

Utposten

5 2024
ÅRGANG 53

BLAD FOR ALLMENN- OG SAMFUNNSMEDISIN

NOMED-studien

Intervju med Tom Sundar
Behandling for de minste
AFE Oslo

UTPOSTEN**v/Kristin Olavsdotter Rutle**

Sjøbergveien 32

2066 Jessheim

MOBIL: 971 44 063

E-POST: korutle@gmail.com

**REDAKTØRENE
AV UTPOSTEN****Inga Marthe Grønseth**

MOBIL: 980 83 115

E-POST: i.m.gronseth@gmail.com

Kristina Riis Iden

MOBIL: 951 08 932

E-POST: kristina.iden@gmail.com

Arild Iversen

MOBIL: 958 86 343

E-POST: lege.arild.iversen@gmail.com

Marit Tuv

MOBIL: 975 66 647

E-POST: marittuv@hotmail.com

Kari Thori Kogstad

MOBIL: 900 28 812

E-POST: k-tkogs@online.no

Njål Flem Mæland

MOBIL: 994 09 959

E-POST: nflem@online.no

Sondre Bøye

MOBIL: 482 94 126

E-POST: sigurd.boye@gmail.com

**FAGLIGE
MEDARBEIDERE:****Eli Berg**

MOBIL: 913 18 180

FORSIDEFOTO:

Colourbox

DESIGN/LAYOUT:

Morten Hernæs

Aksell

TRYKK:

aksellTRYKT
I NORGE
NO - 1470Du finner Utposten på
www.utposten.no**1** LEDER: Den store, røde knappen*Inga Marthe Grønseth***2** UTPOSTENS DOBBELTTIME:

- Ha klart for deg hva du vil si, og så si det med tydelighet

*Tom Sundar intervjuet av Kristina R. Iden og Sondre Bøye***8** Samtykkekompetanse for fall*Arild Iversen***10** NOMED: Et mestringsorientert behandlingskonsept mot langvarige smerter*Petter C. Borchgrevink et al.***16** Fastlegers respons på et mestringsorientert behandlingskonsept (NOMED)*Petter C. Borchgrevink et al.***20** Behovet for allmennmedisinsk forskning er stort*Knut Berglund***23** NCGP: Størst av allt är allmänmedicinen*Magnus Isacson***24** BEHANDLING TIL DE MINSTE: – Hvorfor har vi ikke de legemidlene vi trenger?*Siri Wang***26** Hundreåringen som klatret ut av sykehuset*Magne Nylenna***28** KUPP gir økt kunnskap om behandling av migrene i allmennpraksis.

En studie omselvopplevd læringsutbytte av kunnskapsbaserte oppdateringsvisitter (KUPP)

*Jan Schjøtt, Ingrid Lunde Steen, Ketil Arne Espnes og Bettina Riedel***34** Nå er HPV hjemmetest kommet – et steg nærmere eliminering av livmorhalskreft i Norge*Livmorhalsprogrammet***37** Sakset fra forskning*Kompilert av Lisbeth Nilsen***38** Presentasjon av AFE Oslo*Guro Haugen Fossum***41** BOKANMELDelse: Imponerende og høyaktuell

«Skjult. Ny krigsmaskin» anmeldt av Eli Berg

41 BOKANMELDelse: Et utvidet perspektiv

«Naturlig smertefri» anmeldt av Eli Berg

42 INNPOSTEN: Juli umulig*Therese Renaa***43 FASTE SPALTER**HVA LESER LEGEN **43**FAGGRUPPE **44**TIPS & RÅD **45**RELIS **46**LYRIKKSTAFETTEN **48**

Den store, røde knappen

Mye kan tyde på at det å «trykke på den store røde knappen» blir stadig vanligere på flere områder i samfunnet. Vi ser det på kontoret hos pasientene, og vi kunne nylig lese i NRK (1) at folk ringer for ambulansetransport ved forstuet ankel og tett nese. Vi ser fenomenet også hos instanser som skal lede oss allmenn- og samfunnsmedisinere, og hos aktører som vi samhandler med.

Hva gjør denne synkende viljen til å stå i personlig risiko og ubehag med bærekraften i helsevesenet, med måten vi håndterer informasjon på og vår evne til å fordøye den?

En allmennleges jobb består i stor grad av å balansere risiko. Vi praktiserer et fag der hverdagen består av å trøste, lindre og gjenkjenne de ganske få akutt- eller alvorlig syke i et enormt hav av normalvariasjon.

Med en kombinasjon av kunnskap, erfaring og magefølelse manøvrerer vi daglig mellom et vell av ulike hensyn, mens vi klamrer oss til retningslinjer og råd gjennom bølger av medieoppslag og sykdomsfrykt. Spesialisthelsetjenesten, kommuneoverlegene og legeföreningen er trygge øyer vi gjerne hviler oss på, når vi trenger navigasjonshjelp. Stort sett klarer vi å unngå de store feilskjærene, selv om vi ofte opplever å være siste instans for plassering av uhåndterbar utrygghet og usikkerhet fra pasienter, jordmødre, hjemmesykepleie, skole, foreldre og barnevern, for å nevne noen.

Vi som allmennleger vet så altfor godt at vi skal være gode portvoktere.

Vi skal unngå overdiagnostikk, unødige bekymring, kostnad og belastning inn mot spesialisthelsetjenesten. Ergo må vi tåle å stå i en viss grad av risiko, personlig ubehag og – ofte sett i etterkant – feilvurderinger. Det er kanskje en av de viktigste egenskapene vi opparbeider oss, men det koster mye å tåle.

Da er det kanskje ikke så rart at vi blir både provoserte og indignerte når andre instanser i samhandlingskjeden i økende grad trykker på «den store, røde knappen», i det som oppleves som «for sikkerhets skyld- situasjoner».

Eksempler på dette er mange, fra aktivring av «rød respons» fra AMK når en nabo har observert en eldre dame som viste seg å ha snublet i hagen, til et tilfelle der flere eposter og sms blir sendt ut til alle fastleger i kommunen når det oppdages et tilfelle av HUS-assosiert e.coli-smitte i en barnehage.

Det siste eksemplet som fikk mange kolleger til å sette ettermiddagskaffen i halsen og frykte atomuhell eller krigsutbrudd i landet, var da alle medlemmer i legeföreningen fikk sms til sin privattelefon på kvelden torsdag 13. juni i år, om **mulig** feil dosering av legemidler i pasientjournaler.

Konsekvensen av slik bruk av inngripende varslingsystemer fører ikke bare til ulv-ulv-mentalitet, svekkelse av virkemidlets kraft og vår responsaktivitet. Det fører også til at det å sortere

viktig fra uviktig informasjon overgår vår mentale kapasitet – på bekostning av helsevesenets og den enkelte leges bærekraft.

For all del, jeg har selv vært fristet til å trykke på «pakkeforløp»-knappen hos en pasient som ikke helt tilfredsstillte kriteriene, fordi jeg vet at dersom symptomene som KAN være kreft faktisk viser seg å være nettopp det, vil jeg sannsynligvis få ros for å ha handlet raskt og ikke kjefte for å ha overdrevet. I motsatt fall risikerer jeg å få skylden for at utredningen tok tid. Jeg trykker likevel ikke på «knappen», av hensyn til bærekraften i helsevesenet og tidligere nevnte mekanismer.

På gyngende grunn, der vi allmennleger er vant til å befinne oss, trenger vi at også de få som faktisk skal holde OSS i hånda, beveger seg bort fra den røde knappen i tvilstilfeller. De må heller gå seg en tur, telle til ti og nøye vurdere når det er hensiktsmessig og riktig å sende sms retning privat-mobilen til alle norske leger på en torsdagskveld i juni.

Ingen er tjent med et samfunn som ikke anerkjenner at man må leve med risiko, og der hovedformålet virker å være å sende ansvar videre til neste instans på lista.

REFERANSE

1. https://www.nrk.no/ostfold/unodvendige-nodanrop-til-113_-lege-bekymret-for-konsekvenser-1.16839823.

INGA MARTHE GRØNSETH

– Ha klart for deg h og så si det med ty

Tom Sundar ■ INTERVJUET AV KRISTINA R. IDEN OG SONDRE BØYE

Noen år etter at Tom Sundar ble lege var han på nære nippet til å endre karrierevei fra medisin til medier. Men nedbemanningen i dagspressen fikk ham til å bli ved sin lest. Nå kan han se tilbake på et innholdsrikt yrkesliv som allmennlege, samfunnsmedisiner og helseleder. Hans kunnskaper om journalistikk og skrivekunst deler han med spesialistkandidater når han arrangerer kurs om formidling og kommunikasjon i samfunnsmedisin.



– Jeg er den første legen som har stengt taxifreebutikken på Oslo lufthavn. Og etterpå fikk jeg beskjed av kommunaldirektøren at jeg også ville bli den siste! Det var nemlig ikke populært at jeg som kommuneoverlege stengte flyplassens pengemaskin, sier en sommerbrun Tom Sundar.

Utpostens utsendte har avtalt en dobbelttime med bydelsoverlegen på et sommer-søvnig bydelkontor i Nydalen i Oslo. Tidligere var dette et industriområde, med møller, spikerverk og spinneri. De siste 20–30 årene har Nydalen vært gjennom en omfattende byutvikling. Nå er det IT- og mediebedrifter, skoler, offentlige etater og hippe spisesteder som ligger tett i tett langs Akerselva. Elva er åpnet opp igjen, renses og danner et vakkert blikkfang gjennom det urbane landskapet. Her holder Nordre Akers bydelsadministrasjon til i et renovert bygg, som i tidligere tider var en kornmølle¹.

Tom tar imot og viser oss rundt i et moderne, lyst og åpent kontorlandskap, før vi slår oss ned rundt et bord med kaffekopper og opptaksutstyr. Ganske snart er vi tilbake til covid-19-pandemien og våren 2020. De surrealistiske dagene, hvor hele samfunnet endret seg på kort tid, som følge av pandemiens inntreden i Norge. Tom var den gangen kommuneoverlege i Nannestad og dels Ullensaker. Kommunene samarbeidet om felles beredskap for

¹ Fakta om Bakke mølle: [https://lokalhistoriewiki.no/wiki/Bakke_m%C3%B8lle_\(Oslo\)](https://lokalhistoriewiki.no/wiki/Bakke_m%C3%B8lle_(Oslo))

va du vil si, delighet

hovedflyplassen. Vi spoler tilbake til mars 2020 og lar Tom fortelle om sin uriaspost på Gardermoen.

– Det var nokså kaotisk i starten av pandemien. Det tok litt tid før vi fikk på plass gode smittevernrutiner og køordninger på flyplassen. Vi fikk også kritikk for at vi ikke hadde en teststasjon som var oppe og gikk etter få uker. Men det er ikke bare å knipse fingrene og etablere en teststasjon for tilreisende. Vi måtte jo skille mellom ankomst av passasjerer og utreisende. I en periode fikk vi fantastisk hjelp av forsvaret; vernepliktige soldater i grønn uniform sørget for orden i køene både ved innsjekk, i passkontrollen og ved bagasje-henting. De viste vei slik at vi unngikk for mye sammenstimling av folk.

Så var det denne lørdagskvelden i slutten av mars, på tampen av vinterferien. Tom hadde beredskapsvakt på Gardermoen og fikk beskjed fra Avinor om at det skulle komme tre fly med hjemvendte skiturister fra Italia og ett fra Tyskland den kvelden.

– Alle flyene var ventet innenfor en times intervall. Vi hadde fått melding om at det var syke om bord på to av flyene, at folk hostet. Vi måtte rett og slett ta et krisemøte med Avinor og politiet om hvordan vi skulle håndtere dette. Da brukte jeg min lovhjemlede myndighet til å stenge taxfree-butikken! Siden covid var definert som en allmennfarlig smittsom sykdom, kunne jeg som kommuneoverlege stenge sammenkomster og forsamlingslokaler, hvis jeg mente det var fare for helse eller stor smittefare. Jeg beordret stenging av taxfreebutikken klokken 19.00. Politiet og forsvaret hadde sin fulle hyre med å avvise de mange hjemvendte nordmennene som var klar for å handle etter flyturen. Det var nokså heftig å stå i den stormen.





Samfunnsmedisiner for de få – og for de mange

Men Tom Sundar sin samfunnsmedisinske karriere har naturlig nok ikke dreid seg kun om hurtige smitteverntiltak og flyplass-dramatik. Tom har vært kommuneoverlege i Rendalen og på Tynset i øvre Hedmark, på Øvre Romerike og nå er han bydelsoverlege i en stor bydel i Oslo. I Bydel Nordre Aker har innbyggertallet passert 55 000, med befolkningstetthet på 3856 innbyggere per kvadratkilometer. De tilsvarende tallene for Ullensaker og Nannestad er på 76 og for Rendalen 0,58.

– Forskjellen mellom by og land er stor, sier Tom. Det åpenbare er at Rendalen har store avstander og lite folk. Det kan være utfordrende med tanke på organisering av legetjeneste og legevakt. Mens i den folketette bydelen Nordre Aker er det mye folk og korte avstander. Her er for eksempel fortetning og plassmangel sentrale problemstillinger. Men felles er at begge kommunene skal gi lovpålagte tjenester til sine innbyggere. Begge samfunn skal sørge for at skoler og barnehager er godkjent etter lov og forskrift; begge skal ha helse- og smittevernberedskap og ikke minst fastlege- og hjemmetjenester av god kvalitet.

– Da jeg jobbet i Ullensaker og Nannestad gjennom fem år, opplevde jeg både urbane og distriktsmessige utfordringer. Jessheim i Ullensaker er en raskt voksende by, mens nabokommunen Nannestad fortsatt er preget av jordbruk som hovednæring. Midt mellom de to kommunene ligger Oslo lufthavn som gir andre typer samfunnsmedisinske utfordringer. Selv om lovkravene til

kommunale tjenester i utgangspunktet er like, er forskjellene mellom lokalsamfunn ofte store – og nettopp den bredden og dynamikken det innebærer for faget synes jeg er spennende, forteller den erfarne samfunnsmedisineren.

En tidligere kollega forteller om Tom at han har stor arbeidskapasitet og faglig engasjement. Kollegaen fremholder videre at Tom passer godt som samfunnsmedisiner, med både klinisk erfaring i bagasjen og samfunnsengasjementet som kreves for å fylle samfunnsmedisinske roller med nytteverdi.

Tom er ikke uenig

– Fellesnevnerne for min rolle som samfunnsmedisiner er at jeg må ha fagkunnskap, lokalkunnskap og en del juridisk kunnskap.

Tom er imidlertid bekymret for at det ikke er like lett for alle kommuner å følge folkehelseloven § 27. Der er det nedfelt at kommunene skal ha nødvendig samfunnsmedisinsk kompetanse for å ivareta oppgaver etter loven. Selv om kommunene kan samarbeide med andre kommuner om å ansette medisinsk-faglige rådgivere, kan dette være svært vanskelig for småkommuner i distriktene. Samfunnsmedisinere vokser ikke på trær.

Leger må tørre å lede

– Som kommune- eller bydelsoverlege er ikke kunnskap nok i seg selv, poengterer Tom. – Man må kunne omsette kunnskapen til handling og kjenne rollen sin, og

gjøre andre kjent med hva rollen betyr. Dessuten må man la seg høre; rekke opp hånden og si: I denne saken vil jeg mene noe!

– Vi samfunnsmedisinere jobber for at kommuneoverlegen eller bydelsoverlegen skal være høyt plassert administrativt, og helst rapportere til kommune- eller bydelsdirektøren. Det er viktig fordi da får du førstehåndsinformasjon, og det er lettere å påvirke de beslutninger som tas. I Nordre Aker er bydelsdirektøren min nærmeste leder. Det var faktisk et krav fra min side da jeg ble ansatt her høsten 2020, sier Tom, som har hatt samfunnsmedisinske lederstillinger i en årrekke.

For dette er et tema som tydelig engasjerer ham. Han forteller om Legeforeningen som nå tilbyr lederprogrammer både for sykehusleger og leger i primærhelsetjenesten. I tillegg har flere kommuner samarbeid med Universitetet i Oslo og BI, som tilrettelegger for at leger kan ta administrativ utdanning. – Vi må ta initiativ og si ja til å lede, sier Tom med tydelig trykk på hver stavelse, og fortsetter: – Å ta ledelsen er noe som forventes av oss i beredskapssammenheng og krisesituasjoner. Når det smeller, må vi ha oversikt innen helse. Som kommune- og bydelsoverleger er vi gitt en faglig lederrolle, og den må vi være flinke til å fylle.

Den viktige møteplassen PMU

Etter flere år som både kommune- og bydelsoverlege er det mange som kjenner Tom Sundar som samfunnsmedisiner. Men, kanskje er han i legekretser like kjent som leder

for Primærmedisinsk uke (PMU) gjennom ti år. – Det var litt tilfeldighetenes spill, det med PMU. Og en klar forbindelse med *Utposten*. Jeg begynte i *Utpostens* redaksjon i 2008 og ble kjent med redaksjonssekretær Tove Rutle, som også var sekretær for hovedkomiteen i PMU. Samme år skulle det være en utskiftning av hovedkomiteen. Jeg takket ja til å være med. Jeg så på *Utposten* og PMU som komplementære faglige verv.

Dessuten synes han det er spennende å planlegge kurs, lage arrangementer og berede møteplasser. I tillegg så han på dette som en fin mulighet til å utvikle seg både personlig og faglig – og ikke minst som leder. – Jeg kastet meg ut i PMU sin hovedkomite og endte opp som leder. Det var mange flinke folk i komiteen, og sammen ble vi et sterkt team – også sosialt.

Tom forteller at PMU har gitt ham mange minnerike og morsomme opplevelser, nye venner og kolleger som han fortsatt har kontakt med. – Å bygge et faglig og sosialt nettverk er viktig for leger, og det kan store arenaer som PMU og Nidaroskongressen bidra til, fastslår den tidligere PMU-generalen.

Tom er overbevist om at vi fortsatt trenger faglige møteplasser som PMU, men presiserer at det også er et arrangement for sosiale treff, og i noen grad også kulturaktiviteter. – PMU skal være en møte- og myldreplass for leger, helsesekretærer og andre som jobber i primærhelsetjenesten, sier Tom og fortsetter, – Jeg tror ikke at de store kongressenes tid er forbi, men de må tilby 'noe mer' enn det mindre og lokale samlinger kan. Om de store nasjonale mønstringene er en 'generasjonsting', det gjenstår å se.

Engasjement for samfunnsmedisin – også som fagforeningsmann

Tom har gjort et viktig stykke arbeid for primær- og samfunnsmedisinen gjennom ledervervet i PMU. Det samme har han gjort som fagforeningsmann. Tom var leder i Norsk samfunnsmedisinsk forening (Norsam) fra 2019 til 2023. Han var i tillegg aktiv i styret en del år før det. Sentrale oppgaver i hans lederperiode var å bidra med innspill til Helsedirektoratet i pandemi-håndteringen og til departementet i arbeidet med nye spesialistregler. Spesialistkandidatene i samfunnsmedisin må gjennom ni sentrale kurs i utdanningen. Norsam har i en årrekke administrert og arrangert disse kursene.

Utpostens bladfyker lurer på hvordan fagforeningsarbeidet vil arte seg i fremtiden? Hvordan skal man klare å samle hele legestanden bak felles standpunkt?

– Det er alltid en utfordring å samle medlemsmassen, sier Tom. Legeforeningen skal samle medlemmer fra 46 spesialiteter, og hver spesialitet har sin egen fagmedisinske forening. I tillegg har vi yrkesforeningene som tar seg av det eksplisitte fagforeningsarbeidet. Totalt sett er det mange stemmer som skal høres og hensyntas. I årene 1998–2005 jobbet jeg i Legeforeningen; først i *Tidsskriftet* og senere i Medisinsk fagavdeling. En av oppgavene var å skrive høringsuttalelser for Legeforeningen. Da skulle jeg sy sammen et titalls ulike uttalelser fra forskjellige underforeninger, til én felles uttalelse som skulle godkjennes av sentralstyret. Det kunne være en krevende øvelse!

– Det jeg er mer redd for, er at avstanden mellom leger i spesialisthelsetjenesten og primærhelsetjenesten skal bli for stor, fordi vi har ulike oppgaver og agendaer. Spesialisthelsetjenesten og primærhelsetjenesten må kommunisere godt. Noe friksjon vil det bestandig være, men den må ikke bli så stor at den fører til splittelse innad i foreningen. Derfor er jeg glad for at Legeforeningen har fått på plass et fagstyre med medlemmer fra ulike spesialiteter. Jeg håper at Legeforeningen vil fortsette å jobbe for å styrke og utvikle fagaksen. Faget er vårt felles substrat, vårt viktigste kommunikasjonsrør og det som skaper vår legetidentitet, understreker Sundar..

Den erfarne samfunnsmedisineren har i flere år vært kursleder for et kurs i spesialistutdanningen i samfunnsmedisin med tittelen «kommunikasjon og formidling, rådgivning og samhandling». En venn sier at tittelen er ganske treffende på mange av Toms egenskaper. Både venner og kolleger beskriver Tom som en ryddig og etterrettelig person. En tidligere kollega sier at Tom er saklig og setter pris på at ting gjøres på en ordentlig måte, og legger til at han er «demokratisk anlagt», i den betydning at han synes det er viktig at ulike synspunkter kommer frem, og at alle får slippe til.

– Ha klart for deg hva du vil si og så si det med tydelighet

Kommunikasjon er sentralt i alle legespesialiteter, men kanskje litt ekstra utfordrende i samfunnsmedisinen, som skal nå en hel populasjon.

– Effektiv kommunikasjon er krevende, men øvelse gjør mester, sier den kloke kollegaen. – Som samfunnsmedisiner skal du nå ut til en bredt sammensatte målgruppe, det være seg innbyggerne i din kommune eller bydel, enkeltpersoner som søker råd i smittevernsaker, beslutningstakere, politikere og ikke minst ansatte i kommunale

tjenester. Fellesnevneren i all kommunikasjon er å kjenne din målgruppe, ha klart for deg hva du vil si, og så si det med tydelighet – det vi kaller å spisse budskapet.

Han blir engasjert og fortsetter: – Å kjenne målgruppen er helt avgjørende for å nå frem med det du vil si: Hva er deres behov, interesser og forståelsesnivå? Budskapet må følgelig tilpasses målgruppen. Dersom du snakker til «folk flest» gjennom pressen og mediene, må du velge deg noen få sentrale poenger, formulere deg på en begripelig og konsistent måte, og unngå medisinsk fagsjargong.

Det er også viktig å være åpen for tilbakemelding og tåle kritikk. Dette gjelder ikke minst når du skriver et manus. Få noen andre til å lese gjennom og kommentere det du har skrevet. Gjennom en slik dialog blir manuset bedre. Du kommer gjerne på nye momenter og ideer, og du får mulighet til å justere og nyansere budskapet.

Kirurg ble journalist – og senere rehabilitert som lege

Formidling har vært en fellesnevner for mye av det Tom Sundar har gjort gjennom karrieren. Underveis i medisinstudiet vokste interessen for formidling og skriving, og han ble usikker på sitt eget studievalg.

– Pappa var prest og teolog, og en annen nær slektning av meg var kjent avismann. Begge var forbilder på hver sin måte. I hver sin kontekst, så var de opptatt av å formid-



le budskap som folk forsto. De hadde begge ordet i sin makt, og det syns jeg var fascinerende. Jeg vurderte andre karriereveier som ung, blant annet journalistikk, men landet på medisin da jeg var interessert i naturfag og likte mennesker. Etter noen år på studiet, så lurte jeg på om jeg var på feil hyll. På det tidspunktet hadde jeg begynt å skrive litt i *Æsculap*, et magasin for medisinstudenter, og jeg hadde også vært redaktør i et kirkelig ungdomsblad. Jeg oppdaget at jeg hadde taket på det med skriving. Men, jeg valgte å fullføre medisinstudiet og det er jeg glad for i dag.

Etter turnus jobbet Tom noen år innen kirurgi ved Aker og senere Ringerike sykehus. Han skulle bli kirurg. Men et samlivsbrudd endret planene. Han trengte en jobb med ordinær arbeidstid for å skjøtte rollen som pappa for datteren Ida. Da kom muligheten i *Tidsskriftet*, ettersom de søkte etter

en lege som var interessert i journalistikk eller en journalist som var interessert i medisin.

Tom søkte – og fikk jobben. Magne Ny-lenna, en profilert samfunnsmedisiner og redaktør av *Tidsskriftet* i mange år, ble da hans sjef. – Den gangen hadde *Tidsskriftet* en egen nyhetsredaksjon med fire medarbeidere. De andre var journalister med bakgrunn fra rikspresen. Jeg kom med min medisinske bakgrunn, men hadde egentlig lite å slå i bordet med hva gjaldt journalistisk erfaring, sier Tom med et skjevt smil. – Jeg jobbet i *Tidsskriftet* i fire–fem år, og det vekket faktisk journalistdrømmen. Jeg tok kurs på institutt for journalistikk i Fredrikstad; med intervju-teknikk, kildebruk og nyhetsformidling. Jeg leste meg opp og fikk spennende oppdrag. Da ble jeg litt hekta rett og slett, forteller Tom. Senere fikk han tilbud om et vikariat i *Dagbladet*, men så kom det kontramelding:

– *Dagbladet* trakk tilbudet på grunn av nedbemanning, så det toget gikk fra meg. Da gikk jeg tilbake til legeyrket, kombinerte allmennpraksis med jobb som spesialrådgiver i Legeforeningen. Etter noen år ble jeg fulltids fastlege i Lørenskog og spesialist i allmenmedisin. Det valget har jeg aldri angret på.

Skriving er omdreiningspunktet

Som fastlege savnet han imidlertid å skrive. Etter å ha sendt inn noen artikler som kom på trykk i *Utposten*, blant annet om helseforskjeller i Oslo og sosiale ulikheter i helse, ble han ringt opp av Jannike Reymert. – Hun rekrutterte meg ved årsskiftet 2007/08 inn i *Utposten*-redaksjonen, forteller Tom. – Og der ble jeg i 12 år!

Journalistikken har fått magrere kår, mediehusene sliter med finansiering, kvaliteten på det journalistiske produktet faller, og kunstig intelligens har for lengst blitt vanlig som skribent av artikler. Er Tom bekymret for fremtiden til journalistikken, vil bladfykene vite.

– Jeg er bekymret for skillet mellom etterrettelig informasjon og desinformasjon. I sosiale medier er hver mann sin egen redaktør. I tillegg har vi fått en AI-teknologi som er fantastisk, men som også har noen farer. Kvalitet i formidling og journalistikk avhenger av redaktørstyrte medier. For hva kan folk egentlig stole på av det de ser og leser på YouTube, X eller Facebook? spør Tom retorisk.

En veldig spennende jobb, og fullt opp på fritiden

På spørsmål om hva som er drømmejobben, svarer Tom at han har en fantastisk jobb nå. – Jeg jobber med tjenesteplanlegging, beredskap, fastlegene; gir råd til innbyggere, lokalpolitikere og administrasjon, og samarbeider med ulike yrkesgrupper.

På fritiden, derimot, liker han å gjøre helt andre ting. Ikke minst manuelt arbeid: – Jeg har både motorsag og vedkløyver, så om våren går det i vedhogst. Og så tar vi inn veden når tørketiden er over på høsten, sier 60-åringen.

Han og kona er begge turmennesker. De har leilighet i Oslo, hus på Koppang i Hedmark, hytte på Ringebu fjellet og på Tjøme, og i tillegg en cocker spaniel som lyder navnet Kasper. Så lediggang er ingen fare med det første. Men fremtiden? – Jeg tror jeg blir ved min lest til jeg er 67. Jeg har ingen ambisjon å bli helsedirektør, for å si det sånn!



■ KRISTINA.IDEN@GMAIL.COM
■ SONDRÉ.BOYE@GMAIL.COM



SHINGRIX

VAKSINE MOT HELVETESILD
(REKOMBINANT, MED ADJUVANS)

HVIS DU KAN FORHINDRE HELVETESILD, HVORFOR SKULLE DU IKKE DET?

Vaksinér nå for
beskyttelse som varer¹



Shingrix gir opptil 97 % effekt hos voksne fra 50 år og eldre*²

Ca. 94 % av dine pasienter over 50 år har allerede viruset som forårsaker helvetesild i kroppen, og 1 av 3 personer vil få sykdommen i løpet av livet.^{3,4}

Indikasjon: Shingrix er indisert for å forhindre herpes zoster (HZ) og postherpetisk neuralgi (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: 1921,40 kr per sett (1 hetteglass pulver til injeksjonsvæske, 1 hetteglass 0,5 ml suspensjon til injeksjonsvæske). 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:²

- 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.

Studiene var ikke designet for å demonstrere effekten i subgrupper av fragile individer, inkludert de med flere komorbiditeter, selv om disse personene ikke ble ekskludert fra studiene.

