis beslutningsstøtte og gjennom faglige diskusjoner finner man gode løsninger. Jo mer kompleks krisen er, desto viktigere er det med samarbeid. I alle kriser er kriseledelsen det øverste teamet i kommunen. Der tas de strategiske beslut-



FIGUR 2. Hvordan organisatoriske tiltak kan legge til rette for bedre krisehåndtering i kommuneoverlegerollen gjennom avlastning av oppgaver, faglig og sosial støtte og tilgang til team.

ningene. For nøkkelpersonell er det vesentlig å ha tilgang til en slik arena. Studien vår viser at ikke alle kommuneoverleger hadde tilgang på kriseledelsen under pandemien, og noen steder ble kriseledelsen opplevd som et orienteringsforum – og de strategiske beslutningene ble tatt på andre arenaer. I fremtidige kriser bør folk i slike nøkkelroller være selvsagte deltakere der strategiske beslutninger tas.

Andre team i kommunen som ble viktige for kommuneoverleger under pandemi var de såkalte operative teamene. Disse hadde ulik sammensetning og form, men felles var at teamet skulle koordinere og iverksette de strategiske beslutningene som var tatt. Dette var særlig viktig i større kommuner hvor beslutningslinjene var lange. Kommuneoverleger som hadde tilgang på slike operative team, rapporterte mer tilfredshet og økt mestring i håndtering av krisen.

Er kommunene klare?

Oppsummert anbefaler vår studie at kommuner sørger for ressurser, relasjoner og team rundt kommuneoverlegerollen i kriser (FIGUR 2). Dette arbeidet gjøres i hovedsak i fredstid. Det bør etableres klare planer for allokering av ressurser, nøkkelroller som kommuneoverlegen må sikres adgang til, strategiske beslutningsarenaer og operative team bør etableres for å koordinere og iverksette beslutningene. Samtidig bør det sikres faglig og sosial støtte rundt kom-

muneoverlegen for å styrke beslutnings- evne og utholdenhet i kriser. Regionale nettverk for kommuneoverleger kan være avgjørende, og bør inngå i kommunale planer. Ved å investere i og legge til rette for relasjoner og støtte rundt kommuneoverleger og annet nøkkelpersonell i hverdagen, vil kommunen sikre større fleksibilitet og økt robusthet når krisen oppstår.

I 2026 er det Totalforsvarsåret, og kommunal beredskap er en viktig brikke. Covid-19-pandemien ga mulighet for mye læring om kommunal krisehåndtering. En kunnskapsbasert gjennomgang av kommuneoverlegers erfaringer gir verdifull innsikt i hva som fungerer – og hva som ikke gjør det – i situasjoner preget av høy usikkerhet og stort press. Relativt enkle organisatoriske grep kan redusere risiko for at nøkkelpersonell føler seg overveldet, og dermed bidra til bedre håndtering av en krise. Gjennom å prioritere støtte, samarbeid og god organisering, kan kommunene forberede seg på fremtidige utfordringer og sikre befolkningens helse, også i krisetider. I en urolig tid er dette ikke bare en nødvendighet, men en forpliktelse. Krisen vil komme. Er kommunene klare?

Dette er en populærvitenskapelig fremstilling av vår artikkel: Fossberg B, Frich JC, Spehar I. Norwegian district medical officers' experiences during covid-19 pandemic: a qualitative study. *Scandinavian Journal of Public Health* <https://doi.org/10.1177/14034948251394900>

■ B.C.FOSSBERG@STUDMED.UIO.NO



SHINGRIX

VAKSINE MOT HELVETESILD
(REKOMBINANT, MED ADJUVANS)

Helvetesild kan forebygges med vaksine¹

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

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

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

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

UTVALGT SIKKERHETSINFORMASJON:

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

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

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

^{*}To fase III-, placebo-kontrollerte, observatør-blindede effektstudier med Shingrix ble utført hos voksne \geq 50 år med 2 doser administrert med 2 måneders mellomrom:¹

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

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

Referanser: 1. Shingrix preparatomtale (https://www.ema.europa.eu/no/documents/product-information/shingrix-epar-product-information_no.pdf).



Shingrix
preparatomtale

For mer informasjon:
shingrix.no

Trade marks are owned by or licensed to the GSK group of companies.
©2026 GSK group of companies or its licensor.
PM-NO-SGX-JRNA-250001, april 2026

GSK

Hvordan fremme psykisk i samfunnet og på legekantorene?

■ STEINAR KROKSTAD • Professor i sosialmedisin, HUNT forskningscenter, NTNU

Psykiske plager og sykdommer er hovedårsaker til dårlig helse, nedsatt livskvalitet og arbeidsuførhet i Norge. Dette utfordrer oss som samfunnsmedisinere og allmennleger. Så hva gjør vi med det?

FIGUR 1. Forekomst (prosent) av depresjonssymptomer målt med Hospital Anxiety and Depression Scale-depresjon (grenseverdi ≥ 8) fra tre tiår, HUNT-studien. FAKSIMILE FRA (1)



I *Utposten* nummer 2 i 2020 bidro jeg med artikkelen «Nytt verktøy for allmennpraksis. ABC for bedre psykisk helse». Siden den gang har arbeidet med å ta i bruk dette rammeverket i samfunnet og i forskjellige settinger tiltatt. Det er undervist om ABC på grunnkurs i allmennmedisin. Hvor mange leger som har tatt ABC i bruk i praksis finnes det ikke tall på.

I februar 2026 besøkte jeg Curtin University i Perth Australia, selve arnestedet for act-belong-commit-kampanjen internasjonalt. Nå har mange nye land tatt i bruk ABC i varierende grad. I Norge har ABC; *Gjør noe aktivt – Gjør noe sammen – Gjør noe meningsfullt*, blitt nasjonale råd for å fremme egen og andres psykiske helse på helsenorge.no. Nå øker interessen for denne måten å tenke på i folkehelsearbeidet, ved universitetene og i helsetjenestene. Nå er det opp til oss leger å melde oss på i den felles dugnaden.

Store endringer i psykisk helse i befolkningen

Det var nye tall fra Helseundersøkelsen i Trøndelag (HUNT), om utviklingen av psykisk helse blant ungdom og unge voksne (1), som inspirerte Folkehelsealliansen i Trøndelag til å spisse innsatsen mot psykisk helse og ta i bruk ABC. I løpet av 2010-årene så vi en fordobling (!) av angst- og depresjonsplager i Ung-HUNT (13–19-åringene) og blant unge voksne 20–29 år. Jenter og kvinner ble verre rammet enn gutter og unge menn. Samtidig har vi sett en betydelig forbedring i den eldre del av befolkningen i alderen 50–79 år. Så assosiasjonen mellom alder og psykiske plager ble snudd på hodet i løpet av ti år, her illustrert med forekomst av depresjonssymptomer av en slik alvorlighet at behandling ofte er indisert for kvinner (FIGUR 1).

Disse underliggende helsetrendene gjen-speiler seg nå direkte i statistikker for arbeidsuførhet; vi ser en økning i arbeidsuførhet blant unge voksne, og en forsiktig nedgang hos eldre arbeidstakere (2).



Det er særlig blant jenter og unge kvinner at forekomsten av psykiske symptomer øker. ILLUSTRASJON: GETTY IMAGES

Samfunnsmessige årsaker

Forverringen av de unges helse skjedde ikke bare i Norge, men i mange land mellom 2012 og 2020. Hva var det som endret seg akkurat da? Global økonomisk krise? Krig? Naturkatastrofe? Pandemi med høy dødelighet? Nei. Tilgang til smarttelefonen blant unge økte fra 60–100 prosent. Ingen andre hovedforklaringer på endringene er foreslått (3). Gen Z er navnet på den første gjennomdigitaliserte generasjonen. Økt skjermtid har medført *store atferdsendringer* blant unge. Sosiale medier er trolig det mest problematiske, for det er bruken av disse appene som passer best med at jenter/kvinner rammes hardere enn gutter/menn, og at unge påvirkes mer enn eldre (3). Sosiale medier er avhengighetsskapende, de er algoritimestyrte og selvforsterkende, og de handler om selvpresentasjon og sosial sammenligning. De frarøver unge søvn og avkobling, de svekker deres konsentrasjonsevne, de skader deres selvbilde, de eksponerer dem for skadelig innhold og reklame og de stjeler tid fra aktiviteter som er helsebringende. I sum, sosiale medier skader psykisk helse.

Samfunnsmedisinske grep

Det som så politisk umulig ut for bare noen måneder siden ser ut til å bli en glo-

bal bevegelse for å begrense barns påvirkning fra sosiale medier (4). Australia innførte fra i år verdens første landsdekkende aldersgrense på 16 år for å opprette kontoer på sosiale medier. De legger ansvaret for å håndheve aldersgrensen på plattformene selv. Nå er liknende på gang her hjemme, men også i Indonesia, Frankrike, Storbritannia, Spania, Nederland og EU. Hva *Digital Services Act* fra EU kan bety, er for tidlig å si. Vi ser nå også et blomstrende engasjement blant foreldre og på skoler for å bli kvitt smarttelefonen og digitale distraksjoner blant barn.

Fremme psykisk helse – en ny arena for leger?

Det trenges langt mer enn regulering av teknologibransjen for å snu den negative utviklingen blant unge. Behovet for å *fremme psykisk helse* i befolkningen har aldri vært større. Forverring blant unge, betydelig sykefravær og arbeidsuførhet blant voksne, høy forekomst av psykiske plager og ensomhet blant eldre og de sosiale ulikhetene i helse kan vi ikke løse med psykiatri. Vi må ta tak for problemene blir for store, og her har vi leger en svært viktig rolle på alle arenaer vi har innflytelse. Vi må i større grad legge til helsefremming på repertoaret. Samfunnsmedisinere, fast-

leger, barneleger, helsestasjonsleger, geriatere og psykiatere; vi har en jobb å gjøre.

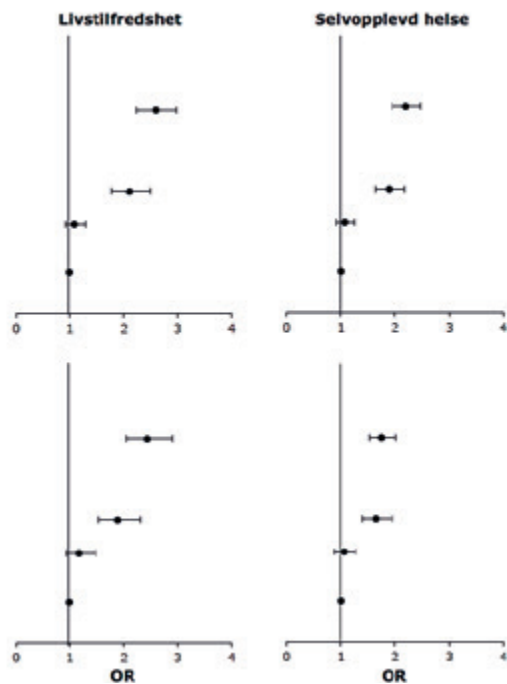
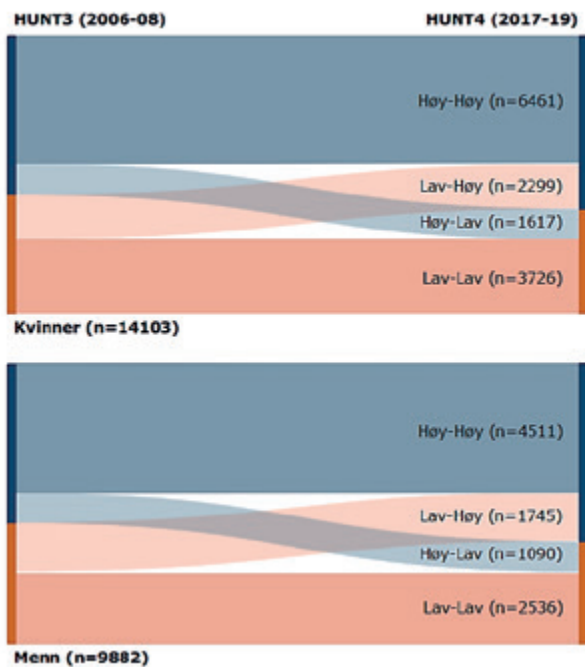
Hva er ABC for god psykisk helse?

ABC bygger på omfattende forskning og litteraturgjennomganger om hva slags atferd som fremmer psykisk helse (5). Verdens helseorganisasjon (WHO) definerer psykisk helse som:

«en tilstand av velvære der individet kan realisere sine muligheter, kan håndtere normale stress-situasjoner i livet, kan arbeide på en fruktbar og produktiv måte og har mulighet til å bidra overfor andre og i samfunnet».

Gjennom å A) gjøre noe aktivt; fysisk, mentalt, spirituelt, kulturelt, B) gjøre noe sammen med andre og C) gjøre noe meningsfullt; bidra med noe av verdi for organisasjon, andre mennesker eller for deg selv (6), styrkes den psykiske helsen.

Data fra befolkningsundersøkelser som HUNT viser klare sammenhenger mellom aktivitet i tråd med ABC og god psykisk helse. Figur 2 viser assosiasjonen mellom et ABC-skår basert på spørreskjema med ti års mellomrom og livstilfredshet og selvopplevd helse i HUNT4. Figuren viser at folk som økte sine ABC-skår i oppfølgingsperioden, rapporterte bedring i de valgte helsemålene (7).



FIGUR 2. Endring i ABC-skår fra HUNT3 (2006–08) til HUNT4 (2017–19) blant kvinner og menn vist i et sankey-diagram og justert* odds ratio med 95prosent konfidensintervall for å rapportere god livstilfredshet og selvopplevd helse i HUNT4 i de forskjellige gruppene, med gruppen «Lav-Lav» som referanse.

FAKSIMILE FRA (7).

* Justert for alder, yrkesstatus, kronisk sykdom og utfallsvariabel (livstilfredshet og selvopplevd helse) i HUNT3.

