

# Utposten

7 2024  
ÅRGANG 53

BLAD FOR ALLMENN- OG SAMFUNNSMEDISIN



*Spesialisthelsetjenester  
til de over 80 år*

KOL i Østfold  
PraksisNett  
Fra PMU

**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:  
Pixels.com****DESIGN/LAYOUT:  
Morten Hernæs  
Aksell**

TRYKK:

**aksell**Du finner Utposten på  
**www.utposten.no****1** LEDER: 'Du må stole på mennesker, ellers blir det umulig å leve'*Njål Flem Mæland***2** Hva kan kvalmen lære oss?*Hans Husum***6** NY KOMMUNEOVERLEGEVEILEDER:  
Strategisk verktøy eller skrivebordsdokument?*Tony M. W. Elvegaard***9** Åpning av PMU*Trygve Skonnord***10** PMU: Faglige og kulturelle innslag*Tove Rutle***11** Forskningspris til Gjerdrum-fastlege**12** Vestfold-fastlege belønnet med pris for  
samtaleverktøy-forskning**14** Spesialistsetenester til oss over 80 år*Torleif Robbestad***18** PRAKSISNETT: – Ønsker seg flere allmennmedisinske prosjekter*Lisbeth Nilsen***21** Livet, døden og ærligheten*Endre Osen Skjølberg***24** Irritabel-tarm-syndrom – hvordan kan  
vi gi tverrfaglig behandlingstilbud over hele landet?*Camilla Thuen, Elisabeth K. Steinsvik og Birgitte Berentsen Jacobsen***27** Sakset fra forskning*Kompilert av Lisbeth Nilsen***30** INNPSTEN: Rehabilitering – det viktigste vi gjør?*Peter Prydz***31** BOKANMELDELSE: En jordnær og vakker gave til både lek og lærd*«Farvel, depresjon» anmeldt av Eli Berg***31** BOKANMELDELSE: Nyttig for oss alle*«Det vi så, var et svik mot barna» anmeldt av Eli Berg***32** BOKANMELDELSE: En perle!*«40 råd etter 40 år som barnepsykiater» anmeldt av Eli Berg***32** BOKANMELDELSE: En viktig bok for både lek og lærd*«Når foreldre ruser seg» anmeldt av Eli Berg***33** BOKANMELDELSE: En annerledes del av Norge*«Nedtegnelser fra Kirkenes, Sør-Varanger og verden rundt»**anmeldt av Njål Flem Mæland***35 FASTE SPALTER**TIPS & RÅD **35**HVA LESER LEGEN **36**RELIS **37**LYRIKSTAFETTEN **40**



# 'Du må stole på mennesker, ellers blir det umulig å leve'

Når disse ordene skrives, er det noen få dager til rettsaken mot kommunelegen på Frosta starter. Det er planlagt en seksten uker lang rettsak. Legen er tiltalt for å ha skaffet seg seksuell omgang ved å misbruke sin stilling. Nær ett hundre kvinner er fornærmet i saken.

Det er mye her som er vanskelig å fatte. Hvordan kunne det skje? Hvordan kunne det pågå så lenge? Hva ligger bak en slik systematisk utnyttelse av pasienter?

I seksten uker kommer media til å følge saken, og vi vil få daglige oppdateringer. Det kommer til å gjøre vondt. Det kommer til å smerte midt i den viktige tilliten mellom lege og pasient. Tillit tar lang tid å bygge opp, men går fryktelig fort å bryte ned. En massiv grunn til skepsis og mistillit har oppstått. Fins det en vei ut og en vei videre?

Jeg har vanligvis ikke med sekretær under den gynekologiske undersøkelsen med mindre kvinnen ber om det. Om jeg merker at hun er usikker, eller om det er hennes første underlivsundersøkelse, så har jeg gitt tilbud om at en sekretær kan være med. Svært få har svart ja til det. Det kan henge sammen med at pasientene mine kjenner meg godt etter snart tjuefem år i samme praksis.

Jeg erfarer at flere og flere mannlige kolleger alltid har med sekretær, som et «vitne». Jeg synes det er forståelig, men samtidig er det del av en trist utvikling. Tillit er en grunnleggende verdi i samfunnet. Skal jeg forlange at noen er til stede bare fordi jeg er redd for en anklage?

Det føles feil. Jeg må som et utgangspunkt stole på mine medmennesker, og de må kunne stole på meg. Og hvor går grensen? Jeg snakker med folk om intime ting, jeg undersøker bryst og mager og prostatakjertler. Skal jeg ha med vitner da også?

Den russiske legen og dramatikeren Anton Tsjekhov har skrevet en replikk i stykket *Onkel Vanja* fra 1896 som jeg ofte tenker på: «Du må stole og tro på mennesker, ellers blir det umulig å leve.» Det er kanskje naivt, men det er bedre å leve som naiv enn som mistenksom. Om jeg ikke selv har tillit til andre, så er jeg heller ikke verdig andres tillit. Uten en viss grad av tillit lever vi i permanent angst. Om vi selv vil ha det bra, så må vi til en viss grad stole på andre mennesker. Vårt samfunn og vår sivilisasjon er basert på tillit. Når tillit trues, så trues grunnvollen i samfunnet. Vi er sårbare, og vi er dømt til å måtte tåle å være det – *ellers blir det umulig å leve*. Tillit er risikabelt, men fravær av tillit er ikke til å holde ut.

Saken med kommunelegen er uhyggelig og tragisk, først og fremst for ofrene. Men den er også tragisk for alle andre, nettopp fordi tillit brytes ned. Jeg kjenner selv på et ubehag som ikke var der før. Av hensyn til pasienten har jeg siden saken ble kjent systematisk spurt før hver gynekologisk undersøkelse om kvinnen vil at noen skal være til stede. Så langt har ingen sagt ja. Jeg tenker at det, tross alt, gir en slags grunn til optimisme: Tillit kan gjenreises.

NJÅL F. MÆLAND  
NFLEM@ONLINE.NO



# Hva kan kvalmen lære oss?

■ HANS HUSUM • Pensjonert distriktslege med doktorgrad i krigskirurgi

**Å skrive for eller fra en utpost kan ha flere tydingar: Du har valgt å leve og tenke langt vekk fra sentrum, de opplyste gatene.**

Eller – du er der framme for å se hendelser i tide, se dem sjøl, se dem ordentlig. Men en utpost kan også være et fordelaktig sted, 'the privilege of intellectual exile' som den palestinske filosofen Edward Said kaller det når han henta sin tankekraft fra posisjoner utafor ordstøyen og lyskretsene (1).

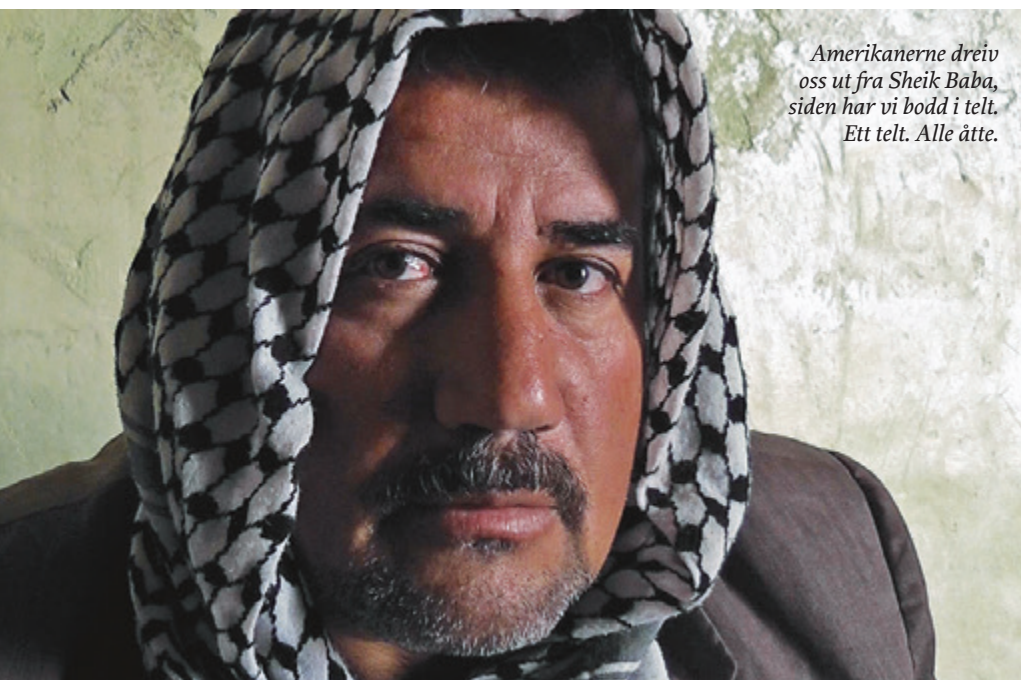
Sjøl er jeg gammel kirurg. I førti år har jeg vært på veien, i minefelt og krigene i Sør. Alltid i nedslagsfeltet, skrekkslagen, men stridig. Innimellom jobber jeg som distriktslege i Finnmark og bygger rugeskasser for kvinendene langs Lakselva. Her også gjelder Edward Said: «Sannheta ligger

alltid djupt der inne, det vil si langt der ute». En godt voksen kvinnelig pasient bærer tunge traumer, og ho kommer til meg på kontoret lett pudra og pynta i penklær og småsko. Hvordan kan jeg forstå ho der, på et territorium som er mitt, men henne fremmed, på tju minuttar? Nei, vi må ut i hjemmebesøk, kjenne lukta i vindfanget, drikke kaffe ved kjøkkenbordet, se familiebildene på veggen og gjerne få en kikk inn i kjøleskapet. Da kan vi begynne å forstå den andre. Sånn er det med verden også, vi må inn i bakgårdene.

Jeg vokste opp med radionyheterne fra den blodige revolusjonen i Algerie og de amerikanske marinesoldatene massakre av fattigbønder i My Lai. 'Husk på en ting, gutten min', sa pappa før han døde. 'Hold deg til småfolket.' Da Israel sommeren 1982 brøyta seg gjennom Sør-Libanon og sikta inn det tunge skytset mot Beirut, dro jeg dit for å studere F16-jagerne fra undersida. For å

studere krigens virkelighet slik offeret – ikke piloten – ser den. Etter to måneders kirurgi ved de palestinske sjukehusa i Beirut blei operasjonsteamet mitt gjengvoldtatt og drept. Inne på sjukehuset. Av israelerne og leiemorderne deres. Drapsmennene kutta brystene og ørene av operasjonssøstera mi. Etterpå skjøt de i hjel pasientene mine. Mens de lå i sjukeseng. Midt oppi denne skrikende virkeligheta kunne jeg reagere på to måter: Enten – dra hjem, holde kjeft, og betrakte massakren av Vest-Beirut sommeren 1982 som enda et kapittel i det historiske fenomenet de benevner 'krig'. Eller – jeg kunne bli rysta inn i forstandens mørkeste krokar, og skrike ut: 'Men hva faen er det dere gjør!'

Sånn var begynnelsen på ei lang reise dit folk begynner å dø. Og da må du sitte på kjøkkenet, drikke te, og lytte. Lenge. Jeg var ti år i Irak. Hør disse to stemmene fra Mesopotamia (2):



*Amerikanerne dreiv oss ut fra Sheik Baba, siden har vi bodd i telt. Ett telt. Alle åtte.*

## Rop det fra berget

Etter fire år makta ikke Jamal lenger og sa: – Far, vi kan ikke bare gjemme oss og leve på brød og skittent vann. Vi er aleine her, ingen besøker oss. Vær så snill, la meg få dra ut og finne arbeid.

Jeg holdt ham innestengt i fire uker. Det er altfor farlig der ute. Men han ga seg ikke. Til slutt måtte jeg la ham dra.

Han fant seg en fabrikkjobb i Kirkuk. Torsdag natt blei han kidnappa. Dagen etter fant de ham i utkanten av byen, heile kroppen var rivi opp av tortur. Skallen var knust bakfra av et skarpt redskap.

Mennesker dreper ikke sånn.

Jamal var fattig, han hadde ingenting. Han kjørte ikke BMW, han hadde ikke engang mobiltelefon.

Jeg blei forvirra nå når du kom hit til begravelsen med kamera. Jeg sa til kona at kanskje han tror det er bryllup her – og ikke begravelse.

Men jeg vil takke deg, bror. For vi har aldri sett noe kamera her. Ingen har brydd seg om hvordan vi har det.

Vær så snill, bli hos oss. Fortell, og la alle få høre.



## Frosne tvillinger

Vi hadde seksti donem god jord i Kanaqeen, med hvete og bygg, tomater og meloner. Og vi hadde kveg, velsigna kveg.

Jeg havna i kryssild da jeg gjette flokken vår ute ved den gamle militærleiren. Skudd fra amerikansk side knuste beinet mitt. De tok meg til militærsjukehuset i Baghdad, opererte meg, og kasta meg i fengsel. Da jeg kom hjem etter to måneder, flykta vi fra Kanaqeen.

Nå er jeg en fattig krøpling som ikke kan forsørge familien. I vinter fikk vi tvillinger, to gutter. Det var bare fem liter brenselolje igjen så jeg dro for å hente en ny rasjon. Men offiseren sa at oljekortet mitt var stempla i Kanaqeen.

– Du kan ikke få olje her hos oss.

De to guttene var født noen uker for tidlig. De skulle hatt medisinsk behandling, men vi hadde ikke en eneste dinar og måtte ta dem hjem.

Huset var kaldt, og begge to frøs i hjel.

Vi døpte dem Ahmed og Mohammed.

De døde av krigen.

Det er alt. Ikke noe mer.



Faren til Ahmed og Mohammed.

## Om kvalmen

Det er på innsida sannheta ligger. Derfor må vi lytte til stemmene fra medmennesker som har havna i kriger de ikke har bedt om og ikke kan komme seg vekk fra. Her hører du to stemmer fra Irak – de kunne like gjerne vært fra Gaza. I vår tid har krig blitt det normale: Holocaust, Hiroshima 1945, leirmassakrene i Libanon 1982, drapet på Fallujah 2006 – utspekulert de-humanisering har alltid vært krigens vesen. Men den anti-palestinske krigen som vi står i nå, flytter grenser: Aldri tidligere har tortur, barnedrap og folkemord blitt framført åpent på verdens-scenen av aktører som praler av ugjerningene sine. Drapsmennene er ikke lenger ansiktslause – nå skal vi venne oss til å se dem i øya, høre på dem, og lytte til hvor stolte mødre deres er av dem. Vi, publikum, applauderer ikke nødvendigvis denne forestillinga, men vi lar dramaet gå. Grensene for normalitet – hva krigsmaskina mener vi skal utholde – er under flytting. Det er kvalmende – i Sartres forstand: Virkeligheta truer min egen oppfatning av meg sjøl.

La oss dekonstruere denne kvalmen. Jeg har tidligere fortalt dere om slaget ved Sleeping Dog Mountain der kvalmen brøyt meg ned første gang. Det var i 1992, og Salween-floden var farga rød av blod. Der elva svinger sørover ligger Sleeping Dog Mountain. Fra denne fjellryggen i Myanmar kan krigsherrene kontrollere grenselva mot Thailand – og handelen med sexarbeidere, opium og mahogni. Slaget om Hundefjellet varte fra 1988 til 1993. I fem samfulle år vaska Salween vekk blodet fra unggutter utkommandert av burmesiske generaler og av Aung San Suu Kyis opprørsledere. Vi lå ved Karen-hærens jungelsjukehus i Pwe

Bawluh, like på sørsida av elva for å trene fredsprisvinnerens sanitetsfolk. Dag og natt blei ødelagte unggutter frakta i hengekøyer ned fra Hundefjellet, over elva, og inn på sjukehuset vårt. Et storarta lærested! Først forelesninger om hodeskader i klasserommet – og se der kom de jammen bærende med et åpent skallebrudd. Bukens anatomi etter frokost, 'leverrifter slutter stort sett å blø når trykket faller under 80' – og på ettermiddagen kom gutten med buk-skuddet. En tidlig morra, før det blei altfor varmt, foreleste jeg om skuddskader gjennom armen, 'husk dobbel snittføring ovafor albuen for å sjekke radialisnerva der den snor seg rundt baksida av knokkelen.' Vi hadde pause med te og kjeks og småprat da de bar inn en ung karen-gutt med blodig bandasje på overarmen. Handa hans hang slapt ned, klassisk radialis-skade – et utmerka lærestykke! Jeg valgte ut tre studenter, vi vaska oss og tok på grønnskærne. Da begynte jeg å spy. Kvalmen ga seg ikke. Du kan ikke spy og operere, så jeg ga opp og dro hjem. Prøvde å tenke: Jeg hadde vært på veien lenge – med Ørnebataljonen til Fatah i Sør-Libanon på 70-tallet, under hælen på israelerne i Beirut i 1982 og i Tripolikrigen 1983, ridd med mujahedin i Ghazni, og evakuert et par tusen skadde fra slaget om Jalalabad. Men det var ikke bare blodspora eller fortvilelsen over alle de fåfengte operasjonene, ikke bare lukta av råtnende kjøtt og stafylokoker, eller den sure lukta av min egen angstsvette. Det var ikke bare de redde soldatene som klynka i søvne hver natt, eller utrente unggutter jaga av feite korrupte generaler inn i minefelta våre, der de skrikende blei rivi i småbiter og kasta mot himmelen.

Det var der ved Hundefjellet jeg sprakk første gang. Som traumekirurg veit jeg av

erfaring at du må holde hodet kaldt og ha distanse til såret for å reparere det godt. Men samtidig være inni såret for å forstå det. Kjenne varlig på alle cellene som er knust. La kroppsvæskene hans renne over hendene mine. Men det blei for mye. Skallet sprakk. Lukta av alle de andre satt fast på meg. Jeg hadde lyst til å skrubbe meg hudløs, men gjorde det ikke. Da ville jo folk tru jeg var gæren. Det er ingen ord for denne kvalmen.