Referanser: 1. Strezova A, et al. Long term protection against herpes zoster by the adjuvanted recombinant zoster vaccine: interim efficacy, immunogenicity, and safety results up to 10 years after initial vaccination. *Open Forum Infect Dis* 2022 Oct 23;9(10):ofac485. doi: 10.1093/ofid/ofac485 2. Shingrix preparatomtale (12/2022). 3. Rimseliene G et al. Varicella-zoster virus susceptibility and primary healthcare consultations in Norway. *BMC Infect Dis*. 2016 Jun 7;16:254. doi: 10.1186/s12879-016-1581-4. 4. Sæther EM. Helvetesild i et samfunnsperspektiv. *Oslo Economics*, mai 2023 (sykdomsinfo.no/samfunnsperspektiv)



For mer informasjon om Shingrix,
scan QR-koden eller gå inn på shingrix.no

Trade marks are owned by or licensed to the GSK group of companies. ©2023 GSK group of companies or its licensor. PM-NO-SGX-JRNA-220001, september 2023

GSK

Samtykkekompetanse for

■ ARILD IVERSEN • Assisterende kommuneoverlege i Bergen og redaktør i Utposten

Første september 2017 ble lov om psykisk helsevern endret. Det ble innført krav om manglende samtykkekompetanse som en av forutsetningene for etablering av tvunget psykisk helsevern. Formålet var å redusere bruken av tvang innen psykisk helsevern. Bak endringen lå en forventning om at selvbestemmelse og samarbeid ville bedres når tvangsmulighetene ble innskrenket.

Selv om psykisk syke under behandling ikke er mer voldelige enn andre (1), har det vært flere saker hvor psykisk syke personer har utøvd vold, og vold og drap utført av personer med alvorlige psykisk lidelser øker (2). Politidirektoratet kunne i 2023 fortelle at antall politioppdrag med bistand til helsetjenesten hadde doblet seg siden 2016 (3).

Tallenes tvangstale

Antall sengeplasser i psykisk helsevern for voksne ble redusert i perioden 2017–2022. Når det tas høyde for økt antall voksne i samme periode, ble sengekapasiteten per 100 000 innbygger redusert fra 83,5 til 76,3, som er en reduksjon på 8,6 prosent¹.

I samme periode økte bruken av dom til tvunget psykisk helsevern, fra 206 personer i 2017 til 346 i 2022 (4). Det har vært en uavbrutt vekst i personer som har vært underlagt slik behandling. I 2017 var det per 100 000 innbyggere 3,89 personer som var under gjennomføring av slik dom. I 2022 var tallet 6,32, svarende til en økning på 62 prosent.

Utvalget undersøkte utfordringer og utfall

Med dette bakteppet leverte Samtykkeutvalget sin rapport (5). Utvalget skulle vurdere hva samtykkekompetanse medførte av utfordringer for helsetjenestene, brukerne og pårørende. Utvalget skulle også utforske forskjeller i praksis mellom tjenestestedene og se på mulige årsaker. Det skulle i tillegg vurdere endringer i pasientforløp, involvering av politi og påvirkningen av arbeidsmiljøet for ansatte.

I korte trekk viste rapporten at innføring av samtykkekompetansekravet ikke førte til redusert bruk av tvang, og utvalget påpekte det paradoksale: Regelendringen medførte at pasienter som ikke motsatte seg helsehjelpen likevel måtte underlegges tvang fordi de ikke kunne samtykke til frivillig behandling.

Bedre behandling med beslutningskompetanse

I rapporten fremmet utvalget en rekke detaljerte lovforslag som har begrenset relevans utenfor spesialisthelsetjenesten, men det er noen sentrale forslag som er verdt å merke seg for allmenningen og samfunnsmedisineren.

- 1 Samtykkekompetanse foreslås fjernet som begrep i helselovgivningen og erstattes av «beslutningskompetanse».
- 2 Kravet til at kompetansen skal være «åpenbart» bortfalt, erstattes av «overveiende sannsynlig». Dette innebærer en reduksjon av beviskravet og kan føre til økt bruk av tvang. Overveiende sannsynlig er rundt 70–75 prosent sannsynlighet, mens åpenbart er enda strengere.
- 3 Alvorlige konsekvenser av å nekte og motta behandling, skal vektlegges tynge enn i dag. Dette er knyttet til evnen til å forstå sin nåværende og framtidige situasjon. Om pasienten ikke forstår eller tar innover seg at behandlingsnekt kan gi alvorlige konsekvenser, vil terskelen for å bruke tvang derfor bli redusert.
- 4 Kompetansevurderinger må kvalitetssikres gjennom bedre opplæring, nasjonale faglige retningslinjer og et validert verktøy for kompetansevurderinger. Utvalget gir kraftig kritikk til hvordan samtykkekompetanse ble innført i psykisk helsevern i 2017. Det foreslås elek-

troniske verktøy til innleggende leger ved at maler inngår i journalsystem og/eller andre verktøy som Legevakthåndboken og Norsk elektronisk legehåndbok.

- 5 Pårørendesamarbeid løftes opp som en sentral del både i kommune- og spesialisthelsetjenestens tjenestetilbud til personer med alvorlig psykisk lidelse.
- 6 For noen alvorlig psykisk syke pasienter med forhøyet voldsrisiko vurderer utvalget at det er behov for å utrede nye boligløsninger med heldøgns bemanning, organisert som «halvannenlinjetjenester».
- 7 Utvalget foreslår at lovverket koordineres bedre. Om samtykkekompetanse erstattes med beslutningskompetanse, foreslår utvalget en endring i pasient- og brukerrettighetsloven. Det foreslås konkret at de diagnosespesifikke kravene i denne loven i 4-3, erstattes med en diagnosenøytral bestemmelse: «Samtykkekompetansen kan bortfalle helt eller delvis dersom pasienten på grunn av fysiske eller psykiske forstyrrelser, senil demens eller psykisk utviklingshemming åpenbart ikke er i stand til å forstå hva samtykket omfatter.» En diagnosenøytral bestemmelse gjør at det ikke må knyttes en konkret bakenforliggende sykdom eller tilstand som årsak til hvorfor beslutningskompetansen er bortfalt: «Beslutningskompetansen kan bortfalle helt eller delvis dersom pasienten overveiende sannsynlig ikke er i stand til å forstå hva beslutningen gjelder og konsekvensene av denne.» Det er verdt å bemerke at psykisk helsevernlovens krav om «alvorlig psykisk sykdom» i § 3-3 ikke er foreslått endret, slik at dette fortsatt vil være et krav for å behandle psykiatriske pasienter med tvang.
- 8 Det foreslås egne opplæringstiltak rettet mot pårørendes rettigheter og unntakene fra taushetsplikten knyttet til pårørende, for å sikre at pasientens og pårørendes interesser og rettigheter bedre ivaretas.
- 9 Det anbefales at kjernejournalen utvikles slik at helsepersonell lettere kan få tilgang til informasjon som er viktig i beslutninger om etablering av tvungent

¹ SSB tabellene 07459 (befolkning) og 13942 (spesialisthelsetjenesten). Tall per 1. januar aktuelle år.

fall

vern, herunder kriseplaner, andre relevante planer og pasientens erfaringer og behandlingsønsker.

Dette er i tråd med anbefalinger i *Nasjonal veileder om begrensning av livsforlengende behandling*, som også legger opp til at kjernejournal skal være et verktøy for informasjonsoverlevering mellom helsetjenesteneivåene. Veilederen skal være klar 1. november i år.

Psykiatrisk prognose

Om utvalgets anbefalinger gjennomføres, vil det ganske sikkert medføre at terskelen for tvang senkes noe. Dette vil medføre at pasienter som i dag gjennomgår stadige forverringer gjennom behandlingsnekt etter å ha gjenvunnet samtykkekompetansen sin, vil kunne motta behandling under tvungent psykisk helsevern etter nye regler.

Problemet med gjenvunnet samtykkekompetanse og behandlingsnekt med påfølgende og forventet forverring, var en vesentlig faglig innsigelse mot innføring av samtykkekompetansekravet. Med beslutningskompetanse har de medisinske fagfolkene vunnet fram, noe behandlere, pårørende og pasienter åpenbart vil nyte godt av i årene som kommer.

For å kunne ivareta et større antall pasienter under tvangsbehandling, vil det kreves tilpasninger i dagens system. En videre reduksjon i antall sengeplasser i spesialisthelsetjenesten framstår som utenkelig, samtidig som kommunehelsetjenestens ressurser igjen vil bli satt under press. Utvalget tilbyr ingen løsninger på denne utfordringen.

Når det gjelder pasienter som er krevende med tanke på utagering- og voldsproblematikk, foreslår utvalget utredning av halvannenlinjetjenester, der både kommune- og spesialisthelsetjenesten bidrar inn med ressurser, kompetanse og faglige og juridiske virkemidler. Denne pasientgruppen har inntil nå vært ivaretatt i spesialisthelsetjenesten. Dette forslaget åpner for et radikalt skifte for behandling av denne pasientgruppen.

Samlet sett leverer utvalget en grundig og omfattende rapport på 326 sider. Det foreslås en rekke endringer som er basert på da-



ILLUSTRASJONSFOTO: COLOURBOX

gens praksis og erfaringene fra innføringen av samtykkekompetansekravet. Endringene er nødvendige og de vil gagne mange. Samtidig vil endringene føre til en enda mer tilspisset kamp i et helsevesen som ikke kan basere seg på vekst i årene som kommer.

REFERANSER

1. Ose, S. O., Lilleeng, S., Pettersen, I., Ruud, T. & van Weeghel, J. (2017). Risk of violence among patients in psychiatric treatment: results from a national census. *Nord J Psychiatry*, 71(8), 551–560. <https://doi.org/10.1080/08039488.2017.1352024>.
2. Politiet. (2022). Vold begått av personer med alvorlige psykiske lidelser. <https://www.politiet.no/globalassets/tall-og-fakta/vold/vold-begatt-av-personer-med-alvorlige-psykiske-lidelser2.pdf>.

3. Politiforum. (2024). Økning i psykiatrioppdrag: – Går utover politiets kapasitet. Politiforum. <https://www.politiforum.no/okning-i-psykiatrioppdrag-gar-utover-politiets-kapasitet/255870>.

4. Nasjonal koordineringsenhet for dom til tvunget psykisk helsevern. (2017–2023). Årsrapporter. <https://www.oslo-universitetssykehus.no/avdelinger/klinikk-psykisk-helse-og-avhengighet/psykisk-helse-nasjonale-og-regionale-funksjoner/regional-sikkerhetsseksjon-rsa/nasjonal-koordineringsenhet-for-dom-til-tvungent-psykisk-helsevern/arsrapporter/>.

5. Samtykkekompetanseutvalget. (2023). Bedre beslutninger, bedre behandling. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/bedre-beslutninger-bedre-behandling/id2985104/>.

■ LEGE.ARILD.IVERSEN@GMAIL.COM

NOMED: Et mestringsorientert beh mot langvarige smerter

■ **PETTER C. BORCHGREVINK** • Overlege og professor emeritus ■ **HEIDI TRYDAL** • Psykologspesialist og universitetslektor

■ **TORMOD LANDMARK** • Psykologspesialist og førsteamanuensis ■ **JACOB BJERTNÆS** • Spesialist i allmenntilstander

■ **HARALD SUNDBY** • Spesialist i allmenntilstander ■ **ASTRID WOODHOUSE** • Manuell terapeut og førsteamanuensis

Alle fra spesialisthelsetjenesten: Smerteavdelingen og Nasjonalt kvalitets- og kompetansenettverk for sammensatte smertetilstander, St. Olavs hospital og Institutt for sirkulasjon og bildediagnostikk, NTNU

Flere hundre tusen pasienter oppsøker fastlegene hvert år på grunn av langvarige smerter. I de fleste tilfeller vil en allmennlege utelukke alvorlig somatisk og psykisk sykdom og forvise pasientene om at de langvarige smertene ikke skyldes alvorlig sykdom. De vil også råde dem til å ta opp sine normale funksjoner, inklusive arbeid så langt som mulig, og i hovedsak se på seg selv som friske. Men i noen tilfeller er de langvarige smertene så ødeleggende for pasientene at de oppsøker fastlegen gang på gang og etterlyser aktiv behandling. I mange av disse tilfellene anbefales nå ikke-medikamentelle tiltak framfor vedvarende analgetika-behandling.

Det kan imidlertid være krevende for en allmennlege å gjennomføre mestringsorienterte samtaler. I løpet av en travel arbeidsdag vil et strukturert opplegg være til hjelp når vi skal velge bort utskrivning av opioider eller andre analgetika. Vi har derfor utviklet et mestringsorientert behandlingskonsept som er enkelt å gjennomføre og som er lagt ut i Norsk elektronisk legehåndbok, Norsk Helseinformatikk og smertenettverk.no. Her finnes både spørreskjema, tekster og videosnutter som brukes i behandlingen. Konseptet tar utgangspunkt i at det er enklere for en fastlege å samtale om avgrensede problemer, enn å ha en konsultasjon om mestring av smerte i sin alminnelighet. Utgangspunktet er at alle disse pasientene, i ulik grad og uavhengig av smertetilstand, har plager som forsterker og vedlikeholder smertene. De best dokumenterte er søvnvansker, angst og depresjon, men ut fra klinisk erfaring har vi spesifisert i alt 17 faktorer som forsterker og vedlikeholder langvarige smerter (TABELL 1). Ved å la pasientene svare på spørsmålene, kan fastlegen individualisere behandlingsopplegget og samtale om de forsterkende og vedlikeholdende faktorene som plager dem mest.

I den første konsultasjonen må vi forklare pasientene at det ofte er best, når vi

skal gjøre noe med langvarige smerter, å redusere faktorer som i ulik grad forsterker og vedlikeholder smertene. Erfaringsmessig er det mange som sier seg enig i at for eksempel søvnproblemer gjør smertene verre. De vil da kunne motiveres til å avtale en ny konsultasjon og ta med seg et spørreskjema, der en på en skala fra null til ti kartlegger i hvilken grad de ulike faktorene er til stede (TABELL 1).

I den andre konsultasjonen går så fastlegene og pasientene gjennom spørreskjemaet slik at de sammen kan identifisere hvilken eller hvilke av de 17 forsterkende faktorene som er mest plagsomme. Deretter vil pasienten få tilbud om en ny konsultasjon for å drøfte tiltak rettet mot å mestre den eller de aktuelle faktorene på en bedre måte. Da får de i oppgave å se igjennom en eller flere av de 17 videosnuttene som gir anbefaling om mestring.

Før den neste konsultasjonen ser både pasienten og fastlegen gjennom en eller flere av de 17 videosnuttene som omtaler den eller de faktorene som velges ut og som skal danne grunnlaget for samtale i konsultasjonen. I tillegg ser fastlegen gjennom de aktuelle tekstene med råd som omtales nedenfor og i NEL. Disse må ikke ses som fasit for alle, men justeres ut fra fastlegens kjennskap til pasienten. Det er viktig

at samtalen er fleksible og basert på empati.

I resten av denne artikkelen vil vi omtale hvert enkelt av de 17 faktorene, og gi råd om hvordan fastlegen kan samtale med smertepasienten om disse.

1. Vedvarende ønske om mer utredning og forklaring

UTSAGN PÅ SPØRRESKJEMAET: «Har du ønske om å finne ut mer om årsaken til smertene dine?»

Hvis pasienter markerer et behov for å finne mer ut om årsakene til de langvarige smertene, reflekterer det i utgangspunktet et helt forståelig ønske, og representerer til å begynne med ikke noen risikofaktor. Tvert imot er dette helt normalt og gir grunnlag for at vi som leger kan forebygge forverring av situasjonen. Det er særlig pasienter med langvarige smerter av uklar årsak som ønsker mer utredning og forklaring, noe vi bør anerkjenne som fullt forståelig. Men hvis pasientene låses fast i denne oppfatningen, vil det kunne bidra til økt oppmerksomhet på symptomene og mindre fokus på hensiktsmessig mestring. Når vi skal fortelle pasientene at blodprøver og bildediagnostikk er normale (ikke si negative), og at klinisk undersøkelse også avkrefter at en kjent

Handlingskonsept



UTSAGN PÅ SPØRRESKJEMAET:		SPØRSMÅL/ UTSAGN
1	Vedvarende ønske om mer utredning	«Har du ønske om å finne ut mer om årsaken til smertene dine?»
2	Frykt for alvorlig sykdom	«Er du redd for at smertene kan skyldes noe farlig?»
3	Frykt og unngåelse	«Er du redd for at smertene forverres av fysisk aktivitet eller bevegelse?»
4	Fysisk form og aktivitet	«Er din fysiske form så redusert at den begrenser deg i daglig aktivitet?»
5	Vedvarende ønske om analgetika	«Skulle du ønske du fikk mer smertestillende medikamenter?»
6	Søvnplager	«Er du misfornøyd med ditt nåværende søvnmønster?»
7	Utømmelse	«Føler du deg sliten mesteparten av tiden?»
8	Sosial tilbaketreking/ ensomhet	«Opplever du å ha for lite samvær og sosiale aktiviteter?»
9	Verstefallstenkning	«Jeg tenker at smertene bare vil bli verre og verre»
10	Engstelighet	«Jeg er ofte nervøs og urolig»
11	Bekymring for arbeid og NAV	«Jeg bekymrer meg mye over tapt arbeidsevne og/eller mitt forhold til NAV»
12	Depresjon	«Jeg greier ikke å glede meg over ting slik jeg gjorde før»
13	Grubling	«Jeg tenker ofte på hvor mye bedre livet var før jeg ble plaget med smerter»
14	Følelse av avvísning	«Jeg har blitt avvíst av helsetjenesten og opplever det fortsatt som vanskelig»
15	Opplevelse av urettferdighet	«Jeg har opplevd noe urettferdig som jeg tenker jeg aldri vil komme over»
16	Vanskelig forhold til de nærmeste	«Jeg bekymrer meg mye over forholdet til mine aller nærmeste»
17	Tidligere alvorlige livshendelser	«Jeg har opplevd noe vanskelig i livet som jeg fortsatt tenker på/ strever med»

TABELL 1. Faktorer som kan forsterke eller opprettholde langvarige smerter og tilhørende spørsmål til pasienten. BAKGRUNNSFOTO: COLOURBOX

alvorlig sykdom kan forklare de langvarige smertene, må vi være forberedt på at de, i stedet for å bli lettet, får ytterligere bekymringer. Siden smerte er et varsel om at noe er galt, har de gått i månedsvis og engstet seg for alvorlig sykdom, sovet dårlig om natta og blitt svært labile, og da vil god kommunikasjon være avgjørende for det videre sykdomsforløpet.

Vi må forberede oss godt, forsikre oss om at alle relevante undersøkelser er gjennomført og orientere pasientene om svaret på hver enkelt undersøkelse og eventuelt skjule den overdrevne redselen vi kan ha for å overse noe. En slik redsel vil smitte

over på pasientene. Samtidig som vi viser forståelse for deres bekymring, må vi på en omsorgsfull måte markere at det er vi som har fagkompetansen. Å henvise til nye undersøkelser eller å gjenta prøver som allerede er gjennomført, vil ikke bare være misbruk av ressurser, men vil også få negative konsekvenser for pasientene. Hvis legen gir etter for presset, kan pasienten oppfatte at legen er usikker på at noe er galt. Dermed forsterkes deres frykt for alvorlig sykdom, og da reduseres mulighet for behandlingstiltak og mestring.

For å komme i posisjon til å hjelpe, er det viktig at legene validerer, er tydelige på

at de oppfatter pasientenes smerter som reelle og eksplisitt sier at vi ikke oppfatter smertene som innbilning eller simulering. En informasjon som kan avhjelpe og være til trøst, er at en ny HUNT-studie viser at over 60 prosent av personer med langvarige smerter har smertetilstander som ikke kan forklares med en kjent tilgrunnliggende sykdom. For å beholde alliansen bør vi også bestrebe å komme fram til en felles forklaringsmodell som pasientene har tillit til og som kan legge grunnlag for videre terapi for mestring. Vi må se an hver enkelt pasient, men i de fleste tilfellene er det grunnlag for å si at sentralnervesystemet,

som skal varsle om farefull smerte, i slike tilfeller har blitt overfølsomt og oppfatter vanligvis ikke smertefulle stimuli som smertefulle. Vi må også forklare at hjernen har stor kapasitet til å forandre seg og korrigerer denne feiloppfattelsen, hvis pasientene får økende forståelse for dette og innser behovet for ulike tiltak for mestring.

Riktignok vil det i noen tilfeller være holdepunkter for at det allikevel er patofysiologiske forklaringer, for eksempel fasettleddsartrose, som ligger til grunn, selv om tilstanden må klassifiseres som uspesifikk korsryggsmerte. Men det finnes mange usikre forklaringsmodeller vi ikke bør begi oss ut på. Pasientene vil nok i første omgang bli fornøyd med at de har fått en mer konkret forklaring, men vi kan risikere at de senere møter andre leger eller fysioterapeuter som formidler helt andre forklaringsmodeller. Slik faglig uenighet forvirrer pasientene og fungerer antiterapeutisk.

2. Frykt for å ha alvorlig sykdom

UTSAGN PÅ SPØRRESKJEMAET: Er du redd for at smertene kan skyldes noe farlig?

Noen pasienter med langvarige smerter er svært redd for at smertene skyldes farlig, uoppdaget sykdom. Det gjelder spesielt når det ikke kan påvises kjente sykdommer eller bakenforliggende patofysiologiske forhold. I de alvorligste tilfellene tilfredsstiller de diagnosen hypokondri eller helseangst som defineres som «Vedvarende opptatthet av muligheten for å ha en eller flere alvorlige og fremskredne somatiske sykdommer». Noen av disse pasientene kan veldig åpent tilkjenne at de ikke stoler på legene, samt formidle frykt og insistere på å få nye utredninger, mens andre holder denne engstelsen for seg selv. Det er uansett viktig å avdekke og å ta dette alvorlig, siden det hindrer videre håndtering og mestring.

I slike tilfeller må vi aller først vurdere om det kan finnes et saklig grunnlag for nye undersøkelser ved å se på vanlig standard for nye undersøkelser og henvisninger. Hvis vi gir etter for å gjentatte undersøkelser med intensjonen å berolige, vil dette tvert imot kunne medføre økt engstelse, somatisering og forverring. Det anbefales å sette av tid til regelmessige konsultasjoner. Da vil pasienten redusere bruk av akutte timer og trene seg på å håndtere usikkerhet. Noen ganger kan usikkerheten da gradvis gå over. Ikke vær belærende med lange foredrag. Det vil kunne gjøre det verre.

Hjelp pasienten med å se at frykten er basert på irrasjonelle tanker som ikke er i

samsvar med undersøkelsene. Det er vanskelig å fjerne tanker, men man kan endre hvordan man vil forholde seg til dem. Tanker kan få stor makt over følelser og handlinger, men det er mulig å få disse tankene på avstand og ikke la seg styre av dem. Det hjelper å engasjere seg i meningsfull aktivitet basert på det som er viktig i livet. Hvis pasienten velger å stole på at han/hun er tilstrekkelig utredet, vil pasienten få mulighet til å leve i en tryggere og mer meningsfull hverdag.

3. Frykt og unngåelse (Bevegelsesfrykt)

UTSAGN PÅ SPØRRESKJEMAET: Er du redd for at smertene forverres av fysisk aktivitet eller bevegelse?

En overdreven frykt for å forverre plagene vil ofte medføre uhensiktsmessig unngåelse av aktivitet. Undersøk dette gjennom å spørre pasienten om det er enkelte aktiviteter og bevegelser som de unngår. Dersom det framkommer stor grad av unngåelse, sett opp en plan for å utfordre frykten gjennom å oppsøke de situasjonene, aktivitetene, bevegelsene eller følelsene som unngås. Det kan være lurt å skrive ned forventninger på forhånd. I etterkant kan en evaluere situasjonen på nytt. Gikk det slik som forventet? Kan forventningene justeres til neste gang? Ved å utsette seg for et utfordrende scenario og ved å holde seg i det, vil pasienten kunne oppleve at angsten går ned. Ved å trene på å utsette seg for smerte i situasjoner der man opplever kontroll, for eksempel trening, vil frykt forbundet med smerten gå ned, og smerten vil bli mindre.

4. Fysisk form og aktivitet

UTSAGN PÅ SPØRRESKJEMAET: Er din fysiske form så redusert at den begrenser deg i daglig aktivitet?

Generell aktivitet og veiledet trening bidrar til økt funksjon og/eller smertelindring hos en stor andel pasienter. Aktiviteten bør være individuelt tilpasset, og fortrinnsvis veiledet av fastlege eller fysioterapeut. Inaktivitet er i seg selv en forverrende faktor.

Både generell aktivitet og individuelt tilpasset øvelsesopplegg er anbefalt ved langvarige smerter. Svært mange er i redusert fysisk forfatning med tanke på kondisjon, styrke, muskel- og leddfunksjon i affiserte områder, koordinasjon og balanse. Legg vekt på at fysisk aktivitet må starte på et lavt nivå dersom utgangspunktet er svakt. Pasientene trenger ofte tett oppfølging og hjelp til motivasjon. Det er ofte vanskelig å

tilrettelegge smertefrie aktivitets- og øvelsesopplegg for pasienter som har vedvarende smerter, og oftest vil aktivitet og øvelser også øke smertenivået i en periode på noen uker. Dette må pasientene forberedes på og man kan berolige med at også toppidrettsfolk får smerter etter økning av intensitet på trening.

Fem råd for trening og aktivitet ved langvarige smerter:

- 1 Ha et langtidsperspektiv på innsats og effekt av fysisk aktivitet og trening. Smertene har vart lenge, og aktivitet og trening må ha samme langsiktige perspektiv. Avklar dette tidlig slik at pasienten ikke har urealistiske forventninger. Bedringer av funksjon, kondisjon og styrke er ofte en forutsetning for smertebedring, men alt kommer sjelden samtidig. Velg aktiviteter som kan implementeres i hverdagslivet, tenk bærekraft, tenk på at det som etableres er nye vaner. Sett realistiske mål på kort og lang sikt. Samhandling med fysioterapeut eller annen kompetent person er ofte indisert.
- 2 Kartlegg pasientens tanker og bekymringer omkring fysisk aktivitet og smerter. Trygghet er viktig for å kunne gjennomføre en langsiktig aktivitetsplan.
- 3 En plan for gradert trening er indisert der pasienten viser unngåelsesadferd. Det er ofte et spesielt behov for tett oppfølging i slike tilfeller, og samhandling med fysioterapeut kan være nødvendig.
- 4 Kartlegg stress og fokuser på å bedre stresstoleranse. Dersom pasienten har et vedvarende forhøyet stressnivå er det vanskelig å starte med treningstiltak uten å først jobbe med bevisstgjøring og mestring av stress. Aktuelle tiltak er avspenningsøvelser, oppmerksomhetstrening, eventuelt meditasjon eller andre tiltak. Psykomotorisk fysioterapi er ofte nyttig.
- 5 Kartlegg søvn og søvnproblem. Restitusjon er avgjørende for effekt av trening, og tiltak for bedre søvn kan gjøre at pasienten nyttiggjør seg et aktivitetsprogram bedre.

5. Vedvarende ønske om (mer) analgetika

UTSAGN PÅ SPØRRESKJEMAET: Skulle du ønske du fikk mer smertestillende medikamenter?

Mange pasienter tror at analgetika og spesielt opioider, virker mot langvarig smerte, og at oppstart av slike legemidler, eller økning av dosen, kan løse problemet. Vi må formidle at analgetika dessverre ikke har den samme effektive virkningen på langvarig smerte som mot akutte smerter, og at



Søvnplager er vanlig blant folk som har langvarige smerter. ILLUSTRASJONSFOTO: COLOURBOX

virkingen avtar over tid. Dessuten må vi formidle at analgetika, bortsett fra paracetamol, har betydelige bivirkninger som kan bli mer uttalt over tid. Videre må vi forklare at opioidene gir avhengighetsproblemer for mange. Vi må kunne henvisse til opioid-epidemien i USA som mange har hørt om. Dessuten kan bruken av opioider over tid gi generaliserte smerter og uttalte hormonforstyrrelser inklusive nedsatt libido. Bruken er, med få unntak, i strid med veileder fra Helsedirektoratet.

6. Søvnplager

UTSAGN PÅ SPØRRESKJEMAET: Er du misfornøyd med ditt nåværende søvnmønster?

De fleste med langvarig smerte rapporterer også om søvnevansker. Søvnvansker er vist å øke risikoen for å utvikle langvarig smerte, samt å redusere sannsynligheten for bedring. For personer med langvarig smerte er problemer med å sovne en av de mest utbredte typene søvnforstyrrelser, men å våkne om natten og våkne tidligere enn ønsket er også hyppige problemer.

Mange pasienter har et sterkt ønske om å bedre søvnen, men de kan ofte oppleve dette som vanskelig på grunn av smerte om natten eller på grunn av redusert kapasitet og økt behov for hvile på dagtid. Det er derfor viktig å ta hensyn til smerter på natten og smertens innvirkning på daglige aktivitet dersom en velger å gå videre med å endre på søvnrutinene.