ABC i samfunnsmedisin og allmennmedisin

ABC for god psykisk helse er det eneste verktøyet jeg kjenner til som er laget for å fremme psykisk helse i befolkningen. Fordi budskapene er så genialt enkle, kan alle bidra. Psykisk helse blir allemannseie. Man trenger ikke helsefaglig bakgrunn for å formidle kunnskap om ABC. ABC er svært viktige helseråd for hver enkelt av oss og som leger kan formidle. ABC er verktøy vi kan ta i bruk for å hjelpe andre; familie, venner, pasienter, skoleklasser, institusjoner, arbeidskolleger og lokalsamfunn. På nettsidene abcforgodpsykiskhelse.no er det publisert en rekke verktøy og innhold for å komme i gang i forskjellige settinger.

I folkehelsearbeidet, relevant for samfunnsmedisinere, er ABC en del av Opptrappingsplanen for psykisk helse (8). Helsedirektoratet har presentert rådene på helsenorge.no, og egne nettsider. Nesten alle fylkeskommunene i Norge fikk startfinansiering i 2025, og mange har kommet godt i gang med å stimulere det regionale folkehelsearbeidet for å fremme psykisk helse. Flere kommuner er godt i gang, se gjerne til Oppdal kommune. For kommunene er samarbeid med frivilligheten viktig. Mange har åpne arenaer der ABC-aktiviteter foregår. Forskning fra HUNT tyder på at i kulturlivet fremmer helse, livskvalitet og beskytter mot psykiske plager (9), og reduserer trolig risiko for tidlig død (10). Mange skoler er i gang med ABC. Det er økende interesse for Arbeidslivets ABC, og store virksomheter som Equinor, Aker Solutions, Helse Nord-Trøndelag og Vintervoll elektrikerfirma går foran. Kanskje ditt legekontor har godt av å investere i sitt eget arbeidsmiljø. Det ligger mange gode tips på nettsidene abcforgodpsykiskhelse.no. Mange tar en runde med seg selv og

sine egne ansatte før de anvender ABC profesjonelt for å hjelpe andre, både i helsetjenesten og på skolene.

Hvis du eller en av dine nærmeste ikke har det bra, gir ABC helt konkrete tips om hva du kan gjøre med det. Det er lett å bli passiv, isolere seg og falle ut av aktiviteter som gir mening når livet er vanskelig. Mange greier å ta tak selv. A: Ut på tur, les en bok, gå på biblioteket, hør på musikk. B: Treff en venn, avtal et måltid, planlegg en helgetur. C: Rydd i boden, støvsug gulvet, lag et godt måltid for deg og dine, bidra på dugnaden, bli med i lag og foreninger.

De som ikke greier det selv trenger hjelp. Det kan være en sosial gruppe eller pasient. Snakk om ABC. Vis til nettsidene. Del ut materiell. Snart kommer et ABC-spørreskjema om ABC-aktiviteter på nett som pasienter kan fylle ut for å utdype samtalen som Helsedirektoratet utvikler. ABC kan være like viktig som psykoterapi og medisin for folk med kroniske psykiske (og fysiske) plager. Bli enig med pasienten om en aktivitet pasienten kanskje kan mestre til neste time. Be pasienten kjenne etter forskjellen på aktivitet og passivitet hvis pasienten lykkes. Diskuter og ta tak i hindringer hvis endring ikke går i første omgang. Pasienter kan med ABC selv bedre sin egen helse, og slippe avhengighet av andre. ABC bidrar til autonomi.

Med ABC som verktøy har alle leger mulighet til å fremme psykisk helse ved å heve befolkningens helsekompetanse og bidra til hensiktsmessige endringer i atferd. Å gjøre det er, ja nettopp, ABC – så det vil fremme din egen psykiske helse også.

REFERANSER

1. Krokstad S, Weiss DA, Krokstad MA, Rangul V, Kvaløy K, Ingul JM, ... & Sund ER. (2022). Divergent decennial trends in mental health according to age reveal poorer mental health for young people: repeated cross-sectional population-based surveys from the HUNT Study, Norway. *BMJ open*, 12(5), e057654.

2. NAV. Statistikknotis uføretrygd – Utviklingen per juni 2023. <https://www.nav.no/no/nav-og-samfunn/statistikk/aap-nedsatt-arbeidsevne-og-uforetrygd-statistikk/relatert-informasjon/arkiv-statistikknotis-uforetrygd-utviklingen-per-juni-2023>. Lest 24.2.2026.
3. Keyes and Platt. Annual Research Review: Sex, gender, and internalizing conditions among adolescents in the 21st century – trends, causes, consequences. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 65:4 (2024), pp 384–407.
4. Haidt J. Why the World Is Drawing a Line on Social Media for Kids. *The Freepress*. 2.11.2026. https://www.thefp.com/p/jonathan-haidt-a-global-reckoning-on-kids-and-social-media?utm_campaign=email-post&r=jd3ol&utm_source=substack&utm_medium=email. Leste 24.2.2026.
5. Donovan, RJ, Koushede VJ, Drane CF, Hinrichsen C, Anwar-McHenry J, Nielsen L, ... & Santini Z. Twenty-one reasons for implementing the act-belong-commit – ‘ABCs of mental health’ campaign. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 2021; 18(21), 11095.
6. Prilleltensky I. (2020). Mattering at the intersection of psychology, philosophy, and politics. *American Journal of Community Psychology*, 65(1–2), 16–34.
7. Frestad RL. ABC for god livstilfredshet og helse blant kvinner og menn i Norge. En HUNT-studie. Trondheim: NTNU. 2023. Masteroppgave.
8. Helse- og omsorgsdepartementet. Meld. St. 23 (2022–2023) Opptrappingsplan for psykisk helse (2023–2033). Oslo: Departementet; 2023. Tilgjengelig fra: www.regjeringen.no.
9. Cuypers K, Krokstad S, Holmen, TL, Knudtsen MS, Bygren LO, & Holmen J. (2012). Patterns of receptive and creative cultural activities and their association with perceived health, anxiety, depression and satisfaction with life among adults: the HUNT study, Norway. *J Epidemiol Community Health*, 66(8), 698-703.
10. Løkken BI, Merom D, Sund ER, Krokstad S, & Rangul V. (2021). Association of engagement in cultural activities with cause-specific mortality determined through an eight-year follow up: The HUNT Study, Norway. *PLoS One*, 16(3), e0248332.

Ta vare på øyeblikkene som gir mening!

■ NJÅL FLEM MÆLAND • Redaktør i Utposten og fastlege i Trondheim

I dette nummeret av *Utposten* skriver professor Steinar Krokstad om ABC for psykisk helse. Jeg leste denne teksten da den ble sendt redaksjonen. Allerede neste dag på legekantoret kom de enkle ABC-reglene til nytte i en konkret konsultasjon.

Hun har vært sykmeldt i fire måneder. Vi har vanskelig for å se en vei ut. Hun ble tidlig mor, barnets far forsvant og hun tok seg av sønnen alene. Utdanning og karriere ble forsinket og hun havnet i en provisjonsbasert jobb med for lite inntjening til å betjene husleie og andre utgifter. Opplevelsen av ikke å kunne betale regninger stresser henne dypt. Hun føler seg låst fast i en umulig livssituasjon, har panikkangstanfall og er deprimeret. Livssituasjonsfellen gir symptomer som gir funksjonsfall som låser henne enda mer fast. Som et uttrykk for hennes følsomme og samvittighetsfulle natur, sier hun til meg: «Jeg syns synd på deg som har meg som pasient, jeg er jo umulig å hjelpe!» Ja – hun er vanskelig å hjelpe. Jeg har vel ikke lært noe om hvordan man kommer seg ut av gjeldsproblemer og hvordan man får seg relevant jobb?

Jeg spør om hun har noen fortrolige – noen hun kan støtte seg på. Sønnen er hennes nærmeste, sier hun, og forteller om hvor nært forhold de har. Vi blir likevel raskt enige om at en tjue år gammel sønn bør skånes fra å bli sin mors støtte. Hun sier hun ikke vil være til bry for venner. Jeg forstår på henne at det er utenkelig å dele livets nederlag med foreldre og søsken. Fra dem kjenner hun på sterke forventninger om suksess i livet.

Jeg kommer til å tenke på boka *Aldri god nok* (1) hvor det skildres oppvekst i en innvandrerfamilie med sterke krav om at barna skal komme seg opp og frem, helst bli leger, og om man blir lege så er allmennlege slett ikke godt nok. De blir aldri gode nok!



ILLUSTRASJONSFOTO: MORTEN HERNES / KI – AODDE FRIEDT

Jeg tenker på min pasient som har utenlandsk bakgrunn og nevner dette forsiktig. Hun gjenkjenner det umiddelbart og setter ord på det – og avslutter med: «... og jeg eier ikke engang min egen leilighet, jeg eier bare en gammel bil!»

Dette gir meg nye assosiasjoner, nå til C-en i ABC for psykisk helse – commit – å gjøre noe meningsfylt (2). Det er jo nettopp det min pasient *har* gjort! Jeg får en trang til å sette ord på det og sier: «Du har ingenting å skamme deg over. Du har valgt rett. Du har prioritert sønnen din framfor egen karriere. Du har gjort et verdifullt valg, du har satt den viktigste personen i livet ditt foran deg selv. Det kan du være stolt over!»

Hun er synlig berørt, hun rister i kroppen og utbryter et «Takk», som drukner i gråt. Hun gråter lenge. Jeg henter tørkepapir og må sloss mot en sterk trang til å holde rundt henne. Når hun samler seg og klarer å snakke igjen, sier hun: «Ingen har noensinne sagt noe slikt til meg før. Det er det fineste noen har sagt til meg noen gang.»

Nå er det min tur til å bli berørt. Jeg blir overveldet av en følelse av mening. Dette

er en «C» – commit – også for meg. Etter at hun har gått må jeg ha noen minutter for meg selv. Jeg bestemmer meg for å huske dette øyeblikket – denne sterke følelsen av å bety noe for en annen. Dette er et øyeblikk som gir meg god psykisk helse.

Hverdagen som lege er fylt av mye negativt. Det er rutiner, trivialiteter, mye som er stressende uten å føles meningsfullt, uro, misfornøyde pasienter, urimelige krav, portvokting som kjennes belastende, dilemmaer og dobbeltroller, ubegripelige symptom bilder, papirarbeid og ryggen-fritankegang. Oppe i det hverdagslige grå vil det komme enkeltopplevelser hvor det er mulig å kjenne dyp mening. Det kan gå uker og måneder uten slike øyeblikk. Når de kommer: Stopp opp. Vent noen minutter. Ta vare på disse øyeblikkene i hjertet ditt.

REFERANSER

1. Jeswanthiny Mayoaran: *Aldri god nok* (2025, Samlaget).
2. <https://www.abcforgodpsykiskhelse.no>

■ NFLEM@ONLINE.NO

Godt samarbeid kan øke o

■ RANVEIG RØTTERUD • Cand. scient., ph.d., daglig leder Blærekreft Norge

Da blærekreftpasientene avdekket et gjennomgående problem i diagnoseprosessen, fant de et mulig forbedringspunkt som kan redde liv og forenkle fastlegens vurdering av pasienter med makrohematuri.

I 2024 ble 1904 personer diagnostisert med blærekreft (1). 70 prosent av blærekreftpasientene er menn; 30 prosent er kvinner. Selv om prevalensen er på over 16 000 (per 31.12.2024: 16 653) (1), ser fastlegene lite til disse pasientene, fordi blærekreft både diagnostiseres og i all hovedsak ferdigbehandles i spesialisthelsetjenesten.

Fastlegene har likevel en nøkkelfunksjon i håndteringen av blærekreft gjennom sin portvokterrolle.

Blærekreft er sterkt underkommunisert

Selv om blærekreft er den femte vanligste kreftformen blant menn (etter prostata, lunge, hud og colon) og den 7. totalt, er sykdommen sterkt underkommunisert og lite studert sammenlignet med andre kreftformer og andre sykdommer. Påminnelser om denne diagnosen lyser ikke mot oss fra ukebladforsidene på butikken. *Tidsskriftet* har aldri hatt et temanummer om blærekreft, selv om det har hatt både brystkreft, «Ibsen i Tidsskriftet» og «Presidentvalgkampen i 2005» som tema. Søk i presseoppslag viser at de fleste omtalene i pressen er børsmeldinger om et norsk legemiddelfirma med produkter innen feltet, ikke pasienthistorier eller mer faglig rettet innhold. Sykdommen nevnes heller ikke i listen over de vanligste kreftformene for menn i Cancer in Norway 2025 fra Kreftregisteret. I Pubmed er antall søketreff på brystkreft seks ganger (!) så stort som antall treff på blærekreft, selv om insidens for brystkreft bare er litt over dobbelt så stor, og altså på langt nær seksganger'n. Og Kreftforeningen gir slett ikke midler hvert år til forskning på blærekreft, selv om overlevelsen etter cystektomi har stått på stedet hvil i mange ti-år.

Lang latenstid og ingen screening gir høy median alder ved diagnose

Blærekreft beskrives som en miljøindusert sykdom, og forskning viser at latenstid fra

en induserende hendelse til påvist sykdom kan være opptil 40 år (2). Pasientene er derfor ofte godt voksne når de endelig får diagnosen: Median alder ved diagnose er 73–74 år, men barn helt ned i 1,5- og 2-årsalderen blir diagnostisert med kreft i blæra. Årlig insidens er allerede i aldersgruppene 15–19 år og 20–24 år på ca. 1, så den må sies å kunne ramme i alle aldre.

Gullstandarden for diagnostikk er cystoskopi, fordi det ennå ikke finnes gode ikke-invasive metoder for å detektere svulster i urinveiene.

For mange blærekreftpasienter feildiagnostiseres hos fastlegen

Ved å skape møtesteder for pasientene har vi i Blærekreft Norge oppdaget at det mest presserende problemet som pasientene opplever, ligger i diagnostikken, slik medieoppslaget i fotoet på side 31 illustrerer.

Hele åtte av ti blærekreftpasienter debuterer med *synlig* blod i urinen, og det er disse Blærekreft Norge primært konsentrerer sitt informasjonsarbeid om.

I en kartlegging vi gjorde i 2021 (n= 76) hadde nær halvparten – 48 prosent – av blærekreftpasientene opplevd at fastlegen, da de gikk dit med symptomer som viste seg å skyldes blærekreft, innledningsvis hadde peilet seg inn på feil diagnose før pasienten etter hvert ble henvist til urolog. En tredjedel av respondentene i undersøkelsen (35 prosent) hadde blitt behandlet som om fastlegen mente de hadde en UVI (ikke alle hadde fått UVI-diagnosen presentert, men de hadde fått antibiotika eller annen infeksjonsbehandling) (3).