Etter noen år kom jeg meg på beina, men nå under krigen mot Gaza revna jeg igjen, kjente meg invadert. En spysjuk kirurg har neppe offentlig interesse, men denne kvalmen kan vi lære av, alle vi som fortsatt tviholder på menneskelighet: Som krigskirurg har jeg nødvendigvis studert en del fysikk, lovene for energioverføring, det vitenskapelige grunnlaget for ødeleggelse av mennesker. Det viktigste lærestedet mitt har vært Irak, nedslagsfelt for siste generasjons høyeksplosive våpen. Fra invasjonen starta i mars 2003 fram til september 2004 blei minst 100 000 irakere drept, de fleste av luftbårne prosjektiler. Kuler og andre målretta prosjektiler som vi strevde med i gode gamledager, kunne ikke ha drept så mange. Som kirurg er jeg langt mer komfortabel med en skuddskade; jeg kjenner 5.56 og 7.62 ammunisjonen, jeg veit hva disse prosjektilene driver med og kan følge spora deres gjennom kroppen – kontrollere blødning, fjerne nekroser og planlegge rekonstruksjonen av organene. Men de indre skadene etter sprengvåpen er totalt uforutsigelige. Her kommer lærdommen fra Gaza: Når ei trykkbølge passerer gjennom et tett medium/vev over i et mindre tett medium/vev, blir energien reflektert på overgangs-flata mellom de to mediene. Nøyaktig på dette punktet



frigjøres energi som en lokal eksplosjon. Det er slik vi banker vekk rustflak inni gamle jernrør. Avskalling. Skaden på innsida kan altså være langt verre enn den synes på utsida, på treffsida. Jeg er en hardhaus som kan ta mye juling, men innsida mi har alltid vært blaut og følsom. Årevis med gjentatte påkjenninger har trulig hatt en avskallings-effekt – småbiter har løsna på innsida. Smerteflak som for eksempel lyden av tung-pust og lukta av råttent lungevev da jeg var liten gutt og far min døde langsomt i sarkoi-dose. Jeg trudde at den sjelsettende delaktig-heta i lyden og lukta av pappas død – nå seksti år seinere – var bearbeidd, at den var vel arkivert og hørte fortida til. Men så en-

kelt er det ikke. Barnedrapa i Gaza fikk min-nene til å løsne. Ta ei anna avskalling, Bei-rut-krigen i 1982: Overalt stank av infiserte sår og brennende gate-søppel og angst-svet-te, snikskytterne som kontrollerte Al-Ham-ra-gata, de overmektige israelske F-16 pilo-tene, massakrene i Sabra- og Chatilla-leirene. Jeg trudde at disse minnene var trygt og godt arkivert i posthylla av levde hendelser – men nei, bombinga av titusen palestinske kjøkken, soverom og skoler rista i stykker arkivet. Lukta av Beirut 1982 henger der, på ny.

Dette har jeg lært: Mental avskalling, å bære lause indre biter av ødelagt liv er usunt. Kroppen reagerer som den skal, for-

søker å få ut skiten, elementene av ond-skap og ikke-liv. Da vil du spy. Derfor er kvalmen hensiktsmessig, et forsøk på for-svar mot umenneskelig ytre press – en mental veiviser for oss som trur på men-neskene. Og ei påminning om at skadene på innsida – i alle ungene der ute som ennå ikke er drept – ofte er verre enn såra vi ser på utsida.

#### REFERANSER

1. Edward Said. The Reith Lectures 1993. Representations of an intellectual. BBC, 1993.
2. Hans Husum: Skjult. Ny krigsmaskin. Forlaget Rødt, Larvik; 2. opplag, 2024.

■ HUSUMHANS@GMAIL.COM

*Krigen raste i Beirut i 1982. Dette er et luftfoto av stadion brukt som ammunisjons-forsyningssted for PLO under en konfrontasjon med israelerne.* FOTO: WIKIMEDIA COMMONS







# SHINGRIX

VAKSINE MOT HELVETESILD  
(REKOMBINANT, MED ADJUVANS)

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

Vaksinér nå for  
beskyttelse som varer<sup>1</sup>



**Shingrix gir opptil 97 % effekt hos voksne fra 50 år og eldre\*<sup>2</sup>**

**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.<sup>3,4</sup>**

**Indikasjon:** Shingrix er indisert for å forhindre herpes zoster (HZ) og postherpetisk nevralti (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:<sup>2</sup>

- 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](http://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**

# NY KOMMUNEOVERLEGEVEILEDER: Strategisk verktøy eller skrivebordsdokument?

■ TONY M. W. ELVEGAARD • *Kommuneoverlege i Sarpsborg kommune*

Kommuneoverlegen/e (KOL) har en betydningsfull rolle i den kommunale helseforvaltningen og den nasjonale helseberedskapen. En rolle som særlig gjorde seg gjeldende, og som nærmest ble «allemannseie» under covid-19-pandemien, men en rolle som ofte blir misforstått eller undervurdert av kommunens ledelse. Hvordan kan vi bedre få synliggjort KOL sin viktige rolle i kommune-Norge?





I kjølvannet av koronakommisjonens rapport del 2 kapittel 5, samt enighetsprotokoller i KS, har det nå fra Helsedirektoratet i rekordfart kommet et høringsutkast til en kommuneoverlegeveileder som forsøker å definere denne lovpålagte legestillingen. En etterlengtet og prinsipielt viktig veileder, mener mange.

På bakgrunn av dette samlet derfor alle KOL i Østfold seg til et heldagsseminar i slutten av august, for å diskutere innhold og strategisk implementering av den nye veilederen.

### Et dokument for våre ledere

Den viktigste konklusjonen fra seminaret er at en nasjonal veileder, uansett hvor godt den er utformet, kun kan brukes hvis kommunale ledere har et bevisst forhold til den og prioriterer den. Derfor er det avgjørende at vi som KOL klarer å formidle betydningen av veilederen til kommunens ledelse og kommunens mange virksomheter.

Samfunnsmedisin er ikke bare en medisinsk spesialitet, det er bred kunnskap og praktiske ferdigheter som til sammen danner grunnlaget for de råd og vurderinger vi presenterer. Det er derfor essensielt at kommunens ledelse forstår hva samfunnsmedisinsk kompetanse innebærer, og hvorfor det er viktig å benytte denne ressursen fullt ut. Dersom våre råd og anbefalinger ignoreres eller undergraves, kan det ikke bare ses som et faglig tap, men også som økonomisk sløseri. Ansvar for det ligger ikke kun på kommunens ledelse.

### KOL åpner opp for selvransakelse

Vi må også se kritisk på oss selv som KOL. Hvor flinke er vi til å presentere våre råd på en måte som gjør dem forståelige og anvendelige? Hvor godt kjenner vi til kommunens økonomiske situasjon og folkehelsestatus? Det er vår oppgave å sikre at våre anbefalinger er godt funderte, formulerte og kunnskapsbaserte. Vi må i våre råd også vise at de reflekterer en dyp innsikt i den lokale konteksten. Hvor gode KOL er til å omsette samfunnsmedisin til økonomi, vil gjøre oss bedre i stand til å kommunisere gode råd og til å gi et godt kunnskapsgrunnlag for våre beslutningstakere.

For å bli hørt må vi bli sett. Plassering i kommunens organisasjon er en kritisk fak-

tor. Hvis vi som kommuneoverleger er tett på ledelsen, både fysisk og organisatorisk, kan vi bruke hele vårt faglige repertoar. Er vi derimot langt unna ledelse, og dermed premissgiverne, vil det bli svært vanskelig å gjøre en tilstrekkelig jobb som medisinsk faglig rådgiver.

Vi må også som yrkesgruppe være ærlige og gå i oss selv. Som KOL står vi i en fagintern interessekonflikt. Vil vi være ansvarlige? Eller vil vi være autonome? Som KOL har man kanskje allerede valgt bort mye klinisk virksomhet til fordel for møtevirksomhet. Men, det er ikke sikkert alle KOL drar i samme retning. Ønsker vi en tydeligere faglig avgrensning, og dermed en mindre variasjon i oppgaver? Er det ikke litt av «overlegemystikken» å kunne svare vagt om hva man egentlig driver på med? Eller er det grunnleggende frustrerende å ikke vite hva man skal bli målt på? Som en KOL uttalte på seminaret: «den eneste som vet hva jeg gjør er meg sjøl».

Tydeliggjøringen av samfunnsmedisin i veilederen er nok en stor faglig fordel, ettersom vi griper definisjonsmakten. Samfunnsmedisinerne har en god del å lære av kommuneadvokatene. Advokaten er tydelig og presis, oftest sentralt plassert, og har en klar rolle i kommunen, og alle vet sånn cirka hva en advokat gjør. Det finnes knapt et bedre argument enn et juridisk argument, og både system og ledelse må forholde seg til advokatens råd, selv om de går på tvers av budsjett og planer. Slik ser man for seg KOL sin rolle og funksjon når en veileder etter hvert kommer på plass.

### Fremtidens kunnskapsbaserte kommune

Kommunens helsetjeneste blir stadig mer kompleks, medisinsk spesialisert og mer behandlende enn rehabiliterende. Faget utøves av helsepersonell, men er det uforholdsmessig stort fagansvar som legges over på våre kommunale ledere? Primærhelsetjenestens jungel av store etiske spørsmål og store ressursproblemer tvinges inn i en trangere økonomisk ramme, med stadig økte krav til kvalitetsforbedring og effektivisering. Hvordan spiller KOL en rolle i dette fremtidsscenarioet, og hvordan spiller KOL våre kommunale ledere gode? Er KOL på arenaer der fremtidens tjenester snakkes om? Tør KOL å in-

vitere seg selv med på møter som er relevante?

Rollen som kommuneoverlege kan på mange måter oppfattes som en uformell lederrolle. Rollen stiller oss overfor utfordringer, særlig når våre faglige vurderinger kolliderer med kommunens økonomiske rammer eller politiske prioriteringer. I slike situasjoner er det viktig at vi kan formulere alternative løsninger og budsjettforslag som balanserer faglige behov mot økonomiske realiteter. Det krever ikke bare medisinsk og samfunnsmedisinsk kunnskap, men også økonomisk forståelse og strategisk tenkning. Er KOL nok synlig i det politiske årshjulet?

### Skoen trykker i Østfold

På heldagsseminaret hadde vi mange diskusjoner om hvordan KOL kan påvirke systemet, og vi kom frem til at vi må være bevisst vår stemmebruk. Østfold sin oppvekstprofil og folkehelseprofil er dystre lesing. Hvordan synliggjør vi da det samfunnsmedisinske arbeidet i kommunene? Vi kan og bør bruke stemmene våre. Vi kan og bør skrive kronikker om KOL-rollen eller samfunnsmedisinske problemstillinger i dagens samfunn i lokal kontekst. Vi kan, bør og skal drive påvirkningsarbeid i rollen som rådgiver for hele kommunen. Vi må være en tydelig stemme i en organisasjon som skal drive både systematisk forebygging og systematisk helsefremming.

Det er ofte en forventning om at KOL skal være tilgjengelig utenfor kontortid, som en uformell og ubetalt samfunnsmedisinsk vaktordning, uten at dette er avtalesfattet noe sted. Sett i lys av årets sentrale forhandlinger vedrørende særavtalen (SFS 2305) om legevaktlegers nærmest ubegrensede vaktordning, etterlyser nå også KOL Østfold et tydeligere avtaleverk som regulerer vaktbelastning, betalingsordninger og en reell kontinuitetsplan for kommuneoverlegefunksjonen. Fleksitid er ikke overtid. Hvordan skal KOL svare på leders forventninger om tilgjengelighet når krisen rammer hvis det formelle ikke er på plass?

KOL må også invitere seg selv med i kommunale beredskapsøvelser og gjennomgå delegeringsreglementet og de lokale prosedyrene for akutte samfunnsmedisinske hendelser i overordnet risiko- og

*Seminarglade østfoldinger: Kommuneoverlegene i Østfold, her representert ved (f.v.) Tony Elvegaard, Torunn Søland, Sapna Iqbal, Sarah Gran, Ingrid Christensen, Philip Skarpeid, John Ødegård, Eva Lindset, Jens Espeland, Barbro Kvaal, Kristian Krogshus, Jannikken Bømvik-Fejzic. FOTO: KRISTIAN KROGSHUS*

sårbarhetsanalyse. Her må det også gjenomgås hvilke eksterne samarbeidsaktører kommunen har (politi, Mattilsynet, Statsforvalter, med videre), og hvilke rutiner de har som inkluderer «kommuneoverlegen». Det var på heldagsseminaret ikke rom for å løfte et interkommunalt beredskapsarbeid på samfunnsmedisin nå, men vi ble enige om at det er fornuftig å utarbeide en felles telefonliste som omhandler beredskap generelt i Østfold.

### Nasjonale veiledere er Helse-direktoratets «best practise»

Den nye veilederen trenger en strategisk implementering, og vi snakket om at steg én må være at kommunedirektøren må svare på høringsutkastet. Dette skaper en forventning om at veilederen er lest og forstått, og det ansvarliggjør kommunens ledelse – som nettopp er målgruppe for veilederen. Det er også viktig å kommunisere tydelig at anbefalinger fra nasjonale veiledere ikke bare er «gode råd», men bør ses på som krav – med mindre det finnes svært gode grunner til å avvike fra dem. Dårlig økonomi er ofte brukt som en slik grunn, men her må vi være klare på hva kommunen faktisk sier

nei til når de velger å ignorere disse anbefalingene.

Erfaringen fra Østfold er at det blir lettere å sikre helseperspektivet når kommuneoverlegen har en plass ved bordet der viktige beslutninger tas. Det er spesielt viktig i lys av de komplekse folkehelseutfordringene vi står overfor, der løsninger ofte krever tverrsektorielt samarbeid og koordinering på tvers av fagområder. Barn og unge er et satsningsområde i flere Østfold-kommuner, men foreløpig sitter ingen av KOL i Østfold sentralt hverken i oppvekstsektoren eller i utarbeidelsen av arealplan. Har kommunen oversikt over KOL sin kapasitet?

Til slutt må vi erkjenne at kompetanse koster. En kommuneoverlege er en relativt dyr ressurs, men samtidig er det en investering i kommunens fremtidige folkehelse. Hvis utviklingen av vår kompetanse stopper opp, blir KOL raskt utdaterte og mindre verdifulle for kommunen. Det er derfor kritisk at vi får tilgang til relevant videre- og etterutdanning, slik at vi kan møte det stadig økende presset for å holde oss oppdatert på medisinske og samfunnsmedisinske områder. Kommuner med dårlig økonomi har rett og slett ikke råd til å ha dårligere kommuneoverleger.

I lys av alt dette, bør den nye kommuneoverlegeveilederen ikke bare bli et dokument som havner i en skuff. Den må bli et levende verktøy som brukes aktivt for å styrke samarbeidet mellom kommuneoverlegene og kommunens ledelse, og slik bidrar til å sikre at samfunnsmedisinske vurderinger alltid er en integrert del av kommunale beslutningsprosesser.

Den nye nasjonale veilederen gir oss et sterkt fundament for å styrke vår rolle som kommuneoverleger. Gjennom kompetanseutvikling, strategisk plassering i kommunal administrasjon og sikring av kontinuitet, kan vi ikke bare forbedre vår egen arbeidssituasjon, men også bidra til bedre helsetjenester for innbyggerne i våre kommuner. Det er nå opp til oss å sikre at disse anbefalingene blir en integrert del av vår arbeidshverdag. Høringsfristen var 15. oktober.

Heldagsseminaret var delvis sponset av Norsk samfunnsmedisinsk forening (Norsam) sitt fond for fagutvikling. KOL Sarpsborg søkte midler til møtemat for faglig utviklingsarbeid innen samfunnsmedisin. Les mer om fondet på Norsam sine nettsider.

■ [TONY.ELVEGAARD@SARPSBORG.COM](mailto:TONY.ELVEGAARD@SARPSBORG.COM)

# Infobruk-konferansen er tilbake!

7-8. februar 2025, Quality Airport Hotel, Gardermoen

Årets høydepunkt / uforglemmelig sosial arena



## Nye spennende temaer og forelesere

KI i EPJ - muligheter og farer, økonomi og effektivisering, skjemaer og rapportering og mye mer!

## Jobb mer effektivt

Enklere arbeidsflyter, tips fra bruker til bruker, og hvordan du kan jobbe smartere, mer effektivt og øke lønnsomheten.

## Siste nytt fra Norge og EG Infodoc

Nasjonale nyheter: SFM, HelseNorge, HelseID sammen med nyheter, planer og nye funksjoner i EG Infodoc.

ALLMENNLEGEKONTOR

SPELIALISTPRAKSISER

KOMMUNEHELSETJENESTER

DMS/KAD

LEGEVAKT

HELSESTASJONER

Meld deg på allerede nå!

Early bird pris utløper 20. des 24

[infobruk.no](https://infobruk.no)



# Åpning av PMU

■ TRYGVE SKONNORD • Spesialist i allmennmedisin, førsteamanuensis UiO

Primærmedisinsk Uke er for meg en viktig begivenhet hvert annet år, og jeg har gledet meg lenge til å delta også i høst. Etter å ha vært med på å arrangere PMU gjennom de ti siste årene, var jeg spent på hvordan den nye hovedkomiteen hadde snekret sammen program og om profilen ville være den samme. På nettsidene kunne vi lese at

«Helt siden starten i 1989 har PMU vært en viktig kursarena og møteplass – en mønstring av nasjonalt format. Vår ambisjon er å tilby gode og engasjerende kurs og et spennende kultur- og musikkprogram som til sammen skaper en arena for trivsel, inspirasjon og rekreasjon, både faglig og sosialt.»

Videre lokket nettsidene med et stort spenn av interessante kurs på menyen, så dette lovet godt!

Årets PMU-tema var «**Et godt liv – aktiv, trygg og frisk**», og flere av kursene var også knyttet til dette temaet. Temaet skulle også prege konferansens åpning. For virkelig å sette tonen, hadde hovedkomiteen fått en ungdommelig dansegruppe fra dansestudioet «Subsdans» til å fremføre et sprekt dansenummer til heftige rytmer.