Kartlegg søvnmønster og døgnrytme gjennom spørreskjema, intervju eller søvndagbok.

- Registrer når pasienten legger seg, innsovningstid, oppvåkninger og vansker med å sovne igjen etter oppvåkninger, og når han eller hun står opp.
- Hva er den totale søvnlengden? Er pasienten søvnløs på dagtid? Sover pasienten på dagtid?

Pasientens søvnvansker kan være relatert til både døgnrytme, for lite aktivitet, søvnavaner og sterke smerter om natten. Lag et

enkelt regime der pasienten skal stå opp til samme tidspunkt hver dag, uansett hvordan natten har vært. Gi råd om å unngå å sove på dagtid, med unntak av en kort «power nap» på ca 15 minutter. Dersom man ikke får sove om kvelden, stå opp igjen og gjør noe annet rolig. Behold likevel et minimum av tid i sengen, for eksempel fem timer, selv om man ikke får sove.

Ved å innskrenke tiden i sengen, vil pasienten i starten ofte oppleve å få sove mindre, noe som kan være frustrerende. Etter hvert vil de nye vanene gi mer sammenhengende og dyp søvn på natten. Det kan være nyttig å motivere med at det er hardt i starten, men at belønningen kommer etter hvert. Dersom pasientens søvnmønster ikke har endret seg etter en måned, vurder mestringkurs i kommunal regi eller lignende.

Selvhjelpskurs over internett kan også være til hjelp, men krever mer selvdisiplin¹.

7. Utmattelse

UTSAGN PÅ SPØRRESKJEMAET: Føler du deg sliten mesteparten av tiden?

Nesten 40 prosent av de med langvarig smerte har også langvarig utmattelse. Utmattelsen kan bidra til ytterligere redusert funksjon og redusert deltakelse i aktiviteter som vil være nyttig for mestring av smerten.

Dersom en ønsker å gå videre med mestring av utmattelse, vurder omfanget av utmattelsen. Spør hvor ofte og i hvilken grad. Hvor mye virker utmattelse inn på daglig funksjon? Sliter pasienten med både fysisk og mental (konsentrasjon og tenkeevne) utmattelse? Hva er det mest anstrengende pasienten gjør i dagliglivet? Reagerer han eller hun med utmattelse som varer mer enn 24 timer etter å ha anstrengt seg? Legg vekt på å normalisere. Både konsentrasjonsvansker og fysisk utmattelse er vanlig

¹ <https://nhi.no/psykisk-helse/kognitiv-terapi/langvarige-sovnvansker/langvarige-sovnvansker-selvhjelpskurs/>.

ved langvarig smerte, men ikke bagateller. Legg vekt på aktivitetsregulering gjennom å balansere aktivitet og restitusjon. Råd pasienten til ikke å gjøre mer enn at han eller hun klarer å hente seg inn igjen til neste dag. Ved større anstrengelser, planlegg tilstrekkelig hvile og restitusjon både på forhånd og i etterkant. Tenk langsiktig om det å bygge opp funksjon gjennom gradvis økning i aktiviteter. Finn gode avspenningsøvelser og rutiner for å sikre best mulig nattesøvn og restitusjon.

8. Sosial tilbaketrekning og ensomhet

UTSAGN PÅ SPØRRESKJEMAET: Opplever du å ha lite samvær og sosiale aktiviteter?

Sosial tilhørighet er viktig for vår psykiske helse og for aktivitet. Når vi er sosiale får vi mulighet til å oppnå støtte og forståelse fra andre. Vi må også i sosialt samvær fokusere på andre enn oss selv. Det er godt og sunt å ha en opplevelse av å være en del av et fellesskap. Ved sosialt samvær legger vi ofte samtidig mindre merke til kroppslig ubehag og smerter. Mange opplever at smertene kommer mer i bakgrunnen når de er sosiale og har fokus på andre enn seg selv. Det kan føles som et avbrekk fra smertene.

Dersom pasienten ønsker å gjøre noe med sin sosiale tilbaketrekning, sett av tid i samtalen til å utforske utfordringene knyttet til dette. Noen pasienter bekymrer seg for at de er en byrde for sine omgivelser. De tenker at det vil være en fordel for de andre om de trekker seg tilbake og ikke er til bry. Denne bekymringen kan være helt uten grunn og de andre i pasientens liv ønsker ofte isteden å være til hjelp og støtte for pasienten. Denne onde passive sirkelen kan brytes gjennom at pasienten blir utfordret på dette uhensiktsmessige tankemønsteret og at pasienten i tillegg sjekker ut med sine omgivelser hva de egentlig tenker. Det er viktig å utforske muligheter for å delta i et fellesskap dersom du hører at pasienten lever i utenfor-skap eller ensomhet. Undersøk hva som finnes av organisasjoner eller kommunale tilbud. Legg vekt på regelmessighet, forpliktelse til å delta, men at gleden ved deltakelse skal være høyere enn krav til å prestere.

9. Versteffallstenkning

UTSAGN PÅ SPØRRESKJEMAET: Jeg tenker at smertene bare vil bli verre og verre

Versteffallstenkning er en tendens til å overdrevent negative evalueringer av smerten. Mange har en mer eller mindre

uttalt oppfatning av at smertene blir verre med tiden. Dersom det ikke er en sykdom som skader kroppens vev og strukturer som ligger til grunn, er det liten grunn til å tro smerten blir stadig verre med tiden. Ofte vil pasienten oppleve bedre og dårligere perioder avhengig av andre forsterkende faktorer og belastninger, men det er større grunn til å tro at smertene blir bedre med tiden, etter hvert som en tilegner seg mer erfaring og bedre strategier for å mestre den. Frykt for forverring er bare en av mange verstoffallstanker en kan ha om smertene.

Spør pasienten om andre negative tanker om smertene. I hvor stor grad er disse overdrevent negative? Utfordre tankene gjennom dialog og hjemmeoppgaver. Eksempel på spørsmål som kan stilles er: Hva er den verste konsekvensen forbundet med tanken? Hva er bevisene som støtter verstoffallstanken? Hva er motbevisene? Hvordan kan du tenke annerledes? Hva ville du ha sagt til en annen i samme situasjon? Hvor nyttig er denne tanken egentlig?

10. Engstelse

UTSAGN PÅ SPØRRESKJEMAET:

Jeg er ofte nervøs og urolig

Engstelse er en av de vanligste tilstandene som følger med langvarige smerter. I noen tilfeller er engstelsen blitt så alvorlig at det har utviklet seg til en angsttilstand, men de færreste av smertepasienter oppfyller kriterier til en angstdiagnose. Smertens funksjon er å signalisere en trussel mot kroppen. Smerte krever oppmerksomhet og kan få nervesystemet til å reagere med en kamp- eller flukt-respons. Dette varselsignalet er hensiktsmessig ved akutt smerte, men blir et problem ved langvarig smerte der det oftest ikke er fare for at noe er alvorlig galt i kroppen.

Å oppleve langvarig smerte kan bidra til utbrudd og forverring av engstelse, men engstelse kan også spille en rolle i utvikling og forverring av smerte. Forskning antyder at personer som har mer frykt for smerte, har høyere sannsynlighet for å utvikle langvarig smerte. Engstelse og angstlidelse kan også forverre andre smertelaterte tilstander som leddgikt, IBS og fibromyalgi.

Snakk med pasienten om nervøsiteten og/eller uroen dreier seg om reelle/konkrete hendelser som foregår i livet, eller om uroen er mer «fritt-flytende» og ikke knyttet til noe spesielt. Dersom det første er tilfelle, foreslå at pasienten lager en handlingsplan for hvordan problemet kan løses. Dersom problemet ikke lar seg løse, snakk om at livet er fullt av problemer vi ikke



Pasienter med langvarige smerter kan ofte ha angst og depresjon. ILLUSTRASJONSFOTO: COLOURBOX

kan løse, men som vi trenger å forholde oss til med aksept. Hjelp pasienten med å forstå at han/hun i stedet må ha fokus på det han/hun kan påvirke og at dette bør forankres i viktige livsverdier for å gjøre det mest mulig meningsfullt og lystbetont.

Dersom nervøsiteten og uroen er mer «fritt-flytende» og ikke knyttet til noe spesielt, bør fastlege hjelpe pasienten med å se hva som gir ro og glede i livet. Dette blir motsatsen til nervøsitet og uro. Er det tilstrekkelig med positive faktorer i livet nå? Dersom det ikke er det, hvordan kan pasienten oppnå mer av det?

Dersom pasienten organiserer livet sitt rundt nervøsitet og uro og utviser unngåelsesatferd, er det viktig at pasienten får hjelp til å eksponere seg. Dersom pasienten for eksempel unngår sosiale situasjoner fordi det trigger nervøsitet og uro, så kan det lages en plan der pasienten gradvis utsetter seg for sosiale situasjoner. Det er viktig å begynne i det i små, for eksempel øke samvær med en person for så å være sammen med flere. Toleransen for sosiale situasjoner vil da kunne øke.

Eksponering og å utsette seg for det som er ubehagelig og som trigger nervøsitet/uro må alltid til for å kunne øke toleranse og redusere uønskede symptomer. Det er viktig å opplyse om at pasienten vil kunne oppleve forverring i starten av eksponering og at det er helt normalt. Etter en stund vil så ubehaget gå ned og bedringen kommer da gradvis. Det er viktig å stå i ubehaget for å kunne bli bedre.

11. Bekymring for arbeid og NAV

UTSAGN PÅ SPØRRESKJEMAET: *Jeg bekymrer*

meg mye over tapt arbeidsevne og/eller mitt forhold til NAV

Svært mange med et uavklart forhold til NAV sliter med bekymring om dette. Problemet må håndteres alt etter hva slags bekymring som kommer fram. Noen ganger vil bare det at å få snakke og å bli hørt om sine opplevelser om tap av arbeidsevne og dårlig økonomi, være av verdi. Likeså vil en samtale om vansker pasienten har i kontakten med NAV kunne være en lettelse. Allmennleger har mye erfaring med

dette og vil ofte kunne vite om pasientens forhold til NAV er ivaretatt og trygt, og da må dette formidles. I noen tilfeller kan det være aktuelt å avtale dialogmøte med NAV, mens det i andre tilfeller kan være aktuelt å formidle kontakt med gjeldsrådgiver i NAV.

12. Depresjon

UTSAGN PÅ SPØRRESKJEMAET: *Jeg greier ikke å glede meg over ting slik jeg gjorde før*

Vurder depresjon gjennom standardiserte skjema som MADRS eller lignende. Vær oppmerksom på at somatiske symptomer kan bidra til høy skåre. Vurder indikasjon for antidepressiva og samtalebehandling. Undersøk pasientens døgnrytme. Det er viktig at deprimerte pasienter har mest mulig struktur på dagene sine og fyller dagene med meningsfulle aktiviteter. Deprimerte pasienter vil ofte si at de ikke har lyst til å gjøre noe, men dette er først og fremst et depressivt utsagn. Pasienten kan ha lagt meningsfulle og positive aktiviteter til side på grunn av depresjonen og trenger å hente tilbake disse aktivitetene for å bli mindre deprimert. Hjelp pasienten med å lage en plan på hvordan det kan gjøres.

Legg vekt på å få positive opplevelser og å holde fast ved det positive i livet på tross av smerte og lidelse. En måte er å be pasienten skrive ned tre ting hver dag som han eller hun er takknemlig for. Oppfordre til å delta i aktiviteter som gir glede og gode opplevelser. Oppfordre til å delta i et fellesskap og å unngå sosial isolasjon. Legg vekt på regelmessig fysisk aktivitet, kosthold og søvn.

13. Grubling

UTSAGN PÅ SPØRRESKJEMAET: *Jeg tenker ofte på hvor mye bedre livet var før jeg ble plaget med smerter*

Grubling i denne sammenheng er gjentagende negative tanker om fortid eller nåtid som gir emosjonelt ubehag. Den opptar i overdrevet grad tankekraften i livet. Det blir da vanskelig med konstruktivt fokus i livet her og nå. Hos pasienter med smerter vil grublingen ofte omhandle tidligere smertefrie perioder eller tidligere bedre perioder.

Pasienten vil ofte lengte tilbake og idyllisere fortiden og ikke gi fokus til konstruktive tiltak i livet her og nå. Det vil kunne gi følelse av tap, tristhet og depressive symptomer.

Spør pasienten om slike tankeprosesser opptar dem nesten hver dag, om det gjør det vanskelig å fokusere på andre ting, og om det medfører en sterk følelse av tap

eller tristhet. Samtal med pasienten om at livet er her og nå, og at både fortid og fremtid i stor grad er ute av vår kontroll og vanskelig/umulig å påvirke

Det er derfor viktig for oss alle at vi prøver å påvirke positivt det vi kan påvirke i livene våre her og nå!

14. Følelse av avvísning

UTSAGN PÅ SPØRRESKJEMAET: *Jeg har blitt avvist av helsetjenesten og opplever det fortsatt som vanskelig*

Still åpne spørsmål og la pasienten fortelle om sine vonde opplevelser. Hos noen er dette så alvorlig at de ikke selv klarer å komme over det. Da vil det kunne være nyttig å relatere opplevelsen av avvísning til rådene under punkt 3 og 4. Vær tilgjengelig og empatisk. Da får pasienten nye erfaringer som kan korrigere tidligere negative erfaringene med avvísning fra helsepersonell.

15. Opplevd urettferdighet

UTSAGN PÅ SPØRRESKJEMAET: *Jeg har opplevd urettferdighet som jeg tenker jeg aldri kommer over*

Spør om pasienten ønsker å fortelle om det urettferdige som han eller hun har opplevd. Er det i møte med helsevesenet og relatert til smertetilstanden? Spør om pasienten tenker mye på urettferdigheten og hvordan disse tankene påvirker, helsen, følelser og funksjon i det daglige. Legg vekt på aksept av at livet fatisk er urettferdig. Reduser skyld for at pasienten har havnet i den situasjonen han eller hun er i. Mye er uflaks. Et tankespill kan være: hvordan ville verden sett ut dersom den var rettferdig? Da ville alt vi opplevde og alt som skjedde hatt en årsak og alt vi gjorde ville hatt konsekvenser for oss. Det ville ikke vært bedre.

16. Vanskelig forhold til de nærmeste

UTSAGN PÅ SPØRRESKJEMAET: *Jeg bekymrer meg mye over forholdet til mine aller nærmeste*

Langvarige smerter kan gå ut over forholdet til de aller nærmeste, og mange smertepasienter sliter med dårlige relasjoner til sin samboer, barn og/eller foreldre.

Noen sier at de syns det er direkte flaut å snakke om dette også, i tillegg til smertene sine. En del har en ensidig oppfatning om at løsningen på familieproblemene er at smertene skal bli behandlet. Det er da verdifullt å avdekke slike problemer og å samtale om at de kan forsterke langvarige smerter. Dette kan motivere dem til å ar-

beide med å bedre relasjonene. Viss situasjonen i nærmeste familie er kritisk, bør de oppfordres til kontakt med familievernkantoret.

17. Tidlige alvorlige livshendelser/ traumer

UTSAGN PÅ SPØRRESKJEMAET: *Jeg har opplevd noe vanskelig i livet som jeg fortsatt tenker på/strever med*

Spør pasienten om det vanskelige er noe som han/hun ønsker å dele med sin fastlege. Forklar at det ofte kan være godt å dele vanskelige ting med en som ikke befinner seg i privatlivet og som har taushetsplikt. Når man går alene med vanskelige ting, kan det gi et vondt innvendig stress som trenger å få utløp. Å la det innvendige stresset få utløp vil ofte føre til en følelse av psykisk lettelse. Denne lettelsen kan også gi en positiv effekt kroppslig ved at man blir mer avspenning og avslappet i etterkant.

Spør også pasienten om han/hun tror at det triste som har skjedd, har innvirkning på eller sammenheng med smertene/kroppssymptomene. Er det slik at pasienten får mer vondt av å tenke eller føle på det som skjedde? Hvordan reagerte kropp og helse på det triste som skjedde den gangen det skjedde? Tror pasienten at hendelsen(e) fortsatt preger helsen? I så fall på hvilken måte?

Noen merker at triste eller depressive følelser gjør det vanskelig å komme i gang med viktige gjøremål. Spør om de vanskelige opplevelsene styrer livet på en måte som ikke er ønskelig. Unngår pasienten situasjoner eller relasjoner som trigger de vonde minnene? Det er viktig at pasienten i minst mulig grad lar seg styre av de tidligere belastningene, men utfordrer seg til å leve mest mulig fritt uten at det vanskelige i fortiden skal holde dem tilbake. Et annet alternativ er å spørre pasienten om det vanskelige som har skjedd er noe som pasienten fokuserer mye på, eller har vansker med ikke å tenke på. Preger det vanskelige pasienten følelsesmessig i dagliglivet? Opplever pasienten at det vanskelige forstyrrer den daglige funksjonen? Videre tiltak: La pasienten få ta et valg om det vanskelige som skjedde er noe dere bør snakke mer om i deres samtaler, eller om det er ønskelig at pasienten henvises til psykolog.

Det kan være viktig å hjelpe pasienten med å forstå at bearbeiding av traumer/vonde opplevelser kan bidra til psykisk lettelse og til reduksjon av kroppslige symptomer som smerter.

■ PETTER.BORCHGREVINK@NTNU.NO

Fastlegers respons på et orientert behandlingskon

■ PETTER C. BORCHGREVINK • Overlege ■ JACOB BJERNÆS • Spesialist i allmennmedisin ■ ASTRID WOODHOUSE • Manuell terapeut og førsteamanuensis
■ HEIDI TRYDAL • Psykologspesialist ■ PETER DIETRICH JOST • Spesialist i allmennmedisin ■ TORMOD LANDMARK • Psykologspesialist og førsteamanuensis
■ INGARD LØGE • Spesialist i allmennmedisin ■ HARALD SUNDBY • Spesialist i allmennmedisin ■ MARI GLETTE • Psykologspesialist
■ SVETLANA SKURTVEIT • Professor ■ ASLAK STEINSBEKK • Professor

Etter at de skadelige effektene av langvarig opioid-behandling har blitt avdekket, har behovet for et ikke-medikamentelt alternativ blitt tydelig. Formålet med studien var å undersøke sannsynligheten for at fastleger vil prøve ut det mestingsorienterte behandlingskonseptet NOMED mot langvarige smerter.

På et møte for fastleger fikk 70 allmennleger først spørsmål om egen opioid-forskrivning. Deretter fikk de informasjon om NOMED. NOMED innebærer kartlegging av og samtalerapi om 17 faktorer som i varierende grad kan forsterke og vedlikeholde langvarige smerter.

Bakgrunn

Det er som oftest fastlegene som får den utakknemlige oppgaven å si nei til pasientenes forespørsler om vedvarende bruk av opioider, også når slik behandling er startet opp i spesialisthelsetjenesten. Det er allmennlegene som møter flest av de omtrent en og en halv million nordmenn som har langvarige smertetilstander (1), hvorav over halvparten er av uklar årsak (2). Omtrent 30 prosent av alle konsultasjonene i allmennpraksis dreier seg om smerte (3).

Pasientene med smerte som er mest krevende for fastlegene, er de som oppsøker legekontorene ofte på grunn av langvarige, sterke smerter. Vi vet ikke med sikkerhet hvor mange dette er, men omlag 300 000 pasienter får hvert år utskrevet analgetika på blå resept på indikasjonen «kronisk smerte» (4). I tillegg kommer alle de som har fått opioider når de blir utskrevet fra sykehus og som så oppsøker fastlegene etterpå. En del av disse har erfart at antiinflammatorika, antidepressiver eller antiepileptika har begrenset effekt og mye bivirkninger. I avsakten og mangelen av andre gjennomførbare alternativer, kan dette i uhel-

digste fall bli en inngangsport til skadelig forskrivning av opioider.

Riktignok har Norsk legemiddelhandbok siden 2013 hatt et eget underkapittel om ikke-medikamentelle alternativer til opioider og andre analgetika (5), og Norsk elektronisk legehåndbok (NEL) har fra 2017 også vist til dette. Her blir blant annet kognitiv terapi og motiverende intervju beskrevet, men dette er behandling som er vanskelig å benytte for leger flest. Behovet for egne strukturerte ikke-medikamentelle behandlingsopplegg for allmennleger til bruk hos pasienter med langvarige smerter, har vært åpenbart. Det siste året har det blitt publisert utprøving av slik behandling til MUPS-pasienter med god effekt (6, 7), men disse krever en del opplæring.

Spesialister ved tverrfaglige smerteklinikker benytter ofte kognitiv terapi og aksept- og forpliktelsesterapi (ACT), som har en viss dokumentert effekt mot langvarige smerter (8). Spesielt psykologene benytter i tillegg oppmerksomt nærvær (mindfulness), hypnose, psykodynamisk korttidsterapi og motiverende intervju. Behandlingene benyttes direkte for mestring av smertene, men vel så ofte for mestring av en eller flere av de forsterkende og vedlikeholdende faktorene som i ulik grad rammer disse pasientene. De best dokumenterte faktorene er søvnproblemer (9), angstsymptomer (10), depressive symptomer (10), verstefallstenkning (11), frykt og unngåelse (12), utmattelse (13) og dårlig fysisk form (14). Disse er oppført i tabell 1 på side 11 sammen

SAMMENDRAG

Ni av ti fastleger rapporterte å være trygge på når det er rett å skrive ut opioider. På spørsmål om hvor gode de var til å unngå unødig forskrivning av opioider, svarte halvparten «god» eller «veldig god», mens de andre svarte «passe» eller «dårlig». Nesten alle (94 prosent) var enten helt eller ganske sikre på at de ville benytte NOMED.

Det syntes å være en diskrepans mellom hva fastlegene syntes var rett om opioidforskrivning, og hva de anså å kunne gjennomføre i praksis. At nesten alle var helt eller ganske sikre på at de ville prøve NOMED, var en positiv indikasjon på at kunnskap om dette behandlingskonseptet bør spres så flere får mulighet til å prøve det ut.

med ti andre faktorer som, basert på klinisk erfaring, forverrer livssituasjonen til pasienter med langvarige smerter.

De 17 forsterkende og vedlikeholdende faktorene i tabell 1 på side 11 er fra det mestingsorienterte behandlingskonseptet NOMED omtalt i dette nummeret av Utposten (15). Dette er utviklet ved Smer-teavdelingen ved St. Olavs hospital i samarbeid med blant annet fastleger. Konseptet bygger på et veiledet selvhjelpsprinsipp, der fastlegene kartlegger disse faktorene sammen med pasientene, og følger opp med samtaler etter at pasienten har fått relevant informasjon på video og skriftlig. I november 2022 ble det lagt ut i sin første versjon i NEL (16), smertenettverk.no (17) og Norsk helseinformatikk (18).

Målene med denne studien var å undersøke sannsynligheten for at fastleger vil prøve ut NOMED, samt å kartlegge deres opplevelser ved bruk av opioider mot langvarig smerte.

mestrings- sept (NOMED)

Materiale og metode

Dette er en tverrsnittsstudie der 70 allmennleger i et tre-timers møte 07.02.23 ble informert om behandlingskonseptet NOMED før de svarte på spørsmål på det nettbaserte responssystemet Mentimeter. Møtet var ledd i en møteserie arrangert av Nidaros-fondet der 211 fastleger i Trondheims-området ble invitert. Tittelen på invitasjonen denne kvelden var «Nytt behandlingskonsept ved langvarig smerte. Alternativ til opioider.»

Allmennlegene satt i grupper på cirka sju personer og hørte først et foredrag som omhandlet utfordringene med å redusere behandling av langvarig smerte med opioider. Ved hvert bord fikk så to fastleger i oppgave å gjennomføre lege-pasient-rollespill der pasienten insisterte på å få opioider. Deretter ble deltagerne spurt om sin nåværende praksis og holdninger til opioidbehandling.

I neste sesjon ble konseptet NOMED presentert med gjennomgang av 17 faktorer som kan forsterke og vedlikeholde langvarige smerter (15). I tillegg fikk de presentert de øvrige delene av NOMED pakken: Et spørreskjema der pasientene skal markere på en skala fra 0 til 10 i hvor stor grad hver av de 17 faktorene er til stede (TABELL 1), 17 videoer og tekster som pasientene kan se utenom konsultasjonene og som forklarer faktorene, samt 17 veileder-tekster til fastlegene (15). Konseptet ble så illustrert med ett rollespill i plenum samt diskusjon i gruppene. Deretter ble deltagerne spurt om hvor sannsynlig det er at de vil bruke dette behandlingskonseptet. Alle svar var anonyme, og data ble analysert deskriptivt.

Resultater

På spørsmålet «Føler du deg trygg på når det er rett å skrive ut opioider», svarte ni

SPØRSMÅL OM VEDVARENDE OPIOID-BEHANDLING AV LANGVARIG SMERTE	N	PROSENT
Føler du deg trygg på når det er rett å skrive ut opioider?		
- Ja helt trygg	5	9 prosent
- Ja ganske trygg	46	79 prosent
- Nei, litt usikker	7	12 prosent
Hvor god er du på å unngå å skrive ut opioider unødig?		
- Veldig god	9	15 prosent
- God	21	36 prosent
- Passe	27	46 prosent
- Dårlig	2	3 prosent
Hva er mest utfordrende?		
- Unngå å starte opp opioider	4	7 prosent
- Unngå å øke dosen med opioider	1	2 prosent
- Redusere dosen med opioider	23	43 prosent
- Slutte å foreskrive opioider helt	26	48 prosent
Hvor sannsynlig er det at du vil bruke dette behandlingskonseptet?		
- Vil helt sikkert ta det i bruk	16	26 prosent
- Tror nok jeg kommer til å prøve det ut	42	68 prosent
- Lite trolig at jeg kommer til å bruke det noe særlig	4	6 prosent
- Vil nok ikke ta det i bruk	0	0 prosent

TABELL 2. Om vedvarende opioider-behandling mot langvarig smerte og ønske om å ta NOMED i bruk.

av ti enten «Ja, ganske trygg» (79 prosent) eller «Ja, helt trygg» (9 prosent) (TABELL 2).

Fem av ti svarte at de var «God» (36 prosent) eller «Svært god» (15 prosent) på spørsmålet om «Hvor god er du på å unngå å skrive ut opioider unødig». På spørsmål om «Hva er mest utfordrende», svarte 26 respondenter «Slutte å foreskrive opioider helt» (48 prosent), mens 23 svarte «Redusere dosen med opioider» (43 prosent).

Når de til slutt fikk spørsmål om «Hvor sannsynlig er det at du vil bruke dette behandlingskonseptet?», svarte mer enn ni av ti «Tror nok jeg kommer til å prøve det ut» (68 prosent) eller «Vil helt sikkert ta det i bruk» (26 prosent).

Diskusjon

Før ytterligere spredning og videreutvikling av det ikke-medikamentelle behandlingskonseptet NOMED, var det ønskelig å

få tilbakemelding fra allmennleger, siden de er den primære målgruppen. Nesten alle fastlegene samlet til møte i Trondheim svarte at de var sikre eller nesten sikre på at de ville bruke dette konseptet.

Når de fleste respondentene følte at de var trygge på når det er rett å skrive ut opioider, kan det henge sammen med at innholdet i nasjonale og internasjonale veiledere om opioidbruk ved langvarig smerte nå er godt kjent (19, 20). Disse åpner kun for utprøving av opioider for noen få med svært sterke langvarige smertetilstander av kjent årsak, spesielt slike som skyldes artrose eller nevrologisk sykdom.

At halvparten av fastlegene likevel ikke føler seg gode til å etterleve denne restriktive praksisen, kan henge sammen med avmaktfølelsen de får når pasienter med sterke, langvarige smerter ikke kan hjelpes med de aksepterte og tradisjonelle behandlingene. Dette må antas å være en av årsak-



Halvparten av de som svarte på studien sa at reduksjon av dose var den største utfordringen med opioidbehandling.

ILLUSTRASJONSFOTO: COLOURBOX

kene til at nesten alle var helt eller ganske sikre på at de ville benytte NOMED som verktøy. Den positive responsen kan også henge sammen med at fastleger ser behov for en mestringsorientert behandling som er enkel å bruke.

Når nesten halvparten av respondentene svarte at det mest utfordrende med opioidbehandling ved langvarig smerte er å redusere dosen, må det ses i lys av at fastlegene i Norge er involvert i vedvarende opioidbehandling av omlag 60 000 pasienter (21) og at omtrent 13 000 av disse bruker mer enn 50 mg og 6000 mer enn 100 mg perorale opioid-ekvivalenter per dag) (22). En del av de sistnevnte har utviklet avhengighetsyndrom, og studier viser at de er ekstremt vanskelig å avvende (23). En enda større andel svarte «Å slutte å skrive ut opioider helt», noe som kan henge sammen med mangel på alternativer.

En begrensning med studien er de enkle og transparente spørsmålene som ble utformet for mentimeter-konseptet. Svarene må derfor tolkes med forsiktighet. Det er en styrke med studien at en tredjedel av Trondheims fastleger etter grundig og samlet informasjon har gitt respons på dette behandlingskonseptet, men studien har ikke data om hvor stor grad disse er representative for alle allmennlegene i Norge. En oppfølgingsstudie er nødvendig for å utvikle NOMED-konseptet slik at det kan imøtekomme behovet til alle de drøyt 5000 fastlegene i Norge og til de mange aktuelle pasientene deres.