Denne undersøkelsen var en oppfølger av en tilsvarende, gjort i 2015, med lignende resultat (4).

Det urologene har støttet oss i, og som to egne undersøkelser har vist, er at særlig en del kvinner (men også mange menn) feilaktig blir diagnostisert med UVI når de egentlig har blærekreft. I flere internasjonale fagartikler beskrives dette som den

mest sannsynlige forklaringen på at kvinnelige blærekreftpasienter har lavere (i Norge: åtte prosent) fem-års overlevelse enn menn med samme diagnose (1). Blærekreft er den eneste kreftdiagnosen hvor kvinner har lavere overlevelse enn menn. Vi regnet ut at ca. 29 kvinnelig årlig går tapt bare på grunn av denne forskjellen.

I undersøkelsen vår kartla vi både Patient's Delay og Doctor's Delay. Begge er viktige for å få stilt diagnosen i tidlig stadium. Hele to tredjedeler av pasientene hadde gått mer enn to måneder fra symptomdebut til time hos spesialist. Hver fjerde pasient hadde brukt tre måneder eller mer bare fra fastlegen til spesialisthelsetjenesten.

Her må det ligge et betydelig forbedringspotensiale.

Risikofaktorer er hyppig til stede hos blærekreftpasienter

Vi så også på mulige risikofaktorer, og fant at 97 prosent av respondentene enten hadde røkt, hadde mulig relevant yrkeseksponering, familiær blærekreftbelastning spesifikt eller annen familiær kreftbelastning. Dette viser at kartlegging av risikofaktorer er viktig når man skal vurdere om en pasient med makrohematuri skal henvises videre eller ikke. Vi spurte ikke om residiverende UVI, stråling mot bekkenet eller tidligere kjemoterapibehandling.

Viktig å skille makrohematuri, klassiske infeksjonstegn og mikrohematuri

For å oppklare: Hvis kvinner i fertil alder har tydelige infeksjonstegn samtidig med makrohematuri, og samtidig *ikke* har noen risikofaktorer for blærekreft, trenger de ikke henvises til blærekreftforløpet. – De andre skal!

Makrohematuri alene uten noen samtidige infeksjonssymptomer har blitt diagnostisert som UVI hos flere av våre medlemmer. Gjentatte kurer med antibiotika uten at hematurien har gitt seg og uten at infeksjon har blitt påvist med dyrkingsprøve, har også blitt rapportert fra flere, før de altså til slutt ble diagnostisert med blærekreft. Makrohematuri står ikke oppført på EAUs (European Association of Urology)

verlevelsen ved blærekreft

ILLUSTRASJONSFOTO: MORTEN HERNÆS / KI - CHATGPT (SKJERMDUMP: NRK.NO/ROGALAND)

Fikk fem antibiotikakurer for urinveisinfeksjon – viste seg å være noe mye mer alvorlig

Selv om kreftformier er den fjerde mest vanlige blant menn i Norge, kan den ta lang tid å oppdage. Det fikk Jan Erik Pedersen oppleve på den harde måten.



Jan Erik Pedersen sammen med hans tofaste følgevann, Nero.
FOTO: HANNE HEIVLAND / NRK



Hanne Heivland
Journalist

Vi rapporterer fra Aegeland

Publisert 25. feb. 2023 kl. 10:14
Oppdatert 25. feb. 2023 kl. 10:54



Artikkelen er flere år gammel.

liste over typiske infeksjonssymptomer. På den lista står svie ved vannlating, hyppig vannlating og sterk tissetrang (*dysuria, frequency and urgency*). Makrohematuri i seg selv skal derfor etter vår vurdering ikke utløse resept på antibiotika før andre diagnoser er utelukket, først og fremst malignitet.

Lenger opp nevnte vi at åtte av ti blærekreftpasienter debuterer med synlig blod i urinen. Fastlegens utfordring er at på dennes kontor ser selvsagt frekvensene helt annerledes ut: Av alle som kommer med makrohematuri, har cirka 20 prosent blærekreft (varierende tall fra studie til studie) (5). Blant de som har mikrohematuri, er det bare cirka fem prosent (6). Vi i Blærekreft Norge er derfor tydelige på at vi snakker

om *makro*-hematuri, ikke mikro-, når vi snakker om hvem som skal henvises til blærekreftforløpet.

Cystoskopi med fleksibelt skop er nesten smertefritt

Vi får meldinger om at noen leger har avvist ønsker fra pasienter om å bli henvist til cystoskopi med den begrunnelse av undersøkelsen er for smertefull til at den kan anbefales. Dette gjelder særlig yngre pasienter. Nå som alle sykehus har fleksible cystoskoper er dette et langt mindre problem enn før, og dersom man ber pasienten passe på at innføring av skopet ikke skjer før lidocain-gelen har fått virke tre til fire minutter, får de

styrket sin følelse av kontroll med situasjonen og dermed mindre frykt. Norsk Urologisk Forening (NUF) sier også at de ikke lenger har kapasitetsproblemer slik de hadde før, og det er derfor ifølge styreleder Birke (muntlig kommunikasjon) ingen grunn til å holde igjen på antall henvisninger.

Uklar veileder kan være årsak – forslag til løsning

Utfordringen for fastlegen er altså å plukke ut rett pasient som skal henvises til blærekreftforløpet blant alle som kommer inn med makrohematuri. Vi mener veiledningen fra NUF (7) om håndtering av hematuripasienter er uklart formulert rent språklig

og at det fører til misforståelser. Vi har derfor gjort om den tekstbaserte beskrivelsen til et flytskjema som vi planlegger å overlevere helsemyndighetene når vi får anledning, slik at den kan evalueres av personer med rett fagkompetanse før den eventuelt publiseres. I flytskjemaet har vi også lagt inn nyere informasjon om risikofaktorer for blærekreft, samt noen andre opplysninger som vi tror er nyttige for fastleger som får en hematuropasient inn på sitt kontor.

Stor variasjon i behandlingsformene

Blærekreft kommer i mange former. De minst aggressive behandles med lokal kirurgi transurethralt, mens svulster som utvikler invasiv vekst behandles med et langt mer omfattende forløp med intravesikale skyllinger eller cystektomi, gjerne supplert med kjemoterapi og/eller immunterapi. Pasienter som ikke er egnet for radikal kirurgi kan bli strålebehandlet. Cystektomi er et livsendrende inngrep med mer enn 50 prosent komplikasjonsrisiko i internasjonale studier.

Høyest risiko for tilbakefall og dyrest per capita

Mentalt og emosjonelt er blærekreft en meget belastende diagnose, fordi det er den kreftformen som hyppigst residiverer. De som ikke er radikalt behandlet vil derfor ofte oppleve at de «går med en udetonert bombe i magen», for å sitere pasientene. Disse følges derfor tett med kontroller, hvilket gjør dem til helsetjenestens dyreste kreftpasienter *per capita*.

Til tross for et omfattende og ressurskrevende behandlingsregime dør mer enn en person hver dag året rundt bare i Norge, av blærekreft (2024: 406 døde) (1).

Ensom diagnose

I tillegg til at diagnosen er mentalt belastende på grunn av residivhyppigheten, oppleves den også ofte som veldig ensom, siden pasientene sjelden ser noen å sammenligne seg med i det offentlige rom eller i sin omgangskrets: Kong Harald og Trude Drevland er i en klasse for seg. Den vanlige pasienten rekker ikke opp hånda og roper «Jeg har fått blærekreft!», slik en del andre kreftpasienter ofte gjør. Disse pasientene må derfor hjelpes til å se at de ikke er alene (ref. prevalensen).

Vi i Blærekreft Norge forsøker å lage både fysiske og digitale møteplasser for pasientene, og prøver å holde et høyt faglig nivå på vårt arbeid, slik at både pasienter, pårørende og fagfolk skal kunne bruke oss som kilde til korrekt informasjon og kunnskap om diagnosen. Vi jobber blant annet mye med å presentere fagstoff på en måte som treffer

pasientene best mulig. Vår webside ligger her for de som vil tittle: <https://blaerekreft-norge.no/>.

Mangel på oppmerksomhet sentral årsak

Mye av årsakene til blærekreftfeltets utfordringer er mangelen på oppmerksomhet. Når man ser til andre felt, er effekten av manglende involvering av pasientene en av de faktorene som fremstår som sentrale i dette. Brystkreftpasientene begynte med mer eller mindre organisert aktivisme og informasjonskampanjer for sin diagnose allerede på 40–50-tallet; verdens første organisasjon for blærekreftpasienter ble til sammenligning først opprettet i 2005 (BCAN i USA).

Mangelen på forskningsfinansiering har ført til at det på mange delområder innen blærekreftfeltet mangler nyere reviewartikler som kan oppsummere eksempelvis kunnskapsstatus om yrkeseksponering og årsaksfaktorer. Nåttidig forskning er konsentrert om immunterapi, blærebevarende behandling av BCG-nonrespondenter og en *block*-fjerning av svulster intravesikalt og ved cystektomi.

Vi må alle bidra

Det er ikke den enkelte leges oppgave å drive informasjonskampanjer om enkelt-diagnoser, men alle helsevesenets aktører har som samfunnsoppdrag å drive helselatert informasjonsarbeid. Vi ser at slikt generalisert arbeid på overordnet plan i størst grad treffer de allerede kjente diagnosene, og at de mindre kjente faller mellom to, om ikke flere, stoler.

Et trepartssamarbeid mellom brukere, helsemyndigheter og leger vil gjensidig øke effekten av det arbeidet hver av oss gjør. Vi håper derfor at vi som blærekreftpasientenes talspersoner kan samarbeide både med dere fastleger, med urologene og med helsemyndighetene om å bedre tilværelsen for de som rammes av blærekreft.

REFERANSER

1. Kreftregisteret ved Folkehelseinstituttet 2025: Cancer in Norway 2024.
2. Taiwo OA et al: Bladder Cancer Screening in Aluminium Smelter Workers. *Journal of Occupational and Environmental Medicine* 57(4):p 421–427, April 2015. DOI: 10.1097/JOM.0000000000000377.
3. <https://blaerekreftnorge.no/naer-halvparten-feildagnostisert-hos-fastlegen/>.
4. <https://blaerekreftnorge.no/35-av-pasientene-ble-feildagnostisert-hos-fastlegen-resultater-fra-blaerekreftforeningens-interne-sporreundersokelse-varen-2015/>.
5. <https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/blaerekreft-handlingsprogram/diagnostisering/symptomer-og-indikasjon-for-utredning>.
6. <https://nhi.no/symptomer/nyrer-og-urinveier/blod-i-urinen-veiviser>.
7. <https://legeforeningen.no/contentassets/c294113d6a6c49ad8d6c51b173ab2daa/hematuroi-hos-voksne-2013-oktober.pdf>.

■ RJ.ROETTERUD@GMAIL.COM

Kvinner som har vært utsatt for kjønnslemlestelse møter ofte store barrierer i møte med helsetjenesten. Mange kvier seg for gynekologiske undersøkelser på grunn av smerte, frykt og skam. Vi vil i artikkelen reddegjøre for ulike typer kjønnslemlestelse og minne om HPV hjemmetest. Dette er en prøve kvinnen kan ta selv og som gir fastleger et konkret verktøy til å inkludere disse kvinnene i Livmorhalsprogrammet på en trygg og verdig måte.

I Norge lever mange kvinner med konsekvenser av kjønnslemlestelse. Kvinner med somalisk bakgrunn utgjør den største gruppen som berøres (1). De aller fleste, rundt 99 prosent, ble omskåret før ankomst til Norge, og mange har den mest omfattende formen – infibulasjon (type III) (2, 3).

Selv om kjønnslemlestelse er forbudt i Norge, lever mange fortsatt med komplikasjoner og risiko for både fysiske og psykiske senskader. Derfor er det viktig at helsepersonell har både kunnskap og trygghet i møte med kvinnene.

– Kjønnslemlestelse kan gi livslange fysiske og psykiske konsekvenser. Mange vegrer seg for å søke helsehjelp, og særlig kan gynekologiske undersøkelser være krevende, både fysisk og emosjonelt for kvinnen, og teknisk utfordrende for legen.

Kunnskap om typer kjønnslemlestelse – avgjørende for riktig oppfølging

Kjønnslemlestelse (Female genital mutilation/cutting – FGM/C) er inngrep på kvinnelige kjønnsorganer uten medisinsk begrunnelse. Inngrepene utføres ofte i barndommen og deles av Verdens helseorganisasjon (WHO) inn i fire hovedtyper:

- **Type I (klitoridektomi):** Fjerning av forhuden rundt klitoris, med eller uten klitoris (Ia: bare forhuden, Ib: også klitoris)
- **Type II (eksisjon):** Fjerning av klitoris og indre kjønnslepper, eventuelt også ytre (IIa–c avhengig av omfang)
- **Type III (infibulasjon):** Innsnevring av skjedeåpningen ved sammensyning av kjønnslepper (IIIa: indre, IIIb: ytre)

Oppdatert kunnskap om kjønnslemlestelse

■ KINSI AHMED • Lege i spesialisering i fødselshjelp og kvinnesykdommer ved Kvinneklubben
■ EILEN AALERUD • Kommunikasjonsrådgiver, Livmorhalsprogrammet, Kreftregisteret, Folkehelseinstituttet



Skulpturer laget av Leah Brickhouse.

- **Type IV:** Andre skadelige inngrep, som stikking, kutting, brenning eller bruk av etsende stoffer

Å vite hvilken av typene en kvinne har vært utsatt for, er avgjørende for videre oppfølging. Ved type III kan en livmorhalsprøve være umulig uten kirurgisk åpning. Bilde av de ulike typene er gjengitt på side 34.

Komplikasjoner og barrierer

Komplikasjonene etter kjønnslemlestelse kan være både fysiske og psykiske:

- **Fysiske:** smertefulle menstruasjoner, urinveisinfeksjoner, kroniske underlivssmerter, problemer med samleie og komplikasjoner under fødsel.
- **Psykiske:** posttraumatisk stress, angst, depresjon og skam.