Leder av PMU 2024, Maja Eilertsen, har sammen med resten av hovedkomiteen jobbet i nesten to år med planleggingen av arrangementet, og Maja kunne stolt ønske velkommen til over 1300 deltakere, samt kursledere og forelesere. Hovedkomiteen planlegger og gjennomfører PMU på vegne av eierforeningene Norsk Forening for Allmennmedisin, Allmennlegeforeningen og Norsk Samfunnsmedisinsk forening. Så var det da også lederne av disse tre foreningene, hhv Marte Kvittum Tangen, Nils Kristian Klev og Aud Marie Tandberg, som sto for den formelle åpningen av PMU 2024.

For virkelig å sette fokus på den aktive delen av årets PMU-tema, var det kollega Ole Petter Hjelle (@treningslegen) som hadde fått æren av å holde åpningsforelesningen med tema «Sterk hjerne i aktiv kropp». Ole Petter er tidligere hjerneforsker og mangeårig fastlege i Åsgårdstrand, men jobber nå mest som forfatter og formidler. Han er blant annet kjent for å ha startet treningsgrupper med pasientene sine, der han viste at en stor andel av dem fikk forbedrede verdier på labprøver og dessuten kunne mange redusere medisin-



Maja Eilertsen og Lars Erik Hansen mottok blomster på vegne av hovedkomiteen.

mengden vesentlig. Han viste også til hvor godt dokumentert fysisk aktivitet er for en lang rekke sykdommer, og la også vekt på at «hvert skritt teller». Han har vært med på forskning som viser at pasientene ønsker hjelp av legene til å komme i bedre form, og vi ble utfordret på å hjelpe pasientene med dette.

Åpningsseksjonen for PMU 2024 ble dermed en flott start på det faglige og sosiale fellesskapet som PMU utgjør for både leger og medarbeidere. Med gode kurs og felles møteplasser i pauser og på kveldene, og med et kultur- og aktivitetstilbud ble det lagt til rette for at PMU-deltakerne skulle få et godt liv; aktive, trygge og friske!

En stor takk til hovedkomiteen for arbeidet som de har lagt ned i forberedelsene.



Maja Eilertsen

Ole Petter Hjelle

Lars Erik Hansen

# Faglige og kulturelle innslag

Maja Eilertsen som var leder av hovedkomiteen holdt en interessant plenumsforelesning på onsdag. Hun sier:

«Det å være trygg og å ha det bra er en forutsetning for god helse og gode levevaner. Livskvalitet fungerer som en motgift mot stress og uhelse, og relasjonene våre er viktigere enn alt annet for et godt og langt liv.»

I utgangspunktet er dette velkjent, men det er viktig å få kontinuerlig påminnelse om dette. Plenumsforelesningen torsdag var ved Dean Kriellaars fra Canada. Han er førsteamanuensis ved College of Rehabilitation Sciences ved University of Manitoba og en ledende forsker på området «physical literacy» – bevegelsesrikdom – gleden og effekten av fysisk aktivitet. Dean forklarte hvordan «physical literacy» bidrar til at fysisk aktivitet forstås og gjennomføres på bakgrunn av de riktige årsakene, og hvordan akkurat det er nøkkelen til livslang fysisk aktivitet. Du må finne en aktivitet du elsker å gjøre, kjenne gleden av å bli bedre og deretter kjenne på mestingsfølelse. Det vil øke din selvtillit og gi større sannsynlighet for å ta del i og bidra inn i en gjeng, samfunnet eller verden. Selv utfordret han seg ved å lære seg en ny bevegelsesform eller idrettsgren hvert år. En spennende forelesning til inspirasjon.

Ved siden av alle de gode faglige tilbudene var det også spennende kulturprogram med både Stein Torleif Bjella, Harald Eia og Marthe Valle. Det er deilig å kunne lene seg tilbake og nyte disse kulturelle minuttene. Etter min mening gjør det hjernen mer motagelig for faglig kunnskap og læring.

*Maja Eilertsen holdt plenumsforelesning på onsdag.*



Det var også egen Forskningsdag med presentasjoner på onsdag. Her stakk Cathrine Abrahamsen av med AMMFs forskningspris, et reisestipend. Kari Thori Kogstad fikk AFUs forsknings stipend. Prisene ble utdelt under PMUs festmiddag og omtales i egne artikler. Under festmiddagen fikk også Bente Malo fra Legekontoret «Fem faste» i Molde medarbeiderprisen.

*Utposten* var representert med egen stand i tre dager, og det var svært god stemning blant deltakerne. Alt var veldig godt tilrettelagt for de over 1300 deltakerne som var påmeldt. Det er veldig bra, men fra mitt synspunkt er det litt trist at medarbeiderne kun var representert med rundt 160 deltagere.

Er arrangementet blitt for dyrt for legekontorene?

Medarbeidere har behov for faglig påfyll for å kunne håndtere en travel hverdag, på samme måte som allmennlegen. «Et godt liv; aktiv trygg og frisk» er viktig for alle på allmennlegekontoret, så vi kan stå i en krevende hverdag, og ikke minst for at vi skal formidle disse verdiene til publikum og pasienter.

TOVE RUTLE  
tidligere redaksjonssekretær i  
*Utposten* og deltager på PMU

*Dean Kriellaars fra Canada holdt plenumsforelesning på torsdag.*



*Bente Malo fikk medarbeiderprisen.*

FOTO: PRIVAT/FACEBOOK

*PMU hadde også et spennende og variert kulturprogram.*



*Stein Torleif Bjella*



*Harald Eia*

*Marthe Valle*





# Forskningspris til Gjerdrum-fastlege

**Fastlege og Utposten-redaktør Kari Thori Kogstad er belønnet med Allmennt medisinsk forskningsutvalg (AFU) sin forskerpris 2024 for et prosjekt der hun vil utforske kommunikasjon, samarbeid og kultur på fastlegekontorer. – Jeg er overveldet, sier en glad og overrasket prisvinner.**

Forskerprisen til Allmennt medisinsk forskningsutvalg (AFU) deles ut hvert år, henholdsvis på Primærmedisinsk uke (PMU) i Oslo eller på Nidaroskongressen i Trondheim. Prisen er en anerkjennelse for det beste frie foredraget som fremføres av en nykommer i allmenn- eller samfunnsmedisinsk forskning.

Årets AFU-prisvinner er mangeårig fastlege ved Gjerdrum legesenter, Kari Thori Kogstad. Hun får prisen for prosjektet «Fastlegekontoret som organisasjon; en etnografisk studie av samspill og samarbeid i praksis».

– Å få prisen er en stor gave. Jeg er overveldet. Prosjektet er i tidlig fase, men jeg har klatret opp i tårnet med hoppski på beina, og speider utover både bakken, landskap og folk jeg ser. Jeg gleder meg til å sette utfor og tar prisen som et «Vi ser hva du prøver på og det liker vi. Lykke til!» Ingen ting er større som menneske enn å bli sett, sier en veldig glad og overrasket Kari Thori Kogstad.

## Feltstudier

På Forskningsdagen under PMU presenterte hun prosjektet og beskrev det selv som et sosialantropologisk prosjekt med felt

*Marte Kvittum Tangen, leder av Norsk forening for allmennt medisin, overrakte prisen under festmiddagen på PMU 24. oktober.*



studier der hun skal være observatør en uke på i alt åtte fastlegekontor.

I prisbegrunnelsen vises det til at hun «presenterte prosjektet sitt på en troverdig og engasjerende måte og oppfyller alle kriteriene for AFUs forskningspris.»

Bedømmelseskomiteen har bestått av Anette Fosse, Trygve Skonnord og Anja Brænd. De skriver dette i begrunnelsen for tildelingen:

«Prisvinneren har lang erfaring som fastlege og har med årene begynt å lure på hva som egentlig foregår på fastlegekontoret. Fastlegekontorene leverer gode og effektive helse-tjenester på laveste effektive omsorgsnivå og er en viktig portvokterrolle for andrelinjetjenesten. Til tross for fastlegeordningens ambisiøse samfunnsoppdrag, finnes det lite dokumentert kunnskap om hva som karakteriserer kommunikasjon og interaksjon mellom de som jobber på legesentrene.

Prisvinneren har utformet et nyskapende prosjekt der hun med en etnografisk metode ønsker å undersøke arbeidskultur, kommunikasjon og samarbeid innad på legekontoret. Hun vil også undersøke hvordan helsesekretærer og fastleger forholder seg til idealet om likeverdige helsetjenester, jamfør den allmennt medisinske tesen om å 'gi mest til dem som har størst behov'. Prosjektet er i en tidlig fase, men hun har brukt AFU-stipendet sitt godt til å planlegge et ph.d.-prosjekt som nå er i gang».

Kari Thori Kogstad fikk AFU-stipend ved tildelingen høsten 2022, og i vår fikk hun doktorgradstipend fra Allmennt medisinsk forskningsfond.



## AFU-PRISEN

er på 15 000 kroner, og er et spleiselag mellom Norsk forening for allmennt medisin, Allmennt legeforeningen og Norsk forening for samfunnsmedisin. Prisen skal stimulere til forskning og fagutvikling i primærmedisin blant primærleger som har liten forskningserfaring fra før. Komiteen legger følgende kriterier til grunn for tildelingen:

- at en kollega har tatt sin egen undring i faget på alvor og ikke funnet et tilfredsstillende svar i faglige fora og kunnskapskilder
- at vedkommende har integrert sin faglige virkelighet i prosjektideen
- at ideen er rimelig original, har en innlysende allmennt medisinsk eller samfunnsmedisinsk relevans og er blitt konkretisert i et forskningsspørsmål
- og at dette spørsmålet søkes besvart gjennom en adekvat metode



*Kari Thori Kogstad fikk overrakt AFU-prisen 2024 under festmiddagen på Primærmedisinsk uke. Leder av Norsk forening for allmennt medisin, Marte Kvittum Tangen, fikk æren av å overrekke prisen. FOTO: JON ØRSTAVIK*

*Ifølge pris-juryen var Kari Thori Kogstads presentasjon på Forskningsdagen engasjerende og troverdig. FOTO: LISBETH NILSEN*



# Vestfold-fastlege belønnet med pris for samtaleverktøy-forskning

Fastlege og forsker Cathrine Abrahamsen får Allmenntmedisinsk forskningsfond (AMFF) sitt reisestipend 2024 for prosjektet der hun har testet det egenutviklede samtaleverktøy ICIT i en randomisert studie. Det er høy kvalitet og originalitet på forskningen, mener pris-juryen.

Allmenntmedisinsk forskningsfond (AMFF) sitt reisestipend på 20 000 kroner deles årlig ut på henholdsvis Primærmedisinsk uke (PMU) i Oslo eller på Nidaroskongressen i Trondheim. Prisen skal tildeles en allmenntmedisinsk ph.d.-stipendiat, eller til en kandidat som har disputert i løpet av siste 12 måneder.

I år gikk prisen til ph.d.-stipendiat og Nøtterøy-fastlege Cathrine Abrahamsen for prosjektet «Effektene av et strukturert kommunikasjonsverktøy for pasienter med medisinsk uforklarte plager og symptomer: en klyngerandomisert studie».

– Jeg er rørt og veldig overrasket over å motta denne forskerprisen for arbeidet med samtaleverktøyet ICIT for en sårbar pasientgruppe. Dette er en stor ære og anerkjennelse av arbeidet vi har gjort. Målet med ICIT var å gi leger verktøy og mestring i behandlingen av en vanskelig pasientgruppe. Nå ser vi også at pasientene får det bedre. Jeg planlegger å bruke stipendet til å samarbeide med internasjonale forskere om opplæring av fastleger og hvordan vi kan lære av hverandre, sier en glad Cathrine Abrahamsen.

## Overbevisende resultater

Bedømmelseskomiteen for reisestipendet har bestått av Anette Fosse, Anja Brænd og Trygve Skonnord. De skriver dette i begrunnelsen for pristildelingen:

«Prisvinneren har med utgangspunkt i egen praksis og egenopplevd utilstrekkelighet overfor en vanlig pasientgruppe, utviklet et strukturert samtaleverktøy som hun utforsker effekten av i sitt ph.d.-prosjekt. Resultatene av intervensjonen er overbevisende med effekt både på funksjon, symptomer, livskvalitet og sykemelding, og studien ble publisert i et høyt rangert internasjonalt tidsskrift. Prosjektet har en åpenbar allmenntmedisinsk relevans, holder høy kvalitet og originalitet, og prisvinneren har en god evne til pedagogisk formidling av verktøyet og forskningen.»

## Fra avmakt til avhandling

Forskningsprisen fra AMFF skal stimulere til norsk allmenntmedisinsk forskning av høy internasjonal kvalitet. Vurderingsgrunnlaget for pristildelingen er innsendt sammendrag og prosjektpresentasjon på samme kongress etter forskningens allmenntmedisinske relevans, kvalitet og originalitet, samt pedagogisk formidling av forskningen.

Nylig ble den tredje og siste artikkelen i doktorgradsprosjektet til Cathrine Abrahamsen publisert. Nå jobber hun med sammenskrivingen av avhandlingen. På Forskningsdagen presenterte hun resultatene av en delstudie, der verktøyet er testet ut i en randomisert studie. Fastlegene i studien var deltagere på kurs i bruk av verktøyet, og disse legene rekrutterte over 500 pasienter til studien. Resultatene ble publisert i et Lancet-tidsskrift i november i fjor.

Bakgrunnen for forskningen var at hun opplevde avmaktfølelse i konsultasjoner med pasienter som hadde det hun da beskrev som medisinsk uforklarte plager og symptomer (MUPS) – og som hun nå betegner som vedvarende fysiske plager.

– I møtet med disse pasientene følte jeg meg som en skikkelig dårlig lege. Så begynte jeg spørre om hva pasientene mente de fikk til, sa Cathrine Abrahamsen i et intervju med henne i 2022 etter at den første studien hennes ble publisert. Det ble starten på utviklingen av samtaleverktøyet for allmenntmedisinsk praksis, Individual Challenge Inventory Tool (ICIT).

Doktorgradsprosjektet hennes er støttet av Allmenntmedisinsk forskningsfond.

► *Prisvinneren har en god evne til pedagogisk formidling av verktøyet og forskningen», sa pris-juryen om Cathrine Abrahamsens presentasjon på Forskningsdagen under PMU. FOTO: LISBETH NILSEN*



Cathrine Abrahamsen, en glad og rørt prisvinner av AMFFs reisestipend. Marte Kvittum Tangen, leder av Norsk forening for allmenntmedisin, stod for overrekkelsen under festmiddagen på Primærmedisinsk uke.

FOTO: JON ØRSTAVIK





# Er du i risikogruppen for lav pensjon?

**Tilstand:** Manglende pensjonssparing.

**Smittefare:** Smitter lett blant privatpraktiserende leger.

**Symptomer:** Få til ingen symptomer før pensjonsalder. Ved pensjonsalder får smittede en kraftig reduksjon i inntekt.

**Forebyggende behandling:** Legeforetakenes pensjonsordning i Storebrand. Behandlingen lar deg spare inntil 7 % av inntekt opptil 12G - og få skattefordel på pengene. Dette er også den eneste behandlingen som ikke gir avkortning i pensjoner fra SOP.

Les mer og bestill behandling



# Spesialisthelsetenester til oss over 80 år

■ TORLEIF ROBBERSTAD • Pensjonert distriktslege, helse- og sosialsjef og ass. fylkeslege

**Kvifor har kommunane så ulikt forbruk av spesialisthelsetenester, sjølv om dei har det same lovfesta ansvaret for allmennlege- og omsorgstenestene? Kan dette forklarast av kvantitative, empiriske data om tenestebruk og demografi? Viktige forklaringsfaktorar ser ut til å vere stort fastlegesvinn, mykje vikarbruk, trong kommuneøkonomi og treige endringsprosessar.**



ILLUSTRASJONSFOTO: GETTY IMAGES/ ALEXANDRIS

Denne studien samanliknar tenesteforbruket i dei 356 kommunane i 2022, for pasientgruppa over 80 år (240 293 personar). Data er henta frå *Norsk pasientregister* (NPR) for somatiske spesialisttenester, *Kommunalt pasientregister* (KPR) for allmennlegetenester, *Helsenorge.no* for fastlegedata, og *Statistikkbanken.no* for kommunar og omsorgstenester; samt dei *regionale helseføretaka* sine heimesider for avtalespesialistar i 2022. Der ikkje anna er sagt, veg alle kommunar like tungt i samanlikningane. Det er brukt ratar per 1000 personar over 80 år.

## Funn

**Direkte allmennlegekontaktar:** Det var 1 386 745 konsultasjonar og sjukebesøk, og knapt tiandeparten av dei var til legevakt. I tillegg kom 1,3 millionar enkle kontaktar til fastlege.

**Tre års fastlegesvinn.** 30 prosent av 2021--fastlegane var ikkje i same kommunen tre år seinare. Svinnet auka frå 14 til 41 prosent med fallande sentralitet, og frå 16 til 38 prosent med fallande folketal.

**Fastlegars vikarbruk.** Dei største og dei mest sentrale kommunane hadde størst del vikarbruk. Kommunane i Helseregion Nord hadde høgast innslag av heiltidsvikarar.

**Polikliniske kontaktar.** Kvar person hadde i snitt 2,4 polikliniske konsultasjonar, medrekna konsultasjonar hos avtalespesialistar. Dei 208 minst sentrale kommunane hadde 11 prosent færre slike enn landsgjennomsnittet, men nesten 20 prosent fleire enkle kontaktar til fastlege. Elles ga kommunesentralitet små utslag her.

**Somatiske avtalespesialistar.** I juli 2022 var det 682 slike, to tredelar av dei var i Helse Sørøst, og tre firedelar i vertskommunar for somatiske sjukehus. Nesten halvparten av dei var auge- eller øre-nesehalsspesialistar.

**Innleggingar.** Kvar person hadde i snitt 0,6 sjukehusopphald, fire av fem som akuttinnleggingar. Ratene varierte svært lite med sentralitet, men høgaste kvartil (fjer-





ILLUSTRASJONSFOTO: MORTEN HERMES / KI - ADOBE FIREFLY

dedel) av kommunane låg langt over landsgjennomsnittet. Den låg høgt også i ikkje-overliggjardøgn, vikarbruk og folketal, og hadde berre halvparten så mange opne lister som lågaste kvartil (TABELL 1).