REFERANSER

- Landmark T, Romundstad P, Dale O, Borchgrevink PC, Kaasa S. Estimating the prevalence of chronic pain: validation of recall against longitudinal reporting (the HUNT pain study). *Pain*. 2012; 153(7): 1368–73.
- Borchgrevink PC, Glette M, Woodhouse A, et al. A Clinical Description of Chronic Pain in a General Population Using ICD-10 and ICD-11 (The HUNT Pain Examination Study). *J Pain*. 2022; 23(2): 337–348.
- Mäntyselkä P, Kumpusalo E, Ahonen R, Kumpusalo A, Kauhanen J, Viinamäki H, et al. Pain as a reason to visit the doctor: a study in Finnish primary health care. *Pain*. 2001; 89(2–3): 175–80.
- Folkehelseinstituttet. Reseptregisteret <https://www.fhi.no/he/reseptregisteret/>.
- Norsk Legemiddelhåndbok 2013: Kort om ikke-medikamentelle behandlingstiltak https://www.legemiddelhandboka.no/T20.5.2/Kort_om_ikke-medikamentelle_behandlingstiltak.
- Abrahamsen C, Reme SE, Wangen KR, Lindbæk M, Werner EL. The effects of a structured communication tool in patients with medically unexplained physical symptoms: a cluster randomized trial. *EclinicalMedicine*. 2023 Oct 6; 65: 102262. doi: 10.1016/j.eclinm.2023.102262. PMID: 37855023; PMCID: PMC10579279.
- Burton C, Mooney C, Sutton L, White D, Dawson J et al. Effectiveness of a symptom-clinic intervention delivered by general practitioners with an extended role for people with multiple and persistent physical symptoms in England: the Multiple Symptoms Study 3 pragmatic, multicentre, parallel-group, individually randomised controlled trial. *Lancet*. 2024 Jun 15; 403(10444): 2619–2629. doi: 10.1016/S0140-6736(24)00700-1. PMID: 38879261.
- Williams ACC, Fisher E, Hearn L, Eccleston C. Psychological therapies for the management of chronic pain (excluding headache) in adults. *Cochrane Database Syst Rev*. 2020;8(8): Cd007407.
- Selvanathan J, Pham C, Nagappa M, Peng PWH, Engelsakis M, Espie CA, et al. Cognitive behavi-

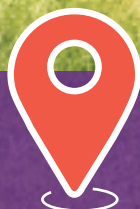
oral therapy for insomnia in patients with chronic pain – A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Sleep Med Rev*. 2021; 60: 101460.

- Gerrits MM, van Marwijk HW, van Oppen P, van der Horst H, Penninx BW. Longitudinal association between pain, and depression and anxiety over four years. *J Psychosom Res*. 2015; 78(1): 64–70.
- Glette M, Stiles TC, Jensen MP, Nilsen TIL, Borchgrevink PC, Landmark T. Impact of pain and catastrophizing on the long-term course of depression in the general population: the HUNT pain study. *Pain*. 2021; 162(6): 1650–8.
- Bailey KM, Carleton RN, Vlaeyen JW, Asmundson GJ. Treatments addressing pain-related fear and anxiety in patients with chronic musculoskeletal pain: a preliminary review. *Cogn Behav Ther*. 2010; 39(1): 46–63.
- Glette M, Stiles TC, Woodhouse A, Nilsen TIL, Landmark T. Chronic fatigue in the general population: Prevalence, natural course and associations with chronic pain (the HUNT pain study). *Eur J Pain*. 2024 Jun 28. doi: 10.1002/ejp.2307. Epub ahead of print. PMID: 38940382.
- Daenen L, Varkey E, Kellmann M, Nijs J. Exercise, not to exercise, or how to exercise in patients with chronic pain? Applying science to practice. *Clin J Pain*. 2015; 31(2): 108–14.
- Borchgrevink et al: NOMED: Et mestringsorientert behandlingskonsept mot langvarige smerter. *Utposten*. September 2024.
- Norsk Elektronisk Legehåndbok (NEL): Langvarige smerter, ikke-medikamentell behandling (NOMED) <https://legehandboka.no/handboken/kliniske-kapitler/fysmed-og-rehab/tilstander-og-sykdommer/behandling/langvarige-smerter-ikke-medikamentell-behandling>: NEL; 2013 (oppdatert 15.06.23).
- Smertenettverk.no. NOMED behandling; Kartlegging og mestringsorienterte samtaler om faktorer som opprettholder og forsterker langvarige smerter <https://www.smertenettverk.no/nomed2023>.
- NHL.no; Langvarige smerter – NOMED <https://nhi.no/selvhjelp-og-kurs/langvarige-smerter/langvarige-smerter/2023>.
- Helsedirektoratet. Nasjonal veileder for vane-dannende legemidler. 2021. <https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/vanedannende-legemidler2021>.
- Busse JW, Wang L, Kamaleldin M, Craigie S, Riva JJ, Montoya L, et al. Opioids for Chronic Noncancer Pain: A Systematic Review and Meta-analysis. *JAMA*. 2018; 320(23): 2448–60.
- Odsbu I, Handal M, Hjellvik V, Borchgrevink PC, Clausen T, Nesvåg R, et al. [Long-term use of opioids and concomitant use of other habit-forming drugs]. *Tidsskr Nor Laegeforen*. 2022; 142(3).
- Skurtveit S HM, Hjellvik V, Nesvåg R, Odsbu I. Vedvarende bruk av opioider og samtidig bruk av andre vanedannende legemidler. FHI. Notat til Helse- og omsorgsdepartementet. 2021.
- Ballantyne JC, Sullivan MD, Koob GF. Refractory dependence on opioid analgesics. *Pain*. 2019; 160(12): 2655–60.

■ PETTER.BORCHGREVINK@NTNU.NO

Invitasjon til lanseringsmøter


mounjaro®
(tirzepatid) injeksjon



Oslo
Kl. 17.00 - 19.00
23. oktober 2024
Oslo Kongressenter

Bergen
Kl. 17.00 - 19.00
29. oktober 2024
Radisson Blu Royal Hotel

Trondheim
Kl. 17.00 - 19.00
30. oktober 2024
Clarion Hotel Trondheim

Delta digitalt på møtet 23. oktober

Scan for å registrere deg på våre lanseringsmøter
www.mounjaro.no



Mounjaro «tirzepatid» injeksjonsvæske, oppløsning i ferdigfylt penn

Dette legemidlet er underlagt særlig overvåking Reseptgruppe C **Indikasjoner:** *Diabetes mellitus type 2:* Behandling av voksne med utilstrekkelig kontrollert diabetes mellitus type 2 som tillegg til diett og mosjon. Som monoterapi når metformin ikke kan benyttes pga. intoleranse eller kontraindikasjoner eller i tillegg til andre antidiabetikum. **Vektkontroll:** Som tillegg til diett med redusert kaloriinntak og økt fysisk aktivitet for vektkontroll, inkl. vekttap og vedlikehold av vekt, hos voksne med initial KMI på: ≥ 30 kg/m² eller ≥ 27 kg/m²- <30 kg/m² ved forekomst av minst én vektrelatert komorbiditet. **Dosering:** Startdose er 2,5 mg 1 gang i uken, deretter skal dosen økes til 5 mg 1 gang i uken. Doseøkning à 2,5 mg kan foretas hver 4. uke om nødvendig. Anbefalt vedlikeholdsdose er 5, 10 og 15 mg, og maks. dose er 15 mg. Kan legges til eksisterende behandling med metformin og/eller SGLT2-hemmer uten doseendring, eller eksisterende behandling med sulfonylurea og/eller insulin, vurder behov for dosereduksjon. Se SPC for glemt dose, endring av doseringsplan, spesielle pasientgrupper og administrasjon. **Kontraindikasjoner:** Overfølsomhet for innholdsstoffene. **Forsiktighetsregler:** Akutt pankreatitt er sett, og pasienter skal informeres om symptomer på dette. Ved mistenkt pankreatitt, skal tirzepatid seponeres, og ikke startes på nytt ved bekreftet pankreatittdiagnose. Kombinasjon med legemidler med effekt på insulinsekresjon (f.eks. sulfonylurea og/eller insulin), kan gi økt risiko for hypoglykemi (se dosering). Gastrointestinale bivirkninger, inkl. kvalme, oppkast og diaré er sett, og kan føre til dehydrering, noe som kan medføre nedsatt nyrefunksjon, inkl. akutt nyresvikt. Pasienter skal informeres om mulig risiko for dehydrering, og ta forholdsregler for å unngå væskeunderskudd og elektrolyttforstyrrelser, spesielt eldre. Forsiktighet skal utvises ved alvorlig gastrointestinal sykdom, inkl. alvorlig gastroparese, pga. manglende erfaring. Forsiktighet skal utvises med egnet overvåkning ved ikke-proliferativ diabetisk retinopati som krever akutt behandling, proliferativ diabetisk retinopati eller diabetisk makulødem. **Graviditet, amming og fertilitet:** *Graviditet:* Ikke anbefalt under graviditet eller til fertile kvinner som ikke bruker prevensjonsmiddel. Ingen/begrenset human data. Påvist reproduksjonstoksicitet hos dyr. *Amming:* Overgang i morsmelk er ukjent. Det må tas en beslutning om amming skal opphøre eller behandling avstås fra, basert på nytte-/risikovurdering. Fertilitet: Ikke kjent hos mennesker. **Bivirkninger:** *Svært vanlige:* Hypoglykemi¹, kvalme, diaré, oppkast², abdominalsmerter², forstoppelse². *Vanlige:* Overfølsomhetsreaksjoner, svimmelhet, hypotensjon, dyspepsi, abdominal distensjon, raping, flatulens, gastroesofageal reflukssykdom, alopeci, fatigue, reaksjoner på injeksjonsstedet, økt hjertefrekvens, økt lipase, økt amylase. *Mindre vanlige:* Gallestein, kolecystitt, akutt pankreatitt. *Sjeldne:* Anafylaktisk reaksjon, angioødem ¹Svært vanlig ved samtidig bruk av sulfonylurea eller insulin, vanlig ved samtidig bruk av metformin og SGLT2-hemmer og mindre vanlig ved samtidig bruk av metformin. ²Svært vanlig i vektkontrollstudier, og vanlig i studier med diabetes mellitus type 2. **Overdosering/Forgiftning:** *Behandling:* Hensiktsmessig støttebehandling iht. pasientens kliniske tegn/symptomer. **For mer informasjon, se preparatomtalen (SPC) Innehaver av markedsføringstillatelsen:** Eli Lilly, Norge. **Kontaktinformasjon:** Telefon: 22881800 E-post: scan_medinfo@lilly.com **Basert på SPC godkjent av DMP/EMA: 25.07.2024 Pakninger og priser per 23.08.2024: 2,5 mg:** 4 × 0,5 ml (ferdigfylt penn) kr 3108,70. **5 mg:** 4 × 0,5 ml (ferdigfylt penn) kr. 3108,70. (priser og ev. refusjon oppdateres hver 14. dag). **Utarbeidet 08/2024**

Behovet for allmennmedi

■ KNUT BERGLUND • Spesialist i allmenn- og samfunnsmedisin, fungerende avdelingsdirektør, Avdeling samfunns-helse, Helsedirektoratet

Folk lever sine liv i kommunene. De fleste tiltakene må derfor iverksettes der. Iverksetting av hensiktsmessige og effektive tiltak krever imidlertid kunnskap. Kan allmennmedisinsk forskning bidra til at tiltakene i kommunene i størst mulig grad er kunnskapsbasert og effektive?

Det er en kjensgjerning at samfunnet er i endring og at helsetjenesten må omstilles. Flere offentlige utredninger og rapporter har lenge varslet om de fremtidige utfordringene knyttet til ressursknapphet både i kommunene og i hele helse- og omsorgssektoren. Ressursknappheten vil kreve mange tiltak, både i og utenfor helse- og omsorgssektoren.

Samfunnet og helsetjenesten er i endring

At det blir flere eldre er en villet utvikling og et viktig helse-mål. Dagens og fremtidens eldre vil leve flere sunne og aktive år, mange med en eller flere kroniske sykdomstilstander. Totalt sett er eldre friskere og har bedre funksjon i dag enn tidligere. Med høy alder øker imidlertid forekomsten av en rekke tilstander. Det gjelder blant annet kreftsykdommer, diabetes, hjerte- og karsykdommer, demens, kronisk obstruktiv lunge-sykdom (kols), beinskjørhet og brudd. Forekomsten av langvarige smerter, søvnvan-sker, nedsatt syn og hørsel, samt funksjons-tap og skrøpelig-het øker også ved økende alder. I tillegg ser vi at en økende andel av den unge befolkningen har behov for helse- og omsorgstjenester.

Alt dette innebærer økt hjelpebehov fra helse- og omsorgstjenestene. SSB har be-regnet at den kommunale omsorgstjenesten kan trenge omtrent 65 000 flere ansatte i 2035 sammenlignet med i 2017 (1). KS har beregnet at kommunene må øke antall års-verk med om lag 46 500 frem mot 2031 for at kommunesektoren skal kunne tilby tje-nester på samme nivå de neste ti årene. Størsteparten av de nye årsverkene er i helse- og omsorgssektoren.

Generalistene i allmennmedisin vil bli enda viktigere i fremtidens helsetjeneste

Flere oppgaver må løses på laveste effektive omsorgsnivå. Oppgaver må derfor overføres

fra spesialisthelsetjenesten til kommunehelsetjenesten. Spesialisthelsetjenesten sentraliseres og blir enda mer spesialisert.

Spesialiseringen i medisin er nyttig fordi det gir muligheter til mer diagnostikk og bedre behandling av flere sykdomstilstander. Likevel vil håndtering av sammensatte og komplekse problemstillinger hos enkelt-pasienter kreve allmennmedisinens genera-listkompetanse med sin holistiske tilnær-ming og kompetanse på tvers av flere medisinske fagfelt, samt oppfølging av pasi-entene over tid. Allmennlegen vil derfor bli enda viktigere i fremtidens helsetjeneste. Også fordi flere pasienter vil måtte behan-dles der de bor, i kommunene.

Helsedirektoratets rolle i allmennmedisinsk forskning

Helsedirektoratet følger opp flere allmenn-medisinske forskningsstrukturer og kom-petansesentre på vegne av staten ved å re-presentere staten inn i styrer og ved til-skuddsforvaltning av de allmennmedisin-ske forskningsstrukturene AFE-ene og Prak-sisNett. De fire allmennmedisinske fors-

kningsenheter (AFE) er lagt til de fire norske universitetene med medisinutdanning. For-målet med enhetene er å styrke kunnskaps-grunnlaget i allmennmedisin og derigjen-nom kvaliteten på allmennlegetjenestene. Enhetene skal i tillegg til forskning drive formidlingsaktivitet. Det stilles krav til tverrfaglig samarbeid og samarbeid med an-dre forsknings- og kompetansemiljøer.

Erfaringen er at de allmennmedisinske forskningsstrukturene, Allmennmedisinske forskningsenhetene (AFE-ene), Allmennme-disinsk forskningsfond (AMFF), PraksisNett og forskerskolen (NAFALM) har stor rele-vans for helse- og omsorgssektoren, og bidrar med viktig kunnskap og kompetanse. Den gode synergien og symbiosen mellom AFE-ene på den ene siden og de sterke forsknings-miljøene i universitetsstrukturen på den an-dresiden er avgjørende for allmennmedisinsk forskning.

Selv om de allmennmedisinske fors-kningsmiljøene er små sammenlignet med sine storesøsken i spesialisthelsetjenesten og sårbare med tanke på kapasitet, er fors-kningen som gjøres viktig for det allmenn-medisinske fagfeltet.

TABELL: Oversikt over bevilgninger over statsbudsjettet for 2024 til forskning, kompetanse- og kvalitetssenter i primærhelsetjenesten.

FORSKNINGS-, KOMPETANSE OG KVALITETSSENTER	TILDELING (FJORÅRETS TILDELING)
De fire Allmennmedisinske forskningsenhetene (AFE-ene)	17,9 millioner (17 mill.)
Nasjonalt kompetansesenter for legevakttmedisin (NKLM)	12,3 millioner (11,7 mill.)
Nasjonalt senter for distriktsmedisin (NSDM)	5,3 millioner (5 mill.)
PraksisNett	10,5 millioner (10 mill.)
Samisk senter for helseforskning	7,5 millioner (6,4 mill.)
Antibiotikasenteret for primærmedisin	7,6 millioner (7,2 mill.)
Norsk kvalitetsforbedring av laboratorieundersøkelser (NOKLUS)	8,2 millioner (7,8 mill.)
Senter for kvalitet i legekontor (SKIL)	8,6 millioner (8,2 mill.)
Totalt	77,9 millioner (73,3 mill)

sinsk forskning er stort



Størstedelen av tiltak innenfor helsetjenesten må iverksettes der hvor folk lever sine liv – i kommunene. ILLUSTRASJONSFOTO: COLOURBOX

I tillegg har Helsedirektoratet et oppfølgingsansvar for de tre nasjonale allmennmedisinske kompetansesentrene som også bidrar med allmennmedisinsk forskning: Nasjonalt senter for distriktmedisin (NSDM), Nasjonalt kompetansesenter for legevaksmedisin (Nklm) og Antibiotikasentret for primærhelsetjenesten (ASP), som alle bidrar med viktig kunnskap til tjenestene og myndighetene; kunnskap som blir brukt i utredninger, vurderinger og politiske beslutninger, både lokalt, regionalt og nasjonalt.

Forskningens plass i faget allmennmedisin

Allmennmedisin som fag bygger på klinisk praksis, utdanning og forskning. Allmennmedisinsk forskning bør være en integrert del av allmennmedisinen på lik linje med klinisk arbeid og utdanning. Klinisk forskning i en allmennmedisinsk kontekst er nyttig for pasientene, fastlegene, kommunene og myndighetene. Samfunnet trenger mer kunnskap om hva som er nyttig ressursbruk i allmennmedisinen. Vi må snakke mer om bærekraft. I vår offentlige helsetjeneste betyr det at vi også må snakke om hva som er god organisering og kloke faglige strategier som bruker ressursene til samfunnets beste. Vi trenger forskningsbasert kunnskap for at både pasientene, legene og myndighetene kan gjøre kloke valg sammen.

De som forsker i spesialisthelsetjenesten er ofte ansatt som klinikere (leger) i sykehus, med en bistilling som forsker ved et

universitet. Mange allmennleger forsker ved siden av stilling som fastlege. Medisinsk forskningsvirksomhet skiller seg fra mange andre fagfelt med sin nødvendige nærhet til praksis. De allmennmedisinske forskningsstrukturene har også en viktig, men ofte underkommunisert formidlings-, undervisnings- og utdanningsrolle ovenfor helsepersonell. I de små allmenn- og samfunnsmedisinske akademiske miljøene er det ofte de samme forskerne som bidrar til videre- og etterutdanning av allmennleger og samfunnsmedisinere i hele landet, og gjerne sammen med de fagmedisinske foreningene.

Behov for både klinisk forskning og helsetjenesteforskning

Det er ikke gitt at klinisk forskning på ett av de to helsetjenestenivåene (spesialist- og kommunehelsetjenesten) er overførbart til det andre helsetjenestenivået. Allmennmedisinsk forskning sin funksjon er å forske på det allmennmedisinske faget og klinikken. Dette gir nyttig og viktig kunnskap om allmennmedisinske arbeidsmetoder, diagnostikk, behandling og prognose. Det forskes også på epidemiologi og allmennmedisinske kjerneverdier. Mye av den allmennmedisinske forskningen handler om pasienter med kroniske sykdomstilstander der allmennlegen har hovedansvar for diagnostikk, behandling og oppfølging.

Behovet for kunnskap er stort, ikke bare om spesifikke sykdomstilstander i allmennpraksis og hvordan disse skal forebygges

og behandles, men også for kunnskap om organisering av helsetjenesten i kommunen og grenseoppgangene mellom legetjenesten og andre kommunale helse-, omsorgs- og sosiale tjenester som er relevante i samarbeidet rundt pasientene. Kommunen har behov for kunnskap som kan bidra til god tjenesteutvikling. Forskning i allmennmedisin kan bidra med viktig kunnskap som bør brukes når helsepolitikk utformes til det beste for pasienten og samfunnet. Forskning i spesialisthelsetjenesten er lovpålagt (2), og de regionale helseforetakene har et sørgeforansvar for at det forskes i helseforetakene. Kommunene har ikke et like tydelig ansvar, men skal bidra og medvirke til forskning i helse- og omsorgstjenesten (3).

Allmennmedisinsk helsetjenesteforskning

Allmennleger har viktige roller i ulike deler av kommunehelsetjenesten, blant annet som fastleger, legevaktleger og sykehjemsleger. Forskningsprosjekter som studerer allmennlegens oppdrag, roller og rammer, og som ser på tjenestens organisering og utvikling er gode utgangspunkt for evidensbasert utvikling av tjenesten og praksis. Dette kan gi grunnlag for ny politikk. Det bør også forskes på konsekvenser av innførte tiltak og politiske beslutninger. Eksempler på det kan være forskning på effekter av gjennomførte helse reformer eller følgeforskning av større statlige pilotprosjekt. Dette er svært nyttig kunnskap for de som skal utrede, utarbeide og iverksette helsepolitikk.

Annet kunnskapsbehov hos fastlegene

Kunnskapsbehovet om diagnostikk og behandling i allmennmedisin ligner i større grad på det man har i spesialisthelsetjenesten enn det omsorgstjenesteforskning bidrar med til kommunehelsetjenesten. Samtidig vil den omfattende forskningen innenfor spesialisthelsetjenesten i de fleste tilfeller ha begrenset overføringsverdi til en allmennmedisinsk kontekst.

Forskningsprosjekt i allmennmedisin er forskjellig fra forskning i spesialisthelsetjenesten ved at det oftest er små prosjekter og at de i liten grad er knyttet til store forskningsmiljøer. Dette innebærer at det er vanskelig å nå fram med søknader til Norsk Forskningsråd og de regionale forskningsfondene. Midler fra disse tildeles ofte større forskningsprogrammer. Derfor er allmennmedisinsk forskningsfond og tilskudd fra staten til de allmennmedisinske forskningsenhetene viktige bidrag for å understøtte allmennmedisinsk forskning. Synergien mellom de allmennmedisinske forskningsenhetene og de medisinske fakultetene ved universitetene gir viktig potenserende effekt på den allmennmedisinske forskningen.

Kommunenes strategiske forskningsorgan (KSF)

Det er i 2024 bevilget 103,7 millioner kroner til Forskningsrådet (NFR), som forvaltes av Forskningsrådets porteføljestyling på området helse. Midlene skal tilegnes finansiering av forskning og innovasjon ret-

tet mot kommunale helse- og omsorgstjenester, og det er satt av ti millioner kroner til etablering av Kommunenes strategiske forskningsorgan (KSF). Formålet med KSF er å ha en struktur som kan medvirke til et kunnskapssystem i og for de kommunale helse- og omsorgstjenestene. KSF skal blant annet definere kunnskapsbehovet, mobilisere små og store kommuner, og medvirke til at forskningsbasert kunnskap blir spredd og tatt i bruk. Av regjeringens handlingsplan for kliniske studier fremgår det at (KSF) har

«foreslått opprettelsen av klynger av kommuner som en mulig fremtidig struktur og finansieringsmodell for forskning i og om den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Tanken er at klynger av kommuner selv tar eierskap til sitt kunnskaps- og innovasjonsbehov, og samarbeider om å definere relevante forskningstema, også for kliniske studier.»

Skal KSF være premissleverandør for kunnskapsutvikling i de kommunale helse- og omsorgstjenestene, blir et samarbeid med de sterke forskningsmiljøene i universitetene viktig for riktig og god kunnskapsutvikling, utdanning og undervisning i de kommunale helse- og omsorgstjenestene.

Behov for å styrke allmennmedisinsk forskning

Selv om allmennmedisinsk forskning er styrket både i kvantitet og kvalitet, viser tall fra 2016 (4) at bare 3,6 prosent av landets spesialister i allmennmedisin hadde

doktorgrad. Til sammenligning var andelen 29,2 prosent for spesialister i indremedisin. For noen andre medisinske spesialiteter i spesialisthelsetjenesten er andelen over 50 prosent.

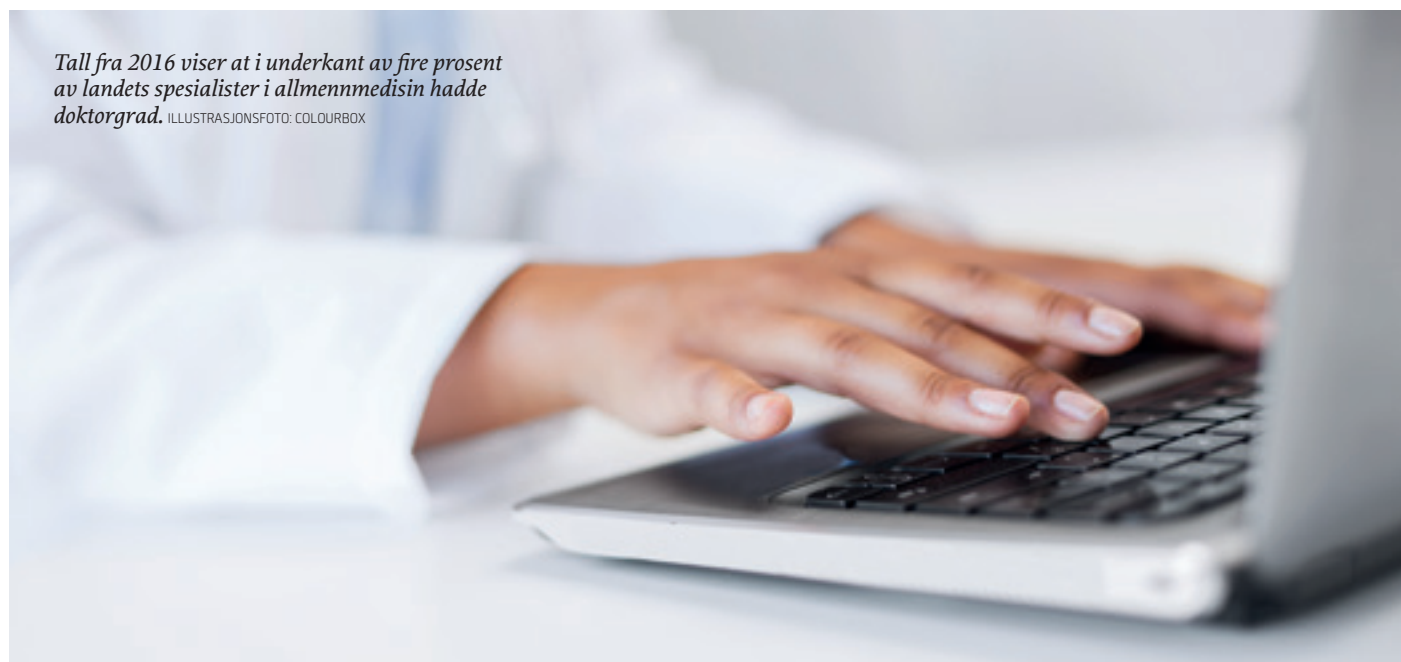
Regjeringens handlingsplan for kliniske studier (5) omtaler forskning i den kommunale helse- og omsorgstjenesten på overordnet nivå, og Norge har også påtatt seg et ansvar for allmennmedisinsk kunnskap internasjonalt (6). Behovet for å styrke allmennmedisinsk forskning er påpekt i flere nyere utvalg og meldinger, blant andre Kvinnehelseutvalget (7), Helsepersonellkommissjonen (8), Folkehelsemeldingen (9) og Ekspertutvalgets gjennomgang av allmennlegetjenesten (10).

REFERANSER

1. SSB (2019) Regionale framskrivninger av etterspørsel etter helse- og omsorgstjenester, 2017–2035 (rapport)
2. Spesialisthelsetjenesteloven § 3-8
3. Kommunal helse- og omsorgstjenestelov § 8-3
4. Legeforeningen legestatistikk 2016 – Andel med doktorgrad etter godkjent spesialitet, yrkesaktive spesialister < 70 år i Norge per 2.5.2016
5. Regjeringens handlingsplan for kliniske studier.
6. EGPRN Research Strategy for General Practice in Europa 2021
7. NOU 2023:5 Den store forskjellen – Om kvinners helse og betydningen av kjønn og helse.
8. NOU 2023:4 Tid for handling. Personellet i en bærekraftig helse- og omsorgstjeneste.
9. Meld. St. 15 Folkehelsemeldinga – Nasjonal strategi for utjevning av sosiale helseforskjeller.
10. Gjennomgang av allmennlegetjenesten – Ekspertutvalgets rapport (April 2023).