Mange kvinner oppsøker ikke helsehjelp før i voksen alder, ofte i forbindelse med graviditet eller alvorlige plager. Medianalderen ved kjønnslemlestelse er rundt sju år, mens medianalderen ved første konsultasjon er 26 år. Frykt, skam, språkbarrierer og manglende informasjon bidrar til lav deltakelse i Livmorhalsprogrammet (4).

Når livmorhalsprøven ikke lar seg gjøre: bruk HPV hjemmetest

Ved infibulasjon kan livmorhalsprøven være umulig uten kirurgisk åpning, og mange vegrer seg for undersøkelsen. Dette bidrar til lavere deltakelse i screening og øker risikoen for at celleforandringer som krever behandling oppdages for sent, noe som igjen kan føre til utvikling av kreft.

HPV hjemmetest gir kvinner mulighet til å delta i screening uten gynekologisk undersøkelse. Testen tas enkelt selv, med en prøvepinne i skjeden, og har vist like god sensitivitet for HPV som en legetatt HPV-test.

- HPV hjemmetest er tilgjengelig hos alle fastleger i Norge.
- Kvinnen må bestille time for å få testen.
- Testen kan tas på legekantoret eller hjemme, og sendes direkte til analyse ved laboratoriet.
- Ved funn på hjemmetesten bør kvinnen følges opp med legetatt livmorhalsprøve og eventuelt kolposkopi. Dette kan for eksempel ivaretas gjennom henvisning til gynekolog.

– HPV hjemmetest gir kvinner som er omskåret mulighet til å delta i screening på en



Anisa Mahamed, frivillig under arrangementet, sammen med Kinsi Ahmed.

trygg og verdig måte. Fastleger spiller en avgjørende rolle i å tilby testen til personer som har behov for det.

Erfaringer fra kvinnene selv

I januar arrangerte Livmorhalsprogrammet og Kreftforeningen, i samarbeid med forfatter av artikkelen, Kinsi Ahmed, en samling for somaliske kvinner i Oslo. Målet var å øke helsekompetanse og deltakelse i Livmorhalsprogrammet.

Deltakerne delte mange konkrete erfaringer. Flere fortalte at det kan være vanskelig å snakke om kjønnslemlestelse, både med helsepersonell og i egne miljøer. Mange opplever også praktiske og strukturelle barrierer som økonomi, språk og usikkerhet rundt hvilke helsetilbud som finnes.

Et sentralt poeng fra diskusjonene var viktigheten av å bruke riktige kanaler for å nå ut til ulike grupper. Kvinner etterlyste informasjon der de faktisk befinner seg,



Skulpturer laget av Leah Brickhouse.

i trossamfunn, kvinnegrupper, frivillige organisasjoner og på plattformer de bruker til daglig.

Disse erfaringene viser behovet for lavterskeltiltak som HPV hjemmetest, men også for langsiktig relasjonsbygging og trygge møteplasser der samtaler om kropp og helse kan foregå på kvinnenens egne premisser.

Snakkekort som åpner for samtale

For å gjøre samtalen enklere har Kreftforeningen og Livmorhalsprogrammet utviklet snakkekort på blant annet norsk og somali.

Kortet kan tas med til legen og overleveres i stedet for å forklare alt muntlig. Det kan for eksempel signalisere at kvinnen ønsker HPV hjemmetest, trenger tilrettelegging, eller har behov for tolk.

Snakkekortet kan bestilles fra Kreftforeningen og finnes på flere språk: www.kreftforeningen.no/brosjyrer.

Fastlegens ansvar og mulighet

Fastleger har en sentral rolle i å sikre at kvinner som har vært utsatt for kjønnslemlestelse får likeverdig tilgang til helsehjelp. Anbefalinger:

- Informer alle kvinner som ikke har tatt livmorhalsprøve på mange år om muligheten for HPV hjemmetest.
- Tilby testen aktivt til dem som uttrykker frykt eller motstand mot undersøkelse.
- Bruk snakkekort i samtaler for å senke terskelen for kommunikasjon.
- Dokumenter kjønnslemlestelse i journal ved opplysning fra pasienten, og vurder behov for særskilt oppfølging, spesielt i svangerskap og fødsel.

Mer enn forebygging av kreft

For mange kvinner som er omskåret, kan HPV hjemmetest være en lavterskel inngang til kontakt med helsevesenet. En trygg og respektfull konsultasjon kan åpne for samtaler om fødsel, kirurgiske inngrep

Miyay kugu adag tahay in lagaa baaro ilmo galeenka?



Qaar ka mid ah, baaritaanka cudurada haweenka waxay noqon karaan kuwo adag sababtoo ah gudniinka, caqabadaha is fahamka iugadda ama xiriirka dhakhtarka. Waxaa laga yaabaa in baaritaanka HPV ee guriga, aad qaatiid karto uu wax kuu taro. Sax ama isku tilaab ku samee karkan oo u qaado dhakhtarkaaga, waxaad heli doontaan xaal adiga kugu habboon.

Waxaan rabaa in la iga baaro ilmo galeenka, laakiin ...

- Waxaan rabaa inaan maanta uun wada hadalno, oo aan maalin kale iska qaado baaritaanka
- Oo waxaa jira caqabado kale oo aan rabo in dhakhtar ku tixgeliyo.
 - Waan gudanhay
 - Dhibaatooyin luqadeed
 - Waxaan la kulmay xadgudub galmu ama faro xumayn
 - Waxaan u arkaa baaritaanka mid xarxun leh
 - Waxyaabo kale
- Oo waxaan jeclaan lahaa in dhakhtar kale oo aan dhakhtarkayga ahayn iga qaado baadhitaanka:
 - Waxaan rabaa dhakhtar dumar ah
 - Waxaan jeclaan lahaa in loo gudbiyo dhakhtarka dumarka
 - Waxyaabo kale
- Oo waxaan jeclaan lahaa in uu wehel ila joogo, si aan u helo ammaan dheeraad ah
- Oo waxaan jeclaan lahaa inaan ogaado in baaritaanka guriga HPV uu aniga iga haboon yahay.



SJEKK DEG
KREFTFORENINGEN

Er det vanskelig for deg å ta livmorhalsprøven?



For noen kan en gynekologisk undersøkelse være ekstra utfordrende på grunn av omskjæring, språkbarrierer eller forholdet til legen. Kanskje HPV hjemmetest, som du kan ta selv, er noe for deg. Kryss av på dette kortet og ta det med til legen din, så finner dere en løsning som passer for deg.

Jeg ønsker å ta en livmorhalsprøve, men ...

- Jeg ønsker at vi bare snakker sammen i dag, og tar prøven en annen dag.
- Jeg har noen utfordringer som legen må ta ekstra hensyn til:
 - Jeg er omskjært
 - Jeg har språkproblemer
 - Jeg har opplevd seksuelt overgrep
 - Jeg synes undersøkelsen er smertefull
 - Annet
- Jeg vil gjerne at en annen enn legen min tar prøven:
 - Jeg ønsker kvinnelig lege
 - Jeg ønsker henvisning til gynekolog
 - Annet
- Jeg vil gjerne ha med meg følge, for ekstra trygghet
- Jeg ønsker å vite om HPV hjemmetest er aktuelt for meg
- Jeg ønsker å vite om HPV hjemmetest er aktuelt for meg

Les mer på krefteforeningen.no/sjekkdeg



SJEKK DEG
KREFTFORENINGEN

og annen helsehjelp. Dette handler ikke bare om forebygging av livmorhalskreft, men om å styrke tillit, verdighet og likeverdigg tilgang til helsetjenester.

REFERANSER

- 1, 3 og 4 Sjøveian S, Johansen REB. Omskjæring hos kvinner bosatt i Norge – konsekvenser og behandling. Tidsskr Nor Legeforen. 2021; 141(14). Tilgjengelig fra: <https://tidsskriftet.no/2021/10/originalartikkel/omskjaering-hos-kvinner-bosatt-i-norge-konsekvenser-og-behandling>.
2. WHO. Improving maternal health outcomes by addressing female genital mutilation and gender-based violence in Somalia. WHO Results Report 2023. Tilgjengelig fra: <https://www.who.int/about/accountability/results/who-results-report-2020-mtr/country-story/2023/improving-maternal-health-outcomes-by-addressing-female-genital-mutilation-and-gender-based-violence-in-somalia>.

■ EILEN.AALERUD@FHI.NO
■ AHMED.KINSI@GMAIL.COM

Foredragsholderne Ameli Tropé, gynekolog og leder av Livmorhalsprogrammet, samt Kinsi Ahmed, lege ved Kvinneklinikken på Sykehuset Telemark.



Reisebrev fra Røst



Røst, den værharde øya lengst vest i Lofoten, har en sterk tiltrekningskraft på både fiskere og fugler. Gjennom Per Fugelli sin klassiker *Doktor på Værøy og Røst* har øya også tiltrukket seg mange legers nysgjerrighet. Når Utpostens redaksjon skulle på samling for å finne sin røst, var det naturlig å reise hit.

Bladet du nå holder i hendene er et dugnadsprodukt. *Utpostens* redaksjon har faste digitale møter, og i tillegg møtes vi fysisk to ganger i året for å vie helgen til redaksjonelt arbeid, lokale attraksjoner og gode måltid. Et passelig stort Widerøe-fly tok oss gjennom vindkastene fra Bodø via Leknes en sen kveld i mars. Med vindretning

fra sørvest lå forholdene til rette for en myk landing på flystripa midt i havgapet. Men – vi hadde mer vind i vente.

67 grader nord

Øygruppa Røst ligger cirka 100 km vest for fastlandet, består av 365 øyer og utgjør den

ytterste, vestligste og sørligste delen av Lofoten. Det høyeste punktet, Storfjellet, rager 259 meter over havet. Når vinden tar tak, med storm i kastene – som denne helgen vi tilbragte på øya, biter trollværet skikkelig fra seg. Det gjelder å kle seg godt, og å følge med på værmeldingen.

Redaksjonen i Utposten på besøk hos kollega Tove Hem (helt til høyre).

Redaksjonen på utflukt til Etertanken ledsaget av lokale sauer.

FOTO: STEIN-MARTIN TILRUM FAGERLAND



FOTO: KRISTIN QVANSØTER RUTLE



Redaksjonsmøte i Etertanken.



FOTO: STEIN-MARTIN TILRUM FAGERLAND



Geir Børre Johansen viser frem torskerogn i Røst Sjømat sine lokaler.

FOTO: STEIN-MARTIN TILRUM FAGERLAND



Redaksjonen på tur: Fra venstre Stein-Martin Tilrum Fageland, Inger Johanne Ravn, Kristin Olavsdotter Rutle, Kjell-Arne Helgebostad, Kari Thori Kogstad, Marit Tuv og Elin Hoel.

FOTO: RØST BRYGGEHOTELL

Beretninger og kart

Værforholdene var ikke mindre barske vinteren 1432, da handelsmannen Pietro Querini fra Venezia og hans mannskap led skipbrudd her. Mannskapet ble på øya denne vinteren. Den gang var regelen at kapteinen måtte avggi rapport til senatet ved hjemkomst. Slik ble beretningen om dagliglivet på Røst festet til papir. Et av manuskriptene er den dag i dag bevart i *Biblioteca Apostolica Vaticana* i Roma. Venezia var også viktig for produksjon av kart på denne tiden, og slik har det seg at flere gamle kart referer til denne historiske begivenheten.

Tørrfisk, stoccafisso, bacalá

Querinis skipbrudd sies å være starten på eksport av tørrfisk til Italia, et samarbeid som består den dag i dag. Vi fikk gleden av å få omvisning på fiskebruket Røst Sjømat AS. Der ble havets gull foredlet: sløyet og sperret, og deretter hengt på hjell. Rogn ble lagt på tønner, dekket av en blanding sukker og salt, lag for lag. Fabrikken huser store maskiner, med tilhørende krav til sikkerhet. Vi ble imponert over dimensjonen, både på fisken og selve anlegget, og den gode arbeidsflyten og atmosfæren som preget stedet.

Eieren Geir Børre Johansen startet i det små, har gradvis vokst og har i dag egen båt med tilhørende kvote. Han kunne fortelle oss at torsken mister 75 prosent av vekten i løpet av tiden den henger på hjell, og at 80 prosent av all tørrfisk eksporteres til Italia. I høysesongen hentes en stor del av arbeidsstaben inn fra Litauen. Arbeidsstoken på fiskebruket teller 28 personer i sesong, mot halvparten resten av året.

Alt henger sammen med alt

I høysesongen har konsernet 80 ansatte i ulike virksomheter som fiskeproduksjon, hotellnæring og nærbutikk. I et slikt fiskerisamfunn henger alt sammen med alt. Fabrikken huset spesialister på filetskjæring.

Men det mest iøynefallende var generalistene, de som hadde flere og svært ulike oppgaver, som guide for ivrige turister, transport i bil og båt – i all slags vær –, matlaging og servering, for å nevne noe.

Italienerne elsker sin stoccafisso og bacalá, og det forstår vi godt! Mens vinden røsket i tak og vegger fikk vi en smak av eventyret torsk i ulike varianter: Tørket eller i suppe, og gjerne på italiensk vis, dynket i velsmakende olivenolje. Nystekte hysekaker fikk vi også smake på Fiskarheimen. Røst er en forblåst øy i havgapet, men verden vet å finne veien hit – ikke minst den gastronomiske.

Legen

Redaksjonen er en gjeng nysgjerrige kolleger og vi fikk komme på befaring hos kommuneoverlege og spesialist i allmennmedisin, Tove Hem. For tiden er det tre leger i rotasjonsordning som jobber to uker på og har fire uker av. Når legen er på, dekker vedkommende alle legefunksjoner i kommunen, til alle døgnets tider. Tove forteller at arbeidsbelastningen er overkommelig, og at hun trives med å jobbe i slik turnus.

Det er ingen ambulansetjeneste her, men av og til er en sykepleier tilgjengelig fra sykehjemmet. Evakuering til sykehus skjer som regel med flytransport. Ved hjertestans eller andre akutte livstruende hendelser har heldigvis legen tilgjengelig hjelp fra brann- og redningstjenesten.