**Liggjetida per opphald** var i snitt fire og eit halvt døgn, ned frå sju døgn i 2007 (1) og ti døgn i 1994.

**Overliggjardøgn.** 6,5 prosent av alle liggjedøgn var utskrivingsklare. Nesten halvdel av dei var i tiandeparten av kommunane, som hadde bare åttandedelen av alle over 80 år. Desse storbrukarkommunane hadde heimeteneste- og sjukeheimdekking som resten av kommunane. Men dei hadde 15 prosent lågare dekking med tidsavgrensa plassar, meir enn dobbelt så stort median folketal, større gjeld, og fjerdedelen av dei var vertskommunar. Frå 2014–22 auka aldersgruppa over 80 år der over dobbelt så mykje som landsgjennomsnittet (TABELL 2).

**Ikkje-overliggjardøgn** er liggjedøgn før utskrivingsklar. Også her var det stor spreing på ratene. Høgaste kvartil hadde 50 prosent høgare innleggingsrate og dobbelt så høg liggjedøgnrate som lågaste kvartil, og vikarbruken var nesten dobbelt så stor, men det var liten skilnad på sentralitet eller median folketal i dei to kvartilane (TABELL 3).

I denne høgaste kvartilen er

- 81 kommunar under 20 000 innbyggjarar, mesteparten med under 5000 innbyggjarar og nesten alle med låg sentralitet. Desse kommunane hadde 12 prosent større treårs fastlegesvinn, men ikkje meir vikarbruk enn andre kommunar med same storleik og sentralitet. Berre fjerdeparten av dei hadde færre innleggingar enn landsgjennomsnittet, så dei fleste hadde eit reelt meirforbruk av liggjedøgn.

	LANDET	HØGASTE KVARTIL	LÅGASTE KVARTIL
Innleggingsrate	591	127	74
Liggjedøgnrate	2 534	128	72
Ikkje-overliggjardøgn, rate	2 413	124	81
Polikliniske kontaktar, rate	2 163	109	87
Bruk av legevakt, rate	575	115	95
Opne fastlegelister, prosent	14,7	112	208
Fastlegar med vikar, prosent	18	123	81

TABELL 1. Innleggingar: landsgjennomsnitt, og prosent av dette for kommunekvartilane med høgaste og lågaste ratar. Folk over 80 år, 2022.

	ALLE	HØGASTE HALVDEL	LÅGASTE HALVDEL
Kor mange kommunar?	356	35	321
Overliggjardøgn, rate	127	642	71
Overliggjardøgn i prosent av alle døgn	4	18	2
Prosentdel tidsavgrensa sjukeheimplassar	31	26	31
80 år og eldre: prosentauke 2014–22	8	17	7
Vertskommune for sjukehus, i prosent	13	26	12

TABELL 2. Overliggjardøgn: kommunegjennomsnitt, og i kommunegruppene med høgaste og lågaste halvdel av forbruket. Folk over 80 år, 2022.

TABELL 3. Ikkje-overliggjardøgn: landsgjennomsnitt, og prosent av dette i kommunekvartilane med høgaste og lågaste ratar. Folk over 80 år, 2022.

	LANDET	HØGASTE KVARTIL	LÅGASTE KVARTIL
Ikkje-overliggjardøgn, rate	2 413	138	68
Ikkje-overliggjardøgn per opphald	4,5	116	84
Innleggingsrate	611	116	77
Overliggjardøgn, rate	170	135	32
Bruk av legevakt, rate	516	129	118
Opne fastlegelister, prosent	14,7	129	142
Fastlegar med vikar, prosent	18	131	74
Innbyggjarar per fastlegeheimel	1 027	101	91
Vertskommune, i prosent	13	113	17

Merknad: I denne tabellen veg alle kommunar likt, og gir derfor ikkje samletal for landsgjennomsnitt.

	LANDET	VERTSKOMMUNE		OSLO
		JA	NEI	
Kor mange kommunar	356	29	35	1
Polikliniske kontaktar, rate	2 343	108	95	113
Innleggingar, rate	611	101	98	112
Overliggjardøgn, rate	170	162	105	72
80 år+: prosent med sjukeheimplass	10,6	97	88	115
Innbyggjarar pr fastlegeheimel	1 027	99	111	125
Direkte kontakt fastlege,rate	5 113	98	105	101
Opne fastlegelister, prosent	14,7	57	58	152
Ikkje-overliggjardøgn, rate	2 413	101	95	117

TABELL 4. Kommunane med meir enn 20 000 innbyggjarar: landsgjennomsnitt, og prosent av dette for vertskommune- og ikkje-vertskommunar. Folk over 80 år, 2022.

• Åtte kommunar med meir enn 20 000 innbyggjarar: seks av dei med sentralitet 4 og to endå meir sentrale. Desse kommunane hadde fleire opne lister, men også meir bruk av vikarar enn tilsvarande kommunar.

Uavhengig av folketal og sentralitet hadde høgaste kvartil monaleg høgare innleggings-, liggjetids- og overliggjarrater enn andre, tilsvarande kommunar.

**Større kommunar.** 64 kommunar hadde meir enn 20 000 innbyggjarar, med to tredelar av alle over 80 år. Forbruket av liggjedøgn var om lag som landsgjennomsnittet, men med 30 prosent høgare overliggjarrate. Fastlegedekkinga var ni prosent under landsgjennomsnittet og med mange færre opne lister (TABELL 4).

Av desse større kommunane var 29 vertskommunar for somatiske sjukehus. Dei hadde lengre liggjetid per opphald og mykje høgare overliggjarrate enn dei 35 andre. Både heimeteneste- og sjukeheimdekkinga var betre, men 12 prosent færre av døgnplassane var tidsavgrensa. Der var færre konsultasjonar både til fastlege og legevakt, stort sett kompensert med høgare poliklinikkbruk.

**Oslo** hadde tiendedelen av fastlegane og femtedelen av avtalespesialistane i Norge. Oslo hadde monaleg fleire polikliniske konsultasjonar enn landsgjennomsnittet, og døgnopphalda var både fleire og lengre enn gjennomsnittet i resten av landet (TABELL 4). Fastlegane der hadde 50 prosent fleire opne lister enn andre større kommunar, berre to tredelar så mange enkle kontaktar, men nesten dobbelt så stor vikarbruk: tredjedelen av fastlegane hadde vikar.

**Demografi.** I åtteårsperioden 2023–2032 vil det bli 45 prosent fleire over 80 år, fem prosent fleire 0–5-åringar (barnehagealder) og ti prosent færre 6–15-åringar (grunnskulealder).

### Drøfting

I 2019 peika Riksrevisjonen på at det var «uønsket variasjon i forbruket av en rekke spesialisthelsetjenester mellom helseforetakenes opptaksområder»; og at dette utfordrar prinsippet om likeverdig behandling og «kan være uttrykk for underbehandling, overbehandling eller feilbehandling» (3). Det er ei rikspolitisk målsetting å redusere eldre sitt liggjedøgnforbruk på sjukehus, og særleg då utskrivingsklare liggjedøgn (4). Denne aldersgruppa har dei høgaste ratene for tenesteforbruk, og høver derfor særleg godt for å leite etter forklaringsfaktorar.

Halvdelen av kommunane har under 5200 innbyggjarar, men halvparten av befolkninga bur i kommunar med meir enn 46 000 innbyggjarar. Det bur 188 menneske på Utsira, men 700 000 i Oslo. Dei største kommunane brukar mest ressursar, derfor bør ein akte mest på deira tenesteprofilar.

**Polikliniske kontaktar** er for pasientar som ikkje treng innlegging. Det seier seg sjølv at kort reisetid legg best til rette for slikt, særleg då for vertskommunar, der også avtalespesialistane stort sett er å finne. Det er ikkje umental at dei minst sentrale kommunane hadde noko lågare polikliniske rater. Dette blei kompensert med mange fleire enkle kontaktar og sjukebesøk frå fastlege, men ikkje med auka innleggingsrate.

Blinkenberg et al. undersøkte henvisningspraksis ved alle legevakter (unntekte Oslo og Bergen) i 2016–2018. Dei fann at kvar tiande pasient blei henvist vidare til sjukehus, men med store skilnader mellom legane. Yngre legar, kvinnelege legar og legar med få legevaktkonsultasjonar hadde høgare gjennomsnittleg henvisningsrate (5). I 2023 var to tredelar av fastlegvikarane under 40 år (6).

**Innleggingar** skal vere for pasientar som treng meir helsehjelp enn dei kan få i kommunen eller poliklinisk, men det blir også lagt inn mange som eigentleg ikkje treng det (7, 8). Også denne studien viser at kvar tiande pasient blei innlagt på sjukehus. Her er stor samvariasjon mellom rateane for innleggingar, ikkje-overliggjardøgn, legevaktbruk og vikarbruk, og dette høver med Blinkenberg et al. sine funn.

**Overliggjardøgn** er tida frå sjukehuset varslar kommunen om at pasienten er utskrivingsklar og til reell utskrivning. Flaskehalsen er nok stort sett dei kommunale omsorgstenestene, så overliggjardøgn kan vere ein god indikator på korleis desse fungerer. Helsedirektoratet fann at i 2018 sto pasientar over 80 år for ca. 60 prosent av dei utskrivingsklare liggjedagane, og at større kommunar hadde høgare rate for utskrivingsklare liggjedøgn enn mindre kommunar (4).

Her ser mindre kommunar ut til å satse meir på heimetenester og korttids plassar.

I denne studien hadde øvste tiendedel av kommunene i snitt femtedelen av liggjedøgn sine, for dei over 80 år, som overliggjardøgn. Korfor det? Desse kommunane hadde høgare lånegjeld, og frå 2014–22 auka denne aldersgruppa mykje meir der enn i andre kommunar. Har denne tiendedelen av kommunane problem med å ta imot tunge pasientar på kort varsel fordi dei har eit etterslep av for låg omsorgsbemanning? Dette fortener nærare vurdering av statsforvaltar, opp mot funksjonskrava i helse- og omsorgstenestelova. Dei har også lågare dekking med tidsavgrensa plassar (= mindre fleksibilitet), og rolla som vertskommune for somatisk sjukehus kan gi særlege forventningar til service frå «vårt sjukehus».

Dei 41 000 overliggjardøgn på sjukehus tilsvarar 112 døgnplassar, og tredjedelen av dette var for dei åtte største forbrukarane: Tromsø (10 plassar), Oslo (7,4), Trondheim (6), Skien (4,6), Ålesund (3,5), Nordre Follo (3), Lillestrøm (1,5) og Bergen (1,3).

**Ikkje-overliggjardøgn** er den tida sjukehuset treng for undersøking og etablering av høveleg behandling. Forklaringar på høgt forbruk kan vere at pasientane er dårlegare undersøkt før innlegging (unge legar, vikarar), og/eller dårlegare rutiner i sjukehuset (obs. journalsystem i Helse Midt). Også her er det stor samvariasjon mellom ratene for innleggingar, ikkje-overliggjardøgn, vikarbruk og vertskommune. Kommunane i øvste kvartil for ikkje-overliggjardøgn hadde eit meirforbruk over landsgjennomsnittet som tilsvarar 94 døgnplassar på sjukehus, men noko av dette var for å kompensere for færre innleggingar.



**Kommuneøkonomien** er trong, med ei samla lånegjeld i overkant av 700 milliardar kroner (9). Storparten av kommunane subsidierte fastlegeordninga, med totalt 813 millionar kroner i 2021 (10); 2023-tal for det er venta å komme mot slutten av året.

**Oslo** har like mange innbyggjarar som dei 223 minste kommunane, og fleire enn summen av dei tre nest største: Bergen, Trondheim og Stavanger. Nesten fjerdedelen av fastlegelistene var opne, men likevel var ratene for både innleggingar og ikkje-overliggjardøgn påfallande høge; i 2022 som i 2015 (11). Det ser såleis ut til at Oslo-pasientane ikkje blir så godt undersøkte før innlegging, og at grensesnittet mellom fastlege- og sjukehusoppgåver er annleis der enn i resten av landet. Dette er det også naturleg å sjå i samband med den store vikarbruken i Oslo.

Kommunane med flest ikkje-overliggjardøgn låg også høgt i overliggjardøgn. Kan fellesnemnaren vere låg prioritering av helse- og omsorgstenester i desse kommunane?

## Konklusjonar

Sjukehusa får aukande funksjonsproblem dersom dei får «for mange» innleggingar

og/eller «for seine» utskrivningar. Denne studien stadfestar at lågare fastlegekontinuitet og auka vikarbruk heng nøye saman med fleire innleggingar og lengre opphald på sjukehus. Me veit også at eitt liggjedøgn på sjukehus er dyrare for det offentlege enn 30 fastlegekonsultasjonar (11), og ser at no vil regjeringa særleg styrke sjukehusøkonomien.

Fastlegeordninga skal vere basis og portnar for spesialisthelsetenestene; ei god målsetjing som slett ikkje er i samsvar med praksis. Fram til årsslutt 2022 gjekk ordninga stadig meir ned i kneståande. I 2023 gjekk det noko betre, men utan auke av prosentdelen opne lister. Kan det vere at fastlegane enno ikkje vågar å tru på ei varig betring, og derfor er i ei konsolideringsfase? Det er viktig at styrking av fastlegeordninga ikkje går politisk av moten.

Tre firedelar av netto kommunale driftsutgifter går til helse- og omsorgstenester, grunnskule og barnehagar, der det aller meste er lønsutgifter. Om åtte år vil det vere færre skuleelevar, men svært mange fleire over 80 år, og åtte år er berre to kommunestyreperiodar. Vil kommunane greie å omprioritere ressursane sine etter dette, når lånegjelda stadig aukar? Eller er staten

villig til å gå inn med meir målretta tiltak i problemkommunane? Det er rikspolitisk usemje om staten skal ta noko meiransvar for kommunehelsetenesta.

## REFERANSAR

1. Helsedirektoratet: Rapport IS-1605 Sammenligningstall for kommunene 2008.
2. Helsedirektoratet; Hefte I-0821/B Sammenligningstall for kommunene 1995.
3. Riksrevisjonen; Dokument 3:2 (2019–2020), 26. 11.2019.
4. Helsedirektoratet: Utvikling og variasjon i opphold, liggetid og andel reinnløggelser for utskrivingsklare pasienter 2011–2018, Samdata kommune IS-2813.
5. Blinkenberg et al.: The impact of variation in out-of-hours doctors' referral practices: a Norwegian registry-based observational study. *Family Practice*, 2023, 40, 728–736.
6. Helsedirektoratet: Arbeidet med allmennlegjetjenesten – Årsrapport 2023
7. Riksrevisjonen: Dokument 3:4 (2017–2018). 16. 01.2018.
8. Thorsen O: General practitioners' referrals to specialist health services. Bergen: Dissertation for PhD at the University of Bergen, 2017.
9. Brev frå KLP bank, i nrk.no 23. april 2024.
10. IPSOS og FØA: Variasjoner i finansiering av fastlegeordningen – fjerde oppfølgingsundersøkelse. Oslo, juli 2022.
11. Robberstad T: Å spare på skillingen og la dalaren gå. *Utposten* nr 1/2018.

■ TROBBE@LYSE.NET



# PRAKSISNETT: – Ønsker seg flere allmenn

■ LISBETH NILSEN • Frilansjournalist



FOTO: LISBETH NILSEN

Rundt halvparten av prosjektene der forskerne har meldt interesse for å bruke forskningsnettverket PraksisNett, er innenfor allmennmedisin. Prosjektleder Bjørn Bjorvatn i PraksisNett vil ha enda flere allmennmedisinske prosjekter.

PraksisNett er en forskningsinfrastruktur som legger til rette for klinisk forskning i allmennpraksis (SE FAKTABOKS). Alle som i utgangspunktet er interessert i å bruke forskningsnettverket, må sende inn et kontaktskjema. Siden etableringen i 2018, er det registrert mer enn 100 kontaktskjemaer. Ved årsskiftet kom 43 prosent av henvendelsene fra forskere innen allmennmedisin. Sykehusforskere utgjorde 31 prosent, øvrige forskere 21 prosent, mens fem prosent av prosjektene var fra forskningsmiljøer i legemiddelindustrien.

Andelen henvendelser fra forskere innen allmennmedisin har økt og utgjør cirka 50 prosent i år.

– Vi har fått noen flere henvendelser for prosjekter innen allmennmedisin hittil i år, så per i dag er rundt halvparten av prosjektene siden 2019 innenfor allmennmedisin. Det er jo fint, men vi vil gjerne at andelen blir enda større. Målet er å få flere allmennmedisinske forskere på universitetsnivå til å bruke PraksisNett, og det er ikke nødvendigvis denne gruppen som nå står for halvparten av prosjektene, sier Bjørn Bjorvatn, prosjektleder for PraksisNett.

– Hvorfor tror du ikke denne gruppen er større?

– Kanskje fordi allmennmedisinske forskere er vant til å gjøre det på sin måte eller

◀  
– Over 100 ulike prosjekter har meldt interesse for å bruke PraksisNett, og enda flere prosjekter har fått rådgiving, sa prosjektleder Bjørn Bjorvatn da han orienterte om status på Universitetsmøte i allmennmedisin i september.



# medisinske prosjekter



Det internasjonale fagrådet i PraksisNett på møte i Tromsø i fjor. Fra venstre: Alastair Hay, Frances S. Mair, Niek J. de Wit og Andrew W. Murphy. FOTO: BJØRN BJØRVATN

vant med registerforskning og i mindre grad klinisk forskning. Det kan jo være at noen opplever PraksisNett som dyrt, at kliniske studier er for kompliserte, eller at de har en manglende tro på at vi kan levere. En annen medvirkende grunn til lite forskning i allmennpraksis, er at sykehusene har et krav om å drive med forskning. Det har ikke kommunene. De fleste fastleger er selvstendig næringsdrivende og har et stort arbeidspress. Det er ikke alltid lett å prioritere og bidra til forskning i tillegg til klinisk arbeid. Men PraksisNett har løst dette ved å ha et nettverk av fastlegekontorer som er villige til å delta i studier.

## Vil ha med legevaktene

Flest kontaktskjema sendes inn fra forskningsmiljøer i Øst-Norge, som ifølge årsrapporten for 2023 stod for over 40 prosent, vest med litt over en fjerdedel, mens 12 prosent kom fra nord og én av ti fra region Midt-Norge.