■ KNUT.BERGLUND@HELSEDIR.NO

Tall fra 2016 viser at i underkant av fire prosent av landets spesialister i allmennmedisin hadde doktorgrad. ILLUSTRASJONSFOTO: COLOURBOX



11-14 JUNE 2024
LOGOMO, TURKU, FINLAND

Störst av allt är allmänmedicinen

Under nordisk kongress för allmänmedicin, som ble arrangert i Turku (Åbo) i Finland nå i juni 2024, rørte denne teksten forsamlingen.

Utpostens representant i salen ble svært så beveget og måtte tørke noen tårer. Jeg tenkte: Er det dette vi og faget vårt mangler nå – talere som formidler både idealer og maner til handling, altså noe svært nært et vekkelsesmøte.

Jeg hadde samme følelsen da jeg hørte den alvorlig syke Per Fugelli på PMU for mange år tilbake. Han ba oss alle hegne om flokken, sørge for fastlegeordning innad i sykehus og gå for «godt nok». Vel hjemme fra vår nordiske nabo i øst, kontaktet jeg Magnus Isacson, taleren, som er leder av den svenske foreningen for allmenmedisin. Han var, ikke overraskende, av det rause slaget – Utposten kunne gjerne få trykke hans plenumsforedrag. Han holdt det på engelsk – men teksten var allerede publisert i svenske *Läkartidningen* i 2020 – og de ga også grønt lys for publiseringen. Så kjære lesere – la dere berøre!

Kari Thori Kogstad, redaktør

Om jag talar både patienters och läkares språk, men saknar relation och förmåga att känna in, är jag bara en ekande algoritm, ett skrällande vårdprogram. Och om jag har dr. Houses förmåga att diagnostisera och känner alla hemligheterna och har hela kunskapen, men saknar tillit och förmåga till empati, är jag ingenting. Och om jag delar med mig av all min teoretiska kunskap och bränner ut mig själv i tillgänglighetens och perfektionens namn, men saknar kontinuitet och helhetssyn, har jag ingenting vunnit.

Allmänmedicinen är tålmodig och god. Allmänmedicinen är inte stridslysten, inte skrytsam och inte uppblåst. Den är inte utmanande, häftig eller digital. Den brusar inte upp och vill ingen något ont. Den finner inte glädje i otillgängligheten, men gläds med kontinuiteten. Allt bär den, allt lyssnar den på, allt hoppas den och allt uthärdar den.

Allmänmedicinen upphör aldrig. Den profetiska nätläkaren, den ska förgå. Den nationella kunskapsstyrningen, den ska tystna. Digitaliseringen som mål i sig, den

ska förgå. Ty den nationella kunskapsstyrningen leder oss fel, och nätläkaren är begränsad. Men när vårdcentralen och den riktiga allmänmedicinen ges möjlighet att blomstra utan politisk detaljstyrning, ska det begränsade förgå.

När jag var kandidat talade jag som en kandidat, förstod som en kandidat och tänkte som en kandidat. Men sedan jag blev allmänläkare har jag lagt bort algoritmerna och flödena. Ännu är min kunskap begränsad, och aldrig kommer jag att bli fullärd. Men förtroendet mig och mina patienter emellan, och min förmåga att se hela människan, hoppas jag ska bli fullständig.

Men nu består kontinuitet, tillit och allmänmedicin, dessa tre, och störst av dem är allmänmedicinen.

Magnus Isacson,
ordförande, SFAM

Offentliggjort:
Läkartidningen 25-27/2020
Lakartidningen.se 2020-06-17

BEHANDLING TIL DE MINSTE: – Hvorfor har vi ikke de leg

■ SIRI WANG • Fagdirektør, Direktoratet for medisinske produkter (DMP)

Barn bruker mye uregistrerte legemidler, både på resept og i sykehus, og manipulering og tilpasning av voksenpreparater er svært utbredt. Mangel på medisiner til barn er et økende problem. Hvorfor har vi ikke flere medisiner til barn tilgjengelig i Norge?

Allmennlegene og barnelegene har aldri vært bortskjemt med å ha altfor mange produkter godkjent og tilrettelagt for barn. Legemiddel-mangel har riktignok stort fokus for tiden, og legemidler til barn er absolutt ikke noe unntak her. Men minst like viktig er alle de medisinene som *normalt* ikke er tilgjengelig for barn, og som tas inn på godkjenningssøknad, avregistreres, eller aldri blir markedsført. Hvorfor er det sånn, og hva kan gjøres med det?

Markedskreftene rår

At et legemiddel 'ikke er godkjent i Norge' betyr normalt at produktet ikke er søkt godkjent i Norge, og betyr altså ikke at det er vurdert og avslått. Det er i stor grad legemiddelindustrien selv som avgjør i hvilke land medisinene skal søkes godkjent, og systemet er lagt opp til at det er industrien som avgjør hvor og når medisinene faktisk skal lanseres (markedsføres). Norge er et lite land og markedet anses ofte for lite til at industrien prioriterer små pasientgrupper her. Særlig gjelder dette barneprodukter, barneformuleringer og barnestyrker, der pasientgrunnlaget ofte er svært begrenset. I praksis blir barneproduktene en type 'orphan'-produkter, der markedet for produktene blir marginalt, selv om sykdommene de brukes til formelt sett ikke klassifiseres som 'sjeldne sykdommer'.

På samme måte ser vi også et vedvarende problem med at små produkter, og mange barneformuleringer, trekkes fra det norske

markedet. Et typisk og aktuelt eksempel er antibiotikapreparater for barn, som for eksempel fenoksymetylpenicillin, der flere produkter særlig egnet for barn (lave styrker, dråper) har blitt avregistrert.

Ikke overraskende er det som oftest lavt volum og lav pris (med andre ord lav fortjeneste) som løftes fram av industrien som hovedårsakene til at det norske markedet ikke er interessant (1).

Bryr myndighetene seg?

I Norge har legemiddelmyndighetene de siste årene hatt økende fokus på å legge til rette, med de virkemidlene vi har, for legemidler det er særskilt behov for i Norge. Gjennom en egen 'Utlysningsliste' oppfordrer vi legemiddelindustrien til å gjøre spesifikke virkestoff og formuleringer det er behov for tilgjengelig på det norske markedet (2). Fagmiljøene kan gi innspill om nye produkter som bør vurderes for en plass på denne listen. Mange av produktene er formuleringer til barn, som prednisolon mikstur, ibuprofen stikkpiller i lav styrke, og fenoksymetylpenicillin miksturer og tabletter i lavere styrker. For produsentene vil det kunne tilbys en rekke insentiver for å beholde eller få legemidler markedsført i Norge, som reduserte avgifter, raskere godkjenningssøknader og lettelse i krav, for eksempel for dokumentasjon og merking.

Pris kan også være et viktig virkemiddel. Det innvilges ofte høyere makspris for viktige medisiner til barn, ettersom det kan være dårlig inntjening på disse produktgruppene. Nylig ble prisene økt for en gruppe eldre antibiotika, i et forsøk på å redusere risikoen for at disse viktige medisinene forsvinner fra det norske markedet. Dette er hovedsakelig antibiotika som brukes i primærhelsetjenesten, blant annet flere antibiotika-miksturer til barn (3). Generelt i prisvurderingene må det imidler-

tid også tas hensyn til hvem som skal betale, og konsekvensene av de økte prisene, både for den enkelte og for samfunnet.

EUs regelverk for barnemedisiner løser ikke hele problemet

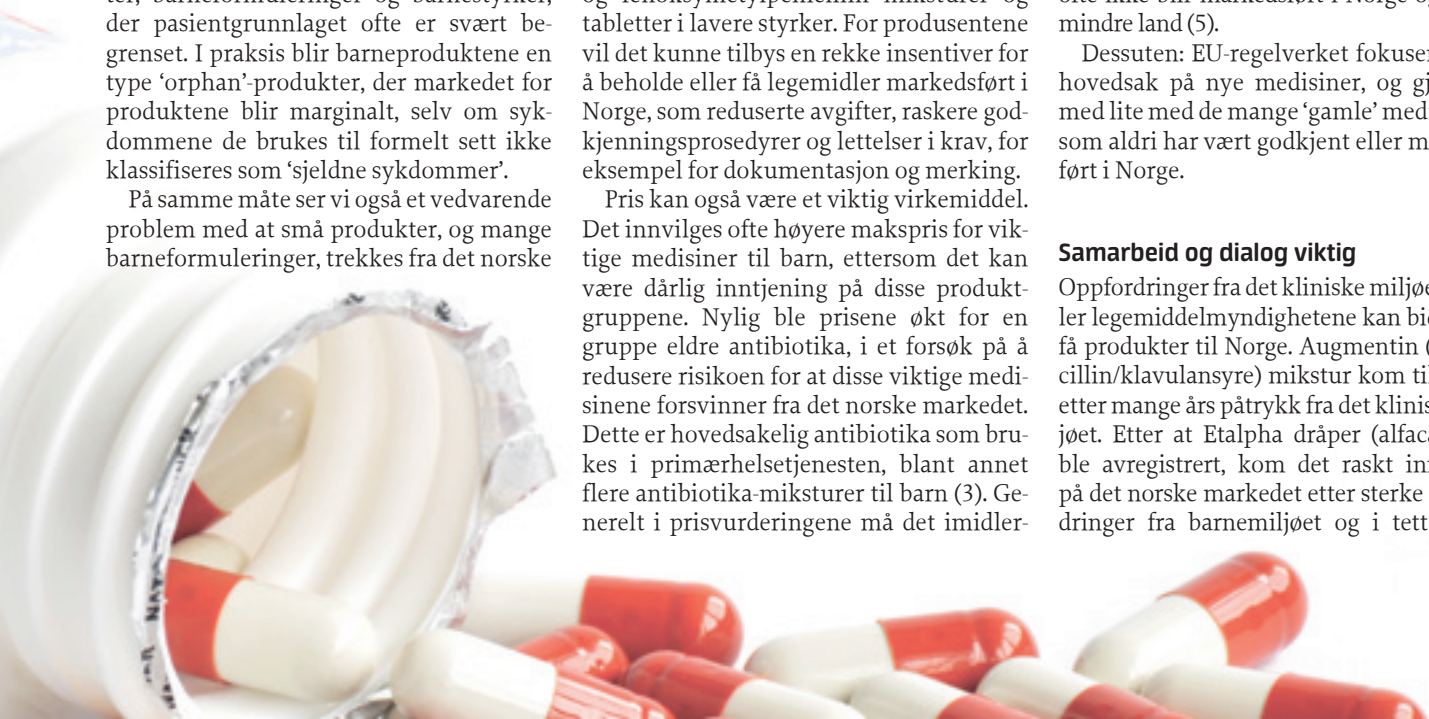
I EU er det gjort noen grep for å sikre bedre informasjon om og tilgang til legemidler til barn. I årevis var det ansett som uetisk å gjøre legemiddelstudier på barn. Men barn trenger også godt dokumenterte og godkjente medisiner. Siden 2007 har det vært på plass et europeisk regelverk som pålegger legemiddelindustrien å utvikle legemidler for barn, dersom det er behov for det, når de utvikler sine medisiner til voksne. Regelendringen har ført til flere studier på barn, flere godkjente medisiner til barn og ungdom, og mer informasjon i produktomtalen om data fra legemiddelstudier (4).

Likevel ser vi at de nye medisinene ikke nødvendigvis kommer til Norge. Særlig gjelder dette formuleringer for de minste, for eksempel lavstyrke tabletter og miksturer, som ofte ikke blir markedsført i Norge og andre mindre land (5).

Dessuten: EU-regelverket fokuserer i all hovedsak på nye medisiner, og gjør dermed lite med de mange 'gamle' medisinene som aldri har vært godkjent eller markedsført i Norge.

Samarbeid og dialog viktig

Oppfordringer fra det kliniske miljøet og/eller legemiddelmyndighetene kan bidra til å få produkter til Norge. Augmentin (amoxicillin/klavulansyre) mikstur kom til Norge etter mange års påtrykk fra det kliniske miljøet. Etter at Etalpha dråper (alfacalcidol) ble avregistrert, kom det raskt inn igjen på det norske markedet etter sterke oppfordringer fra barnemiljøet og i tett dialog



Legemidlene vi trenger?



med myndighetene. Et annet eksempel er Oramorph mikstur (morfin mikstur) som kom på markedet etter initiativ fra legemiddelmyndighetene, for å sikre at vi hadde en egnet formulering av morfin til de minste da kodein ble kontraindisert til barn.

Samarbeid og dialog mellom industrien, det kliniske miljøet og legemiddelmyndighetene kan med andre ord ha en viktig rolle; tydeliggjøre medisinske behov og identifisere hovedutfordringer. Et dialogforum for barneformuleringer ble etablert i 2019, med representanter fra legemiddelmyndighetene, barnemiljøet (Barnelegeforeningen, Kompetansenettverk for legemidler til barn) og legemiddelindustrien (LMI, FarmaNorge). Sammen prøver vi å sette fokus på behov, muligheter og utfordringer innenfor dette området.

Bare i Norge vi mangler medisiner til barn?

Mangelen på legemidler til barn er ikke bare et norsk problem, men en utfordring vi deler med mange andre relativt små land. Regionalt samarbeid kan derfor være en viktig vei å gå. Et samarbeidsprosjekt mellom de nordiske legemiddelmyndighetene har satt søkelys på medisiner til barn og mulighetene et tettere nordisk samarbeid kan innebære (6). Det arbeides med å legge bedre til rette for 'Norden som ett marked' for mange av disse små produktene. Nordiske pakninger er allerede i dag en mulighet, men benyttes for sjelden og er et tiltak som nok kan utnyttes i større grad.

Norge har også vært en pådriver i diskusjonene rundt dagens krav om nasjonale, fysiske pakningsvedlegg, et krav som gjør markedet marginalt for små produkter. Det kan komme endringer i det europeiske lovverket på dette området. Samtidig må vi sikre at medisinene brukes riktig og at foreldre, pasienter og pårørende får den informasjonen de trenger.

Men 'vi klarer oss' jo likevel?

Allmennlegene og barnelegene har som sagt aldri vært bortskjemt med å ha altfor mange produkter godkjent og tilrettelagt for barn. Mangelen på godkjente medisiner til barn gjør at off-label bruk er utstrakt; vi bruker medisiner utenfor både godkjent indikasjon, alder og dosering, og det er mye knusing, deling, og tilpasninger der medisinene ikke egentlig egner seg for barn. Det er stor bruk av godkjenningssfritak, og sykehusene lager miksturer der slike ikke er tilgjengelig på annen måte.

Slike 'sikkerhetsventiler' er ofte viktige for at de minste barna likevel får de medisinene de trenger, men dette bør ikke være normalen. Det å ha en industriprodusert, godkjent og markedsført medisin er viktig: Det gir mindre byråkrati for foreldre og helsepersonell, alle får bedre og mer tilgjengelig informasjon, man får sikrere tilgang, riktigere bruk, en forutsigbar og regulert pris, og industrien har oppfølgingsansvar. Dersom et barneprodukt faktisk er utviklet, og godkjent i Europa, bør vi tilstrebe at det også er tilgjengelig i Norge.

Veien videre

De minste produktgruppene er som sagt åpenbart de mest sårbare. Mange av de største og viktige medisinene til barn er heldigvis godkjent, markedsført og tilgjengelige i Norge. Men også for disse er tilgangen sårbare, og det kan lett oppstå mangelsituasjoner fordi antall generiske legemidler ofte er begrenset, eller rett og slett ikke til stede, for barneformuleringer og -styrker.

Vi kan ikke tvinge et firma til å forsyne det norske markedet, men det er viktig at vi har dialog og sammen bruker de virkemidlene vi har. Fra myndighetenes side ønsker vi å se nærmere på medisiner vi trenger, arbeide for å få dem markedsført og se på strategier for hvordan vi kan bli et mer attraktivt marked.

Leger, sykepleiere og farmasøyter har også et ansvar her, ved å bidra til at de barnemedisinene vi faktisk får markedsført til Norge *blir brukt*. Fortsatt bruk av godkjenningssfritak, lokalproduksjon av miksturer og tilpasning av voksenmedisinene vil kunne ha innvirkning på tilgangen på nye produkter, og bør unngås i den grad det er mulig.

Sammen må vi alle ta vår del av samfunnsansvaret for å sørge for at de minste pasientene, bokstavelig talt de aller minste, får de medisinene som er best egnet for dem.

REFERANSER

1. Direktoratet for Medisinske Produkter (DMP). Hvorfor markedsføres ikke eller trekkes godkjente legemidler i Norge? (Internett). DMP, Oslo; 29. mai 2023 (oppdatert 30. mai 2023; hentet 7. mai 2024). Tilgjengelig fra: <https://www.dmp.no/nyheter/hvorfor-markedsføres-ikke-eller-trekkes-godkjente-legemidler-i-norge>.
2. Direktoratet for Medisinske Produkter (DMP). Utlysning av ønskede preparater (Internett). DMP, Oslo; 3. april 2018 (oppdatert 6. september 2023; hentet 7. mai 2024). Tilgjengelig fra: <https://www.dmp.no/godkjenning/godkjenning-og-oppfolging-av-markedsforingstillatelse/soknad-om-markedsforingstillatelse/utlysning-av-onskede-preparater-for-a-ungga-legemiddelmangel>.
3. Direktoratet for Medisinske Produkter (DMP). Øker prisen på antibiotika (Internett). DMP, Oslo; 12. september 2023 (oppdatert 3. oktober 2023; hentet 7. mai 2024). Tilgjengelig fra: <https://www.dmp.no/nyheter/oker-prisen-pa-antibiotika>.
4. European Commission (2017) State of Paediatric Medicines in the EU – 10 years of the EU Paediatric Regulation. Tilgjengelig fra: https://health.ec.europa.eu/system/files/2017-11/2017_childrensmedicines_report_en_o.pdf.
5. Lepola P, Wang S, Tötterman AM, Gullberg N, Möll Harboe K, Kimland E (2020) Does the EU's Paediatric Regulation work for new medicines for children in Denmark, Finland, Norway and Sweden? A cross-sectional study. *BMJ Paediatrics Open*; Dec 30;4(1) <https://bmjpaedopen.bmj.com/content/4/1/e000880>.
6. Direktoratet for Medisinske Produkter (DMP). Ønsker tettere nordisk samarbeid for flere legemidler til barn (Internett). DMP, Oslo; 29. mai 2023 (oppdatert 30. mai 2023; hentet 7. mai 2024). Tilgjengelig fra: <https://www.dmp.no/nyheter/onsker-tettere-nordisk-samarbeid-for-flere-legemidler-til-barn>.

■ SIRI.WANG@DMP.NO

Hundreåringen som klatr

■ MAGNE NYLENNA • Professor emeritus i samfunnsmedisin, Universitetet i Oslo. • Stipendiat, Institutt for allmenntmedisin, 1982–1986. • Redaktør, Utposten, 1983–1987

Christian Borchgrevink ble Norges og Nordens første professor i allmenntmedisin i 1969, og har vært en høvding i faget gjennom flere generasjoner. 1. september 2024 fylte han 100 år.

– Christian Borchgrevink?? Yngre, fotballinteresserte kolleger forbinder kanskje navnet med Vålerengas kaptein. Men dette handler om farfar, Christian Fredrik Borchgrevink, mannen som ble avgjørende for at allmenntmedisin ble eget universitetsfag. I dag er det selvsagt at allmenntmedisin er et hovedfag i medisinstudiet på linje med indremedisin og kirurgi. Men slik har det ikke alltid vært. Mannen som har betydd mer enn noen annen for det som skjedde for vel femti år siden, som har bekledd de fleste allmenntmedisinske verv – og som det er uvanlig lett å komme på fornavn med – fylte nå 100 år.

Fra antikoagulasjon til allmenntmedisin

Christian er et faglig produkt av det som ble kalt «Stall Owren» på 1950-tallet. Professor Paul Owren (1905–1990) og Institutt for tromboseforskning ved Rikshospitalet rekrutterte i sin tid noen av landets mest begavede medisinerere (1). Her var Christian stipendiat sammen med blant annet de framtidige universitetsrektorene Bjarne Waaler (1925–2007) og Peter F. Hjort (1924–2011). Han disputerte i 1961 på avhandlingen *Studies on the Haemostatic Mechanism*, og hadde en rask og lysende karriere som akademisk indremedisiner som inkluderte et forskningsopphold ved Stanford University i California. Denne karrieren nådde toppen da han ble innstilt som nummer en både til stillingen som professor i indremedisin ved Rikshospitalet og ved Aker sykehus. Det vakte behørig oppsikt da han takket nei til prestisjeprofessoratene og heller valgte allmenntmedisin – og ble vår første professor i faget i 1969.

Hva var grunnen til det store spranget ut av sykehus og inn i et fag som den gang verken var veldefinert, hadde særlig status



Christian Borchgrevink. FOTO: MAGNE NYLENNA, 2024

eller rekrutterte godt? Ifølge Christian selv, så var hans første kliniske erfaring avgjørende. Etter embetseksamen i 1951 reiste han nemlig til Gloppen i Nordfjord der han etterfulgte Peter F. Hjort som assistent hos den erfarne distriktslegen Aage Johansen (1901–1964). Der opplevde Christian

betydningen av lege-pasient-relasjonen og kontinuitet hos en allmenntlege som hadde vært der siden før krigen.

– Etter det følte jeg hele tiden at jeg av sinn var en allmenntpraktiker, sier han. Tuberkulosearbeid i Polen og tre år som rådgiver for Verdens helseorganisasjon i Indone-

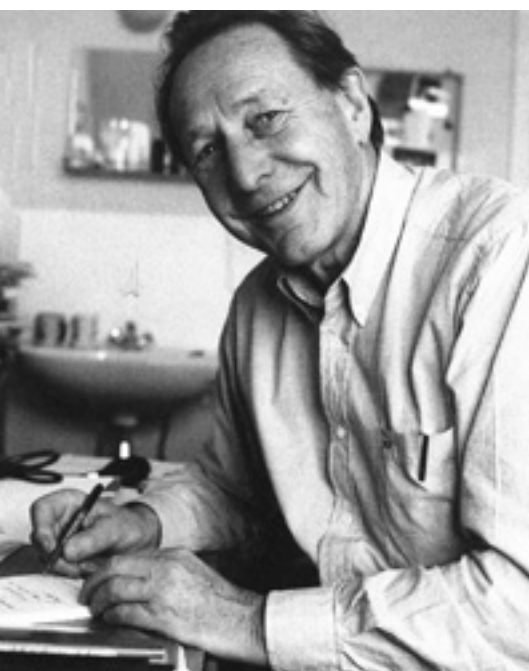
et ut av sykehuset

sia bidro nok også til å utvide perspektivet. Christians betydning for norsk allmennmedisin som akademisk fag er godt beskrevet i et aktørseminar publisert i *Michael* (2). Han bidro til at Norge ble en pionernasjon i utvikling av allmennmedisinen som egen fagdisiplin (3).

Professoren og personen

«Tyve jern i luften og tredve baller i ilden», slik karakteriserte Per Fugelli (1943–2017) Christian for 40 år siden (4). Christians aktivitet har vært stor helt siden han var formann for Studentersamfunnet i Oslo i 1949. Han var sentralstyremedlem i Legeforeningen 1971–1977 og visepresident de siste to årene. Han har hatt en lang rekke verv ved Universitetet og var både initiativtaker til Norsk selskap for allmennmedisin i 1983 og selskapets første leder. Fra 1988 til 1995 var han sjefredaktør for *Scandinavian Journal of Primary Health Care*. I tillegg bidro han til at medisinsk etikk ble et

Christian Borchgrevink slik han blir husket fra 1980-årene på legekantoret ved Institutt for allmennmedisin, som den gang var lokalisert ved Røde Kors klinikken på Frogner. FOTO: PRIVAT



universitetsfag ved å invitere filosofen Knut Erik Tranøy (1918–2012) inn i Institutt for allmennmedisin. Samtidig har han drevet klinisk praksis gjennom hele sitt universitetsliv. Han fortsatte med deltidspraksis som pensjonist helt til sitt 96. år! Men studentundervisningen har hatt førsteprioritet. «Læremesteren» er en treffende tittel på Tom Sundars portrettintervju med Christian i *Utposten* i 2011 (5). – Vi ønsket å møte studentene tidlig i studiet – før de ble indoktrinert i sykehusmedisinen, sier han.

Jeg møtte Christian første gang i tiende etasje i administrasjonsbygget på Blindern på min første dag som medisinstudent i august 1971. Som fersk professor i allmennmedisin introduserte han oss for det nye undervisningsfaget. Elleve år senere begynte jeg som stipendiat ved Institutt for allmennmedisin. I tillegg til å komme inn i et stimulerende fagmiljø, møtte jeg også en omsorgsfull instituttleder. Ved lunsjen i fjerde etasje i Røde Kors klinikk på Frogner sørget Christian for at alle etter tur fikk ordet rundt bordet. Alle ble sett og hørt. Han var en faglig far for de som var under hans vinger. De såkalte «skiseminarene» på Christians hytte i Hemsedal var i mange tiår et årlig høydepunkt for oss som var med. Christian var en raus vert. Etter skiturer, påfølgende badstue, rikelig mat og drikke var det hver kveld forberedte faglige innledninger med etterfølgende debatt. Helsepolitiske temaer var særlig populære. Foran peisen kunne også den oratoriske temperaturen bli høy. Det var ingen mangel på retoriske talenter. Ikke alle kommentarer var like saklige. Per Sundbys (1926–2016) replikk om at «dette var en dyspsindig bemerkning fra bunnen av en grunn sjel» blir stående som et evig minne.

Tilbakeblikk

– Husk: Jeg er blind på det ene øyet og døv på det andre øret, sier Christian muntert når vi møtes en sommerdag 2024 på uterestaurant i Oslo. Alt mellom ørene er i hvert fall helt patent. Hundreåringen er fortsatt nysgjerrig på verden omkring seg. Vi snakker jevnlig fag og fotball, men i anledning

100 fylte år, så ba jeg ham reflektere over sin lange og innholdsrike karriere.

For når han ser seg tilbake, så er det det å bygge opp allmennmedisinen som akademisk fag han er mest stolt av. – Det var en forutsetning for fagets kvalitet og identitet. Og med blick tilbake på denne pionertiden forsetter han: – Det meste gikk raskere og enklere enn jeg forventet. Grobunnen var god, og sannsynligvis var tiden moden for å gi allmennmedisinen den plass og status som den fortjente.

Når jeg vil vite hvem som var motspillere i arbeidet med å gjøre allmennmedisin til et eget undervisnings- og eksamensfag, så opplevde han motstanden som forbausende liten. Listen over hvem som var medspillere er derimot mye lengre: – Legeforeningens støtte var helt avgjørende. Allmennpraktiserende legers forening hadde lenge kjempet for faget, og Legeforeningen bidro med økonomisk støtte både til professoratet og instituttet. Det medisinske fakultet var egentlig også mer positiv enn man skulle tro. Det hjalp nok at jeg var en av deres «egne» på forhånd.

Christian er et stjermeeksempel på kombinasjonen organisasjonsarbeid, forskning, undervisning og klinisk praksis gjennom et langt liv. Kanskje er det bredden som har gjort det mulig å holde på så lenge?

– Jeg ville gjort det meste om igjen. Jeg har hatt et langt og spennende liv, avslutter han, men tilføyer med sin karakteristiske humor at det nok er blitt litt kjedeligere i det siste.

REFERANSER

1. Stormorken H, Paul Arnor Owren. En medisinsens mester. Asker: Tell forlag, 2000.
2. Evensen SA, Gradmann C, Larsen Ø et al, red. Allmennmedisin som akademisk fag – et aktørseminar. *Michael* 2009; 6: 11–126.
3. Straand J, de Wit N. the transition of general practice into an academic discipline: tracing the origins through the first four professors in general practice/family medicine. *Scandinavian Journal of Primary Health Care* doi:10.1080/02813432.2024.2335537.
4. Fugelli P, Johansen K, red. Langsomt blir faget vårt eget. Oslo: Universitetsforlaget, 1984.
5. Sundar T. Læremesteren. *Utposten* 2011; nr 1: 2–5.

■ MAGNE@NYLENNA.NO

KUPP gir økt kunnskap om behandling av migren

En studie om selvopplevd læringsutbytte av ku

■ **JAN SCHJØTT** • Professor, spesialist i klinisk farmakologi, overlege og rådgiver ved RELIS Vest, Haukeland universitetssykehus, Bergen

■ **INGRID LUNDE STEEN** • Master i farmasi, leder RELIS Midt-Norge, St. Olavs Hospital, Trondheim

■ **KETIL ARNE ESPNES** • Spesialist i allmennmedisin og spesialist i klinisk farmakologi, overlege ved Avdeling for klinisk farmakologi, St. Olavs Hospital, Trondheim

■ **BETTINA RIEDEL** • Spesialist i klinisk farmakologi, overlege ved Avdeling for medisinsk biokjemi og farmakologi, Haukeland universitetssykehus, førsteamanuensis, Klinisk institutt 2, Universitetet i Bergen, Bergen

Migrene er en sykdom som rammer mange. Det er også en sykdom hvor det er stort rom for forbedring av den behandlingen som gis i allmennpraksis.