Ettertanken

Ettertanken er et gammelt vanntårn som har blitt omgjort til en skrivestue av Martin Otterbeck og Pål Thomassen, etter idé fra Per og Charlotte Fugelli. Det var et naturlig sted å oppsøke for oss. Tett ledsaget og bevitnet av lokale sauer, fikk vi testet klær og balanse på vei opp i tårnet – i stiv kuling. Vi nøt et deilig torskemåltid med nydelig utsikt, samtidig som vi la planer for julenummeret vårt og bladets fremtid.

SKJEMA 2838

Per Fugelli (1943–2017) startet sin karriere som distriktslege i Nordland. Erfaringer herfra ble grunnlaget for hans doktorgradsarbeid, men også for boka *Doktor på Værøy og Røst*. Siden boka kom ut i 1977 har offentlige etater og skjema fått nye navn, men det kan være like frustrerende i dag når legen opplever at pasienten eller historien ikke passer inn i et skjema.

Få oppgaver voldt meg større bry enn å fylle ut søknadsskjema om uføretrygd. Det var som å begå en forfalskning. Her måtte menneskene stykkes opp i biter og tvinges inn under punkter og presses inn i rubrikker. I det fire sider lange skjema er det ikke satt av én linje til beskrivelse av hvordan den syke opplever sin sykdom. Dette til tross for at pasientens reaksjon på den legemlige feil kan være like uføreskapende som sykdommen i seg selv. Jeg skal gi et eksempel på det.

En gang hendte det merkverdige at to menn på Røst fikk infarkt på samme dag. Begge var i 50-årene, begge var fiskere, begge overlevde og begge kom hjem fra sykehus etter tre uker med om lag de samme milde plager.

Den ene, Johan, var en Isak fra *Markens Grøde*, rett nok med havet som åker, men lik Isak ved sin uhyre arbeidsomhet og trivsel ved yrket. Jeg så ham to ganger i året da han kom og beordret resept på 1000 nitroglyserintabletter han tygget når garnet var tungt av skrei og kulingen blåste kald vesterfor Skomvær fyr. Vel hadde han vondt, sterkt og stadig på slike dager, men hva liv det var for en mann å gi opp sjøen?

Når Johan og de andre kom fra lange dager på Røstbanken og la til kai, sto en mann, Magnus, og ventet – hvis det var godt vær. Han var grådig etter nytt, hvor fisken sto, hva fangsten ble, slik spurte han fra båt til båt – bare én gikk han alltid forbi, den Johan arbeidet på. Magnus var den som hadde fått sitt infarkt samtidig med Johan og var blitt ufør av det. Han var en fryktsom og ømfintlig natur. Fisker god nok så lenge han var frisk, men selv da siste båt fra kai når det var dårlig melding ved utror og førstemann i land når det blåste opp ute på feltet. Infarkt opplevde han som en endelig dom. Han var urokkelig i sin uførhet. Han var syk og ville være syk sin tid ut. Slik gikk det til at Magnus, fordi han var en annen mann enn Johan, ble evig syk og varig ufør av samme legemlige feil som for Johan førte til at han under harde økter måtte bytte skråen med nitroglyserin.

Jeg har risset opp disse pasient-skisser for å klargjøre at ute i den medisinske felt er det syke hjertet en del av et menneske, og dette menneskets personlighet, holdninger og følelser vil forme sykdommens alvorlighet og følger like meget som den biologiske feil i seg selv. Forstå da min avmakt ved å måtte fylle ut skjema nr. 2838 og svare med kryss foran ja eller nei på spørsmålet: «Har psykiske forhold hatt betydning for den aktuelle uførhet?»

Hentet fra: Fugelli, Per. *Doktor på Værøy og Røst. Lege på Utrøst*. Utgitt av Orkana Stamsund 2019. Trykket med tillatelse fra forlaget

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}

I tillegg til diett med redusert kaloriinnhold og økt fysisk aktivitet

* Kvalitetsvekttap definert som vedvarende 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 kaloriinnhold 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:** Dyseseesi (økt frekvens rapportert ved bruk av semaglutid 7,2 mg), 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 endepunktstudien 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 **amming**. Semaglutid skal på grunn av den lange halveringstiden seponeres minst 2 måneder før en planlagt graviditet
- Forsiktighet** bør utvises hos pasienter med inflammatorisk tarmsykdom. 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 subkutant i abdomen, i låret eller i overarmen og administreres én gang per uke når som helst i løpet av dagen, til måltid eller utenom måltid. For å redusere sannsynligheten for gastrointestinale symptomer bør dosen trappes opp i løpet av en 16-ukers periode 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 doseopptrappingsplan 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.

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

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 april 2026).

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

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

Referanser: **1.** Wegovy® SPC, avsnitt 5.1. **2.** Lincoff AM, Brown-Frandsen K, Colhoun HM, et al. Semaglutide and cardiovascular outcomes in obesity without diabetes. N Engl J Med. 2023; 389(24): 2221-2232. **3.** Wharton S, Freitas P, Hjelmæth J, et al. Once-weekly semaglutide 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 09.04.2026).

Ph.d. – Hvorfor det?

■ ANETTE FOSSE • Spesialist i allmennmedisin og ph.d. i sykehjemsmedisin

Leder for Nasjonalt senter for distriktsmedisin (NSDM) ved Institutt for samfunnsmedisin, UiT Norges arktiske universitet

Undring og nysgjerrighet er sterke drivkrefter i livet mitt. «Vafför då, då, vafför gör hon på det här viset?» spør huldretussene i Astrid Lindgrens historie om Ronja Røverdatter. Det gjør jeg også.

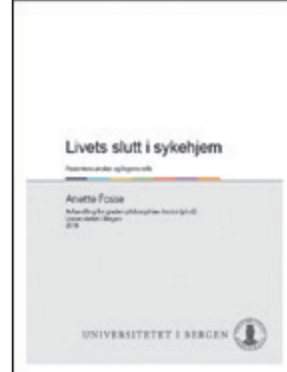
I jobben som fastlege og sykehjemslege førte mine undringer stadig til spennende, nyttige og lærerike samtaler med pasienter, pårørende og samarbeidspartnere. Etter turnustjenesten ledet nysgjerrigheten til at jeg ved siden av legejobben i Mo i Rana ble engasjert i fagutvikling og fagpolitisk arbeid i Legeföreningen i en tiårsperiode, og deretter fulgte ti år med samhandlingsarbeid, helsepolitikk og kommunepolitikk.

I mange år tenkte jeg at forskning ikke var noe for meg, men etter hvert bidro nysgjerrigheten til planlegging av et forskningsprosjekt om skrøpelige eldre. Det skar seg imidlertid ganske raskt. Jeg ville for mye på en gang, og greide ikke å avgrense en forskbar problemstilling. Så jeg la forskningsambisjonene på hylla, og tenkte at jeg hadde fått bekreftet at forskning ikke var min greie. Men så ble jeg invitert til å holde keynoteforedraget 'Live and let die – palliative care in the community setting' på Nordisk kongress for allmennmedisin i Tromsø i 2011. Der fanget Kirsti Malterud meg opp og lurte på om jeg kunne tenke meg å begynne med forskning. Det var '...an offer you can't refuse' – i beste betydning av uttrykket! Tilbudet fra Kirsti var å finne et tema jeg var engasjert i, og ta utgangspunkt i det, så skulle hun og kolleger ved AFE Bergen bistå med å utvikle en forskbar problemstilling.

Jeg landet raskt på at arenaen for forskningen måtte være sykehjem, og at temaet

måtte være døden. Motivasjonen var dels faglig, dels helsepolitisk. Både sykehjemsmedisin og døden er «lavstatus» i den medisinske verden. Sykehjem er særegne arenaer som skiller seg fra den øvrige helsetjenesten ved at målet ikke alltid er utredning og behandling med sikte på å gjøre pasienten frisk, men like mye å legge til rette for en god livsavslutning når tiden er inne. Retningslinjer for utredning og behandling som gjelder i allmennpraksis og sykehus kan i slike situasjoner ha begrenset nytteverdi. Det fantes få kunnskapsbaserte beslutningshjelpemidler som var gyldige i sykehjemsmedisinen. Ved å sette forskerlys på dette, ville jeg forhåpentligvis kunne bidra til ny kunnskap med potensiell nytte for både pasienter, pårørende, helsepersonell og beslutningstakere (litt ubeskjeden der, kanskje?).

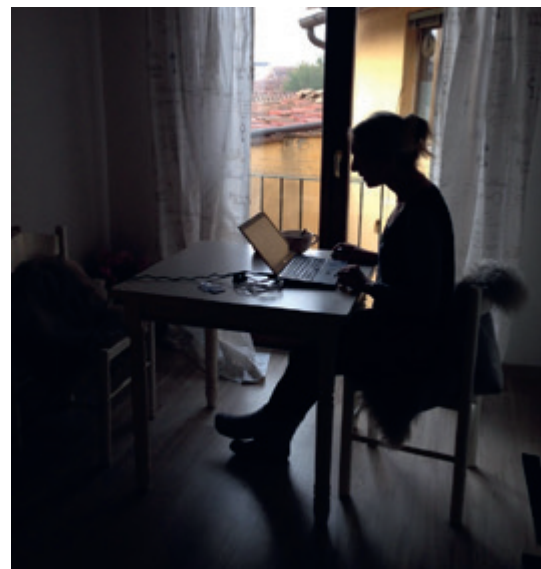
Jeg ble utstyrt med et særdeles kompetent veilederteam bestående av hovedveileder Margrethe Aase Schaufel, som da var ph.d. og LIS-lege på hjersteavdelingen ved Haukeland sykehus, prof.dr.med Sabine Ruths og prof.dr.med Kirsti Malterud, begge spesialister i allmennmedisin. Sabine hadde sykehjemsforskning som tema, og Kirsti hadde interesse for forskning på marginaliserte grupper og tema. Sammen spisset vi min nysgjerrighet på døden i sykehjem til å handle om hvordan sykehjemsleger kan bli dyktige i arbeidet med



livets slutfase. Vi avgrenset problemstillingene til å få oversikt over kunnskap om hva pasienter og pårørende ønsker og trenger når døden nærmer seg, hvordan nye leger lærer å forholde seg til døden, og hvordan rammebetingelsene er for å arbeide med lindrende behandling og en verdig død i sykehjem.

I AFE Bergen ble jeg én av tre ph.d.-stipendiater med sykehjem som forsknings tema. Kristian Jansen og Kristina Riis Iden var gode sparringpartnere hele veien gjennom seks år med 50 prosent forskning og 50 prosent fastlege- og sykehjemslegejobb i Mo i Rana. Med et lappeteppes av delvis permisjon fra Øvermo legesenter og periodevis permisjon fra sykehjemmet, vikarjakt, velvillige kolleger og en tålmodig og støttende familie, gikk tidsplanen noenlunde i hop. AFU-midler ga mulighet til å utvikle ph.d.-protokollen og å begynne på første delstudie. Deretter fikk jeg AMFF-stipend resten av tiden. Og da Nasjonal forskerskole i allmennmedisin så dagens lys i 2013, var jeg så heldig å få være på første kull – en flott arena for allmennmedisinske forskerspirer i alle aldre.

Som erfaren og trygg spesialist i allmennmedisin med 20 års klinisk, praktisk erfaring i bagasjen, var møtet med academia som å bli helt nybegynner igjen. Jeg brukte



Thennt.com

Enkle fakta kan være vanskelig å formidle. Statistikk er forvirrende. Hva betyr egentlig 20 prosent reduksjon i risiko for å få en bestemt sykdom? Det høres bra ut, men er gjerne ikke så bra som man umiddelbart lures til å tro – spesielt om utgangsriskoen er lav. En bedre måte å fortelle om nytte og risiko på er NNT – antall som trenger behandling for at det skal være nyttig for én. Visste du at det fins en nettside som enkelt kan gi deg slike NNT-tall?

Thennt.com gir slike tall systematisk, sammen med ulemperne: Number needed to harm (1)! Den gir også en enkel fargekodet grafisk anbefaling om hvor smart en test eller en behandling er. Dette verktøyet er det gøy og lærerikt å leke seg i – og det er nyttig å veilede pasienter med tall fra nettsiden.

La oss se på noen eksempler. En frisk pasient ber om resept på acetylsalicylsyre for å unngå hjertesykdom. På thennt.com kan man søke opp «Aspirin for preventing a first heart attack or stroke». Her er NNT 333. Det betyr at 333 personer må behandles forebyggende med aspirin for å unngå

ett ikke-fatale hjerteinfarkt. Ingen dødsfall unngås. Det er uklart om det er nyttig for å unngå hjerneslag. Vi får også vite at NNH – numer needed to harm er 250. Det betyr at 250 må behandles for å få ett skadelig utfall i form av «major bleeding event» (2). Thennt.com konkluderer «rødt», som betyr at fordeler og ulemper kommer likt ut. Ved fargekode svart er ulempene større enn fordelene. Oransje betyr at flere studier trengs. Grønt betyr at fordelene er større enn ulempene.

Videre gis på hver enkelt anbefaling en grundig redegjørelse for studiene bak anbefalingene, og for hvilke styrker og svakheter som fins i konklusjonen. Det står også når vurderingen er gjort, i tilfelle aspirin hos friske er den utført i 2019. I samtalen med pasienten er tallene og fargekodningen et nyttig verktøy.

Vi kan så sammenligne med for eksempel «Aspirin after acute ischemic stroke» og finner da en «grønn» anbefaling. NNT synker markert som uttrykk for at behandling gir mer mening ved høyere risiko.

Vi tar et par eksempler til: Hjelper probiotika ved akutt infeksjons diaré? Her er tallene lette å forholde seg til: Gevinsten er en dag mindre med diaré. Det er ingen registrerte skader/«harm».

Hjelper styrke og balansetrening hos eldre for å unngå fall? Ja, grønn anbefaling, elleve må gjennom et slikt program for at én skal ha nytte i form av å unngå ett fall under en oppfølgingstid på ett år.

Kjekt! Godt også å vite at denne nettsiden drives idealistisk, uten reklame, og uten at noen profiterer på den. Siden finansieres av donasjoner, omtrent som wikipedia. En svakhet er at det er vanskelig å søke etter artikler. For eksempel gir «acetylsalicylsyre» ingen treff, mens «aspirin» gir treff. Et alternativ er å lete under ingressen «reviews» på det enkelte fagområdet.

REFERANSER

1. <https://thennt.com>.
2. <https://thennt.com/nnt/aspirin-preventing-first-heart-attack-stroke/> lest 161225.