– Forskjellene gjenspeiler nok størrelsen på regionene, men vi tar gjerne flere fra Midt- og Nord-Norge, sier Bjørn Bjorvatn.

## – Hvor mange prosjekter kan PraksisNett håndtere?

– Vi kan håndtere noen flere, men vi har begrenset kapasitet.

I dag er det bare fastlegekontorer som er tilknyttet PraksisNett. Bjorvatn forteller at det lenge har vært diskutert å få med legevaktene. Tidligere i år søkte Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin (NKLM) derfor Forskningsrådet om midler, men søknaden nådde ikke opp.

– Det ble dessverre «nei». Konkurransen om midlene er stor, og NKLM må søke igjen, kommenterer Bjorvatn.

## Få ender som prosjekt

I september orienterte han om status på Høstmøte om forskning i primærhelsetjenesten.

## DETTE ER PRAKSISNETT

- PraksisNett, som ble etablert i 2018, er en nasjonal infrastruktur som legger til rette for klinisk forskning på pasienter i allmennpraksis. Teknologien gir forskere tilgang til aggregerte anonymiserte data fra pasientjournalene.
- PraksisNett består av et nettverk av fastleger, ansatte i PraksisNett samt en digital del.
- I forskningsnettverket inngår 92 fastlegekontorer med nær 500 fastleger og cirka 520.000 pasienter.
- Om lag 30 personer jobber i ulike stillingsprosenter i PraksisNett, som består av en ledergruppe, et prosjektteam, et koordinator-team, et SNOW-team (IT-team), en styringsgruppe, et internasjonalt fagråd og en nasjonal referansegruppe. Medarbeiderne i SNOW-teamet er tilknyttet Nasjonalt senter for e-helseforskning.
- Universitetet i Bergen har prosjektansvar for PraksisNett, og øvrige partnere er UiT Norges arktiske universitet, NTNU, NORCE Norwegian Research Centre, Universitetet i Oslo og Nasjonalt senter for e-helseforskning ved Universitetssykehuset Nord-Norge.
- PraksisNett ble finansiert med midler fra Forskningsrådet fra 2018 til og med 2022, og har etter det fått bevilgning over statsbudsjettet.

– Over 100 ulike prosjekter har meldt interesse for å bruke PraksisNett, og enda flere prosjekter har fått rådgiving, sa prosjektlederen.

I fjor kom det inn hele 32 kontaktskjemaer. Det var ny rekord og mer enn en dobling fra hvert av årene før. Hittil i år er det registrert 13 skjemaer.

Når skjemaet er mottatt, tar en av de fire regionale lederne kontakt med forskeren. Hvis dialogen ender med at prosjektet vil søke om å bruke nettverket, må det sendes inn en fullstendig søknad. Neste steg er kontraktsinngåelse, og til slutt rekrutte-



– Så langt i år har vi godkjent fire prosjekter, sier Guro Haugen Fossum, som leder prosjekt-teamet i PraksisNett. FOTO: PRIVAT

ring av deltagere til studien. I alle deler av prosessen bidrar PraksisNett med rådgiving og oppfølging.

Et fåtall av henvendelsene ender derimot opp med et prosjekt.

– Av de 13 kontaktskjemaene vi har fått i år, er ikke alle egnet til å bli prosjekt, og vi bruker mye tid på rådgiving til forskere for å forklare hva de får ut av PraksisNett, forteller Bjorvatn.

Per oktober i år har PraksisNett godkjent nær 30 forskningsprosjekter. I fjor ble seks prosjekter godkjente forskningsprosjekter, og fem andre var fortsatt pågående ved årsskiftet 2023/24. Leder av prosjektteamet, Guro Haugen Fossum, forteller at så langt i år er fire prosjekter godkjent:

– Ett av disse prosjektene har faktisk startet, de andre er ikke i gang ennå. I år har vi hatt fire tidligere godkjente prosjekter «hengende med», der arbeidet med prosjektene i nettverket har pågått og pågår fortsatt. Per 20. oktober har vi nå tre prosjekter pågående i PraksisNett.

### Teknologi-trøbbel

Legekontorene i PraksisNett har en egen «SNOW-boks» knyttet til datasystemet på det enkelte kontoret. Teknologien sikrer anonymiserte data, og boksen kan trekke ut pseudonymiserte og krypterte journaldata fra fastlegenes journalsystem.

– Det geniale med teknologien er at den kan brukes til å frembringe pasientlister til

studier – så fastlegene slipper å lete etter pasienter som kan være egnet. Teknologien kan også hente ut aggregerte data – det vil si data fra flere legekantor over tid – for å få statistikk på for eksempel enkeltdiagnoser eller pasientgrupper, sier Bjørn Bjorvatn.

Men det er teknologiske utfordringer.

– Fastlegene har ulike systemer for elektronisk pasientjournal, og nesten alle går over til skybaserte løsninger. Vi må tilpasse teknologien til hvert enkelt journalsystem, og må endre når legekantorer endrer systemer. Nå har vi teknologien oppe og går for cirka 40 av de 92 legekantorene som inngår i PraksisNett. Når vi henter ut aggregerte data, får vi altså data fra under halvparten av fastlegekantorene som er tilknyttet oss.

Likevel har mer enn 90 prosent av alle prosjektene vært gjennomført uten bruk av SNOW.

– Det betyr at vi ikke er avhengig av IT-teknologien for å kunne kjøre forskningsprosjekter gjennom PraksisNett.

### Stram finansiering

PraksisNett ble finansiert med midler fra Forskningsrådet fra 2018 til og med 2022, og kommende år er det ingen restmidler igjen.

I 2023 fikk PraksisNett for første gang bevilgning over statsbudsjettet med ti millioner kroner. For

inneværende år var bevilgningen på 10,5 millioner, og i statsbudsjett for 2025 er det foreslått 10,9 millioner kroner.

– Forslaget for neste år var for så vidt som forventet, men vi hadde trengt mer penger. I fjor var restmidlene fra Forskningsrådet på 7 millioner kroner, i år har vi 1,5 millioner kroner, men altså ingen restmidler for 2025. Denne nedgangen er veldig problematisk med tanke på videre drift. Alle sier vi skal satse på forskning i primærhelsetjenesten, og jeg skjønner det er kamp om pengene, men vi skulle gjerne hatt mer. IT-delen er veldig kostbar å drifte. Det gjelder spesielt SNOW-teknologien, og det er en fare for at SNOW må settes på pause eller avvikles hvis vi ikke får nye eksterne midler, sier Bjorvatn.

### Håper på Stanford-samarbeid

Det er en mulighet for at det kommer eksterne midler neste år.

– Velrenommerte Stanford University i USA har kontaktet oss og andre land for et prosjekt som skal sammenligne forekomsten av ulike diagnoser mellom land. Men da er vi helt avhengige av å bruke SNOW-teknologien.

PraksisNett er med på søknaden om forskningsmidler som Stanford University vil sende i desember.

– Vi forventer svar til våren på om Stanford får finansiering, og i så fall kan dette for vår del bety rundt 10 millioner kroner i året til PraksisNett for å bruke dataene våre. Tanken er å kanalisere disse midlene til SNOW, sier Bjørn Bjorvatn.

For mer info om PraksisNett, se: [www.uib.no/praksisnett](http://www.uib.no/praksisnett)

■ [BETHNIL17@GMAIL.COM](mailto:BETHNIL17@GMAIL.COM)

*Vi bruker mye tid på rådgivning til forskere for å forklare dem hva de kan få ut av PraksisNett, sier Bjørn Bjorvatn.*

FOTO: LISBETH NILSEN





# Livet, døden og ærligheten

■ ENDRE OSEN SKJØLBERG • Fastlege, Molde kommune

**LIVET ER EN RISIKOSPORT.** Fra begynnelse til slutt. Vi vet jo at det ender når det først har startet. Som oftest har vi ikke peiling på når det slutter og hvordan det blir etter slutten. Kanskje like greit. Det er fyllet i midten som er kult. Jeg ville tatt sjansen på å leve når man likevel har muligheten. Det tar sånn tid å vente på slutten.

**HVORDAN ER NÅ** et gjennomsnittlig liv? Vi sover bort en tredjedel av livet vårt. Vi bruker fem år av livet på å spise og sju år går med til jobben. Du vasker klær i ni måneder av livet. Vi kysser to uker av livet vårt og har sex en måned av livet. Til sammenligning bruker vi seks måneder på do. Nå skal man aldri forakte en god avføring og en solid jobb på vannverket tar tid.

**MEN ER DETTE LIVET?** Det vi vet er at vi blir syke og at noen rundt oss blir det. Gjennom et liv vil vi få mange gleder, frustrasjoner og sorger. Livets landevei er ikke enkel, den går i svinger og vi ender stadig opp i grøftkanten. Vi tabber oss ut, vi gjør stadig

feil og noen ganger gjør vi helt riktige ting. Det er kanskje i yttersvingene vi føler at vi lever som mest?

**JEG HADDE IKKE KLOKKE** før jeg ble ungdom. Jeg lekte og herjet rundt, skolebussen fraktet meg frem og tilbake til gården, og etter det trengte jeg ikke å vite tida. Tida gikk likevel uten at jeg brydde meg, det var ikke så mye jeg skulle rekke uansett. Tidspunkt er ofte noe foreldre må forholde seg til. For unger oppleves dette som et mas, men hjemme hos oss var det lite prat om tida. Det vi ikke rakk i dag, måtte bare vente til i morgen. Om det ikke var blanke ark og nye fargestifter hver dag, så var det hvert fall alltid ei ku som skulle på bås og en gammel høygaffel som ventet. Selv om far jobbet nesten helt til det ble mørkt, så var han sjelden sliten og ordet stress var et fremmedord. Farmor bodde på gården og lærte meg å lese ved hjelp av *Nr. 91 Stomperud*. Farmor hadde alltid tid til unger, hun hadde så god tid at hun strøk alle klærne mine. Jeg var sikkert eneste gutten som hadde press i trusa gjennom hele oppveksten.

**HVORDAN ER DET I DAG?** Er vi opptatt av klokka og tidspunkt? Føler vi oss stresset? Hvor mange føler seg ikke som sjåfører for ungene som skal kjøres overalt? Er livet bedre nå enn da vi var barn? Kan dette stresset gjøre oss syke? Vi måler livet vårt med apper, sjekker pulsklokka og teller kalorier. Vi higer etter bedre resultat. Men for hva? For mange av oss blir slitne og stresset av det hektiske livet, vi blir deprimerte av alle krav og forventninger som vi strekker oss etter, men aldri når. Mitt råd er å legge lista lavt. Det er så mye bedre å klare hinderet, enn å stadig rive.

**KANSKJE SKULLE VI TATT AV** oss klokka en gang iblant? La avtaler være mer cirka enn nødvendig. Bare nyt dagen slik den er. Være dønn ærlig mot seg selv. Ta en liten selvsjekk. Har jeg det bra? Slå gjerne et terningkast på deg selv. Det er jo bare du selv som er ansvarlig for ditt eget liv, og blir det lav score på terningkastet, så er det bare du som til slutt kan gjøre noe med det. Har man ikke et ansvar for å sørge for at livet er verdifullt? Husk at det er fyllet i midten som er livet.

**LIVET ER JO BARE VEIEN** til slutten, men det trenger ikke å være en kjedelig vei for det. Det er bedre å vite at man turte å leve når man hadde sjansen. Woody Allen er jo en nevrotiker på sin korte hals og sa følgende: «Det er ikke det at jeg er redd for å dø. Jeg vil bare ikke være til stede når det skjer.»

**MITT RÅD** for denne dagen er: Skit i avtalene, gjør noe som er bra for deg! Ta av deg klokka og ta på deg nystrøken truse! Hvor herlig er ikke livet!

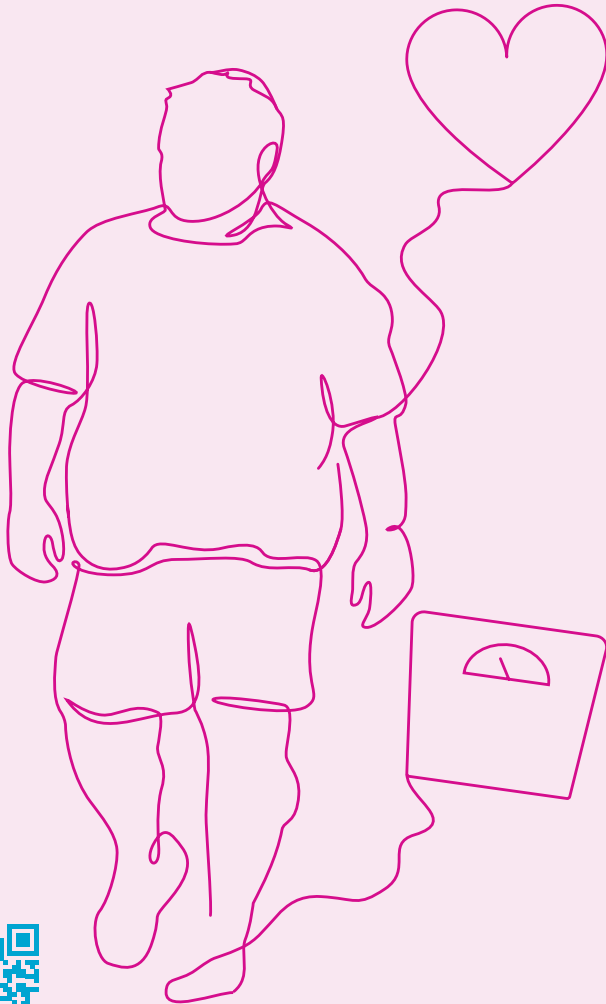
*Jeg var sikkert den eneste gutten som hadde press i trusa gjennom hele oppveksten, skriver forfatteren i sine betraktninger.*



ILLUSTRASJONSFOTO: MONTA HERNÉ / A. ANDRÉ PRELU

 **wegovy**<sup>®</sup> (semaglutid)

– mer enn vektreduksjon<sup>1</sup>



**20 %**

risikoreduksjon i alvorlige kardiovaskulære hendelser hos pasienter med fedme og etablert kardiovaskulær sykdom<sup>#1</sup>

**~15 %**

gjennomsnittlig vektreduksjon opprettholdt i 2 år med Wegovy<sup>®\*</sup> som tillegg til diett med redusert kaloriinnhold og økt fysisk aktivitet<sup>\*\*1</sup>



Du kan lese mer om Wegovy<sup>®</sup> på nettsiden [www.wegovy.no](http://www.wegovy.no)

**Indikasjon:**

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

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

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

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

\* STEP 5: - 2,6 % for placebo og -15,2 % for Wegovy<sup>®</sup>, 12,6 % i forskjell fra placebo. [KI 95 % -15,3; -9,8],  $p < 0,0001$ .<sup>1</sup>

\*\* Kalorireduisert diett og fysisk aktivitet: - 500 kcal/dag + 150 min/uke fysisk aktivitet + individuell oppfølging hver 4. uke.<sup>1,2</sup>

# Vist i SELECT-Kardiovaskulær endepunktstudie: 17604 pasienter med BMI  $\geq 27$  kg/m<sup>2</sup> og etablert kardiovaskulær sykdom ble tilfeldig randomisert til Wegovy<sup>®</sup> eller placebo, begge i tillegg til standardbehandling. Det primære endepunktet var tid fra randomisering til første inntreden av en alvorlig kardiovaskulær hendelse (MACE): kardiovaskulær død, ikke-fatal hjerteinfarkt eller ikke-fatal hjerneslag. HR: 0,80 i favør av Wegovy<sup>®</sup> 2,4 mg sammenlignet med placebo. [KI 95 % 0,72-0,90],  $p < 0,001$ .<sup>1,3</sup>



## Wegovy® – utvalgt sikkerhetsinformasjon

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

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

## Dosering – én gang per uke

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

For ungdom i alderen 12 år og eldre benyttes samme doseopptrappingsplan som for voksne (se tabell 2). Dosen bør økes opptil 2,4 mg (vedlikeholdsdose), eller til maksimalt tolererte dose oppnås.



## Råd til pasient mot kvalme



Reduser måltidsstørrelsen



Spis saktere



Reduser inntaket av mettett fett



Avslutt måltidet ved metthetsfølelse

## Reseptgruppe og pris

**Legemiddelgruppe:** GLP-1-analog **Reseptgruppe:** C **ATC-nr.:** A10B J06

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

## Behandling med Wegovy® er ikke refundert og kan ikke skrives på blå resept<sup>4</sup>

### Vilkår for vurdering av individuell refusjon:<sup>4</sup>

Individuell stønad blir som hovedregel ikke gitt til Wegovy®. Dette er en konsekvens av DMPs\* metodevurdering. I sjeldne tilfeller kan det gjøres unntak fra hovedregelen. Bare pasienter med KMI over 50 eller iso-KMI over 40, og som i tillegg har alvorlige vektrelaterte sykdommer, blir vurdert individuelt. Slike søknader skal vurderes av en rådgiver før endelig beslutning fattes. En eventuell søknad må komme fra en lege ved et offentlig sykehus.