Bakgrunn

Kan et program med kun 20 minutters dialog med allmennlegen gi økt kunnskap og bedre bruk av legemidler mot migrene? Kunnskapsbaserte oppdateringsvisitter i Norge (KUPP) er et nasjonalt undervisningsprogram basert på academic detailing (1). I KUPP samarbeider RELIS og klinisk farmakologiske enheter ved universitetssykehusene. Leger og farmasøyter (såkalte kliniske fasilitatorer) besøker allmennleger én-til-én på legens kontor i arbeidstiden – fysisk eller digitalt. I en 20 minutters dialog gjennomgås de viktigste punktene i et farmakoterapiområde (2). Tema for kampanjer i KUPP baseres på forslag fra allmennleger og Norsk forening for allmennmedisin, med utgangspunkt i uhen-siktsmessig forskrivning og forbedringsområder. KUPP er gratis, uavhengig fra legemiddelindustri og forskningsbasert.

Mer enn 5000 allmennleger er besøkt i seks kampanjer.

Migrene berører omtrent 900 000 nordmenn, og er den sykdommen i verden som gir mest invaliditet hos personer under 50 år (3). Det er avdekket forbedringsområder i kunnskap om medikamentell behandling av hodepine i allmennpraksis. Dette gjelder spesielt kunnskap om kronisk hodepine og medikamentoverforbrukshodepine (4). I samarbeid med Nasjonal kompetansetjeneste for hodepine (NorHEAD), samt allmennmedisinere med spesiell interesse for migrene, ble sjetten KUPP-kampanje «Riktigere bruk av legemidler mot migrene» lansert høsten 2022.

Midt-Norge har tradisjon for fysiske KUPP, mens Vestlandet i økende grad KUPPer digitalt. I denne studien undersøkte vi selvopplevd læringsutbytte av KUPP blant allmennleger i Midt-Norge og Vestlandet i 2023.

SAMMENDRAG

BAKGRUNN

Kunnskapsbaserte oppdateringsvisitter (KUPP) kan bidra til rasjonell farmakoterapi. Det er avdekket forbedringsområder i behandling av migrene i allmennpraksis. Vi undersøkte selvopplevd læringsutbytte av KUPP hos allmennleger om riktig bruk av legemidler mot migrene.

METODE

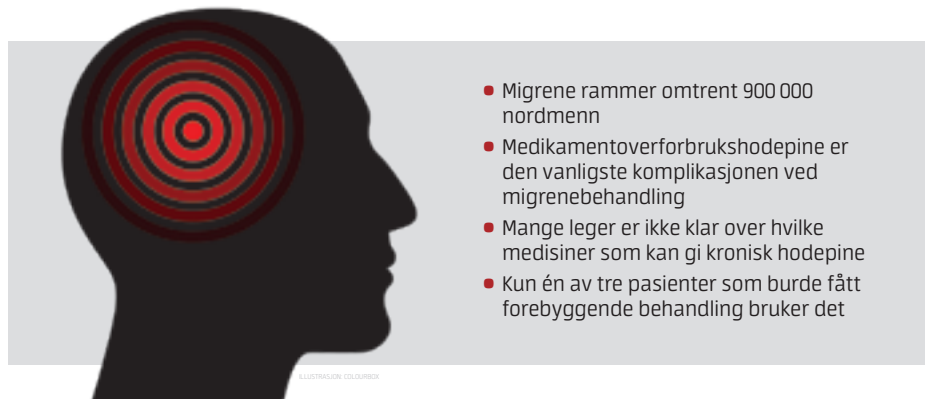
Allmennleger fra Midt-Norge og Vestlandet besvarte i 2023 et spørreskjema før og etter fysiske eller digitale KUPP-besøk. Spørreskjemaene inneholdt sju påstander rangert med en 7-punkts Likert-skala. Fem påstander omhandlet spesifikk kunnskap og to omhandlet generell kunnskap og ferdigheter i riktig bruk av legemidler mot migrene. Endring i rangering av påstandene ble brukt til å vurdere selvopplevd læringsutbytte.

RESULTATER

Førtiåtte allmennleger besvarte begge spørreskjema fordelt på 21 fra Midt-Norge og 27 fra Vestlandet. Positiv endring i rangering av de sju påstandene varierte mellom 69–85 prosent, og positiv endring på 3–5 enheter på skalaen varierte mellom 6–23 prosent. Det var ingen forskjell mellom regionene, eller mellom type besøk. Seksten allmennleger som ikke var KUPPet tidligere viste særlig positiv endring i selvopplevd kunnskap om forbyggende behandling av migrene og om medikamentoverforbrukshodepine.

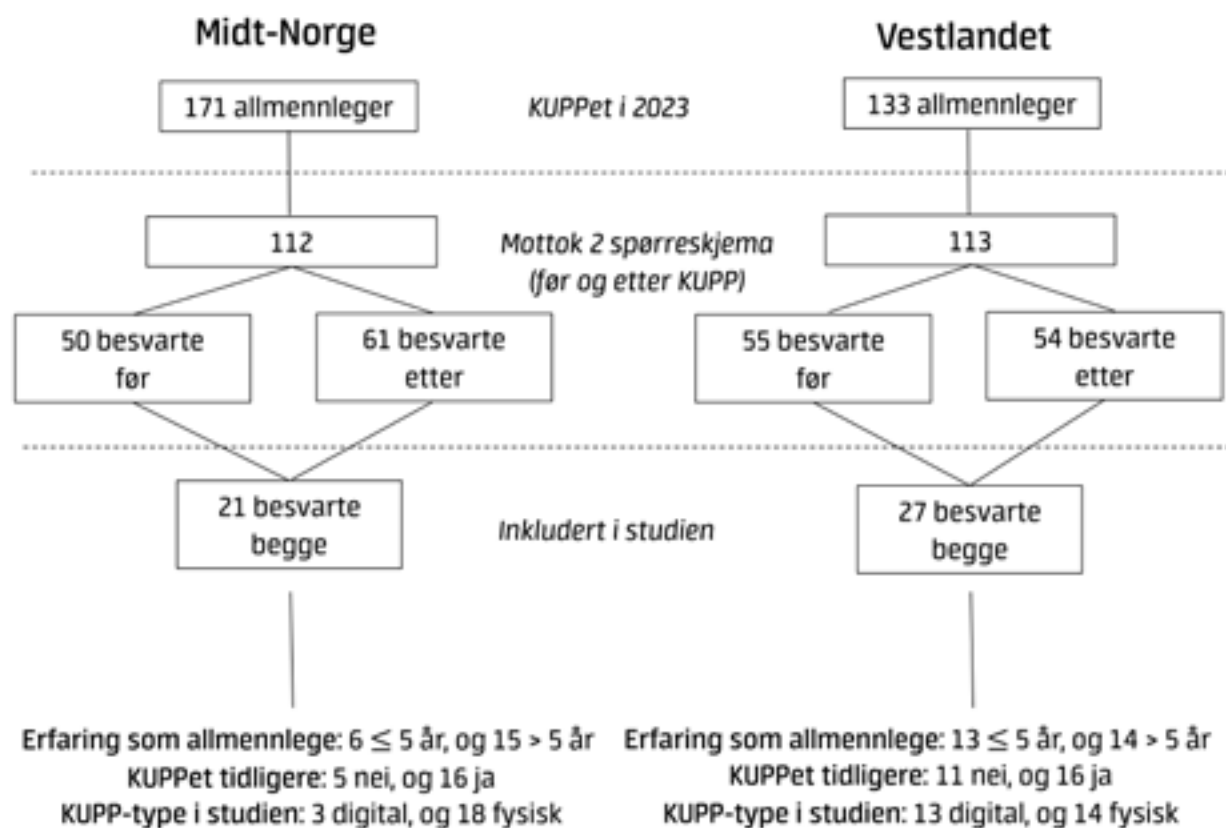
KONKLUSJON

KUPP om riktigere bruk av legemidler mot migrene gir et positivt læringsutbytte hos allmennleger. KUPP kan gjennomføres både fysisk og digitalt, og læringsutbyttet er spesielt positivt hos allmennleger uten tidligere erfaring med slike besøk.



e i allmennpraksis

nnskapsbaserte oppdateringsvisitter (KUPP)



FIGUR 1. Flytdiagram over studiepopulasjonen.

Metode

Allmennleger i Midt-Norge og på Vestlandet som bestilte KUPP-besøk (fysiske eller digitale) kunne frivillig delta. Legene besvarte elektroniske spørreskjema utviklet i Corporater Surveyor før og etter KUPP-besøk. En brosjyre ble brukt ved fysiske besøk, og en PowerPoint-presentasjon ved digitale besøk. Begge presentasjoner ga oppdatert kunnskap om riktig bruk av legemidler mot migrene. Diagnostikk og oppstart av forebyggende behandling av migrene, samt håndtering av medikamentoverforbruket hodepine i allmennpraksis var fremhevet. Brosjyre og presentasjon inneholdt tabeller med anbefalte legemidler for akutt og forebyggende behandling av migrene, inkludert dosering, hyppighet av dosering, og maksimal døgndose. Digitale KUPP-besøk brukte

plattformene Whereby eller Teams med samme tidsbruk som fysiske besøk. Fysiske KUPP-besøk ble gjennomført som beskrevet tidligere (2).

Spørreskjemaene inneholdt sju påstander som allmennlegene rangerte med en sjupunkts Likert-skala fra svært uenig (1) til svært enig (7). Fem påstander omhandlet spesifikk kunnskap, og to påstander omhandlet generell kunnskap og ferdigheter i farmakoterapi ved migrene. Bakgrunnsinformasjon om deltakernes region (Midt-Norge eller Vestlandet), arbeidserfaring (0–5 år; > fem år), tidligere KUPP-besøk (ja/nei) ble registrert i spørreskjema.

Studien ble søkt og tilrådd av personvernombudet i Helse Bergen. Fagsenter for pasientrapporterte data ved Haukeland universitetssjukehus distribuerte spørre-

skjema digitalt, lagret data, og videreformidlet disse til en forfatter (JS) for kobling av spørreskjema. Samsvarende e-post ble brukt for å vurdere selvopplevd læringsutbytte hos hver enkelt allmennlege.

Endring av rangering av påstander i de to påfølgende spørreskjemaene ble visuelt vurdert. Betydning av bakgrunnsinformasjon for endring i rangering av påstander ble undersøkt med khikvadrattest og Mann-Whitneys test for henholdsvis kategoriske og ordinale variabler med signifikansnivå $p < 0,05$. Data ble analysert med SPSS versjon 29.0.

Resultater

Førtiåtte allmennleger som besvarte begge spørreskjema med samsvarende e-post ble inkludert, se figur 1.

Positiv endring i rangering av de sju påstandene varierte mellom 69–85 prosent, og positiv endring på tre til fem enheter på skalaen mellom 6–23 prosent, se figur 2 øverst på motstående side. Det var ingen forskjeller mellom regioner, eller type KUPP-besøk. Seksten allmennleger som ikke var KUPPet tidligere viste mest positiv endring i kunnskap om forebyggende behandling og medikamentoverforbrukshodepine (Mann-Whitneys test, $p < 0,05$). Allmennleger som ikke var KUPPet tidligere hadde kort erfaring. Totalt 28 av 29 (97 prosent) allmennleger med erfaring mer enn fem år hadde blitt KUPPet tidligere, mens kun fire (21 prosent) av nitten allmennleger med erfaring null til fem år hadde blitt KUPPet tidligere (khi-kvadrat-test, $p < 0,001$).

Diskusjon

KUPP gir positivt læringsutbytte blant allmennleger, og besøkene oppleves som spe-



ILLUSTRASJONSFOTO: RUI SANTOS / SCANDINAVIAN STOCKPHOTO

sielt nyttige hos leger uten tidligere besøk. Disse legene hadde kort erfaring i faget og responderte særlig positivt på sentrale tema i kampanjen, nemlig forebyggende behandling og medikamentoverforbrukshodepine.

Migrene-kampanjen ble utviklet etter avdekking av forbedringsområder i kunnskap om medikamentell behandling av hodepine i allmennpraksis. Dette gjelder spesielt kunnskap om kronisk hodepine og medikamentoverforbrukshodepine (4). Det er begrenset undervisning om hodepine både på medisinstudiet og i spesialisering av nevrologer (5). Mer erfarne allmennleger trenger også oppdatering på temaet. Kampanjen viste til at omtrent 25 prosent av pasienter med migrene trenger forebyggende behandling, mens bare omtrent 10 prosent bruker det. Kunnskap om årsaker, diagnostikk og behandling av medikamentoverforbrukshodepine er mangelfull. Ifølge kampanjen bør allmennleger ha en sentral rolle i håndtering av disse utfordringene (6).

KUPP kan gjennomføres digitalt med samme resultat som fysiske besøk (7). Høsten 2022 gjennomført vi en pilot på Vestlandet med de samme spørreskjemaene. Positivt selvopplevd læringsutbytte ble funnet hos 80–88 prosent av 42 allmennleger. Digitale besøk har miljømessige fordele og er spesielt egnet ved få kliniske fasilitatorer, lang reisevei til få allmennleger, for å redusere tids- og ressursbruk, og ved pandemier. Digitale besøk gjør at kliniske fasilitatorer fra flere regioner kan samarbeide om å KUPPe områder med mange allmennleger.

Selvopplevd læringsutbytte kan gi adferdsendringer, og KUPP har tidligere rapportert at kampanjer har endret forskrivning. Dette gjelder spesielt kampanjer med mål om å redusere forskrivning av legemidler eller legemiddelgrupper som bør unngås (8, 9). Kampanjer kan også bekrefte klinisk praksis, og bidra til økt forskrivning av anbefalte legemidler ved kronisk sykdom (10).

Rundt 50 prosent av legene besvarte minst ett av spørreskjemaene, mens rundt 20 prosent besvarte begge med samsvarende e-postadresse. Viljen til deltakelse var til stede, men det er utfordrende å organisere to påfølgende spørreundersøkelser for travle allmennleger og kliniske fasilitatorer.

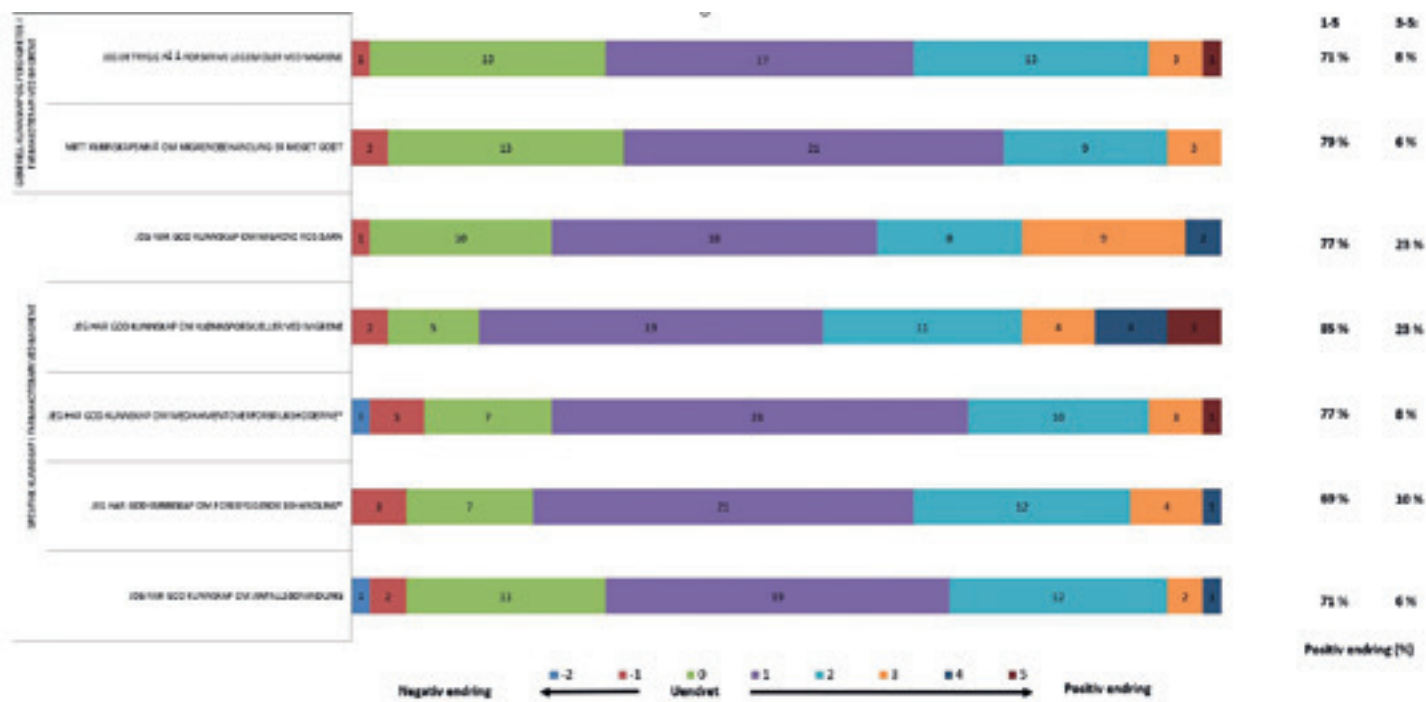
Materialet i denne studien er begrenset, og ikke egnet til å konkludere om betydning av bakgrunnsinformasjon for resultatene.

Konklusjon

KUPP om riktigere bruk av legemidler mot migrene gir et positivt læringsutbytte hos allmennleger. KUPP kan gjennomføres både fysisk og digitalt, og læringsutbyttet er spesielt positivt hos leger uten tidligere erfaring med slike besøk. Resultatene fra denne studien gjenspeiler evalueringer fra allmennleger i tidligere kampanjer, hvor nesten alle som har evaluert KUPP-besøk beskriver metoden som godt eller svært godt egnet. Foreløpige erfaringer fra leger som får KUPP-besøk for første gang gir motivasjon for å markedsføre tilbudet blant nye allmennleger. Allmennpraksis tilsier bred og omfattende kunnskap om undersøkelse, behandling og forebygging av en rekke sykdommer. Det er utfordrende å holde seg oppdatert selv for erfarne leger, og det blir viktig å rekruttere alle leger i allmennmedisin til KUPP i kommende kampanjer.

REFERANSER

1. Avorn J. Academic Detailing: «Marketing» the Best Evidence to Clinicians. *JAMA* 2017; 317: 361–2. doi: 10.1001/jama.2016.16036.
2. Dyrkorn R, Langaas HC, Giverhaug T et al. Academic detailing as a method of continuing medical education. *Adv Med Educ Pract*. 2019; 10: 717–25. doi: 10.2147/AMEP.S206073.
3. Steiner TJ, Stovner LJ, Vos T et al. Migraine is first cause of disability in under 50s: Will health politicians now take notice? *J Headache Pain* 2018; 19: 17. doi: 10.1186/s10194-018-0846-2.
4. Kristoffersen ES, Faiz KW, Hansen JM et al. The management and clinical knowledge of headache disorders among general practitioners in Norway: a questionnaire survey. *J Headache Pain* 2021; 22: 136. doi: 10.1186/s10194-021-01350-3.
5. Kristoffersen ES, Faiz KW, Winsvold BS. Neurology residents' knowledge of the management of headache. *Cephalalgia* 2019; 39: 1396-406. doi: 10.1177/0333102419847973.
6. RELIS. Riktigere bruk av legemidler mot migrene <https://relis.no/artikler/kampanjer/riktigere-bruk-av-legemidler-mot-migrene/>. Lest 19.2.2024.
7. Schjøtt J, Steen IL, Espnes KA et al. Self-perceived learning outcomes of virtual and in-person academic detailing among general practitioners in Norway. *BCPT* 2024; 134: 284-9. doi: 10.1111/bcpt.13961.
8. Langaas HC, Hurlley E, Dyrkorn R, Spigset O. Effectiveness of an academic detailing intervention in primary care on the prescribing of non-steroidal anti-inflammatory drugs. *Eur J Clin Pharmacol* 2019; 75: 577–86. doi: 10.1007/s00228-018-02611-y.
9. Espnes KA, Nøst TH, Handal M et al. Can academic detailing reduce opioid prescriptions in chronic non-cancer pain? *BMC Prim Care* 2023; 24: 84. doi: 10.1186/s12875-023-02040-6.
10. Langaas HC, Salvesen ØO, Dyrkorn R et al. Academic detailing as a method to improve general practitioners' drug prescribing in type 2 diabetes: evaluation of changes in prescribing. *Scandinavian Journal of Primary Health Care*. 2023; 41: 224–31. doi: 10.1080/02813432.2023.2222781.



*Påstander med særlig positiv endring blant allmennleger som ikke var KUPPet tidligere.

FIGUR 2. Selvopplevd læringsutbytte av kunnskapsbaserte oppdateringsvisitter (KUPP) om riktigere bruk av legemidler mot migrene blant 48 allmennleger i Trøndelag og på Vestlandet. Differansen mellom rangering av sju påstander (sjupunkts Likert skala) før og etter KUPP beskriver læringsutbytte.

EG Infodoc

Ønsker du et journalsystem som både er skybasert og som har høy kvalitet og mye funksjonalitet?

Over 800 klinikker stoler på EG Infodoc

- Under 1 min ventetid på telefonlinjene våre
- Tett samarbeid med brukere
- 99.98% oppetid siste tre måneder

▼ Rybelsus®

Semaglutid i tabletter



Rybelsus® er indisert til behandling av voksne med utilstrekkelig kontrollert diabetes mellitus type 2 for å forbedre glykemisk kontroll som tillegg til diett og fysisk aktivitet:¹

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

Se SPC for resultater fra studier vedrørende kombinasjoner, effekt på glykemisk kontroll, kardiovaskulære hendelser og populasjoner som ble undersøkt.

Slik tar du Rybelsus®



Rybelsus® skal tas på tom mage, etter en anbefalt fasteperiode på minst 8 timer.



Ta en tablett Rybelsus® ut av pakningen og svelg den hel med en slurk vann (maks. 120 ml).



Vent minst en halvtime før inntak av mat, drikke og eventuelle andre legemidler som tas oralt.

Rybelsus® (semaglutid): Utvalgt sikkerhetsinformasjon²

Les fullstendig preparatomtale før forskrivning

- **Svært vanlige (≥ 1/10) bivirkninger:** er gastrointestinale, inkludert kvalme og diaré. Hypoglykemi ved bruk sammen med insulin eller sulfonylurea.
- **Andre vanlige (≥ 1/100 til < 1/10) bivirkninger:** svimmelhet, fatigue, redusert appetitt, økt amylase, økt lipase, komplikasjoner av diabetesretinopati* og andre gastrointestinale bivirkninger[^]. Hypoglykemi ved bruk sammen med andre orale antidiabetika.
- **Mindre vanlige (≥ 1/1 000 til < 1/100) bivirkninger:** gallestein, vekttap, eruktasjon.
- **Akutt pankreatitt:** er observert ved bruk av GLP-1-RA (0,1 %). Ved mistanke bør semaglutid seponeres og ved bekreftet pankreatitt bør behandlingen ikke gjenopptas.
- **Diabetisk ketoacidose:** har blitt rapportert hos insulinavhengige pasienter etter rask seponering eller dosereduksjon av insulin når behandling med en GLP-1-reseptoragonist ble startet.
- **Dysgeusi (smaksforandringer):** er blitt rapportert.
- **Puls:** det er observert en økning på 1-4 slag per minutt.
- **Skal ikke brukes** hos pasienter med **diabetes type 1**, av **gravide** (seponeres minst 2 måneder før planlagt graviditet) eller ved **amming**.
- Det er ingen terapeutisk erfaring med semaglutid hos pasienter med bariatrisk kirurgi.

[^] Abdominale smerter og distensjon, forstoppelse, oppkast, dyspepsi, gastroøsofageal reflukssykdom, gastritt, flatulens.

* Kombinasjon av: retinal fotokoagulasjon, behandling med intravitreale midler, intravitreal blødning, diabetesrelatert blindhet (mindre vanlig). Frekvens basert på kardiovaskulær endepunktsstudie med ukentlig subkutan semaglutid.³

	Kan benyttes uten dosejustering	Anbefales ikke
Alder	Begrenset erfaring hos pasienter ≥75 år	Barn/ungdom under 18 år
Nyre-funksjon	Lett, moderat eller alvorlig nedsatt funksjon. Begrenset erfaring ved alvorlig nedsatt nyrefunksjon	Terminal nyresykdom (eGFR < 15 ml/min 1,73m ²)
Hjerte-svikt	NYHA klasse I-III	NYHA klasse IV
Lever-funksjon	Mild, moderat og alvorlig nedsatt. Begrenset erfaring ved alvorlig nedsatt leverfunksjon	

Refusjonsvilkår og pris³⁻⁵

ATC-kode: A10BJ06 (Glukagonlignende peptid-1 (GLP-1) -analoger)

Refusjon^{4,5}

Det kan søkes om individuell refusjon på blå resept for Rybelsus® ved diabetes mellitus type 2 (ICPC-2 T90/ICD-10: E11) i kombinasjon med metformin, og/eller sulfonylurea og/eller insulin, hos pasienter som ikke har oppnådd tilstrekkelig glykemisk kontroll på høyeste tolererte dose av disse legemidlene. Det skal i søknaden oppgis en vurdering av minst ett av de nevnte legemidlene over.[#]

Rybelsus® skal brukes i kombinasjon med et legemiddel med metformin eller sulfonylurea eller insulin.

Reseptgruppe C	Pakninger ⁵ (Vnr)	Pris ⁵ (kr)	Pris (kr/dag)
Rybelsus® 3 mg	30 stk. blisterpakning (478961)	1 303,50	46,60
Rybelsus® 7 mg	30/90 stk. blisterpakning (146870/439553)	1 303,50 / 3 838,10	46,60 / 45,70
Rybelsus® 14 mg	30/90 stk. blisterpakning (383205/047094)	1 303,50 / 3 838,10	46,60 / 45,70

[#] Monoterapi med Rybelsus® eller Rybelsus® i kombinasjon med andre diabeteslegemidler enn metformin/SU/insulin er ikke metodevurdert av DMP, og HELFO kan ikke vurdere individuell stønad til slik behandling.

Rybelsus® er ikke indisert for vektreduksjon. Gjennomsnittlig reduksjon i kroppssvekt i PIONEER 1-8 studiene var for vedlikeholdsdosene 7 mg og 14 mg i uke 26 fra 2,2 - 4,4 kg.¹

Referanser: **1.** Rybelsus® SPC, avsnitt 4.1, 4.2, 5.1. **2.** Rybelsus® SPC, avsnitt 4.2, 4.4, 4.6, 4.8, 5.2 og 5.3. **3.** Marso SP, Bain SC, Consoli A et al. Semaglutide and Cardiovascular Outcomes in Patients with Type 2 Diabetes (SUSTAIN-6). NEJM 2016;375:1834-1844 **4.** Helsedirektoratet. Fullstendige vilkår for individuell stønad Rybelsus®. Tilgjengelig på: <https://www.helsedirektoratet.no/rundskriv/kapittel-5-stonad-vedhelsetjenester/vedlegg-1-til-5-14-legemiddellisten/virkestoffer/semaglutid-3> (Lest: 08.08.2024). **5.** Felleskatalogen Rybelsus®. Tilgjengelig fra <https://www.felleskatalogen.no/medisin/rybelsus-novo-nordisk-675190> (Lest: 08.08.2024).

Nå er HPV hjemmetest ko – et steg nærmere eliminering av livmorhals

Omtrent tre av ti kvinner tar ikke livmorhalsprøver som anbefalt. Med hjelp av hjemmetesten kan vi nå disse kvinnene. Hjemmetesten er et alternativ til kvinner som ikke tar livmorhalsprøver grunnet fysiske, psykiske eller kulturelle utfordringer. Nå kan disse kvinnene ta HPV-testen selv på legekantoret eller hjemme.

Livmorhalsprogrammet anbefaler at alle kvinner mellom 25–69 år, skal ta HPV-test hvert femte år. I Norge er det omtrent 70 prosent som følger dette. Kvinner som ikke tar livmorhalsprøver som anbefalt, får oftere påvist livmorhalskreft på et mer alvorlig stadium enn de som følger anbefalingene (1). Nå har vi muligheten til å gjøre noe med det.

Tilbud om HPV hjemmetest gir økt deltakelse i livmorhalscreening

Kreftregisteret har gjennomført en pilotstudie, som viste at flere deltar i livmorhalscreening ved hjelp av HPV hjemmetest (2). Hjemmetesten er allerede etablert i andre land som blant annet Sverige, Danmark og Australia, med ulik tilnærming til bruk av hjemmetesten. I Norge er tilbudet tilgjengelig hos fastlegen, og noen målgrupper vil på sikt få tilsendt hjemmetest i posten (3). *Kvinner som kan ta livmorhalsprøve gjennom gynekologisk undersøkelse, bør fortsette med det. Da kan legen gjøre en klinisk vurdering.*

I dag legges flere pasienter i narkose for å kunne gjennomføre livmorhalsprøven, noe som kan være psykiske belastende for pasienten og krever store ressurser. Ved hjelp av hjemmetestene, kan pasienten slippe denne belastningen hvis det ikke blir påvist HPV. Og skulle hun få påvist HPV, er det i hvert fall en god grunn til å følge det opp – også i narkose hvis det må til.