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

de første par årene på å bli fortrolig med språk, kultur og metoder. Det var utfordrende, strevsomt, spennende, skummelt, glede-skapende og tilfredsstillende. Jeg satt fast i skrivesperre flere ganger, måtte følge krokveier og avstikkere, men fikk hele tiden stødig veiledning og opplevde stor takhøyde og generøsitet i fagmiljøet.

14. juni 2018 disputerte jeg med avhandlingen 'Livets slutt i sykehjem – pasientens ønsker og legens rolle'. I avhandlingen undersøkte jeg vilkår for at legen skal kunne bidra til verdighetsbevarende behandling og omsorg for pasienter i livets slutfase i sykehjem. Avhandlingen var basert på tre delstudier som belyste følgende problemstillinger:

1. Hva kan forskningslitteraturen fortelle om pasienters og pårørendes forventninger og erfaringer om hvordan sykehjemsleger kan bidra til god kvalitet på omsorgen ved livets slutt i sykehjem?
2. Hvilke læringserfaringer får nyutdannede leger fra arbeidet med livets slutt i sykehjem, spesielt når det gjelder samtaler om døden?
3. Hvordan vurderer sykehjemsleger i Norge og Nederland barrierer og strategier for legearbeid ved livets slutt i sykehjem?

Avhandlingen viste hvordan legen kan motvirke verdighetskrenkninger ved at sam-

taler ved livets slutt er pasientfokuset framfor prosedyrestyrt. Ved at legen våger å la seg berøre av pasienten som person, og samtidig vurderer medisinske, etiske og ressursmessige forhold, kan behandling og omsorg tilpasses den enkelte pasientens behov. Tid, kompetanse og interesse er nøkkelementer i forbedring av arbeidet med livets slutt i sykehjem. Legeutdanningen bør legge større vekt på refleksjon rundt døden, og sette leger i stand til å tale de eksistensielle og faglige dilemmaene i livets slutfase. Sykehjem som læringsarena kan gi leger en mer nyansert innsikt i legerollen og erfaring med å arbeide i tverrfaglig praksisfelleskap.

Da jeg begynte på ph.d.-løpet, var det å snakke om livets slutt i ferd med å komme på dagsordenen, men fortsatt lite satt i system. Jeg opplevde underveis at jeg tok del i en kunnskaps- og fagutvikling som fikk økende oppmerksomhet og betydning. Nå er forhåndssamtaler og behandlingsavklaringer på vei til å bli etablert i både klinikk og utdanning. Det er fint å ha bidratt med en liten flik av kunnskapsgrunnlaget.

Ph.d.-en fikk avgjørende betydning for mitt videre liv. Jeg har alltid tenkt at jeg skulle være fastlege og sykehjemslege livet ut, og at det å forlate pasientene ikke var aktuelt. Men i løpet av året etter disputa-

sen, da jeg var tilbake i full klinisk praksis, grodde det fram et ønske om å forske mer, samtidig med en erkjennelse av at jeg ikke maktet å yte nok for pasienter og kolleger dersom jeg skulle drive med forskning også. Tanken på å forlate livet som fastlege trengte lang modning. Da muligheten til å overta som leder av Nasjonalt senter for distriktsmedisin etter Helen Brandstorp dukket opp, ble jeg først vettaskremt. Avgjørelsen ble lettere da mannen min kommenterte at det kunne gi mulighet til å bruke full tid på det som jeg gjennom hele legelivet hadde gjort på si – fagutvikling, forskning, helsepolitikk, og til å være med på å videreutvikle et marginalisert fagområde – distriktsmedisin.

Det var med både tungt og lett hjerte at jeg tok avskjed med pasienter og kolleger ved Øvermo legesenter, og med folkene på sykehjemmet. Alt har sin tid. Alle årenes erfaring fra klinisk arbeid i primærhelsetjenesten i en liten by i Nord-Norge, og med samhandling på Helgeland som distriktsforankring, bidrar fortsatt tungt til mitt perspektiv på forskning og kunnskapsutvikling.

Jeg er evig takknemlig for muligheten jeg fikk da Kirsti huket tak i meg i Tromsø i 2011.

■ ANETTE.FOSSE@UIT.NO

Alarm: Fraværet øker

Fraværet i videregående skole har de siste årene utviklet seg fra å være et vedvarende, men håndterbart problem, til å bli en av de mest akutte utfordringene i det norske samfunnet.

Nye tall viser en jevn og tydelig økning i både dags- og timefravær, og utviklingen peker mot både strukturelle og sosiale årsaker som vi ennå ikke har tatt tilstrekkelig på alvor.

Tall fra Utdanningsdirektoratet viser at elever i videregående skole nå har et typisk fravær på 5 dager og 20 enkelttimer, en økning på én dag og én time fra foregående skoleår, og det høyeste dagsfraværet siden fraværsgrensen ble innført i 2016. Samtidig har 11 prosent av elevene 20 dager fravær eller mer, og hele 18 prosent har minst 50 timer fravær. Dette er en andel som har økt jevnt og trutt etter pandemien. Regjeringen bekrefter den samme trenden. Fraværet i den videregående skolen økte også i skoleåret 2024/2025, og ligger nå høyere enn nivået vi hadde da fraværsgrensen ble innført. Særlig bekymringsfull er veksten i fravær blant elever med svake karakterer, da det er i denne gruppen fraværet stiger aller mest.

Hva ligger bak økningen?

Mye tyder på at fraværutviklingen etter pandemien følger et bredere internasjonalt mønster. Flere OECD-land rapporterer lignende trender, der økt fravær henger sammen med faglige utfordringer, svakere trivsel og mer mobbing i skolen.

Utdanningsdirektoratet trekker frem flere mulige forklaringer:

- En voksende gruppe elever kommer inn i videregående med både dårligere faglig grunnlag og høyere fravær fra ungdomsskolen.
- En del elever ser ut til å tilpasse seg fraværreglene strategisk. Fraværet er betydelig lavere første året, før det stiger i andre og tredje klasse.
- Trivsel og mobbing peker seg ut som sentrale faktorer. Elever som ikke har det bra, møter heller ikke opp.

- Det høye fraværet fremstår derfor ikke som resultat av én enkelt årsak, men som et symptom på et bredere sett av utfordringer i skolemiljø, psykisk helse og motivasjon.

Er strengere fraværregler riktig medisin?

Høsten 2025 ble fraværreglene justert. Elever kan nå bruke inntil ti prosent egenmeldt sykefravær, men utover dette kreves dokumentasjon fra lege eller annen instans. Udokumentert fravær utover grensen vil som hovedregel føre til «ikke vurdert» i faget.

Argumentet bak endringene er klart: Elever skal ikke kunne «spare opp» udokumentert fravær. Men spørsmålet er om en strengere regulering faktisk treffer årsakene til fraværet, eller om den kun justerer symptomet. For når vi vet at:

- fraværet øker mest hos elever som sliter faglig, og
- fraværet henger sammen med mistriivsel og mobbing,

må vi spørre oss om kontrolltiltak alene er tilstrekkelig. Elevgruppen med høyest fravær er ofte den samme gruppen som strever mest faglig, sosialt og psykisk.

Fravær som tidlig varsel

Det viktigste signalet fraværstatistikken gir oss, er at fravær ikke bør betraktes som en forseelse som skal bekjempes, men som en indikator som skal tolkes.

Når elever uteblir fra skolen, er det ofte de første tegnene på:

- fagvansker
- psykiske helseplager
- manglende mestring
- ustabile hjemmeliv
- svakt skolemiljø

Utdanningsdirektoratet understreker nettopp behovet for tidlig innsats, allerede fra grunnskolen, for å hindre at problemer forplanter seg inn i videregående skole.

Hva kan vi gjøre?

For å snu fraværstrenden holder det ikke med ett tiltak – det trengs en helhetlig innsats, og den må starte tidlig. Tre forhold peker seg særlig ut:

1. Styrk tidlig innsats i barneskolen og ungdomsskolen

Høyt fravær i videregående starter ikke i 1. klasse på videregående, det starter ofte flere år tidligere. Tiltak må derfor rettes mot tidlige skoleår, før fraværet får feste. Foreldrerollen må styrkes. Vi må våge å la barna møte hindre tidlig i livet, som de selv kan lykkes med å overkomme. I dag fjerner foreldre altfor ofte ubehag for barna sine og ordner opp i utfordringer for dem, heller enn å la barna få løse problemene sine selv.

2. Skap mer relevante og motiverende læringsmiljøer

Mange elever beskriver skolen som «noe de må gjennom», ikke noe de opplever som meningsfullt. Mer praksisnære løp, tettere oppfølging og variert undervisning kan bidra til å øke både tilstedeværelse og mestring.

3. Ta elevens psykiske helse på alvor

Økende mistriivsel, sosial angst, ensomhet og press preger elevgruppen som har høyest fravær. Tettere samarbeid mellom skolehelsetjeneste, fastlege, foresatte og skole er helt nødvendig for å snu utviklingen.

En oppfordring til både skole, foreldre og politikere

Det er lett å reagere på fraværstall med strengere krav. Men skolefravær må først og fremst forstås som en advarsel. Ikke bare om individets utfordringer, men mest om systemets.

For elever som trives, mestrer og opplever mening, møter som regel opp.

Når fraværet stiger år etter år, er det ikke elevene som først og fremst svikter oppmøteplikten, det er vi voksne som ikke har klart å møte deres behov.

Dette er kanskje den største samfunnsmedisinske utfordringen de neste årene. Vi må sikre mindre frafall blant de unge. Vi har nemlig i neste runde heller ingen å miste ut av arbeidslivet.

KILDE

- OpenAI. (2026). ChatGPT. (Stor språkmodell) <https://chat.openai.com/>

JAN HÅKON JUUL
Spesialist i samfunnsmedisin og kommuneoverlege i Vågan
■ JANHAKONJUUL@GMAIL.COM

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..

Kristina Riis Iden?

Overlege Ullern helsehus, Oslo
■ KRISTINA.IDEN@GMAIL.COM



Hommage til barskogen

NÅR DU KOMMER KJØRENDE med bil fra Oslo og tar av ved Ånestadkrysset mot Elverum, endrer landskapet seg fra bølgen-de, gylne jordbruksområder til barskogen, der den står tett og mørk langs veien. Her begynner taigaen, som strekker seg østover helt til Vladivostok. Rolf Jacobsen beskriver dette barskogbeltet som «jordklodens grønne skjerv rundt halsen» i diktet *Tanker ved Ånestadkrysset*.

NOEN MIL LENGER ØST ligger Elverum. Her vokste jeg opp, omgitt av skog på alle kanter. Jeg flyttet derfra da jeg begynte å studere og jeg har siden ikke bodd på Innlandet. I disse dager rydder vi ut av barndomshjemmet som er en vemodig prosess som gir rom for minner. «Livet leves forlengs, men må forstås baklengs», skrev Søren Kierkegaard. Først de senere årene har jeg forstått hvor mye landskapet vi vokser opp i former oss og verdiene vi bærer med oss videre. Som en honnør til en fin oppvekst i det skogfylte indre Østlandet, vil jeg nettopp la skogen være den røde tråden i bøkene jeg nå vil anbefale *Utpostens* lesere.

FØRSTE BOK UT er *Skogen* (2023) av Anne Sverdrup-Thygeson. Hun skriver engasjerende og lett for lesere uten bakgrunn i biologifaget om det yrende livet i og rundt trærne. Her er det mye å lære, som at *læger* er de døde trærne som ligger på bakken, mens *gadder* er døde trær som fortsatt står. Begge er avgjørende leveområder for mange insekter som alle har en rolle i det store kretsløpet. Sverdrup-Thygeson retter en skarp kritikk mot dagens skogforvaltning, der effektiv hogst kan gå på bekostning av naturmangfoldet. Et begrep jeg festet meg ved, er *endringsblindhet*, hvordan vi gradvis slutter å se tapet av natur rundt oss.

MED DETTE SOM BAKTEPPE beveger jeg meg videre østover gjennom Taigaen og over Kjølén, til Sverige.

Hos Kerstin Ekman finner vi en beslektet naturbevissthet. Hun er svensk litteraturs grand old lady, nå over 90 år. Hun gav ut en essaysamling, *Min bokvärld* så sent som for tre år siden. Her formidler hun opplevelser hun selv har hatt av bøker hun har lest. Hun argumenterer sterkt for at gode bøker godt kan leses flere ganger, gjerne i ulike faser av livet. For opplevelsen av litteratur avhenger av hvor du selv er.

FOR DEN SOM ØNSKER SPENNING, vil jeg særlig anbefale *Hendelser ved vann*, som Ekman mottok Nordisk råds litteraturpris for. Foretrekker du en kortere og mer konsentrert tekst, foreslår jeg *Løpe ulv*, som er en av de sterkeste leseopplevelsene jeg har hatt. Her flettes faunakriminalitet, et lukket lokalsamfunn og en lavmælt kjærlighetshistorie sammen til en intens fortelling om rovdyrenes vilkår og menneskets plass i naturen.

FORHOLDET MELLOM MENNESKE OG NATUR er også sentralt i Ekmans *Vargskinntrilogien*, der skogen ikke bare er bakgrunn, men livsbetingelse. Det værharde landskapet i Jämtland er realiteten rundt sterke kvinneskikkelser og en gammel forbrytelse som forfølger slekta. Gjennom trilogien følger vi livene til menneskene i en liten bygd og ser hvordan natur, arbeid og samfunn veves tett sammen over tid. Den er, som alt Ekman produserer, nydelig skrevet!

SKOG, ARVESYNDER OG SPENNING finner vi også igjen i Lars Myttings roman *Svøm med dem som drukner*. Her spiller både flammebjørkskogen i Gudbrandsdalen og valnøttskogen i Frankrike avgjørende roller. Når valnøttrær eldes, gir de trevirke av høy kvalitet som brukes til møbler og ge-

værskjeffer. Edelt treverk er utgangspunktet for svik, krig og et mysterium. Fortellingen kan minne om en kriminalroman med spenning i hvert kapittel.