\* DMP: Direktoratet for medisinske produkter, tidligere kalt Legemiddelverket

**Referanser 1.** Wegovy® SPC, avsnitt 5.1 **2.** Garvey WT, Batterham RL, Bhatta M, et al. Two-year effects of semaglutide in adults with overweight or obesity (STEP 5) Nature medicine 2022; 28(10), 2083-2091 **3.** Lincoff AM, Brown-Frandsen K, Colhoun HM, et al. Semaglutide and cardiovascular outcomes in obesity without diabetes. N Engl J Med. 2023; 389(24): 2221-2232 **4.** Informasjon om vilkår for individuell refusjon er hentet fra: <https://www.helsedirektoratet.no/rundskriv/kapittel-5-stonad-ved-helsetjenester/vedlegg-1-til-5-14-legemiddellisten/virkestoffer/semaglutid> (Lest 14.11.2024)

# Irritabel-tarm-syndrom

## – hvordan kan vi gi tverrfaglig behandlingstilbud over hele landet?

■ **CAMILLA THUEN** • Klinisk ernæringsfysiolog og stipendiat, Klinisk institutt 1, Universitetet i Bergen  
Nasjonal kompetansetjeneste for Funksjonelle Mage-tarmsykdommer, Medisinsk klinikk, Haukeland universitetssjukehus

■ **ELISABETH K. STEINSVIK** • Lege og ph.d., Nasjonal kompetansetjeneste for Funksjonelle Mage-tarmsykdommer, Medisinsk klinikk, Haukeland universitetssjukehus

■ **BIRGITTE BERENTSEN JACOBSEN** • Førsteamanuensis II, Klinisk institutt 1, Universitetet i Bergen  
Daglig leder, Nasjonal kompetansetjeneste for Funksjonelle Mage-tarmsykdommer, Medisinsk klinikk, Haukeland universitetssjukehus

Irritabel-tarm-syndrom (IBS) er en kronisk og funksjonell mage-tarm-sykdom som er assosiert med redusert helserelatert livskvalitet, økt sykefravær, samt somatisk og psykisk komorbiditet (1–4). Tilstanden karakteriseres av tilbakevendende magesmerter og endringer i avføringsfrekvens eller avføringsstype, og påvirker mellom fire og 9,2 prosent av befolkningen globalt (5, 6). Pasienter med funksjonelle mage-tarm-sykdommer, hvor IBS er den vanligste tilstanden, sto for 700 000 besøk hos fastleger i Norge i 2023, og IBS er forbundet med økonomisk belastning for både pasient, helsevesen og samfunnet generelt (7, 8). Det finnes ingen kur, men flere tiltak kan bidra til å redusere symptomene og øke livskvaliteten (9).

### Behandling av IBS

Første trinn i behandlingen av IBS er å gi pasienten trygghet på egen diagnose, etterfulgt av livsstilsendringer og i noen tilfeller

medikamentell behandling (9). Gjeldende retningslinjer peker på medikamentelle tiltak, generelle kostråd og stressmestring som grunnleggende råd, men også kosthold med redusert inntak av tungtfordøyelige karbohydrater (FODMAP-diett) og psykologiske tilnærminger som kognitiv atferdsterapi er vist effektive (9). Til tross for tydelige anbefalinger om tverrfaglig behandling, er tilgangen til disse behandlingstilbudene begrenset. Dette er knyttet til mangel på kvalifisert helsepersonell, geografiske forhold og kostnader. Dette tydeliggjør et behov for mer tilgjengelige behandlingstilbud, som kan brukes uansett bostedsadresse og lokale forhold.

### Mage-tarmskolen gir tverrfaglig opplæring og oppfølging hos klinisk ernæringsfysiolog

Siden 2015 har Nasjonal kompetansetjeneste for funksjonelle mage-tarmsykdom-

mer (NKFM) hatt et tilbud om digital behandling ved IBS, for å kunne sikre et standardisert behandlingstilbud til disse pasientene. Gjennom dette behandlingstilbudet, *Mage-tarmskolen*, får pasientene tilgang til et tverrfaglig opplæringsprogram og mulighet for digital veiledning av klinisk ernæringsfysiolog. Siden oppstarten har nærmere 2000 pasienter mottatt denne behandlingen, og vi ser at *Mage-tarmskolen* både gir symptomlette og er et nyttig verktøy i egenmestring (10).

*Mage-tarmskolen* er i dag et behandlingstilbud for pasienter tilhørende Helse Vest og Helse Nord, og det er en videre plan om å tilby dette som et nasjonalt behandlingstilbud fra 2025. Behandlingstilbudet er forankret og driftes ved Medisinsk klinikk, Haukeland Universitetssjukehus.

Det tverrfaglige behandlingsprogrammet i *Mage-tarmskolen* består av fem moduler laget av gastroenterolog, manuellterapeut, psykologspesialist og klinisk ernæringsfysi-

På dette bildet vises det matvarer som inngår i FODMAP-dietten.







ILLUSTRASJONSFOTO: GETTY IMAGES / THARAKORN

olog, og er lagt opp med video, tekst og bilder. Deltakerne har tilgang til behandlingsløpet i seks måneder og har hele veien tilgang til å sende meldinger til klinisk ernæringsfysiolog for digital veiledning via trygg elektronisk kommunikasjon (pålogging med Bank-ID). Modulene er satt sammen i et tverrfaglig perspektiv, med et overordnet mål om å gi pasienter med IBS evidensbasert kunnskap og verktøy til egenmestring (TABELL 1).

### Forskning pågår

Selv om behandlingstilbudet i dag er tilgjengelig for Helse Vest og Helse Nord, pågår det samtidig en randomisert klinisk studie hvor deltakere fra hele landet kan melde interesse. Målet med denne studien er å undersøke hvilke deler av *Mage-tarm-skolen* som har effekt, og hvilke pasienter som har best utbytte av dette behandlingstilbudet. I studien får alle deltakere tilgang

til de første tre modulene, samtidig som noen av deltakerne får tilgang til modul 4 og modul 5. Alle deltakere får tilbud om samme digitale veiledning som i den ordinære skolen, samt tilgang til alle moduler etter seks måneder. Denne studien vil gi verdifull informasjon om hvem skolen egner seg for, og hvilke deler av skolen som virker mest effektivt på symptomer og livskvalitet. Dette vil være av stor verdi for vi

TABELL 1. *Moduloversikt.*

MODUL	INNHold	MÅL
<b>MODUL 1:</b> Kroppen og mage-tarm-systemet (gastroenterolog)	Innføring i hva IBS er, fordøyelsessystemets funksjoner og hvordan de kan være endret ved IBS.	Gi verktøy til mestring og skape trygghet.
<b>MODUL 2:</b> Kroppsholdning og pusteteknikk (manuellterapeut)	Innføring i sammenhengen mellom IBS og muskel-skjelett-plager, nervesystem og smertefysiologi, samt vanlige fysiske feiltilpasninger ved IBS og hvordan disse kan endres.	Gi deltakeren forståelse for hvordan langvarig smerte oppstår og hvorfor den ofte vedvarer, samt hvordan man kan påvirke den.
<b>MODUL 3:</b> Kost- og livsstilsråd (klinisk ernæringsfysiolog)	Innføring i grunnleggende evidensbaserte råd for kosthold og livsstil (NICE-guidelines), fiberinntak, fysisk aktivitet og norske kostråd.	Gi forståelse for hvordan grunnleggende kost- og livsstilstiltak kan redusere plager ved IBS.
<b>MODUL 4:</b> Livsmestring (klinisk psykologspesialist)	Veiledning i hvordan psykologiske faktorer henger sammen med symptomer ved IBS. Innføring i teknikker fra kognitiv terapi, mindfulness og eksponeringsterapi for å kunne gjennomføre ferdighetstrening og eksponeringstrening.	Gi verktøy for å kunne forholde seg til symptomer ved IBS uten å faktisk bekjempe symptomene.
<b>MODUL 5:</b> FODMAP-diett (klinisk ernæringsfysiolog)	Veiledning i FODMAP-diettens tre faser i teori og praksis.	Gi forståelse for hvordan FODMAP-dietten fungerer og verktøy for å kunne gjennomføre denne.

dere implementering av *Mage-tarmskolen* som et nasjonalt behandlingstilbud for pasienter med IBS i hele landet.

Til denne studien melder deltakere selv interesse via et rekrutteringsskjema på nettsiden [www.helse-bergen.no/digibs](http://www.helse-bergen.no/digibs). De må være mellom 18 og 70 år, og diagnosen IBS må være satt av en lege. I screeningskjemaet er alle kriterier for deltakelse samlet, og deltakeren får beskjed dersom kriteriene ikke oppfylles. Tips gjerne dine pasienter om studien og del lenken videre. Studien rekrutterer pasienter fra hele landet ut februar 2025.

For mer informasjon om henvisningsrutiner til behandlingstilbudet *Mage-tarmskolen*, kan nettsidene til NKFM besøkes: [www.helse-bergen.no/nkfm](http://www.helse-bergen.no/nkfm).

#### REFERANSER

1. Gralnek IM, Hays RD, Kilbourne AA, et al. The impact of irritable bowel syndrome on health-related quality of life. *Gastroenterology*. 2000; 119: 654–660.
2. Patel P, Bercik P, Morgan DG, et al. Irritable bowel syndrome is significantly associated with somatisation in 840 patients, which may drive bloating. *Aliment Pharmacol Ther*. 2015; 41: 449–458.
3. Zamani M, Alizadeh-Tabari S, Zamani V. Systematic review with meta-analysis: the prevalence of anxiety and depression in patients with irritable bowel syndrome. *Aliment Pharmacol Ther*. 2019; 50: 132–143.
4. Frändemark Å, Törnblom H, Jakobsson S, et al. Work Productivity and Activity Impairment in Irritable Bowel Syndrome (IBS): A Multifaceted Problem. *Am J Gastroenterol*. 2018; 113: 1540–1549.
5. Oka P, Parr H, Barberio B, Black CJ, Savarino EV, Ford AC. Global prevalence of irritable bowel syndrome according to Rome III or IV criteria: a systematic review and meta-analysis. *Lancet Gastroenterol Hepatol*. 2020; 5(10): 908–917.
6. Ford AC, Sperber AD, Corsetti M, Camilleri M. Irritable bowel syndrome. *Lancet*. 2020; 396(10263): 1675–1688.
7. Statistisk sentralbyrå (SSB). Konsultasjoner hos fastlegen, etter diagnose, statistikkvariabel og år (Internett). Oslo: Statistisk sentralbyrå; (oppdatert 2023; lest 2024). Tilgjengelig fra: <https://www.ssb.no/statbank/table/10141>.
8. Flacco ME, Manzoli L, De Giorgio R, Gasbarini A, Cicchetti A, Bravi F, Altini M, Caio GP, Ursini F. Costs of irritable bowel syndrome in European countries with universal healthcare coverage: a meta-analysis. *Eur Rev Med Pharmacol Sci*. 2019; 23(7): 2986–3000.
9. Ford AC, Lacy BE, Talley NJ. Irritable bowel syndrome. *N Engl J Med*. 2017; 376(26): 2566–2578.
10. Berentsen B, Thuen C, Hillestad EMR, Steinsvik EK, Hausken T, Hatlebakk JG. The effects of digital eHealth versus onsite 2-day group-based education: a comparison of two cohorts of 255 patients with irritable bowel syndrome. *JMIR Hum Factors*. 2024; 14: 43618 (under publisering).

■ CAMILLA.THUEN@HELSE-BERGEN.NO



# Utposten

## annonseinfo 2025

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

**ABONNEMENT:** Kr 850,- i året

#### TEKNISK

**ANNONSEANSVARLIG:** Karianne Rutle

☎ 913 08 747 ✉ [karianne.rutle@gmail.com](mailto:karianne.rutle@gmail.com)

#### MATERIELL:

Elektronisk (e-post / filoverføringstjeneste, se: [www.aksell.no](http://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

**KONTAKTPERSON:** Morten Hernæs

☎ 916 98 412 ✉ [morten.hernaes@aksell.no](mailto:morten.hernaes@aksell.no)

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

#### ANNONSEINFO

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

\* +3 mm for utfallende alle sider

**BILAG:** Pris ved forespørsel.



## RA OG ATRIEFLIMMER

**Mer utsatt for hjerneslag**

Pasienter med revmatoid artritt (RA) og atrieflimmer har høyere risiko for hjerneslag enn atrieflimmerpasienter uten RA – og førstnevnte har mindre sannsynlighet for å få blodfortynnende behandling. Det viser norske forskere som konkluderer med et behov for bedre slagforebygging hos atrieflimmerpasienter med RA. Etter justering for alder og kjønn, hadde RA-pasienter med atrieflimmer 25 prosent høyere risiko for iskemisk hjerneslag enn ikke RA-pasienter med flimmer. Den økte risikoen var uendret etter å ha justert for diabetes, hypertensjon, og aterosklerotisk kardiovaskulær sykdom. RA-pasientene hadde 12 prosent lavere sannsynlighet for å få peroral blodfortynnende behandling.

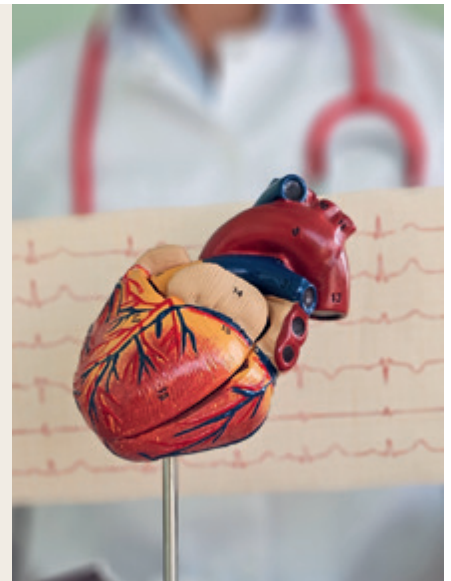
● Rheumatology (AM Kerola et al), august 2024, doi: 10.1093/rheumatology/keae458

## ATRIEFLIMMER HOS YNGRE

**Avdekket store kjønnsforskjeller**

Norske forskere har sett på forekomsten av atrieflimmer hos pasienter i alderen 18 til 50 år for perioden 2006 til 2019. De har estimert en årlig forekomst for 2019, og kom til at 10 925 yngre innbyggere i Norge det året fikk atrieflimmer første gang. Forekomsten var lav, men med store kjønnsforskjeller: Forekomsten av atrieflimmer utgjorde 0,50 prosent for menn og 0,19 prosent for kvinner. Populasjonen som fikk hjerte- og atrieflimmer i ung alder hadde ifølge anslag i gjennomsnitt én konsultasjon årlig hos fastlege, men antallet konsultasjoner varierte betydelig. Også for helsetjenestebruk var det store forskjeller ut ifra kjønn: 71 prosent av mennene hadde vært både hos fastlege og på legevakt, mens det samme var tilfelle for bare 38 prosent av kvinnene.

● Open Heart (SM Kalstø et al), august 2024, doi: 10.1136/openhrt-2024-002695

**44 %**

av pasienter som viste seg å ha kreft, mistenkte selv at de hadde kreft første gang de kom med symptomene til fastlegen. Hele 55 prosent av fastlegene deres mistenkte også kreft, eller annen alvorlig sykdom. Når pasienten var bekymret for kreft, var legen mer tilbøyelig til å mistenke at symptomene var kreft. Når verken pasienten eller legen tenkte på kreft, tok det lengre tid før pasienten ble henvist. Den danske spørreundersøkelsen omfatter svar fra mer enn 3.300 nydiagnostiserte kreftpasienter og deres fastleger.

● Nordic Congress in General Practice (NCGP), juni 2024, Turku/Finland, abstrakt WS25 (L. Virgilsen et al)

## LANGVARIG JOBB-STRESS

**Nær tredobler sykmeldingsrisiko**

Permanent stress i løpet av siste fem år gir nesten en tredoblet risiko for å bli sykmeldt i mer enn 14 dager. Det er hovedfunnene i en svensk studie blant nær 500 kvinner. Omtrent tre av fire kvinner i studien rapporterte om psykisk stress, og 16 prosent hadde minst én sykmeldingsperiode etter inklusjon i studien. Blant 21 jobbrelaterte problemer, var konflikter på arbeidsplass forbundet med 2,2 ganger høyere risiko for sykmelding, mens risikoen var 1,7 ganger høyere når arbeidstaker hadde lav grad av selvbestemmelse på arbeide. Den økte risikoen var uavhengig av generelt psykisk stress og tidligere perioder med sykmelding. Dataene er hentet fra en undersøkelse i 2016/2017, som var en del av Populationsundersøknings av kvinner i Göteborg.

● Scandinavian Journal of Primary Health Care (K Mehlig et al), juli 2024, doi: 10.1080/02813432.2024.2380925

## PSYKISKE SYMPTOMER

**Flere menn valgte digital legekonsultasjon**

De vanligste plagene ved digitale konsultasjoner ved et helsesenter i Sverige var knyttet til hud (29 prosent), fulgt av psykiske symptomer (16 prosent). Flere menn enn kvinner, henholdsvis en andel på 19 prosent og 15 prosent, oppsøkte hjelp for psykiske plager. De fleste som fikk en ny digital konsultasjon, hadde psykiske symptomer. Artikkelforfatterne viser til at menn som sliter psykisk er en vanskelig gruppe å nå, og at digitale konsultasjoner kan være et godt alternativ for menn som er ukomfortable med å oppsøke lege på grunn av psykiske plager. Studien er gjennomført med data fra Närhälsan Guldvingen, et helsesenter i den offentlige primærhelsetjenesten i Västra Götaland-regionen i Sverige. Helsesenteret har 14.000 pasienter og har tilbudt digitale konsultasjoner siden 2020. Den retrospektive studien har sett på data fra 232 pasienter som hadde digital konsultasjon med en lege i 2021. Kvinner utgjorde 60 prosent av pasientene, og nær en fjerdedel av pasientene var i aldersgruppen 51 til 60 år.

● Nordic Congress in General Practice (MF Bin Zahid et al), juni 2024, abstrakt O17.1



## HELSELEDERES SYN PÅ IT

**Til god hjelp – men ikke på alle felt**

154 ledere ved sykehus og i kommunal helse-tjeneste i et fylke i Norge er spurt om deres holdninger til ledelse og bruk av digitale verktøy (IT). Cirka halvparten av lederne uttalte at IT i liten eller ingen grad var egnet til visse oppgaver, som for eksempel samhandling med ansatte i forbindelse med arbeidsvurdering eller sykmelding, eller det å bygge en bedriftskultur. Ved slike prosesser foretrakk lederne å treffe folk ansikt til ansikt. Lederne mente at digitale verktøy la til rette for en positiv endring ved organisatoriske arbeidsprosesser om verdier og mål, og at IT støttet administrative oppgaver som kontroll med ansvarsfordeling.