HPV hjemmetest er nå tilgjengelig på ditt fastlegekontor

Livmorhalsprogrammet har nå sendt ut HPV hjemmetester til alle fastlegekontorer i Norge. Fastleger kan tilby hjemmetest til kvinner som har fysiske, psykiske eller kulturelle utfordringer med å ta livmorhalsprøven hos lege. Eksempler kan være ofre for vold eller seksuelle traumer, kvinner med funksjonsnedsettelse, ekstrem overvekt eller kulturelle barrierer.

I juni sendte Norsk Forening for Allmennmedisin (NFA) ut informasjon om HPV hjemmetest i sitt medlemsbrev. Der ble blant annet fastlegens rolle beskrevet.

Er det vanskelig for deg
å ta livmorhalsprøven?

*Do you find taking a cervical
screening test challenging?*

Snakk med fastlegen din om
HPV hjemmetest
som du kan ta selv

Talk to your doctor about HPV self-sampling

Les mer på hpvhjemmetest.no

mmet

kreft i Norge

OBS! Mange fastleger har allerede sendt inn hjemmetester til laboratoriet, og vi erfarer at mange prøver leveres umerket. Det er svært viktig at prøvepinnen merkes og at rekvisisjon fylles ut for å sikre riktig identitet på prøven.

FASTLEGENS ROLLE INNEBÆRER

- Spørre kvinner over 25 år når de sist tok livmorhalsprøve, selv om hun er på legekantoret av andre årsaker
- Dele ut og forklare fremgangsmåte for hjemmetest til kvinner i målgruppen på egen liste
- Fylle ut rekvisisjonsblankett og merke prøveglasset
- Merket prøve og rekvisisjon sendes til Akershus Universitetssykehus for analyse i vedlagt returkonvolutt
- Motta svar - følge opp selv eller henvise ut fra flytskjema



VIKTIGE FORSKJELLER



VS



HPV-hjemmetest

- ✓ HPV-test
- ✗ Cytologi ikke mulig på prøven
- ✓ Kvinnen kan ta prøven selv
- ✗ Ingen gynekologisk undersøkelse



Prøvetaking fra skjeden



Prøvetaking fra livmorhals

Livmorhalsprøve

- ✓ HPV-test
- ✓ Cytologi mulig på prøven
- ✗ Kvinnen kan ikke ta prøven selv
- ✓ Gynekologisk undersøkelse, kan oppdage andre problemer



Hjemmetesten kan kun analyseres for HPV. Kvinner som får påvist HPV, anbefales derfor å ta en ordinær livmorhalsprøve som kan analyseres for både HPV og celleforandringer. Det er viktig å tilrettelegge slik at kvinnen kan ta en gynekologisk undersøkelse hos fastlege eller gynekolog. Kvinner som ikke får påvist HPV har svært liten risiko for å utvikle livmorhalskreft før neste screeningprøve. Undersøkelse anbefales etter fem år, så lenge hun ikke får symptomer.

Webinar for fastleger

Prosjektgruppen holder webinar for fastleger ved lunsjtid 18.september og 19.september. Der vil det bli gjennomgått infor-

masjon og rutiner for hjemmetesten og åpning for spørsmål.

På hpvhjemmetest.no finner du blant annet:

- Påmelding til webinar under «Webinarer» eller via QR-kode
- Flytskjema for oppfølging



QR-kode
for påmelding
til webinar

- Forslag til prøvesvar
- Plakat til venteværelset og diverse informasjonsmateriell

REFERANSER

1. Pedersen K, Burger EA, Campbell S, Nygård M, Aas E, Lönnberg S. Advancing the evaluation of cervical cancer screening: development and application of a longitudinal adherence metric. *European Journal of Public Health* [Internet] 2017; 27(6): 1089–94. Available from: <https://dx.doi.org/10.1093/eurpub/ckx073>.
2. Aasbø, G., Tropé, A., Nygård, M. et al. HPV self-sampling among long-term non-attenders to cervical cancer screening in Norway: a pragmatic randomised controlled trial. *Br J Cancer* 127, 1816–1826 (2022). <https://doi.org/10.1038/s41416-022-01954-9>.
3. www.hpvhjemmetest.no.

Med vennlig hilsen
Livmorshalsprogrammet



DANSKE TURNUSLEGER Allmenntmedisin førstevalg for én av fire

En dansk spørreundersøkelse blant leger som startet turnustjenesten i Danmark i 2022 viser at nesten 25 prosent av de som svarte hadde allmenntmedisin som førstevalg for spesialitet. Snaut 14 prosent hadde helt utelukket spesialisering i allmenntmedisin. Samlet hadde rundt halvparten allmenntpraksis som første, andre eller tredje valg. Svarresponsen var 39 prosent, noe som utgjorde 461 deltagere. De spesialitetskategoriene som legene kunne krysse av for var parakliniske spesialiteter, indremedisinske spesialiteter, allmenntmedisin, psykiatri, kirurgi og akuttmedisin.

● Education for Primary Care (S Gjessing et al), mars 2024, doi: 10.1080/14739879.2024.2312939

2,8 %

av den voksne befolkningen i Norge startet med legemiddelbehandling mot fedme fra 2017 til 2022. Det viser en studie med data fra Reseptregisteret. Det totale salget av fedmemedisin økte fra 1,1 millioner euro i 2017 til 91,8 millioner euro i 2022. Økningen i bruk har vært spesielt stor blant kvinner i alderen 40 til 59 år.

● Diabetes, Obesity & Metabolism (PLP Ruiz et al), juni 2024, doi: 10.1111/dom.15515

FORHÅNDSAMTALER

Større sannsynlighet for hjemmedød

Norske forskere viser til at 36 prosent av kreftpasientene i 2015 døde på sykehus, mens bare 13 prosent døde hjemme. I en ny studie har artikkelforfatterne sett på 144 kreftpasienter i perioden 2015 til 2022, hvorav 128 av dem døde i løpet av det tidsrommet. Av disse hadde 67 hatt en strukturert forhåndssamtale med helsepersonell i primærhelsetjenesten og en plan for palliativ behandling. Kontrollgruppen var 61 pasienter uten en tilsvarende samtale og plan. Observasjonsstudien viser at signifikant færre døde på sykehus i førstnevnte gruppe, sammenlignet med kontrollgruppen, henholdsvis en andel på 17,9 prosent og 34,4 prosent. Det var ingen signifikant forskjell mellom gruppene for hvor de tilbrakte de siste 90 levedagene (hjemme, på sykehus eller på sykehjem). Mer enn seks av ti pasienter i studien ville ha foretrukket å dø hjemme.

● Scandinavian Journal of Primary Health Care (B Driller et al), april 2024, doi: 10.1080/02813432.2024.2346131

OSTEOPOROSE

Koblet til økt risiko for alvorlig depresjon

Det er en signifikant sammenheng mellom alvorlig depresjon og risikoen for osteoporose og osteopeni. Det indikerer en studie som basert på data fra *National Health and Nutrition Examination Survey* i USA (NHANES) og analyser ved såkalt mendelsk randomisering. Personer med alvorlig depresjon hadde nær sju ganger høyere sannsynlighet for osteoporose i hofte (lårhals) og over tre ganger høyere odds for osteopeni, enn personer uten depresjon. Studien inkluderer 4275 postmenopausale kvinner for perioden 2007 til 2018. Artikkelforfatterne påpeker en begrensning ved at de ikke har inkludert personer med manglende data og at overførbareheten primært gjelder en europeisk og amerikansk populasjon.

● Journal of Affective Disorders (X Guo et al), juli 2024, doi: 10.1016/j.jad.2024.04.019



HELGEVAKT I PANDEMIEN

Fastleger stilte opp

I starten av pandemien ble alle fastleger i Bergen spurt om å være tilgjengelig i helgene for pasienter med symptomer på luftveisinfeksjon på telefon, video eller via e-konsultasjon. På kort varsel gjorde 33 av 71 allmenntpraksis-kontorer seg tilgjengelig den første helgen, og dekket med det drøyt halvparten av befolkningen. Neste helg økte andelen legekontor til 39, og med en dekning på 64 prosent av befolkningen. Første helg ble det gjennomført 336 konsultasjoner for luftveisinfeksjon, hvorav åtte ble bekreftet å være covid-19, og 113 var mistenkt koronasykdom. Helgen deretter ble det registrert 158 tilfeller av luftveisinfeksjon – 4 var bekreftet korona og 41 var sannsynlig covid-19. Artikkelforfatterne konkluderer med at det var få konsultasjoner per praksis de to helgene, men samlet bidro fastlegenes mobilisering til betydelig forbedring i akuttberedskapen.

● Scandinavian Journal of Public Health (KA Wensaas et al), mai 2024, doi: 10.1177/14034948231213466

SYKE FASTLEGER

Går sjelden til egen fastlege

Norske forskere har kartlagt hvor fastlegene søker hjelp når de blir syke. Registerstudien har sett på fastlegers bruk av primær- og spesialisthelsetjenester i 2018 og har sammenlignet bruken med en kontrollgruppe av personer med samme alder og kjønn og med tilsvarende utdanningsnivå og helse som fastleger flest. Mens bare 21,7 prosent av fastlegene hadde søkt hjelp hos sin egen fastlege ved sykdom, hadde hele 61,6 prosent i kontrollgruppen vært hos fastlegen. Mer enn tre ganger så mange i kontrollgruppen hadde vært på legevakt, sammenlignet med fastlegene. Derimot hadde fastleger 2,7 ganger oftere enn kontrollgruppen vært hos psykiater (avtalespesialist). Det var små forskjeller mellom fastlegene og kontrollgruppen for konsultasjoner på somatisk poliklinikk og for akuttinnleggelse på somatisk sykehus.

● Tidsskrift for Den norske legeforening (H Sandvik et al), mai 2024, doi:10.4045/tidsskr.23.0834



GRAVIDITET OG KOMPLIKASJONER

Høyere hjertedød-risiko

Hvilken sammenheng er det mellom antall svangerskap med og uten komplikasjoner hos kvinner som har fylt 40 år og den relative risikoen for å dø av aterosklerotisk kardiovaskulær sykdom (ASCVD) før 69 års alder? Det spørsmålet har norske forskere forsøkt å få svar på ved analyser av data fra flere ulike registre for perioden 1967 til 2020. Lavest ASCVD-død hadde kvinner med tre gjennomførte graviditeter før fylte 40 år og ingen komplikasjoner, og disse ble referansegruppen. De som hadde hatt fire svangerskap med komplikasjoner hadde 23 ganger høyere relativ risiko for å dø av aterosklerotisk hjerte- og karsykdom enn referansegruppen. Basert på svangerskaps-historikkalene, var det 19 prosent av kvinnene (inkludert de som ikke hadde vært gravide) som viste seg å ha mellom 2,5 og 5 ganger økt risiko for å dø av ASCVD.

● Journal of American Heart Association (LG Kvalvik et al), mars 2024, doi: 10.1161/JAHA.123.030560



Presentasjon av AFE Oslo

■ GURO HAUGEN FOSSUM • Forsker, institutt for allmennmedisin, Universitetet i Oslo

Vi kan ikke presentere AFE Oslo uten å fortelle historien om AFE'ne.

I mai 2006 ble det for første gang øremerket statlige midler til å satse på allmennmedisinsk forskning, da det i revidert statsbudsjett ble gitt tre millioner til planlegging:

«Departementet vil styrke allmennmedisinsk forskning gjennom etablering av enheter administrativt tilknyttet universitetene som eksternt finansierte oppdrag. Dette for i første omgang å bygge opp en organisatorisk infrastruktur med nære samarbeidsforhold til eksisterende forskningsmiljøer innen fagområdet.»

Allmennmedisin var på agendaen – og hadde en stor plass i *Helse- og omsorgsdepartementets forskningsstrategi 2006–2011* (utgitt november, 2006). Departementets mål for allmennmedisinsk forskning ble avsluttet med følgende kulepunkt (side 25 i strategien):

- Legge til rette for oppbygging, organisering og finansiering av infrastruktur for ivaretagelse av praksisnær allmennmedisinsk forskning
- Styrke forskning på allmennlegers forskrivning av legemidler

Det ble planlagt og gjennomført en gradvis opptrapping av tildelingen til de fire AFE-ene samlet fra 2007 (6 millioner) til 2015 (16,5 millioner). Deretter stagnerte tildelingene, som medfører en reell nedgang, og

tildelingene er fortsatt på 16,5 millioner per år.

AFE Oslo kan heller ikke presenteres uten at man vier stor plass til vår første leder, professor (nå emeritus) Jørund Straand. Han var leder siden oppstarten i 2006, kombinert med å være avdelingsleder ved Avdeling for allmennmedisin ved UiO. Jørund har hele sin periode som avdelingsleder og leder for AFE Oslo, jobbet for et sterkt akademisk allmennmedisinsk miljø i hele landet. Jørund gikk av som leder for AFE Oslo i 2022, og overlot roret til nåværende leder, Guro Haugen Fossum, fra og med 2023.

Organisering og hovedoppgaver for AFE Oslo

AFE Oslo er ingen selvstendig økonomisk-administrativ enhet, men organisert som et eksternt finansiert prosjekt ved Avdeling for allmennmedisin ved Universitetet i Oslo (UiO). Denne organiseringen utløser betydelige faglige, administrative og økonomiske synergier mellom UiO-finansiert og eksternt finansiert aktivitet ved avdelingen. Det tette samarbeidet har styrket både veilederkompetanse og -kapasitet ved avdelingen, noe som kommer både ph.d.-stipendiater og andre allmennmedisinske forskere til gode. De allmennmedisinske forskningsenhetene har også styrket den allmennmedisinske forskningsinfrastrukturen lokalt og nasjonalt. De samarbeider tett om tiltak på nasjonalt plan for å styrke rammevilkår for forskning i primærhelsetjenesten. Synlige bevis på sam-

arbeidet er blant annet Nasjonal forskerskole i allmennmedisin (NAFALM) og forskningsnettverket PraksisNett.

Ansatte og forskningsaktivitet

Per desember 2023 var totalt tolv personer ansatt ved AFE Oslo, ni av disse var ansatt i vitenskapelige stillinger (2,75 årsverk). I tillegg kommer 0,3 årsverk fordelt på 3 personer til forskningsadministrasjon, praksisfasilitator og drift av PraksisNett Øst og NAFALM. De fleste som er lønnet eller frikjøpt med AFE-midler er det i kombinasjon med annen og gjerne større stilling ved Avdeling for allmennmedisin eller andre steder. AFE Oslo har også to erfarne og svært forskningsaktive emeritusprofessorer tilknyttet enheten.

De siste årene har mellom 20 og 26 ph.d.-stipendiater hatt en AFE-tilknyttet veileder. Tre stipendiater disputerte i 2023. Ansatte ved AFE veileder også AFU-stipendiater; allmennleger som har mottatt lønnsmidler fra Allmennmedisinsk Forskningsutvalg i Legeforeningen på inntil seks månedersverk for å gjennomføre et mindre forskningsprosjekt. Ofte erfarer vi at dette blir starten på et senere ph.d.-prosjekt. I tillegg veileder de legestudenter som ønsker å skrive sin obligatoriske prosjektoppgave på medisinstudiet ved UiO innen et allmennmedisinsk tema.

I alt ble det i 2023 publisert 47 vitenskapelige artikler i internasjonale tidsskrifter av forskere tilknyttet AFE Oslo. I tillegg kommer 35 andre skriftlige publikasjoner eller abstracts for presentasjoner på vitenskapelige kongresser/møter. En forsker med delte stillinger oppgir gjerne flere tilhørigheter på sine publikasjoner, det må derfor tas i betraktning at AFE Oslo neppe kan ta all «æren» for hele den omfattende vitenskapelige produksjonen.

Avdeling for allmennmedisin ved UiO har etablert fire forskningsgrupper, og AFE Oslo har et tett samarbeid og sameksistens med disse. Hovedtema innen forskningen er muskel- og skjelettplager, infeksjoner og antibiotika, allmennmedisinsk tjenesteforskning og annen allmennmedisinsk klinisk forskning. Vitenskapelige ansatte ved AFE deltar også i metodegrupper innenfor kvalitativ og kvantitativ forskning.

Forskere tilknyttet AFE Oslo publiserte i 2023 i alt 47 vitenskapelige artikler. FOTO: OLA SÆTHER





Jørund Staand taler på pensjoneringsseminar.
FOTO: METTE BREKKE



Guro Haugen Fossum og Jørund Staand. FOTO: OLA SÆTHER

Lokalt og nasjonalt samarbeid

AFE Oslo har et utstrakt samarbeid med Antibiotikasenteret for primærmedisin, og forskningen utført av AFE-ansatte bidrar direkte inn i kunnskapsgrunnlaget Antibiotikasenteret bruker i sine kvalitetsforbedrende tiltak. Gjennom arbeidet med PraksisNett Øst, samt gjennom det allmennmedisinske forskningsmiljøet i Oslo sin satsing på kliniske studier, har AFE Oslo etablert et samarbeid med spesialisert forskningsstøtte for kliniske studier i helseforetakene, Clinical Trials Unit (CTU). CTU er organisert under Oslo universitetssykehus, men støtter forskere i hele Helse Sørøst. Organisasjonsstrukturer ved Det medisinske fakultet ved UiO tilsier at allmennmedisin i utgangspunktet ikke har tilgang til å bruke CTU. Vi har likevel klart å få til et lokalt samarbeid, godt støttet av Handlingsplanen for kliniske studier, noe som gjør at vi i Oslo kan gjennomføre allmennmedisinske legemiddelstudier av høy faglig kvalitet.

Samarbeid med Legeforeningen inkluderer blant annet Allmennmedisinsk forskningsfond (AMFF), Legeforeningens forskningsutvalg, Legetidsskriftets redaksjonskomite og kursledelse/undervisning på videre- og etterutdanningskurs. AFE-tilknyttede forskere deltok i 2023 i redaksjonen av nytugivelsen av lærebok i klinisk allmennmedisin – her også som forfattere.

Forskere ved AFE Oslo har, gjennom sin aktivitet i diverse forskningsprosjekter og forskningsnettverk, et utbredt internasjonalt samarbeid.

Behov for økt finansiering av allmennmedisinsk forskning i Norge

AFE-ene skal drive med anvendt allmennmedisinsk forskning «på allmennmedisinens premisser», og i de opprinnelige planene for AFE-ene var det lagt opp til at statlig støtte

trinnsvis skulle trappes kraftig opp slik at midlene både skulle finansiere en faglig infrastruktur i form av veiledningskompetanse, veilederkapasitet og forskningsstøtte og egen forskning (lønns- og driftsmidler til stipendiater). På grunn av denne manglende opptrappingen, har tildelingen til AFE Oslo de siste årene i all hovedsak gått med til å finansiere veilederstillinger og spesialiserte forskningsstøttestillinger, det vil si en ren forskningsinfrastruktur. Den enkelte forsker må på sin side søke om lønns- og driftsmidler fra andre kilder i åpen konkurranse. De fleste av våre stipendiater søker slike eksterne midler gjennom Allmennmedisinsk forskningsfond, som de siste årene har hatt økonomiske utfordringer. Ved inngangen til 2023 hadde AFE Oslo en samlet bemanning (årsverk) som var redusert til et nivå slik det var helt tilbake i 2010. Manglende økning av tilskudd til AFE-ene, sammen med ansettelsesstopp av økonomiske årsaker ved Avdeling for allmennmedisin ved UiO, går ut over fremtidig rekruttering og kapasitet for allmennmedisinsk forskning. Dette er stikk i strid med politiske lovnader om satsing på primærhelse-tjenesten.

Hvordan legge til rette for økt allmennmedisinsk forskning fremover

Landets fire AFE-er vil ha stor betydning for å sikre allmennmedisinsk forskning fremover, i en tid hvor konkurransen om forskningsmidler tilspisser seg. Mye tyder på at statlige bevilgninger til universitets- og høyskolesektoren i all hovedsak vil gå til å sikre undervisning. Det vil bety at en økt andel av midlene til forskning vil konkurranseutsettes, sammenliknet med i dag. Vi vil derfor trenge allmennmedisinske forskere med tilstrekkelig tid, erfaring og kompetanse, som kan konkurrere med andre forskere i et stadig mer tilspisset og

kompetitivt marked for å nå opp i konkurransen om de store forskningsmidlene.

Vi vet at vi har gode støttespillere hos Helsedirektoratet og Legeforeningen, gjennom Norsk forening for allmennmedisin.

Dersom man ønsker å lese mer om AFE Oslo, kan det gjøres på våre nettsider: <https://www.med.uio.no/helsam/forskning/grupper/afe/>

■ G.H.FOSSUM@MEDISIN.UIO.NO



DU KAN NÅ VAKSINERE MOT RSV MED AREXVY

Eldre voksne har økt risiko for
alvorlig RSV-infeksjon²

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

82,6 %

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

PRIMÆRT ENDEPUNKT*

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

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

94,6 %

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

SEKUNDÆRT ENDEPUNKT*

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

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

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

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

*Median oppfølgingstid 6,7 måneder

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

Arexvy kan koadministreres med vanlig influensavaksine

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

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

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

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

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

Imponerende og høyaktuell



Hans Husum
SKJULT.
 Ny krigsmaskin
 224 sider
 Forlaget Rødt
 Larvik 2018
 ISBN 978-82-8349-017-6

Denne høyst aktuelle boken har en form og et innhold som er så omfattende og viktig at jeg bare kan trekke fram noen få elementer i en kort bokanmeldelse. I kapitlet «Jeg er Hans» skriver forfatteren:

«Jeg er en gammel kirurg. I førti år har jeg vært på veien, i minefelte og krigene i Sør. Alltid i nedslagsfeltet, skrekkslagen, men stridig. Når jeg er utenfor rekkevidde, lader jeg opp batteriene i taigaen i Finnmark (mangeårig kommunelege i nord), skriver lærebøker i livreddende kirurgi og bygger rugekasser for kvinendene langs Lakselva.»

Boken består av korte, poengterte tekster, gjerne med et aktuelt bilde av en sentral person i fortellingen. Og refleksjoner som utfordrer oss både som kolleger og som medmennesker. På bokomslaget har flere eksperter kommentert boken, blant annet Thorvald Steen (forfatter og menneskerettighetsforkjemper):

«Like nøyaktig som dr. Hans var med skalpellen går han no gjennom erverva kunnskap. Dissekerer dei mange konfliktane han har redda liv i, koplpar synlege og usynlege skadar til våpen og kjemiske stoff han har sett i bruk, og synleggjer 'maskina' som overvakar og vel mål og held konfliktar gående. Hans tørker vekk støv og syner fram mosaikken. Det gjer oss høve til å lytte, forske og tenkje vidare og gjere det Skjulte meir synleg.»

Nylig poengterte Hans Husum i en e-post til meg:

«Da vi begynte å studere tsunamien av medfødte misdannelser i bakkant av teppebombing (Afghanistan, Irak, Libanon, Gaza) forsto jeg at den farligste krigen er den usynlige – metall-østrogener som gir transgenerasjonelle skader på naturen inni og omkring menneskene. Kjemisk krig mot ufødt liv. Og det er jo ikke bare i de etablerte krigssonene vi ser dette. Det er vanskelig å forstå de dramatiske epidemiologiske forandringene blant våre egne pasienter – autoimmunitet, kreft i kjønnsorganene, nevropsykologisk svikt – uten å forstå den indre fysiologiske forurensninga forårsaka av epigenetisk trykk. Dette er tungt å tenke på for en lege.»

For egen del tenker jeg at denne boken til Hans Husum dessverre er enda mer aktuell i disse dager med uhyrlighetene som skjer i kriger på flere kontinenter i verden. I kapitlet «Jeg er Hans» i boken skriver han:

«Kjære leser, dette reiser liv- eller dødspørsmålet: Hvis vi ikke kan lese virkeligheta, hvordan skal vi da kunne hanskes med livet? Det er derfor jeg måtte lage denne boka. Kirurgien, å bøte sprenge kropp er blitt meningsløs. Skadene er for stygge, og køene er for lange. De i den andre enden er for sterke.»

Boken er en viktig utgivelse og svært godt skrevet.

Anbefales for kollegaer og allmennheten.

ELI BERG

Et utvidet perspektiv



Audun Myskja
NATURLIG SMERTEFRI
 264 sider
 Cappelen Damm
 Oslo 2023
 ISBN 978-82-02-72877-9

Dette er en bok for både lek og lærd. Audun Myskja har skrevet mange bøker gjennom årene som lege. Denne utgivelsen åpner for spennende tilganger til hva vi både som fagpersoner og pasienter kan gjøre for å

lindre smerte, både akutte og mer kronisk pregede. Som det står i baksideteksten:

«I *Naturlig smertefri* deler Myskja både erfarings- og forskningsbaserte teknikker, som styrke- og tøyøvelser, bevissthetsøvelser, pustemetoder, akupressur, refleksologi og massasje. En rekke personlige historier gir oss et enestående innblikk i smertens veier og vår evne til å reparere oss selv.»

Som tradisjonelt utdannet lege var det både spennende og inspirerende å lese denne boken – rett og slett en øyeåpner for at det er «mange veier til Rom». Kapittelinnholdingen peker på velkjente fenomener:

- Hva er smerte?
- Akutte smerter
- Kroniske smerter

- Nevropatiske smerter
- Psykiske smerter
- Verdenssmerte
- Og så det kanskje viktigste: Å ta livet tilbake.

Pasienthistoriene er «bærende» i hele denne bokutgivelsen, fortellinger som oppleves som velkjente for en lege både i sykehus og allmenn praksis, vil jeg mene. Ikke minst vesentlig er hvordan forfatteren viser til innganger som kan føre til «roten av ondet» for de ulike pasientene. Han har viktige budskap og viktige utfordringer til hver og en av oss, enten vi er pasienter eller fagpersonell.

Nysgjerrigheten vekkes!
 Og boken anbefales.

ELI BERG

Juli umulig

Sommerdagene er lange, men ingenting føles så uendelig som de 31 dagene i juli for helsepersonell som er igjen på jobb. Mens Helse-Norge avviker ferie opprettholdes driften med minste minimumsbemanning, samtidig som befolkningens behov for helsehjelp ikke tar fri. Økt etterspørsel og redusert bemanning er oppskriften på en perfekt storm, og selv de mest kreative turnusordninger klarer ikke å garantere forsvarlig drift. Juli kommer hvert år, men feriekabalen går like tradisjonelt opp ved hjelp av beordring av dobbeltarbeidende LIS1 leger og et Fader vår.

Flere sykehusavdelinger løser mangelen på bemanning ved å stenge deler av sommeren, og henviser pasientene til nærmeste sykehus. For mange er reiseveien til neste sykehus mange timer ekstra i bil. Det gir spesielt store utslag for fødeavdelingene. Det har i mange år har vært en liten fødselsboom i sommerhalvåret. Tidligere var det kun fødsel før 31. juli som ga plass i barnehageopptaket påfølgende høst. Nå er opptaksreglene endret slik at desemberbarna er de første som skaper utfordringer

mellom endt permisjon og nytt barnehageår. Blivende foreldre har like fullt holdt fast ved tradisjonen om å krype under felten når kveldene blir lengre, uten å ta hensyn til ferieavviklingen 40 uker senere.

Mange fastlegekontor stenger også dørene, og henviser pasientene til legevakt ved behov for helsehjelp i ferien. Når pårørende er bortreist, dagsenteret sommerstengt og hjemmetjenesten i tillegg er underbemannet med ufaglærte vikarer, er det mange av de mest marginale hjemmeboende som rekker å bli alvorlig syke før det oppdages. Sykehjemmene er sprengfulle, og det ender med sykehusinnleggelse på en medisinsk avdeling som allerede kneler under kritisk overbelegg.

Situasjonen er om mulig enda verre i utkantene. Sommerferien er best på hytta ved sjøen eller på fjellet, og tilreisende mangedobler innbyggertallet i små distriktskommuner. Ferie er høysesong for ulykker og skader, flåttbitt og kutt, drukning og fallulykker. Når det totale antallet tilgjengelige helsearbeidere i området er sterkt begrenset blir døgnberedskapen et

kunststykke. Selv om kommunen legger ned velferdstilbud og pantsetter ordførerkjedet for å finansiere innleie av vikarer er det aldri nok folk.

Slitne helsearbeidere fortjener ferie, helst fire uker sammenhengende fri. Men belastningen ved å dekke opp for ferierende kollegaer gjør at overskuddet etter noen dyrebare friuker raskt blir borte, og man kunne trenge ekstra ferie for å komme seg igjen.