Fra romanens flammebjørkeskog er veien kort til Myttings sakprosa. For noen år siden kom *Hel ved*, en bok om bearbeiding av trær til ved. At en bok om vedhogst, stabling og torking skulle bli en internasjonal suksess, det er i seg selv bemerkelsesverdig. Nå har en ny utvidet utgave kommet, som også rommer et nytt kapittel om samisk bålkunnskap. Hos oss lå *Hel ved II* under juletreet i fjor, en gave til mannen min, som jeg selvfølgelig kjøpte fordi jeg hadde lyst til å lese den selv.

Fra vedhogst i de dype østlandsskogene, vender jeg til slutt blikket mot Vest-Telemark, hvor min siste boka anbefaling kommer fra.

I LESESIRKELEN I FJOR HØST leste jeg *Fuglane* av Tarjei Vesaas. Her er det (igjen) skogen, og særlig ett spesielt tre som er sentralt i romanen. Mattis er ikke som alle andre. Han lever tett knyttet til naturen og tolker andre ting ut av værferenomen, fugler og dyr enn sambygdingene. Søsteren gir ham omsorg og trygghet, men når livet endrer seg, søker han tilflukt i det han kjenner: treet og fuglene. Romanen er en vemodig skildring av annerledeshet og av hvordan vi oppfatter verden ulikt, formet av våre forutsetninger. Mattis tolker verden og seg selv på sin måte og forstår livet baklengs, slik Kierkegaard formulerte det.

Å RYDDE UT av barndomshjemmet innebærer også å se tilbake på det som var. Hyllemetere med bøker er pakket i kasser og fordelt. I en av kassene ligger Hans Børllis poesi. Det kan jeg ta fram hvis lengselen etter skogen blir for sterk, her jeg nå bor i en leilighet midt i en stor by.



Kamp om fastlegeordningen

Gode kolleger, tiden flyr! Når jeg sitter og skriver til Legeforeningens hjørne i *Utposten*, så er det første halvåret med nytt styre i Allmennlegeforeningen fullført (1). Det har vært et hektisk halvår, og vi er kommet godt i gang. Styret er en god blanding leger med ulike alder, geografisk tilhørighet og erfaring som tillitsvalgt. Det er viktig med en bred forankring av politikken og arbeidet vi gjør, all den tid faget allmennmedisin og fastlegeordningen er under et betydelig press. Mange aktører ønsker å overta deler av arbeidsoppgavene og økonomien, samtidig som legene fortsatt skal sitte med ansvaret og oversikten.

Vi opplever også at dette er en tid med muligheter. Vi jobber målrettet for å påvirke utviklingen i riktig retning, bidra til gode løsninger og sikre at endringene styrker allmennmedisinen.

Kontinuiteten er gullet

Allmennmedisinen og fastlegeordningen er tuftet på verdsettet **KOPF**: Kontinuerlig, omfattende, personlig og forpliktende. Det er viktig at vi løfter frem verdiene våre i møte med endringsforslagene.

Kontinuiteten i lege-pasient-forholdet er gullet i fastlegeordningen. Pasienter som har stabile fastleger bruker mindre legevakt, legges sjeldnere inn akutt, og har bedre og mer koordinerte helsetjenester (2, 3). Det er det mange utenfor Norge som misunner oss (4). Stabile fastleger er bra for pasientene (5), og bidrar til en samlet god ressursbruk i helsetjenesten.

Da er det grunn til å være bekymret for framtiden sett i lys av de pågående endringene som foregår. Helse- og omsorgsdepartementet tildeler en rekke forskjellige oppdrag til Helsedirektoratet. I tildelingsbrev 5 2025 og tildelingsbrev 1 2026 har Helsedirektoratet fått en rekke oppgaver som direkte vil påvirke arbeidshverdagen for oss allmennleger (6,7). Her legges det opp til betydelige endringer av fastlegeordningen, både faglig og økonomisk, i tillegg til større endringer i organisering av legevakt. Vi følger dette tett, og deltar aktivt med innspill i prosessene.

Personlig, for hvem?

P står for den **personlige** relasjonen mellom pasienten og legen. Den er truet. For fastlegeordningen er det allerede innført konsultasjoner utført av sykepleiere, og det jobbes

med innføring av profesjonsnøytrale takster for andre helsepersonellgrupper på fastlegekontoret. Sykepleiere kan gjøre en god jobb på fastlegekontoret ved å følge opp stabile pasienter med kroniske sykdommer. Samtidig frykter vi at flere sykepleiere inn på fastlegekontor kan tappe hjemmetjeneste, sykehjem og legevakt for nødvendig sykepleiefaglig kompetanse. Fastlegen kan dessuten bli mindre tilgjengelig for kronikerne om andre helseprofesjoner overtar tradisjonelle allmennlegeoppgaver.

Allmennlegeforeningen har lenge hatt knekkpunktmodellen som foretrukket modell for fordeling av basistilskudd, heller enn det pasienttilpassede basistilskuddet (8). Med dagens Arbeiderpartiregjering er dette en ordning som sannsynligvis blir videreført og utvidet. Med de planlagte økningene i andelen basistilskudd av totaløkonomien, er det en klar fare for at takster må reduseres. Det kan hende at enkelte takster må fjernes. Det vil svekke økonomien til vikarer og LIS1 leger. Vi frykter at redusert andel takster vil føre til at oppgaver som fastleger i dag utfører selv, vil bli henvist til spesialisthelsetjenesten. Vi jobber hardt for at økonomiske endringer ikke skal svekke stabiliteten i eller rekrutteringen til fastlegeordningen.

Forpliktende og omfattende kronikeromsorg

I dagens modell er det en demping av de forskjellige variablene som utgjør det pasienttilpassede basistilskuddet. Pasientens kjønn, alder, tidligere bruk av fastlegetjenester samt sosioøkonomisk status og sentralitetsgrad der pasienten bor, er variablene som påvirker det pasienttilpassede basistilskuddet. Da dette ble innført, ble faktorene dempet noe for å gjøre utslagene i basistilskudd til fastlegene noe mindre. I den nye modellen er disse dempende faktorene dessverre foreslått fjernet. Dette vil ytterligere bidra til variasjoner i basistilskuddet. Vi frykter økte forskjeller i basistilskudd, innad og mellom legekantor.

Takstsystemet er i et av oppdragene fra Helsedirektoratet foreslått forenklet og forbedret. Styret har sammen med Norsk forening for allmennmedisin kommet med innspill til hvordan takstene kan organiseres mer pedagogisk. Her utfordres fastlegene på F for **forpliktende**. Det er en klar politisk forventning om at fastlegene skal bruke mer tid på pasienter med kroniske sykdommer, skrøpelige eldre og pasi-

enter med blandet ruslidelse og psykisk sykdom, samt at portvokterrollen skal forsterkes. Dette gir oss også muligheten til å tydeliggjøre hvilke oppgaver og ansvar fastlegene har, og hvorfor vår kompetanse er sentral for den enkelte innbygger, og i helsetjenesten.

O for **omfattende** er truet i flere av tildelingsbrevene. I vårens tildelingsbrev skal det piloteres å gi henvisningsrett til flere yrkesgrupper. Når flere yrkesgrupper gis henvisningsrett til spesialisthelsetjenesten, er det nærliggende å anta at det vil bli flere henvisninger til spesialisthelsetjenesten som følge av at de foreslåtte yrkesgruppene ikke har den samme gode oversikten som fastlegene.

Nytt rammeverk for legevakt

Legevakt er regulert av særavtalen, SFS 2305. KS og legeforeningen ble i årets forhandlinger enige om å utarbeide en ny særavtale (9). Dagens avtale har vært justert på gjennom flere år, men er likevel ikke tilstrekkelig tilpasset dagens behov. Arbeidet skal være fullført innen utgangen av oktober. Her har vi hatt åpne innspillsrunder for alle medlemmer samt flere møter med våre tillitsvalgte for å sikre et godt tilpasset nytt avtaleverk. Målet er å bedre arbeidsvilkårene for allmennleger, og tjenesten for pasientene.

Omfattende helsereform med liten tid

Helsereformutvalget skal i løpet av året utrede og foreslå ulike modeller for framtidig organisering, styring og finansiering av helsetjenesten (10). Målet er å få til en mer sammenhengende og integrert helsetjeneste. Det er et omfattende oppdrag utvalget har fått: Skrøpelige eldre, unge og voksne med kroniske sykdommer samt personer med blandet psykisk sykdom og ruslidelse er pasientgrupper som skal få bedre og mer koordinerte helsetjenester. Fastlegene har en naturlig, sentral rolle som pasienters medisinske koordinator. Portvokterrollen er også viktig i dette arbeidet. Med flere helseprofesjoner med rett til å utrede, behandle og henvise, vil denne rollen bli utfordret.

Det er en bekymring at utvalget har fått et svært omfattende mandat, og kort tid til å løse oppdraget. Da den kommunale allmennlegetjenesten fikk betydelige kapasitetsutfordringer ut over siste del av 1980-tallet, fattet Stortinget i 1991 loven om å forsøke ut en listebasert fastlegeordning. Fastlegeforsøket ble gjennomført i

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.

Først problemet – så prøvene

Første møte med pasienten. Han subber gjennom gangen og dumper ned i stolen på kontoret mitt, overdrevent nonchalant. Han har brede og litt høye skuldre.

Jeg spør hva vi skal gjøre i dag. Han svarer kontant: – Du skal ta blodprøver!

– Ja vel, sier jeg. – Er det noe konkret vi skal følge opp?

Da smeller det fra andre siden av bordet: – Du skal ta alt!

Jeg kvepper litt. Orker egentlig ikke å krangle, det tar så mye tid og krefter. Dessuten er jeg forsinket som vanlig. Samtidig liker jeg dårlig følelsen av å være en kioskvært som gjør det kunden behager. Jeg retter meg opp i ryggen og tar et magadrag. Hvor motet kommer fra er uvisst, men jeg spør:

– Vil du vite hvordan det foregår her på mitt kontor?

– Gjerne det. Ingen harde ord i retur, bare en stille aksept for at dette autoritære spørsmålet skapte en slags maktbalanse i rommet.

Jeg fortsetter: – Det foregår slik at du forteller meg hva du plages med. Etterpå blir vi enige om hva vi gjør videre med problemet. Noen ganger kan blodprøver avklare videre tiltak, andre ganger trengs det en annen type prøve eller et røntgenbilde. Så da er spørsmålet mitt til deg – har du noen plager?

– Ja, sier han, og forteller om vannlatingsbesvær som har vedvart over lang tid.

Jeg undres hvorfor det ikke er gjort noe med dette tidligere. Han ser på meg og sier



ILLUSTRASJONSFOTO: GETTY IMAGES (MANIPULERT) / PERSONENE PÅ BILDET HAR INGEN TILKNYTNING TIL ARTIKKELEN

triumferende: – Vi valgte å avvente fordi blodprøvene var fine!

– Ble du bedre av det, da? lurer jeg.

– Nei, jeg ble jo ikke det. Og det er faktisk blitt litt verre nå. Han ser ned.

– Da foreslår jeg at vi gjør noe med plagene dine i dag.

Han nikker. Jeg finner fram skjemaet, vi lander på en skår og blir enige om videre plan. Noen blodprøver blir det også.

På vei ut døra snur han seg mot meg og spør: – Hva gjør jeg om jeg har flere plager?

Da gjør vi akkurat det samme, forteller jeg. – Du beskriver hva problemet er og så finner vi ut hva vi skal gjøre med det.

Jeg hører skrittene hans i gangen, hakket mindre subbene enn da han kom.

MARIT TUV
Redaktør i Utposten

■ MARITTUV@HOTMAIL.COM

perioden 1993 til 1996. Deretter ble forsøket evaluert, før fastlegeordningen ble startet i 2001. Tilstrekkelig tid til en grundig prosess er nok et av suksesskriteriene bak fastlegeordningen. God tid til rådighet er derfor ønskelig når helsereformutvalgets arbeid skal videreføres.

Vi har en tid nå med forslag om store endringer i allmennlegetjenesten. Vi i styret gjør vårt for å sikre gode rammer og arbeidsvilkår for allmennlegene, slik at utviklingen går i riktig retning.

REFERANSER

- <https://www.legeforeningen.no/foreningsledd/yf/allmennlegeforeningen/om-oss/styret/>.
- <https://bjgp.org/content/bjgp/72/715/e84.full.pdf>.
- [https://www.thelancet.com/journals/lanprc/article/PIIS3050-5143\(25\)00016-0/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lanprc/article/PIIS3050-5143(25)00016-0/fulltext).
- <https://www.dagensmedisin.no/danmark-fastlegeordningen-finland/tre-ar-etter-sin-store-helse-reform-ser-finnene-til-den-norske-fastlegeordningen/730576>.
- https://kantar.no/globalassets/ekspertiseomrader/energi-klima-helsepolitikk/helsepolitisk/2026/helsepolitisk-barometer_presentasjon19-mars.pdf.
- <https://www.regjeringen.no/contentassets/d8f63d7d01d64def982cb7c8ce1eeb64/2025-stb5-hdir.pdf>.
- <https://www.regjeringen.no/contentassets/d8f63d7d01d64def982cb7c8ce1eeb64/2026-hdir-til-delingsbrev.pdf>.
- <https://www.helfo.no/fastlegeordninga/pasient-tilpasset-basistilskudd>.
- <https://tidsskriftet.no/2026/02/aktuelt-i-foreningen/enighet-om-saeravtalen-sfs-2305>.
- <https://nettsteder.regjeringen.no/helsereformutvalget/>.

HANS-CHRISTIAN MYKLESTUL

■ HANS.CHRISTIAN.MYKLESTUL@LEGEFORENINGEN.NO

RELIS

Nord-Norge: 77 75 59 98

Midt-Norge: 72 82 91 10

Sør-Øst: 23 07 55 00

Vest: 55 97 53 60

www.relis.no

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

Din mistanke kan utgjøre en forskjell: Fastlegens rolle i å oppdage ukjente bivirkninger

Før et legemiddel kommer på markedet undersøkes effekt og sikkerhet i kliniske studier, og de vanligste bivirkningene kartlegges.

Studiene som ligger til grunn for markedsføringstillatelsen er imidlertid ofte relativt små og kortvarige, og mange pasientgrupper, som barn og ungdom, eldre, gravide og ammende, samt pasienter med komorbiditet eller polyfarmasi, er ofte ekskludert fra å delta. Sjeldne bivirkninger, reaksjoner som oppstår etter lengre tids bruk, eller bivirkninger som rammer spesielt sårbare pasientgrupper, oppdages derfor ofte først etter at legemidlet er tatt i bruk i vanlig klinisk praksis.