● Digital Health (J Dyb Oksavik), september 2024, doi: 10.1177/20552076241277036

## PRODUKTIVITETSTAP

**Størst tap knyttet til kronisk sykdom**

Hva er produktivitetstapet i Norge forbundet med sykdom og død, målt ut ifra alder, kjønn og sykdomskategori? De spørsmålene har forskere sett nærmere på, og de har ved hjelp av flere registre og offentlig statistikk estimert produktivitetstapet for år 2019. Den viktigste årsaken til tapt produktivitet (lønn) var sykdom knyttet til psykisk helse og rus, som samlet stod for cirka en tredel av produktivitetstapet. Deretter fulgte muskel- og skjelettlidelser som utgjorde cirka en fjerdedel, nevrologiske sykdommer, skader og kreft/svulst. Produktivitetstap på grunn av sykmelding, uførhet eller arbeidsavklaring var høyere for kvinner enn menn, mens tidlig død var en hyppigere årsak hos menn enn kvinner. Sistnevnte var knyttet til kreft, hjerte- og karsykdom og skader. På tvers av alle aldersgrupper var det kroniske sykdommer med høy forekomst som bidro til størst tap av produktivitet.

● Scandinavian Journal of Public Health (JM Kinge et al), august 2024, doi: 10.1177/14034948231188237

## ENSTILAR® «LEO»

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

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





START | CONTINUE

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

### EFFEKTIV BEHANDLING AV AKTIV SYKDOM<sup>1-5</sup>

Mer effektiv enn andre  
kombinasjonsbehandlinger  
med de samme virkestoffene<sup>4,5</sup>



### VEDLIKEHOLDSBEHANDLING I ROLIG FASE<sup>1,6</sup>

Proaktiv vedlikeholdsbehandling gir  
flere dager i remisjon enn reaktiv  
behandling<sup>6</sup>

Enstilar® er den første lokalbehandlingen av psoriasis som har vist at proaktiv terapi gir færre og kortere tilbakefall sammenlignet med reaktiv behandling<sup>6</sup>

**Enstilar®**  
kalcipotriol/betametasondipropionat

#### Referanser:

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

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



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

# Rehabilitering – det viktigste vi gjør?

«Fysikalsk medisin og rehabilitering» er en medisinsk spesialitet med

«kunnskaper og ferdigheter i å utrede og diagnostisk avklare pasienter med betydelige funksjonsnedsettelse, samt lede, samordne og gjennomføre kunnskapsbaserte rehabiliteringstiltak fundert på en bio-psyko-sosial forståelse». (1)

Denne spesialiteten har de fleste av oss stor glede og nytte av å samarbeide med. Beskrivelsen av faget stemmer også svært godt overens med mye av det vi sjøl driver med, med unntak av at et mindretall av våre pasienter har «betydelige funksjonsnedsettelse». De vil allikevel ofte trenge hjelp med rehabilitering i atskillig videre forstand enn det som ovennevnte spesialitet driver med. Og det er noe av det aller viktigste vi har å gjøre i vårt arbeid.

Marit (39) kommer til meg som ny pasient. Hun har vært sykmeldt i ni måneder grunnet utmattelse, som synes å ha vært utløst av arbeidssituasjonen. Hun synes nå hun har begynt å bli bedre, og hun klarer mer aktivitet. Men hun lurer på veien videre. Hun tror ikke hun bør gå tilbake til jobben, i alle fall ikke nå, da hun frykter at det gjør at tilstanden vil forverres igjen.

Hun er blitt bedt av NAV om å søke AAP, og lurer på hva det innebærer for henne.

Jeg framholder for henne: «Nå er det viktig at du bygger deg opp gradvis og forsiktig. Det er fire mulige veier å gå for dette: Jobb, utdanning, fysisk aktivitet og frivillig arbeid. Jeg støtter deg i at jobben ikke er rette sted å begynne nå. Men hva tenker du ellers om veien videre?»

Hun tenker på dette. Og hun konkluderer med at fysisk aktivitet er det mest nærliggende for henne å ta tak i. Vi blir enige om at hun etablerer en rutine med daglig fysisk aktivitet, og fører logg/«treningsdagbok». Hun begynner med å gå tur, og kan etter hvert supplere med enkle styrkeøvelser. Målet for intensiteten skal være at det går greit å gjøre det samme neste dag. Vi avtaler nytt møte om en måned og forlenger sykmeldingen.

Ved neste og seinere møter evaluerer vi innsats og progresjon. Jeg skriver erklæring til NAV om at hun følger et «strukturert rehabiliteringsopplegg» og vil være tjent med å skifte arbeid. Vi diskuterer de tanker hun har om å finne en ny vei tilbake til arbeidslivet. Vi snakker også om andre ting hun kan finne på for å gjøre livet bedre uten at det

krever for mye av henne. Hele tida vektlegges det å fortsette prosessen gradvis, og å være forberedt på midlertidige tilbakeslag.

Ni måneder seinere er hun i gang med videreutdanning med sikte på ny jobb. Hun trener godt og regelmessig, og fører fortsatt treningsdagbok. Hun synes hun mestrer livet bra. Vi trapper ned oppfølgingen til å ses hver tredje måned, men kontakten er fortsatt viktig en stund til, da det er risiko for tilbakeslag etter en slik prosess. Når vi møtes, snakker vi i hovedsak om trening og det som ellers går bra.

Denne historien vil mange kjenne seg igjen i. Den er ment å illustrere grunnleggende prinsipper i vårt arbeid med rehabilitering av pasienter med kroniske/langvarige medisinske tilstander, med eller uten entydig medisinsk forklaring. Det er avgjørende å anerkjenne pasientens egne ressurser og reflektere rundt de valgene som skal tas. Jeg opplever dette som noe av det viktigste og mest meningsfulle vi driver med i vår praksis.

Et hjertesukk til slutt: Vi får fortsatt høre om pasienter med kroniske tilstander som har fått høre fra sin fastlege at «Det er ikke mer jeg kan gjøre for deg.» Da har legen misforstått sitt fag som «ekspert på å følge opp pasienter med kroniske og sammensatte tilstander» (2).

#### REFERANSER

1. <https://www.legeforenningen.no/fag/spesialiteter/Fysikalsk-medisin-og-rehabilitering/>.
2. <https://www.legeforenningen.no/fag/spesialiteter/Allmenmedisin/>.

PETER PRYDZ  
Vikarlege, pensjonert fastlege, Hammerfest  
■ JOBB@PETERPRYDZ.NO





# En jordnær og vakker gave til både lek og lærd



Kristian Hall  
**Farvel, depresjon**  
 Hvordan hjelpe og støtte en som er deprimert?  
 183 sider  
 Cappelen Damm  
 Oslo 2022  
 ISBN 978-82-02-72594-5

Fra baksideteksten: «Farvel, depresjon er en inspirerende, praktisk og varm bok som gir deg kunnskapen og verktøyene du tren-

ger.» Og det er ingen overdrivelse. For forfatteren viser en bredde og en dybde i forståelsen av både mangfoldet og det helt sentrale hos personer som strever med depresjon, samt hvordan både pasientene selv, pårørende og fagpersonell kan bidra med helende tiltak.

Forfatteren har selv kjent på hva det vil si å være deprimert. Og dette er kanskje et vesentlig bakteppe for å forstå hvordan han kan ha den interessante tilnærmingen til stoffet. - Hvert kapittel starter med en pasients korte beskrivelse av hva som ble vesentlig for å bli frisk.

Hovedoverskriftene i boken er

- Hva er depresjon? – og ikke minst viktig her: Hvordan det føles å være deprimert
- Ti steg for å hjelpe en som er deprimert, og dette utgjør hovedinnholdet i boken
- Navigere og forebygge – og da både i hel-sevesenet og – ikke minst viktig som foreldre

Det spesielt verdifulle ved boken er nettopp dette at den er skrevet både for helsepersonell, pårørende og – ikke minst viktig – pasientene selv.

På toppen av det hele: Boken er regelrett spennende å lese – ja, faktisk litt vanskelig å legge fra seg når en først har begynt!

Boken anbefales.

ELI BERG

## Nyttig for oss alle



Inga Marte Torkildsen  
**Det vi så, var et svik mot barna**  
 En ny retning for velferdsstaten  
 1. utgave  
 388 sider  
 Vigmostad & Bjørke  
 Bergen 2023  
 ISBN 978-82-419-6140-3

Fra baksideteksten:

«Hver dag påføres et betydelig antall norske barn alvorlige traumer. Ikke bare som følge av fysisk og psykisk vold eller seksuelle overgrep, men alt som kan sette varig preg på et menneske: mangel på kjærlighet og trygghet, eller alt som følger av å vokse opp i fattigdom eller tett på rus. Barndomstraumer er et folkehelseproblem som påvirker

hele samfunnet og koster staten dyrt. Så hvorfor løftes ikke dette temaet helt opp i den politiske debatten?»

Men løfte debatten det gjør forfatteren av denne boken. Hun har en uvanlig bred erfaring, har en svært god penn, og det er neppe mulig å ikke bli imponert over bredden i stoffet hun har hentet – ikke minst fra eget arbeid som politiker på toppnivå (som barne- og likestillingsminister) og i Oslo kommune i tillegg til arbeid i flere organisasjoner. Nevnes må også at hun har fått flere priser for arbeidet sitt. Og det er barna det gjelder. Hva de erfarer i tidlig alder har vist seg å kunne ha betydning for helsen gjennom hele livet – og over generasjoner. Dette kan skje om de ikke får den hjelpen de så sårt trenger tidlig i livet.

En rekke fortellinger fra barn og voksne utgjør basisen i bokens kapitler. I tillegg henviser hun til en rekke forskere nasjonalt og internasjonalt som har gått inn i det som vår kollega Anna Luise Kirkengen har vist i sin forskning, nemlig «hvordan krenkede barn bli syke voksne». En annen norsk forsker som til fulle har formidlet

betydningen av barns oppvekst er Kari Kil-lén – og en omfattende referanseliste viser til en betydelig internasjonal innsats for å holde fram betydningen av barns oppvekst.

Som leger kan vi være helt sentrale for at barns livsvilkår kommer for en dag – og da ikke minst viktig: Det må skje på barnas premisser gjennom tillit, omsorg og fortrolighet i møter med barn i ulike destruktive livssituasjoner.

Bokens mangfoldige og jordnære tematikker illustreres i kapittelinnledningene:

- Vi vet nok til å handle nå
- Vi utsetter barn for fare
- Mangelfull forebygging i den første, kritiske fasen
- Der barna er, er ikke fagfolka rustet til oppgaven
- Hjelp som ikke hjelper
- Hjelp som krenker
- Tidlig inn og bli der
- Trygge relasjoner i barnehage og skole
- Hjelp som hjelper
- Det står og faller med ledelsen
- Endre samfunnet eller legge lokk på urett?

Denne boken bør vi unne oss å lese noen hver, så viktig er den.

Boken anbefales.

ELI BERG

# En perle!

Trond Sødal  
**40 råd etter 40 år som barnepsykiater**  
 97 sider  
 Kolofon forlag 2024  
 ISBN 978-82-300-2722-6

Etter å ha lest denne boken er det flere «ordspill» som dukker opp, slike som «hodet og hjertet på rette plassen», «en perle av en fagbok» og flere ekstra positive utsegn i samme positive gate. Eller som forfatteren sier det i innledningen:

«Dette er en bok om hvordan hjelpere best kan få til å hjelpe barn i nød. Både den nøden og det hjelpebehovet som kan følge med det å være et annerledes barn eller vokse opp med omsorgssviktens ulike ansikter, og likeså behovene for de barna som rammes mer akutt av belastende hendelser.»

Fra baksideteksten:

«Boka veksler mellom kortfattede, konkrete råd i situasjoner der barn ikke sier noe, vil

sitte på fanget, må på do, river i stykker ting, eller ikke vil gå når timen er over – til mer utdypede drøftinger av hvordan det er mulig å møte mer alvorlige situasjoner, som når barn forteller om misbruk.»

– Han poengterer at han har arbeidet med barn opptil 10–12 år gamle, ikke ungdom. – Et vesentlig moment som gjennomsyrrer boken er dette at barna «kan få nye relasjonelle erfaringer gjennom samvær med nettopp en annerledes voksen». Og et viktig poeng i så måte er at «vi må ikke glemme å snakke med foreldre om skillet mellom behandling og oppdragelse» – at vår jobb som terapeuter ikke er å oppdra barna.

Boken inneholder rikholdige detaljer og tips om de ytre fysiske rammene, om utstyr, leker og formingsmateriale, og også venterommet blir omtalt. Men hovedtematikken er naturlig nok selve timene med

barna. Her møter vi hverdagen i terapien – en rikholdig flora av elementer som kan hjelpe de små. Dette er hovedingrediensen – en så rikholdig og spennende tekst at leseren nærmest dras inn i møtene barna har med legen.

Avslutningsvis skriver Trond Sødal:

«Jeg tenker at mye av det jeg har omtalt og gitt råd om er relevant også i annet arbeid der dere voksne skal snakke med barn om vanskelige, ubehagelige og betente temaer eller hendelser – dere som jobber som lærere eller barnehagelærere, i barnevernet, i politi og rettsvesen, på helsestasjon eller i skolehelsetjenesten.»

Og ikke å forglemme: Hvor vesentlig denne boken vil kunne være for enhver allmennpraktiserende lege i det daglige arbeidet med barn, uansett alvorlighetsgrad.

ELI BERG

# En viktig bok for både lek og lærd!



Turid Wangensteen, Martine Kihle Dalsrud  
**Når foreldre ruser seg**  
 217 sider  
 Universitetsforlaget  
 Oslo 2023  
 ISBN 978-82-15-06450-5

Turid Wangensteen er utdannet barnevernspedagog og familierapeut og har en doktorgrad som omhandler barn og unge

som har foreldre med rusproblemer. Martine Kihle Dalsrud er utdannet grunnskolelærer, og har i tillegg en mastergrad i tverrfaglig arbeid med barn, unge og familier. Hun har selv vokst opp med foreldre med rusproblematikk.

Boken tar utgangspunkt i tre fiktive familier, hvor barna og de unge på ulike vis strever med foreldrenes rus. Tildekning, skam, fortvilelse er bare noen av de store problemene som tårner seg opp i familiene.

Fra baksideteksten kan vi lese:

- «Hvordan kan barna i større grad bli sett, hørt og beskyttet?»
- Hvordan påvirker foreldrenes rusproblem barn og unges oppvekst?»
- Hvordan kan vi forstå foreldrene og deres rusproblemer?»
- Hvordan kan vi forebygge at barn og unge får alvorlige problemer på grunn av foreldrenes rusmiddelbruk?»
- Hvordan kan foreldrene få bedre hjelp og støtte?»

Boken er lettlest, kjennes veldig relevant for oss leger, og den er en pedagogisk gave-

pakke for større forståelse for problematikken. Den beskriver samtidig jordnære tilnæringsmåter til både barna og de voksne i de aktuelle familiene.

Boken har tre hovedkapitler:

- Teoretiske perspektiver
- Oppdage og forebygge
- Beskytte og støtte

Under hver av disse er det et rikholdig tilfang av gode råd og tilnæringsmåter som skulle være mulige å teste ut for både lek og lærd – og ikke minst for leger i primærhelsetjenesten, både som f.eks. fastlege, skolelege og helsestasjonslege.

Illustratør Eivind Gulliksen levendegjør hver av de tre familiene gjennom talende illustrasjoner.

Dette er en bok jeg veldig gjerne skulle hatt tilgang til både som fersk i faget medisin, og ikke minst gjennom mine 25 år som allmennpraktiker i én og samme befolkning.

Boken anbefales.

ELI BERG



# En annerledes del av Norge

Harald G. Sunde  
**Nedtegnelser fra Kirkenes,  
 Sør-Varanger og verden rundt**  
 Beallječohkka Innovation

Harald G. Sunde tør være et kjent navn for våre lesere. Han har publisert en rekke artikler i *Utposten* opp gjennom årene, den første i 1991, etter hva jeg kan finne. Harald G. Sunde har over 40 år bak seg som lege i Kirkenes. Boka er en samling av artikler med en stor spennvidde. Noen av dem (jeg vil påstå de beste!) er tidligere publisert i *Utposten*, noen i andre tidsskrift, en del publiseres for første gang i denne nyttegivelsen. Boken utgis på det som vel er forfatterens eget forlag (hold tunga bent i munnen: Beallječohkka Innovation!). Allerede forlagets navn bryter med en av forlagets tre språkregler: «Låneord fra engelsk skal dit ches der det er mulig». Den våkne leseren aner allerede at dette er en bok med både

humor og selvironi. Det skal vise seg å stemme.

Hva er felles for disse artiklene? Som tittelen antyder er en fellesnevner for historien; våre grensestrøk mot Russland. Vi møter en annerledes del av Norge. Her er det fra gammelt av et språklig og etnisk mangfold med nordmenn, russere, samer og kvenner. Vi får servert krigshistorie, kreftalarmer, betraktninger om langrenn, medisinsk historie og hverdagsbetraktninger. Det gjøres også sprang innom både Tyrkia og Myanmar. Det er derfor i det hele tatt vanskelig å si hva som forener i innhold. Om det er en svakhet eller en styrke for boken er jeg ikke helt sikker på, men jeg heller mot å mene det siste.

Lettere enn å finne hva som er felles for tematikken er det å si noe om hva som kjenne-tegner formen. Harald G. Sunde har en lett penn, med elegant språkføring og rike

lige doser humor. Vi ser også tydelig at han har den lokale legens briller på seg. Han skriver selv om en av historiene at den har «en høy nerdefaktor». Det kan være sant, men når forfatteren evner å gjøre det nerdet allment, så er det en fryd å lese. I epilogen står det at boken er skrevet uten kunstig intelligens, og at «noen nok vil hevde at den er skrevet uten noen som helst form for intelligens!». Den er i hvert fall skrevet med varme og med kjærlighet til folket og landet der oppe. Sterkest inntrykk gjør møtet med mennesker, som med den blinde som hadde restarbeidsevne nok til å bli møbelsnekker.

Jeg leste boka på flyet på vei hjem fra redaksjonssamling i *Utposten*. Jeg ble så fascinert av den at jeg gikk fra mobiltelefonen min da jeg forlot flyet. Det har aldri hendt meg før, noe som burde borge for kvalitet.

NJÅL FLEM MÆLAND





Ødelegger  
rusmidlene  
livskvaliteten?

Nå kan du få hjelp til å snakke om det

Legeforeningen, Sykehjelps- og pensjonsordningen for leger (SOP) og Trasoppklinikken har opprettet et hjelpetilbud til leger med rusproblemer. Målet er å kartlegge legens ruslidelse og psykiske helse, for deretter å komme med forslag til videre behandling.