Samtidig er kanskje kaoset i juli måned en mulighet for å forberede seg på fremtiden. Regjeringen la frem Perspektivmeldingen 2024 fredag 9. august, og det er ingen tvil om at behovene for helse- og omsorgstjenester vil øke, mens det blir færre helsearbeidere i jobb. Hvis prognosene slår til, blir snart alle dager som travle feriedager i juli – bare at vi alle vil være de som er igjen på jobb og strever med å holde skuta flytende.

THERESE RENAA

Fastlege og kommuneoverlege Sel kommune,
tidligere redaktør i Utposten
■ THERESERENAA@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 boka legen leser og hvorfor akkurat den boka ble valgt.

HVA LESER..

Marianne Franing?



Jeg har alltid likt å lese, men det går i perioder. For en stund tilbake leste jeg boka *Omgitt av idioter*. Dette er ei bok skrevet av Thomas Erikson, som handler om kommunikasjon. Boka er solgt til 40 land og har ligget på bestselgerlistene i lang tid. Med alderen og etter over 20 år som lege har en opparbeidet seg en del kunnskap og erfaring på dette feltet. En blir imidlertid aldri utlært på området og det å lese litteratur fra feltet er interessant. Som det blant annet står i boka:

«Nøyaktig hva som oppfattes, varierer naturligvis ut fra hvem du snakker med, men det er sjelden at hele budskapet mottas akkurat slik det så ut i ditt hode».

Dette er noe vi jobber med i det daglige. Her er en del av «gullet» i allmennpraksis – vi kjenner mange av våre pasienter og har dermed kunnskap om hvordan det er best å prate med/ordlegge seg når det gjelder akkurat denne pasienten. Jeg har imidlertid ikke lest boka primært for å forstå pasientene bedre, men for å forstå folk generelt og kanskje også meg selv og hva som er mine styrker og svakheter. Denne boka er et tilskudd innenfor feltet kommunikasjon som i tillegg er lettlest og artig å lese.

En annen bok jeg nylig har lest er *Puls-kuren* Torkil Færø. Det er stadig flere pasienter og kollegaer som prater om søvnkva-

litet, bodybattery, stressnivå osv. Jeg har tenkt at det å gå med en slik klokke måtte være stressende i seg selv, men så fant jeg ut at dette måtte jeg faktisk kunne noe mer om. Boka var interessant, og jeg som ikke har gått med klokke i det daglige på 20 år, har nå kjøpt meg smartklokke. Så får vi se hvor lenge jeg orker å gå med den...

Av skjønnlitteratur er jeg i utgangspunktet altlesende og synes det er vanskelig å trekke ut noen favoritt. Forfatteren må imidlertid fange meg både med språket og innholdet raskt. Hvis boka først fenger er det vanskelig å legge den fra seg. Den siste skjønnlitterære boka jeg leste heter *De Tre* av Valérie Perrin. Den handler om vennskap fra barndom av og hvordan livet påvirker dette i forskjellige faser. Jeg har nylig også lest boka *Da vi var yngre* av Oliver Lovrenski. Han fikk Bokhandlerprisen i 2023. I starten forsto jeg nesten ingenting og lurte på hva i all verdens slags bok jeg hadde kjøpt. Så oppdaget jeg ordlisten med forklaringer. Ei gripende bok. Som det står beskrevet: «En fortelling om vennskap, sorg, rus og overlevelse i dagens Oslo». Jeg synes boka gav et unikt innblikk i dette miljøet. I sommer har jeg også lest *Tre søstre* av Heather Morris. Romanen er basert på en sann historie. Den handler om tre jødiske søstre i perioden før, under og etter andre verdenskrig. Den beskriver

grusomheter de ble utsatt for, men forteller også om kjærlighet, pliktfølelse, mot og håp. Boka beskriver også mange av utfordringene de sto ovenfor da krigen var slutt – sorg, dårlig samvittighet, og det å etablere seg på ny i et nytt land. Andre forfattere jeg har lest en del av er Isabel Allende, Dan Brown, Jo Nesbø og Jojo Moyes. Disse har ulike typer sjangre, og jeg synes alle skriver spennende og letteste bøker.

Da barna var små og i tidlig tenår var det selvsagt mest barnelitteratur det gikk i. Da alle *Harry Potter*-bøkene av J. K. Rowling bøkene kom ut på norsk, fant jeg ut at dette kanskje kunne være litteratur som kunne få barna til å lese bøker uten bilder. Det ble imidlertid sagt at bøkene kunne være skumle, så jeg leste de selv først. Fantastiske bøker som handler om vennskap, det gode mot det onde og om magi. Jeg lo til tider så mye mens jeg leste at til og med mannen min (som ikke er så veldig glad i bøker) begynte å lese dem. Jeg lokket guttene med at vi skulle se filmen som hørte til hver bok etter de hadde lest. Begge guttene leste alle bøkene og uttrykte at de faktisk var bedre enn filmene fordi de inneholdt mer. Så dette er altså bøker jeg tenker kan gi mye glede både til voksne og barn.

Fastlege Saldal kommune

■ MARIANNE.FRANING@SALDAL.KOMMUNE.NO



Sjeldne sykdommer – en ny faggruppe

Hvorfor akkurat «sjeldne sykdommer»? Gjennom universitetsstudiene har vi alle måttet lese om utvalgte sjeldne sykdommer og blitt klar over at også disse kan dukke opp i klinikken iblant. Men først og fremst har vi lært at i allmennmedisinen er det vanligste vanligst – med unntak av de vanligste unntakene – som en professor en gang sa. Likevel lever det i Norge omtrent 300.000 mennesker med sjeldne og medfødte diagnoser. På verdensbasis utgjør disse pasientene rundt 400 millioner mennesker. Derfor anses sjeldne diagnoser som et stadig økende folkehelseproblem globalt (1).

Hva betyr det for norske fastleger? Et grovt estimat anslår at så mange som 30–40 pasienter på en gjennomsnittlig fastlegeliste vil ha en sjelden diagnose. Mange av disse diagnosene kjenner vi til. Andre er for de fleste av oss ukjente, eller vi kan svært lite om dem. Det finnes ikke en samlet definisjon på sjeldne sykdommer, men i Europa og i Storbritannia defineres disse som tilstander med prevalens 1:2000 eller lavere. Forskning og kunnskap om sjeldne sykdommer er begrenset av flere årsaker, men mye på grunn av at pasientgruppen er liten og variasjonen av sykdommer er stor (2).

Selv om det finnes mye faglig informasjon både på engelsk og norsk tilgjengelig, er kunnskapsmangel blant helsepersonell fremdeles en stor utfordring (3). I Nasjonal strategi for sjeldne diagnoser fra Helse- og

omsorgsdepartementet poengteres nødvendigheten av å styrke kompetansen hos helsepersonell i primær- og spesialisthelsetjenesten.

Medlemmene av den nyopprettede faggruppen har alle sammen erfart å måtte hjelpe pasienter med en sjelden diagnose. Som oftest var pasientene allerede ferdig diagnostisert av spesialisthelsetjenesten, men alle har vi opplevd den følelsesmessige og faglig frustrerende prøvelsen det er å skulle yte hjelp til en pasient hvis sykdom vi kan langt mindre om enn pasienten selv. Til tross for at primærhelsetjenesten har stor betydning for pasienter med kroniske lidelser og deres familier, har det vært lite oppmerksomhet rettet mot sjeldne sykdommer innen vårt fag.

Pasienter med sjeldne sykdommer har gjerne behov for langvarig oppfølging og koordinerte helsetjenester. Det kan også være en fare for at pasientene får forsinket diagnose og helsehjelp dersom symptomene er diffuse og fastlegen ikke «kommer på» muligheten for at det kan være en sjelden tilstand. Den nasjonale strategien poengterer nødvendigheten av å styrke kompetansen på sjeldne sykdommer hos helsepersonell i primær- og spesialisthelsetjenesten. Det er behov for konkrete og praktiske retningslinjer og anbefalinger for når legen kan mistenke en sjelden tilstand.

Så hva må til for at vi allmennleger i større grad også tenker på muligheten for at pasienten kan ha en sjelden tilstand? Hvordan kan vi bedre følge opp de pasientene vi allerede har med en sjelden diagnose?

Vårt ønske er å bidra til å svare på disse spørsmålene. Dette ønsket er sprunget ut av våre egne behov for informasjon og retningslinjer. Derfor har vi gått sammen om å etablere en egen faggruppe viet sjeldne sykdommer. Faggruppen «Sjeldne sykdommer» ble offisielt godkjent i desember 2023. Siden oppstart har vi fått flere medlemmer. Formålet vårt er å rette oppmerksomhet mot sjeldne sykdommer i primærhelsetjenesten og å bidra til økt kunnskap og kompetanse. Vi ønsker andre interesserte velkommen!

Faggruppen «Sjeldne sykdommer» består av:

- Irina Halbostad (leder)
- Gunhild Alvik Nyborg
- Maja Husa Jakobsen
- Sven Walter
- Kristina Hjulstad

REFERANSER

1. <https://doi.org/10.1038/s41431-019-0508-https://rdcu.be/dSsmT>.
2. <https://tidsskriftet.no/2023/01/kronikk/sjeldne-sykdommer-dyre-medisiner-og-komplisert-helseokonomi>.
3. <https://kommunikasjon.ntb.no/pressemelding/17944734/verdens-mest-suksessrike-program-for-a-finne-sjelden-sykdom?publisherId=17848152&lang=no>.

KRISTINE HJULSTAD
IRINA.HALBOSTAD@
NAMSOS.KOMMUNE.NO



*Sebra er
symbolet
for sjeldne
diagnoser.*

Helse-Norge og blodprøvetaking på legekontoret



ILLUSTRASJONSFOTO: CALUM/BOX

HELSE-NORGE

Et verktøy (det gjelder både en hammer og Helse-Norge) fungerer bare bra hvis du og pasienten bruker det rett. Jeg har erfart at Helse-Norge fungerer veldig bra hvis du som fastlege tar styringen over hvordan dette brukes mellom deg og dine faste pasienter.

Ved feilbruk blir e-konsultasjon, e-kontakt og reseptbestilling mye jobb. Jeg ser at mine kolleger som ikke har vært konsekvente, klager over presset i e-innboksen og må slå av e-konsultasjoner i helger. Mine pasienter får ingen service før de har startet rett type kontakt. Herunder informeringer til rett bruk. Et eksempel: «Du har brukt dialogen e-konsultasjon her. Dette skal bare brukes når problemstillingen er godt kjent for fastlegen, oftest fra tidligere konsultasjon på legekontoret. I dette tilfellet bør du bestille en vanlig time hos fastlegen». Eller: «Du har brukt dialogen e-kontakt her. Dette skal bare brukes til praktiske spørsmål som transport til legekontoret. Nå har du sendt oss et medisinsk spørsmål. Hvis problemstilling

er kjent for fastlegen fra før, kan du velge å starte en e-konsultasjon, eller bestille vanlig legetime». Når pasienten feilbruker reseptbestillingsfunksjonen: «Du har brukt dialogen reseptfornyelse her. Dette kan bare brukes hvis du ønsker fornyet resept på medisin som du bruker fast og som fastlegen har skrevet ut tidligere».

BLODPRØVETAKING OG FLYT PÅ LEGEKONTORET

Ved de fleste legekontor i Norge tas det mange blodprøver. Det er nesten alltid en sekretær som tar disse. Når jeg spør legene om hvorfor ikke legen selv tar prøvene, er svarene gjerne: slik er det bare, har alltid vært, tar for mye tid, for å få pasienten avsluttet og ut, ikke tatt blodprøver på flere år. Nå har jeg selv tatt de fleste blodprøvene jeg rekvirerer i de siste 14 årene. Jeg har alt utstyr og etikettskriver på pulen. Etterpå setter jeg ut blodprøvene til sekretæren for sentrifugering. Dette fungerer så fint at jeg lurer på hvorfor ikke alle andre gjør slik.

Fordeler: Viktigst er økonomi: Sekretærlønn er den største utgiften ved legekontoret. Hvis legene på et 4-legekontor tar alle prøvene selv, gir det kanskje 40 prosent lavere stillingsprosent. Det minuttet som blodprøven inne hos legen medfører, gjør at det litt oftere blir grunnlag for tidstakst. Viktig for flyt i praksis er at etter blodprøven hos legen, kan pasienten gå rett til betalingsautomaten og ut. Pasienten må ikke vente og ta opp plass, mens sekretæren blir ferdig med to telefoner og EKG først. Det er dessuten litt gøy å gjøre skikkelig praktisk doktorarbeid, som å kunne ta venøse prøver. Det kan også gi bedre kommunikasjon at legen berører pasienten. Det er mindre risiko for feilmerking av prøvene grunnet feil identitet. Legen tenker seg kanskje noe mer om med tanke på om denne prøven virkelig trengs.

Ulemper: Legen har et minutt mindre for hver blodprøvetaking til annet arbeid.

NIELS SAABY HANSEN
Fastlege ved Ytrebygda legekontor i Bergen
■ FANABOND@ONLINE.NO

RELIS

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

Regionale legemiddelinformasjonssentre (RELIS) er et gratis tilbud til helsepersonell om produsentavhengig legemiddelinformasjon. Vi er et team av farmasøyer 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.

Sjøsyk på land?

Aktuelle anbefalinger for medikamentell behandling av landgangssyndrom (MdDS)

RELIS har fått spørsmål om medikamentell behandling av den mindre omtalte tilstanden landgangssyndrom, og har gjennomgått tilgjengelig dokumentasjon og anbefalinger. Vi oppsummerer i denne artikkelen kunnskapen som finnes rundt problemstillingen.

Landgangssyndrom (Mal de Débarquement Syndrome (MdDS)) er en tilstand med vedvarende ustøhet og ikke-roterende svimmelhet/gyngende fornemmelse etter å ha blitt utsatt for passiv bevegelse, oftest etter båtreiser. Symptomene oppstår som regel innen 48 timer, er tilstede kontinuerlig eller mesteparten av dagen, og varer over 48 timer. I sjeldne tilfeller kan symptomene vedvare i uker, måneder og til og med år. Reeksponering for passiv bevegelse gir ofte midlertidig lindring av symptomer, men forverring i etterkant. Patogenesen er ikke kjent (1). Noen pasienter assosierer syndromet med hodepine, og ved samtidig vestibulær migrene kan funksjonsnedsettelsen være større (2).

Medikamentell behandling

Det er begrensede behandlingsmuligheter for MdDS, og dess lengre symptomene har vedvart, jo mindre sannsynlig er det at de forsvinner (1). Legemiddelbehandling av tilstanden er i liten grad systematisk undersøkt, og vi finner ikke publiserte retningslinjer på området. Søk i PubMed gir treff på noen få studier med et begrenset

antall pasienter der farmakologiske behandlingsalternativer er beskrevet, og dagens anbefalinger er basert på disse samt klinisk erfaring.

Studier

Flere publikasjoner referer til en studie av Hain et al publisert i 1999. Studien er basert på en spørreundersøkelse der 27 pasienter (nesten alle middelaldrende kvinner) med MdDS besvarte spørsmål som omhandlet blant annet symptomer og behandling. Av medikamentell behandling var benzodiazepiner rapportert å ha best effekt; klonazepam var effektiv hos en av to, diazepam hos en av fem og alprazolam hos en av fire pasienter. Blant andre aktuelle legemidler kan det trekkes frem at amitriptylin hadde effekt hos to av sju pasienter. Meklozin og skopolamin hadde ikke effekt hos henholdsvis 17 og 12 pasienter som hadde forsøkt disse (3).

I en annen studie fra 2018, også basert på spørreundersøkelse blant pasienter med MdDS, ble det innhentet informasjon som omhandlet blant annet medikamentell behandling hos 287 pasienter. Benzodiazepiner og antidepressiva var forsøkt hos rundt

65 prosent av pasientene, og ga effekt hos litt over halvparten. Hvilke typer benzodiazepiner og/eller antidepressiva som var forsøkt var imidlertid ikke spesifikt etterspurt. Forfatterne antyder at effekten av benzodiazepiner og antidepressiva hos pasienter med MdDS kan være assosiert med reduksjon av angst og depresjon, samt demping av symptomforverring som oppstår i forbindelse med stress (4).

En retrospektiv studie sammenliknet MdDS-pasienter med og uten samtidig vestibulær migrene. Studien inkluderte til sammen 62 pasienter, 39 med vestibulær migrene og 23 uten, og for 55 av disse ble det innhentet informasjon vedrørende legemiddelbruk. De fleste pasientene (80 prosent) oppnådde optimal kontroll av MdDS med monoterapi, hvor venlafaksin var hyppigst brukt (15 pasienter, 27 prosent). Elleve pasienter (20 prosent) trengte to ulike legemidler, hovedsakelig antidepressivum i kombinasjon med benzodiazepin eller antiepileptikum (sistnevnte kun hos pasienter med samtidig migrene) (5).

Oversiktsartikler

I en nylig publisert kasuistikk, hvor forfatterne også gjennomgår tilgjengelig litteratur, oppgis det at responsen på medikamentell behandling ved MdDS ofte er dårlig, og at dette kan ha sammenheng med manglende forståelse av patofysiologien. Pasienter prøver ofte flere legemidler som er indisert ved vertigo og migrene, men kun benzodiazepiner og antidepressiva synes å



ILLUSTRASJONSFOTO: MORTEN HERNÆS / KI - ADOBE FIREFLY

ha en viss effekt. Forfatterne angir at medikamentell behandling derfor primært bør være benzodiazepiner og antidepressiva som SSRI (selektive serotoninreopptakshemmere) eller SNRI (serotonin- og norepinephalinreopptakshemmere). Vestibulær terapi eller nevromodulering i tillegg til medikamentell behandling kan også være effektivt (2).

En oversiktsartikkel fra 2009 oppgir at det er generell konsensus for at benzodiazepiner gir best symptomatisk lindring, og at klonazepam er foretrukket på grunn av lang halveringstid. De fleste klinikere forskriver klonazepam i doser på mellom 0,25 og 0,5 mg to ganger daglig og det presiseres at høyere doser ikke gir bedre effekt. Symptomene ved MdDS forsvinner ikke fullstendig ved bruk av benzodiazepiner, men kan gi pasientene bedre søvn og noe bedre balansefunksjon på dagtid. Videre angis det at SSRI kan være svært nyttig hos et begrenset antall pasienter, og kan være verdt et forsøk (6). Det er ikke oppgitt referanser for sistnevnte utsagn, og vi oppfatter det slik at det hovedsakelig er basert på forfatterens egne kliniske erfaring. Også oppslagsverket UpToDate angir at benzodiazepiner, for eksempel klonazepam 0,25–0,5 mg to ganger daglig, kan gi noe symptomlindring, samt at det ikke er sannsynlig at høyere doser er mer effektive (1).

Forfatteren av førstnevnte studie fra 1999 (Hain) er otonevriolog, og har skrevet en forholdsvis detaljert oppsummering over farmakologiske behandlingsmuligheter ved MdDS. Denne ble sist oppdatert i 2023, og er

publisert på nettsiden dizziness-and-balance.com (7). Hain viser til en del tidligere publikasjoner, men også i stor grad til egen klinisk erfaring med behandling av over 250 MdDS-pasienter. Han oppsummerer overordnet at til tross for at effekten ikke er dokumentert er det kun to legemidler som per i dag synes å være verdt å vurdere ved MdDS, og det er klonazepam og venlafaksin. Det nevnes også andre legemidler som brukes forebyggende mot migrene, som amitriptylin og verapamil, uten at disse omtales ytterligere. Når det gjelder klonazepam vil denne trolig kun gi symptomatisk effekt, og ikke korte ned sykdomsforløpet, og det problematiseres at den er avhengighetsskapende. I utgangspunktet er kontinuerlig bruk av klonazepam ikke anbefalt ved MdDS, men heller bruk ved behov («emergency use»). Hvis bruk av klonazepam er nødvendig for å opprettholde funksjonsnivået kan det imidlertid være tilfeller der fast bruk likevel kan være fornuftig. Maksimal dose klonazepam bør ikke overskride 0,5 mg to ganger daglig. Kortidsvirkende benzodiazepiner (her nevnes lorazepam) kan også være nyttige for å unngå bevegelsesuløst forverring. Ifølge Hain er den beste fremgangsmåten bruk av venlafaksin for å forsøke å forkorte sykdomsforløpet, og klonazepam eller liknende i tilfeller når det forventes forverring av symptomer (for eksempel ved lang reise). Ettersom placebokontrollerte studier mangler og litteratur på området for det meste er anekdotisk, understrekes det imidlertid at dette kun er forslag fra forfatterens side (7).

Oppsummering


MdDS kan være langvarig og gi betydelig funksjonsnedsettelse. Det mangler systematiske, placebokontrollerte studier på effekt av farmakologisk behandling av MdDS, og tradisjonelle legemidler ved reisesyke, som meklozin og skopolamin, synes ikke å ha noen klar nytteverdi. Klinisk erfaring samt noen få studier, i hovedsak basert på spørreundersøkelser, tilsier at klonazepam og venlafaksin (SNRI) er mest aktuelle som behandling. SSRI trekkes også i noen kilder frem som mulig behandlingsalternativ.

REFERANSER

1. Furman JM. Causes of vertigo. Version 19.0. In: UpToDate. <https://www.helsebiblioteket.no/> (Sist oppdatert: 18. april 2020).
2. Tommas NM, Ferguson M. Suspected Mal de Debarquement Syndrome: A case report highlighting the difficulty in diagnosis and management. *Mil Med* 2024; usae014.
3. Hain TC, Hanna PA et al. Mal de débarquement. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg* 1999; 125(6): 615–20.
4. Canceri JM, Brown R et al. Examination of current treatments and symptom management strategies used by patients with Mal de Debarquement Syndrome. *Front Neurol* 2018; 9: 943.
5. Beh SC, Chiang SH et al. The interconnections of mal de débarquement syndrome and vestibular migraine. *Laryngoscope* 2021; 131(5): E1653–61.
6. Cha YH. Mal de Debarquement. *Semin Neurol* 2009; 29(5): 520–7.
7. Hain TC. MdDS (Mal de débarquement Syndrome) treatments. <https://dizziness-and-balance.com/treatment/MdDS.html> (Sist oppdatert 10. november 2023).

SIRI FORSDAHL
cand.pharm, RELIS Nord-Norge
ELISABET NORDMO
cand.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

Dikt fra egen hånd

«Elisabeth Juvkam holder stafettpinnen i *Utposten* nr. 4, og hun har utfordret deg til *Utposten* nr. 5, veldig gjerne med noen av dine egne vare og vakre dikt. Jeg håper du tar imot denne stafett-pinnen», skrev Tove Rutle i april. Det gjør jeg gjerne!

Siden jeg bidro her et par ganger for noen år siden med andres dikt, kommer det derfor noe fra egen hånd.

Etter 37 år som fastlege i Hurdal har jeg fulgt mange pasienter og familier over tid, og sett det meste som kan ramme folk. Det er lett å bli tankefull. Utallige bånd knyttes. Selv om jeg nærmer meg avgangsklassen, er det vanskelig å avslutte helt. Stafettpinnen sendes videre til Øystein M. Christiansen, distriktslege i Måløy 1976-84, deretter psykiater og dessuten 26 år som støttekollega.

Som noen vet startet jeg med daglig deling av dikt på mail i 2003 (poesiringen@gmail.com), som nå har 1750 mottakere, mange leger. Fra 2014 også på Facebook: <https://www.facebook.com/poesiringen/> med 40 000 følgere. Uforpliktende og gratis.

Hilsen fra
ARILD VEDVIK

En dag på jobben

Sein oktoberkveld. Jeg har ringt alle pasienter som ønsket det. Jeg stenger ned pc, ultralyd, slukker lyset, låser kontoret. 80 usignerte epikriser får vente til seinere.

Det lyser hos den unge vikaren, hun jobber fortsatt. Vi veksler noen ord og smil. Hun er ung, tålmodig, omsorgsfull. Alle håper hun blir værende her.

Ute i bilen er det kaldt, mørkt. Jeg tar meg i å smile, litt overrasket. En lang dag som gikk fort. Det skjedde ikke noe spesielt i dag. Ingen store ting. Jeg reddet ingen liv, intet drama.

Jeg møtte helt vanlige barn, voksne og gamle, med hoste, vondter, utslett, slapphet, uro, trøbbel på jobben og hjemme. En uforklart blødning. En føflekk ble fjernet. Et kutt ble sydd. Et fosterhjerter slo på skjermen, en hånd beveget seg, vinket? Mors blanke øyne.

Det er mange år siden jeg fikk brev fra Statsforvalteren. Jeg husker ikke sist en pasient ble høyrøstet. Jeg prøver å snakke mindre og lytte mer enn før. Jeg rekker lunsjen de fleste dagene.

Jeg er over pensjonsalder og ikke verdensmester i noe. Men disse menneskemøtene. Å bli kjent over tid. Lettelsen hos pasienten når hun reiser seg, sett. Angsten som kunne bli et smil.

Jeg er mer glad i jobben enn da han var ung. Alle dager er ikke sånn. Men denne var sånn. Jeg vil ikke bytte jobb med noen.

Det finnes mennesker som uten å vite det har evnen til å se andre

slik at den som blir sett kjenner seg verdifull bare ved å være i nærheten

Dette å være gjennomskuet

og likevel elsket





Utposten

annonseinfo 2024

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

ABONNEMENT: Papir- og nettutg.: kr. 850,- årlig / Kun nettutgave: 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	8. januar	17. januar	29. januar
②	14. februar	28. februar	11. mars
③	10. april	24. april	6. mai
④	22. mai	5. juni	17. juni
⑤	14. august	28. august	9. september
⑥	25. september	9. oktober	21. oktober
⑦/⑧	6. november	27. november	9. 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 Utpostens nettsider

FORMAT OG PLASSERING

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

Ta kontakt for info vedrørende formater og plassering.

STANDARDPRIS

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

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

DATO FOR UTLEGGING PÅ NETT:

- 31.1: 1-2024
- 13.3: 2-2024
- 8.5: 3-2024
- 19.6: 4-2024
- 11.9: 5-2024
- 23.10: 6-2024
- 11.12: 7/8-2024

WEB ANNONSEANSVARLIG:

Karianne Rutle

☎ 913 08 747

✉ karianne.rutle@gmail.com

WWW.UTPOSTEN.NO

Retningslinjer om Pneumokokkvaksiner fra FHI¹

Disse anbefales å ta
pneumokokkvaksine¹:

- * Alle 65 år eller eldre
- * Hjertesykdom
- * Lungesykdom
- * Diabetes
- * Nyresykdom
- * Immunsvikt
- * Kreft

Les mer om
pneumokokk-
vaksine på FHI



FHI anbefaler alle i risikogruppene
å ta pneumokokkvaksine med
Pneumovax (PPV23) hvert > 5. år¹

PNEUMOVAX[®]
(Pneumokokkpolysakkaridvaksine, MSD)

Helsepersonell som vaksinerer har
ansvar for registrering og melding
til SYSVAK³

Pneumovax er indisert for aktiv immunisering mot sykdom forårsaket av pneumokokker hos barn fra 2 års alder, ungdom og voksne.²

UTVALGT SIKKERHETSINFORMASJON FOR PNEUMOVAX

DOSERING OG ADMINISTRASJONSMÅTE: Immuniseringsplanen for Pneumovax bør baseres på offisielle retningslinjer. 1 dose (0,5 ml) Pneumovax skal injiseres intramuskulært (i.m.) eller subkutant (s.c.).

INDIKASJON: Pneumovax anbefales for aktiv immunisering mot sykdom forårsaket av pneumokokker hos barn fra 2 års alder, ungdom og voksne.

FORSIKTIGHET: Vaksinasjonen må utsettes i tilfelle av akutt infeksjon med feber, annen aktiv infeksjon eller når en systemisk reaksjon vil utgjøre en betydelig risiko. Pneumovax må ikke injiseres intravaskulært eller intradermalt.

Immuniseringsplanen for Pneumovax bør baseres på offisielle retningslinjer. Pneumovax må bare gis til en gravid kvinne hvis det er absolutt nødvendig.

VANLIGE BIVIRKNINGER: Svært vanlige ($\geq 1/10$): Feber ($\leq 38,8^{\circ}\text{C}$) og reaksjoner på injeksjonsstedet som smerte, ømhet, erytem, varme, hevelse og lokal indurasjon.

ØVRIG INFORMASJON: Maksimal utsalgspris AUP 344,40. Reseptgruppe C.

Før forskrivning av Pneumovax[®], vennligst se preparatomtalen.

Referanser:

1. FHI Pneumokokkvaksine - håndbok for helsepersonell: <https://www.fhi.no/vaksinasjonshandboka/vaksiner-mot-de-enkelte-sykdommene/pneumokokkvaksinasjon/?term=#pneumokokkinfeksjon> (oppdatert 30.05.2023 og sist lest 15.07.2024)
2. Pneumovax SPC pkt. 4.1: <https://www.felleskatalogen.no/medisin/pneumovax-msd-562889>, dato for siste fornyelse: 26.04.2022
3. FHI, Helseregistre og registre, Sysvak: <https://www.fhi.no/va/sysvak/om-sysvak/#va-skjal-registreres-i-sysvak> (oppdatert 06.01.2023 og sist lest 15.07.2024)