For å identifisere slike reaksjoner er overvåking etter markedsføring avgjørende, og spontanrapporterte bivirkningsmeldinger fra helsepersonell er en sentral kilde til kunnskap om mulige og eventuelt ukjente bivirkninger og risikofaktorer. Fastleger har en særlig viktig rolle i dette arbeidet gjennom sin tette pasientkontakt, som gir en unik mulighet til å fange opp og melde mistenkte bivirkninger. Opplysninger og mistanker om mulig sammenheng mellom legemiddel og reaksjon som fremkommer gjennom spontanrapportering, inngår i fortløpende vurderinger hos nasjonale og internasjonale legemiddelmyndigheter. Ved behov oppdateres preparatomtalene med nye bivirkninger eller endrede forsiktighetsregler.

Nedenfor følger to eksempler på bivirkningsmeldinger fra fastleger, som begge omhandler mistenkte bivirkninger i form av vannlatingsforstyrrelser. Forhåpentligvis kan disse eksemplene inspirere flere til å sende bivirkningsmelding.

Inhalasjonssteroid mot astma og enurese hos barn

Et barn i skolealder utviklet ufrivillig vannlating (enurese) etter oppstart med Flutide (flutikason) som inhalasjonsbehandling mot astma. Vannlatingsplagene opphørte etter seponering av Flutide, noe som styrker mistanken om en mulig årsakssammenheng.

Hva er kjent om inhalasjonssteroider og vannlatingsforstyrrelser?

Enurese eller andre former for vannlatingsforstyrrelser er ikke nevnt i den norske preparatomtalen til Flutide, og er heller ikke nevnt under kjente bivirkninger av flutikason i internasjonale oppslagsverk (1–4).

Selv om inhalasjonssteroider hovedsakelig virker lokalt i luftveiene, kan systemiske bivirkninger likevel oppstå (5). I en prospektiv studie som primært kartla nevropsykiatriske bivirkninger ved bruk av budesonid som inhalasjonsmedisin hos 60 førskolebarn, ble enurese og hyperaktivitet rapportert hos ett barn, med bedring etter seponering. Enurese oppsto på nytt ved re-eksponering (6). En eldre kassusserie på psykiatriske bivirkninger ved budesonid som inhalasjonsmedisin, nevner et tilfelle hvor et barn utviklet aggresjon og sengevæting etter oppstart med budesonid, med bedring etter seponering (7). En gjennomgang av spontanrapporterte bivirkningsmeldinger på intranasale glukokortikoider i Nederland viser til tre tilfeller på

enurese hos barn (8). RELIS har for øvrig også gjennom vår spørsmål- og svartjeneste mottatt enkelte henvendelser der spørsmålsstiller har mistenkt en sammenheng mellom enurese hos barn og bruk av inhalasjonssteroider (9, 10).

Bivirkningsdatabasen til Verdens Helseorganisasjon (WHO), som inneholder spontanrapporterte bivirkningsmeldinger fra hele verden, inneholder noen få titalls rapporter om enurese som mistenkt bivirkning av flutikason, i all hovedsak hos barn. En disproporsjonalitetsanalyse viser at antall meldinger om dette er høyere enn rent statistisk forventet, noe som kan indikere et mulig bivirkningssignal¹ (11).

Hva med systemisk administrasjon?

Ett oppslagsverk nevner at urgency og enurese forekommer sjelden (12), og en eldre publikasjon omtaler nokturni ved systemisk glukokortikoidbehandling (13). Ut over dette er vannlatingsforstyrrelser ved bruk av glukokortikoider generelt lite beskrevet i litteraturen.

Vi kan for øvrig nevne at noen kilder angir at barn med astma generelt har økt forekomst av enurese. Det er blant annet diskutert om dette kan ha sammenheng med søvnrelaterte pusteforstyrrelser (14).

¹ WHO understreker at datauttrekk fra bivirkningsdatabasen ikke representerer WHO's offisielle syn og at dataene ikke er homogene med tanke på innsamling gjennom spontanrapporteringssystemet eller dokumenterer en sikker sammenheng mellom det aktuelle legemidlet og bivirkningen.

Hvorfor er denne meldingen interessant?

Vannlatingsforstyrrelser er, som nevnt, ikke omtalt i gjeldende preparatomtale. Den tydelige tidsmessige sammenhengen mellom eksponering og reaksjon i den aktuelle meldingen, kombinert med enkelte tidligere rapporter på lignende reaksjoner, gir imidlertid grunn til å mistenke at dette kan representere en sjelden bivirkning. Vi vil derfor oppfordre til å melde fra ved mistanke om tilsvarende reaksjoner ved bruk av inhalasjonssteroider eller ved annen bruk av glukokortikoider, spesielt hos barn. Dette er viktig for at legemiddelmyndighetene skal få et best mulig grunnlag for å vurdere denne mulige bivirkningen, og eventuelt oppdatere preparatomtalen.

Hyperaktiv blære og nokturi mistenkt forårsaket av amlodipin

En godt voksen pasient på valsartan monoterapi mot hypertensjon utviklet hyperaktiv blære og nokturi etter overgang til kombinasjonspreparatet Exforge (amlodipin/valsartan). Ved bytte tilbake til valsartan monoterapi etter om lag et halvt år, forsvant vannlatingsplagene til tross for økning i valsartandosen, og melder mistenkte at plagene var forårsaket av amlodipin.

Hva er kjent om amlodipin og vannlatingsforstyrrelser?

Ifølge norsk preparatomtale er hyppig vannlating og polyuri sjeldne bivirkninger ved bruk av Exforge (amlodipin/valsartan). Videre angis vannlatingsproblemer, nattlig vannlating og hyppig vannlating å være mindre vanlige bivirkninger ved bruk av amlodipin alene, mens ingen av disse bivirkningene er nevnt ved bruk av valsartan alene (1). Også i internasjonale legemiddelmonografier er vannlatingsproblemer, hyppig vannlating og nokturi angitt å forekomme hos < 1 prosent av pasientene som bruker amlodipin (2, 3).

Kalsiumantagonister er nevnt i en oversiktsartikkel i UpToDate blant legemidler som kan forårsake eller forverre nokturi (15), og enkelte studier har vist en sammenheng mellom bruk av kalsiumantagonister og nokturi og/eller hyppig vannlating (16–18). Dokumentasjonen på risiko for vannlatingsforstyrrelser ved bruk av kalsiumantagonister er imidlertid fortsatt begrenset, og en del av artiklene på området er publisert i tidsskrift som ikke er velrennomerte.

Patomekanismen synes ikke å være fullt ut avklart, men hemming av kalsiumkanaler i detrusormuskelen antas å være involvert (16–18). Enkelte forfattere har også spekulert i eventuell sammenheng mellom perifert ødem ved bruk av kalsiumantagonister og nokturi/hyppig vannlating (18).

Det er uavklart hvorvidt risiko for vannlatingsforstyrrelser varierer mellom de ulike kalsiumantagonistene, men en studie fant ingen klar risikoøkning ved bruk av felodipin og lerkanidipin, mens risikoen var økt for blant annet amlodipin, nifedipin og diltiazem. Studien var imidlertid liten, og mer data er nødvendig før man kan trekke noen sikre konklusjoner om eventuell forskjell i risiko (16).

Vannlatingsforstyrrelser kan påvirke livskvaliteten, og legemiddelbivirkning bør mistenkes/vurderes hos pasienter som utvikler eller får forverring av vannlatingsforstyrrelser under bruk av kalsiumantagonister (18). Seponering har i flere tilfeller ført til bedring, og flere kilder foreslår prøve-seponering/medikamentbytte dersom pasientens tilstand tillater det (16, 18, 19).

Hvorfor er denne meldingen interessant?

Selv om denne bivirkningen er omtalt i preparatomtalen, vurderer vi også denne meldingen som relevant og interessant. Bivirkningen oppsto under bruk av et kombinasjonspreparat, men hendelsesforløpet gir sterk mistanke om kausalitet med amlodipin. Det synes generelt å være behov for mer kunnskap om sammenhengen mellom kalsiumantagonister og vannlatingsforstyrrelser. Det er derfor viktig at slike tilfeller meldes, slik at kunnskapsgrunnlaget styrkes og eventuelle risikofaktorer og mulige tiltak kan identifiseres.

Usikker på om det er riktig å melde? Ta kontakt med RELIS!

Et fungerende spontanrapporteringssystem er avhengig av observante leger som melder fra ved mistanke om alvorlige og/eller ukjente bivirkninger, og hver enkelt melding kan være et viktig signal som på sikt gjør legemidler tryggere for alle pasienter. Fastleger har særlig gode forutsetninger til å oppdage nye eller uventede bivirkninger. Dersom du er usikker på verdien av din observasjon, kan RELIS kontaktes for diskusjon.

REFERANSER

- Direktoratet for medisinske produkter. Preparatomtale (SPC) a) Flutide inhalasjonspulver (Sist oppdatert: 14. september 2020), b) Exforge (Sist oppdatert: 19. november 2025). <https://www.legemiddelsok.no/>.
- Clinical Pharmacology. a) Fluticasone (Sist oppdatert: 10. mars 2026), b) Amlodipine (Sist oppdatert: 4. februar 2026). <https://www.clinicalkey.com/pharmacology/login>.
- UpToDate Lexidrug. a) Fluticasone (oral inhalation), b) Amlodipine: Drug information. <https://www.uptodate.com> (Søk: 10. mars 2026).
- Micromedex® 2.0 (online). Fluticasone (Drugdex System). <https://www.helsebiblioteket.no/> (Sist oppdatert: 4. mars 2026).
- Saag KG, Furst DE et al. Major side effects of inhaled glucocorticoids. Version 55.0. In: UpToDate. <https://www.helsebiblioteket.no/> (Sist oppdatert: 23. januar 2026).
- Hederos CA. Neuropsychologic changes and inhaled corticosteroids. *J Allergy Clin Immunol* 2004; 114(2): 451–2.
- Connett G, Lenny W. Inhaled budesonide and behavioural disturbances. *Lancet* 1991; 338 (8767): 634–5.
- Rollema C, van Roon EN et al. Adverse drug reactions of intranasal corticosteroids in the Netherlands: An analysis from the Netherlands pharmacovigilance center. *Drugs Real World Outcomes* 2022; 9(3): 321–31.
- RELIS database 2001; spm.nr. 1748, RELIS Vest. (www.relis.no)
- RELIS database 2011; spm.nr. 639, RELIS Sør-Øst. – Ikke eksternt tilgjengelig.
- Verdens Helseorganisasjon (WHO). Bivirkningsdatabase (Søk: 10. mars 2026).
- American Society of Health-System Pharmacists. Corticosteroids general statement. AHFS Drug Information (online). <https://www.medicinescomplete.com/> (Lest: 10. mars 2026).
- Thomas JP, Coles GA et al. Nocturia in patients on long-term steroid therapy. *Clin Sci* 1970; 38(4): 415–25.
- Dahan P, de Oliveira PMN et al. Treating asthma in patients with enuresis: repercussions on urinary symptoms. *Int Braz J Urol* 2023; 49(5): 590–8.
- Johnson TM. Nocturia in adults: Clinical presentation, evaluation, and management – UpToDate. Version 64.0. In: UpToDate. <https://www.helsebiblioteket.no/> (Sist oppdatert: 18. november 2026).
- Elhebir ES, Hughes JD et al. Calcium antagonists use and its association with lower urinary tract symptoms: A cross-sectional study. *PLoS One* 2013; 8(6): e66708.
- Hall SA, Chiu GR et al. Commonly used antihypertensives and lower urinary tract symptoms: results from the Boston Area Community Health (BACH) survey. *BJU Int* 2012; 109(11): 1676–84.
- Santiapillai J, Tadtayev S et al. Dihydropyridine calcium channel blockers and obstructive sleep apnea: Two underrecognized causes of nocturia? *Neurourol Urodyn* 2020; 39(5): 1612–4.
- Reyes PBG, Butcher K et al. Implications of cardiovascular disease for assessment and treatment of nocturia in primary care: Systematic review and nominal group technique consensus. *Eur Urol Focus* 2022; 8(1): 26–32.

INTERESSANT TEMA?

- RELIS tilbyr både e-læringskurs og undervisning om melding av bivirkninger, inkludert undervisning for fastlegekontor, for å støtte og styrke kompetansen på dette området.
- Mer informasjon finnes på RELIS sine sider: <https://relis.no/bivirkninger/>.
- Klar til å melde? Mistenkte legemiddelbivirkninger meldes elektronisk via melde.no.

ELISABET NORDMO
cand.pharm., RELIS Nord-Norge

SIRI FORSDAHL
cand.pharm., ph.d., RELIS Nord-Norge

TERJE NILSEN
MSc Pharm, RELIS Nord-Norge

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

Et dikt som traff meg

Jeg er i utgangspunktet ikke en som leser dikt, så da jeg tok imot denne stafettpinnen, hadde jeg ikke noen klar formening om hvilket dikt jeg skulle sende inn til bladet. Noen dikt som sitter i hukommelsen fra skoletiden er *En hus-*

tavle av Arnulf Øverland og *Du ska ikke trø i graset* av Einar Skjæraasen. Oppdraget åpnet for å lese noen flere dikt. Dette diktet av Halldis Moren Vesaas fra 1930 traff meg, og diktet kan sikkert være til ettertanke for mange. Lyrikeren har

mange fine dikt, og kanskje setter jeg av tid til å lese dikt i framtiden.

Jeg sender stafettpinnen videre til Karen Prydz.

*Hilsen fra
Hilde Fjorden*

Til livet

Mitt liv, eg lovar deg høgt og dyrt:
Ikkje før døden det vil
sloknar min brennande elskhug til deg,
og gleda: å høyre deg til.
Og svaret ditt kling ifrå alt eg ser
og høyrer ved dag og natt,
i alt det du gjer meg, i alt som skjer:
Eg elsker, eg elsker deg att!

HALLDIS MOREN VESAAS





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

Les Utposten

– bladet for et oppdatert
og inspirert kollegium!



Tegn abonnement på
Utposten.no eller
skann QR-koden