**Er du lege med et rusproblem, eller er du pårørende til en?**

Da kan du ta direkte kontakt med Shahram Shaygani, 920 51 842 / [s.shaygani@trasoppklinikken.no](mailto:s.shaygani@trasoppklinikken.no) eller Hiep Tran, 995 81 437 / [h.tran@trasoppklinikken.no](mailto:h.tran@trasoppklinikken.no).

Henvising er ikke nødvendig. Dere avtaler konsultasjonstid så raskt som mulig, og du får tilbud om 1 til 5 gratis samtaler ut fra en individuell vurdering. Dekning av reiseutgifter for leger som kommer til samtale skjer etter fastsatte satser.



Støttekollegaordningen  
DEN NORSKE LEGEFORENING



# Fastlege- dashbordet

Mange leger har en svakhet for statistikk. Det er et viktig verktøy i all forskning og et viktig virkemiddel for å sikre en opplyst diskusjon. I selveste kvalitetssirkelen PDSA (Plan-Do-Study-Act), er statistikk og data-innsamling et viktig verktøy i alle fasene.

Internett har gitt de tallfrelste analytikerne blant oss nye jaktmarker. For den interesserte fastlegen eller kommunelegen leverer Helfo et eget «fastlegedashbord»! Brukerne kan se data om fastlegekorpset på lands-, fylkes- og kommunenivå. Dataene går tilbake til 2019 og kan framstilles grafisk eller som tabeller direkte i dashbordet. Det er derfor mulig å se historiske utviklingstrekk både på makro- og mikronivå.

Brukergrensesnittet består av fire hoveddeler (inndelt i fire faner): «Fastleger», «Fastlegekontor», «Innbyggere i FLO» og «Fastlegelister».

**Fastlegefanen** kan gi svar på kjønns- og aldersfordeling, antall fastleger som har sluttet eller startet, andel spesialister og fordelingen mellom næringsdrivende og fast ansatte fastleger.

Det er i oktober i år 3406 spesialister i allmennmedisin som er fastleger, som er det høyeste tallet noensinne, og de utgjør 62,1 prosent av fastlegekorpset. Det gjør at ALIS-andelen er 37,9 prosent. Tilsvarende tall i spesialisthelsetjenesten er at det er 38,5 prosent LIS-leger (Helsedirektoratet, 2020).

**Fastlegekontorfanen** er like spennende. Her finner du tall for antall gruppepraksiser, kontor tilpasset bevegelseshemmede og hvor mange lister det er per fastlegekontor.



Lurer du på hva som er typisk antall lister per kontor, finner du det her (svaret er fire). Du vil også se at antallet gruppepraksiser med syv eller flere leger har økt jevnt og trutt i hele datasettet.

**Innbyggere i FLO-fanen** inneholder data om listeinnbyggerne. Her finner du alders- og kjønnsfordeling, i tillegg til oversikt over gjesteinnbyggere, personer uten fast lege og antall personer på venteliste.

Her kan du se at ventelistetoppen var i 2023, med 347 560 på venteliste, som har blitt redusert med 2,72 prosent til oktober 2024, og var da 338 109 personer.

**Fastlegelister-fanen** har oversikt over listetak, vikarbruk, lister uten fast lege og antall fastlegelister med fastlønn.

I juli 2024 var det 30,8 prosent av fastlegelistene som hadde vikar, mens det i oktober var 23,0 prosent. Vi kan se at august 2023 var høydepunktet for lister uten fast lege, med 346 slike lister, mot 270 slike lister i oktober i år.

Det kreves ingen brukernavn eller passord, dataene ligger åpent tilgjengelig på: <https://www.helfo.no/fastlegeordninga/fastlegestatistikk>

#### REFERANSE

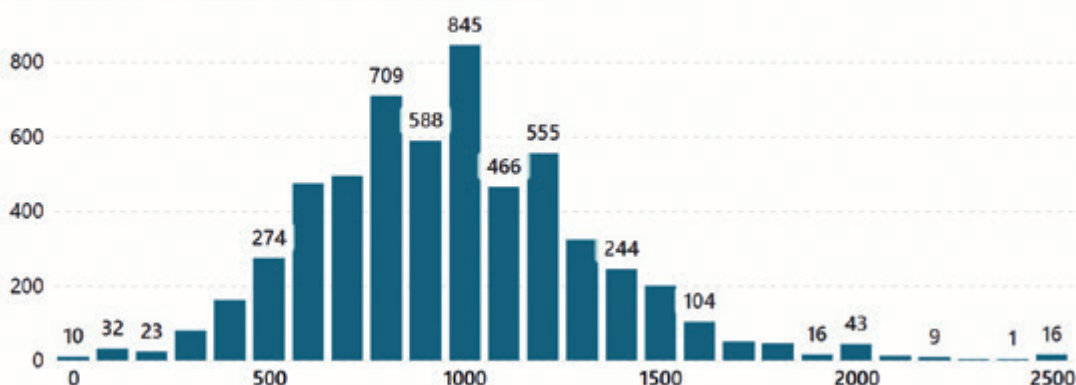
1. Helsedirektoratet. (2020). Leger i kommunene og spesialisthelsetjenesten (IS-2967).

ARILD IVERSEN  
Redaktør i Utposten

LEGE.ARILD.IVERSEN@GMAIL.COM



Fastlegelister fordelt på listetak per oktober 2024



Leger leser hver dag, journaler, rapporter, epikriser og fagblader. Men hva leser legen utenom faglig relatert litteratur? Og når leser legen dette – om kvelden, i helgene, i feriene, lydbok i bilen på vei fra jobb? I denne spalten ønsker vi å lese om akkurat det, om boken legen leser og hvorfor akkurat den boken ble valgt.

# HVA LESER..?

## Mari Haug Barsnes?

Fastlege, Oslo  
■ MARIELLENHAUG@GMAIL.COM



Etter en lang dag på jobb, med innblikk i mange historier og ofte travle ettermiddager og kvelder med aktiviteter, syns jeg det er nydelig å forsvinne inn i en bok og en historie hvor jeg ikke bærer ansvar eller må ta beslutninger, men bare kan la meg rive med. På samme måte som i løpet av arbeidsdagen, er det historier som berører og treffer meg mer enn andre.

Jeg har akkurat i dag, til lørdagens morgenkaffe, fullført *Søsterklokkene* av Lars Mytting. En bok hvor jeg ble sugd inn i den lille bygda i Gudbrandsdalen der det ble levd så mange ulike liv, avhengig av sivilstatus, tittel og familie man var født inn. Astrid Hekne imponerte meg i det hun stod i gjennom sitt liv.

Monica Isakstuen har også underholdt meg i år med romanen om tre generasjoner på den hvitmalte hytten ved sjøen en norsk sommer. Nære relasjoner som allikevel kan bli vanskelige, selv med flott natur som kulisse. Folks relasjoner, og alle de vansker det kan bære med seg, er jo ofte tematikk på mitt legekantor. Jeg synes Isakstuen belyser dette på en spennende måte.

Over flere år har jeg hatt glede av bøkene Heidi Furre gir ut på nynorsk. Hun skriver så fint! I det siste har jeg lest hennes bok *Makta*, som handler om hvordan en småbarnsmor og sykepleier skal gå videre etter et traume. Vi får være med inn i hennes følelser og hverdag. Det er vondt å lese, men føles også viktig. Heidi Furre skriver godt,

syns jeg. Jeg anbefaler hennes gode og relativt korte romaner.

Som mange andre i 2024 så ble jeg ivrig etter å bli kjent med Jon Fosse. Min mann har i alle år hatt den tynne boka *Andvake* i bokhyllen. Jeg hadde tenkt at det var på nivået over min leserinteresse, men jeg husker boken som en bok som jeg suste igjenom. Språket og historien fløt og danset av gårde på en måte jeg aldri har opplevd før. Historien om det unge paret med stor kjærlighet, mye mot og håp var nydelig. Det var en god leseopplevelse!

Nå ligger *Hekneveven* av Lars Mytting og *Hvis det skulle komme et menneske* av den unge dansken Thomas Korsgaard klare på nattbordet.





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 produsent-uavhengig legemiddelinformasjon. Vi er et team av farmasøyter og kliniske farmakologer og besvarer spørsmål fra helsepersonell om legemiddelbruk. Det er her gjengitt en sak utredet av RELIS som kan være av interesse for Utpostens lesere.

# Administrering av legemidler til pasienter med svelgevansker (dysfagi)

Svelgevansker (dysfagi) kan gi utfordringer ved administrering av perorale legemidler, og kan øke risikoen for feil som påvirker både effekt og sikkerhet av legemidlet. I denne artikkelen oppsummeres generelle prinsipper, samt diverse råd og ressurser som kan være nyttige å kjenne til ved administrering av perorale legemidler til pasienter med dysfagi.

Spise- og svelgevansker (orofaryngeal dysfagi) rammer mennesker i alle aldersgrupper, men i denne artikkelen fokuserer vi på voksne. Hos barn må man ofte også ta andre hensyn enn de som omtales her, fordi godkjente og alderstilpassede formuleringer ikke alltid er tilgjengelige. Ressurser for administrasjon av legemidler til barn finnes på nettsidene til Nasjonalt kompetansenettverk for legemidler til barn (1).

Dysfagi er ikke en sykdom i seg selv, men en tilstand som kan ses etter traumatisk hodeskade og ved en rekke sykdommer, eksempelvis hjerneslag, Parkinsons sykdom, multippel sklerose og demens (2, 3). Normale aldersforandringer kan også gjøre svelgefunksjonen svakere og mer langsom.

Det er ikke uvanlig at pasienter med dysfagi bruker flere legemidler samtidig, og de vil dermed være ekstra utsatt for legemiddelfeil (4, 5). Vanlige feil sett hos pasienter med dysfagi inkluderer glemte doser, feil formulering, eller feil ved manipulering av legemidler (4, 5).

Grad av dysfagi vil kunne variere fra person til person, og bør vurderes av en fagperson med kompetanse på dysfagi, eksempelvis logoped (4–6). En slik vurdering er viktig for å kunne legge bedre til rette for trygt inntak av mat og drikke, samt perorale legemidler.

## Dysfagi kan gi utfordringer med å innta både faste og flytende legemiddelformer

Det må ikke antas på generelt grunnlag at pasienter med dysfagi ikke kan svelge tabletter eller kapsler i det hele tatt (5, 6). Evnen til å kunne svelge tabletter/kapsler vil blant annet avhenge av formuleringens størrelse, form og overflate (5, 6). For noen pasienter er det ikke nødvendigvis svelging av selve tablettene som er utfordrende, men å svelge vannet som tablettene gis med eller oppløses i (5).

En del pasienter med dysfagi kan også ha utfordringer med å innta legemidler i flytende form, slik som miksturer eller legemiddelformer som er ment å skulle løses i væske (4, 5, 7). Det er hovedsakelig tynne væsker som kan være problematiske, da slike væsker lett kan aspireres og potensielt føre til aspirasjonspneumoni (7). Tykkere væsker er ofte enklere å svelge ettersom de renner saktere, og dermed gir pasienten mer tid til å koordinere svelgebevegelsen. Altfor tykke væsker kan imidlertid også være uheldig, da disse kan etterlate rester i munnhulen som senere kan risikere å bli aspirert (7).

For pasienter med dysfagi som bruker legemidler i flytende form, vil det derfor være viktig å vurdere hvorvidt væsken har en konsistens/tykkelse som er trygg å svelge (4, 5, 7). Dersom pasienten har behov for

## HOVEDBUDSKAP

- Svelgevansker kan gi utfordringer med å svelge både tabletter, kapsler og legemidler i flytende form
- Ved svelgevansker bør nødvendigheten av hvert enkelt legemiddel vurderes
- Eventuelle videre tiltak inkluderer administrasjons-hjelpemidler, bytte av administrasjonsform eller manipulering av faste legemiddelformer (deling, knusing, åpning) og modifisering av flytende legemiddelformer (fortykning)
- Det finnes spesifikke hensyn å ta ved behov for manipulering eller modifisering av legemidler til pasienter med svelgevansker

modifisering av mat og drikke, vil det ofte også være behov for modifisering av flytende legemiddelformer (4–6).

## Innledende tiltak – legemiddelgjennomgang og hjelpemidler

I tilfeller hvor svelgevanskene vanskelig gjør administrering av perorale legemidler, bør det først og fremst gjøres en legemiddelgjennomgang for å vurdere nødvendigheten av hvert enkelt legemiddel, inkludert doseringshyppighet (FIGUR 1, s. 38) (4–6). For legemidlene som fortsatt kreves, kan ulike tiltak være aktuelle, og avhenger blant an-

net av pasient og pårørende, grad av dysfagi, og tilgjengelig fagkompetanse (FIGUR 1).

For pasienter med mildere grad av dysfagi kan bruk av administrasjonshjelpemidler som tablettvertrekk og svelgegel gjøre det enklere å svelge tabletter/kapsler. Noen ganger kan det også hjelpe å bytte til tabletter eller kapsler av mindre størrelse, dersom dette er tilgjengelig. Teknikker for å bedre svelging og beskytte luftveiene er også blant mulige tiltak (6, 8). Britiske National Health Service har samlet noen gode tips, samt lagt ut demonstrasjonsvideoer av et par slike teknikker (8). Ytterligere veiledning bør gis av en fagperson med kompetanse på dysfagi.

Ved mer alvorlige grader av dysfagi, bør det først og fremst undersøkes om det finnes andre administrasjonsformer som pasienten trygt kan bruke (9). Årsaken til dette er at manipulering av faste legemiddelformer (deling, knusing, åpning) og modifisering av flytende legemiddelformer (fortykning) vil kunne introdusere en rekke potensielle kilder til feil.

### Bytte av administrasjonsform

Bytte fra tabletter/kapsler til andre perorale legemiddelformer som brusetabletter, sublingvaltabletter, mikstur eller dråper kan være aktuelt, avhengig av svelgefunktjonen og faren for aspirasjon (SE FIGUR 1) (4–6). Dersom svelgefunktjonen er svært dårlig og/eller aspirasjonsfaren stor, kan andre aktuelle administrasjonsformer være: smeltetabletter, stikkpiller, transdermale legemiddelformer eller injeksjoner (6, 9). ATC-registeret i Felleskatalogen og Legemiddelkapitlene i Legemiddelhåndboka er nyttige kilder for en fullstendig oversikt over tilgjengelige preparater, inkludert preparater på godkjenningsfritak (10, 11).

Ved et eventuelt bytte av formulering er det viktig å være klar over at også biotilgjengeligheten vil kunne være ulik (4, 12). Dette bør særlig tas hensyn til for legemidler hvor pasienten har behov for minimums- eller maksimumsdoser, eller for legemidler med smalt terapeutisk vindu (4). I noen tilfeller kan konsentrasjonsmålinger i blod være nyttig ved bytte av formulering (12).

### Manipulering av tabletter og kapsler

I norske sykehjem er Felleskatalogen den vanligste informasjonskilden for å undersøke om tabletter og kapsler kan deles, knuses eller åpnes (13). Siden de fleste tabletter og kapsler er ment å skulle svelges hele, inneholder ikke alltid Felleskatalogtekstene informasjon om knusing, deling eller åpning. Da er det nyttig å kjenne til andre ressurser (se «Nyttige ressurser»), for eksempel knuse- og delelisten, med tilhø-



FIGUR 1. Tiltak ved administrering av legemidler til pasienter med svelgevansker

rende retningslinje, fra Oslo universitets-sykehus (OUS) (9).

I tillegg finnes en svensk knuse- og deleliste – Stöd vid läkemedelshantering – utgitt av Läke-medelsrådet i Region Skåne (14), og en dansk knuse- og deleliste – Må tablett knuses – utgitt av Hospitalsapoteket Region Midtjylland (15). Den svenske knuse- og delelisten er også tilgjengelig som en app.

Nylig har også et team av estiske sykehus-farmasøyer utviklet og publisert en knuse- og deleliste spesifikt myntet på pasienter med svelgevansker (12). I tillegg til å inneholde informasjon om legemidlet kan manipuleres eller ikke, foreslås også alternative administrasjonsformer og/eller bytte av virkestoff (12). Listen inkluderer også informasjon om hvilke matvarer en rekke legemidler kan administreres sammen med (12).



### Verktøy og metoder for manipulering av faste legemiddelformer

Dersom legemiddelet kan manipuleres, skal dette skje umiddelbart før utdeling til pasient, og det er anbefalt å bare knuse og administrere ett legemiddel om gangen (9, 12, 16). Et egnet verktøy bør benyttes, både for å minimere svinn av virkestoff og eventuell utilsiktet eksponering for den som knuser legemidlet (5, 9, 12). En tablettknuser er nyttig dersom pasienten kan innta tyntflytende væsker. Det anbefales å skylle tablettknuseren med vann, og skyllevannet skal drikkes for å sikre at pasienten får i seg hele dosen (9, 12, 16).

En morter oppgis å være mer egnet dersom den knuste tablett må blandes med myk mat eller fortykningsmiddel, men i praksis vil et slikt verktøy trolig ikke være tilgjengelig eller oppleves som lite formålstjenlig. Oppslemming av tabletter, kapselinnhold eller kapsler i en liten mengde vann, til en grøt, kan være et alternativ til knusing, og foreslås for enkelte legemidler på knuse- og delelistene (9, 12, 14, 15). I OUS' retningslinjer foreslås det å manipulere legemiddelet direkte i medisinsbegeret som legemiddelet skal administreres fra, eventuelt i den perorale sprøyten ved oppslemming av legemiddel, for å redusere svinn (9). I noen tilfeller kan dette likevel være problematisk, da enkelte legemidler kan reagere med eller klebe seg til (adsorbere/adhere) til plasten (17a). Dette er sjelden undersøkt for spesifikk virkestoff, men er likevel viktig å være klar over, da det kan medføre tap av virkestoff og potensiell terapivikt.

### Blande knuste tabletter og kapselinnhold i mat?

Å blande den knuste tablett eller kapselinnholdet i myke matvarer, vil for flere pasienter med dysfagi være det tryggeste og mest praktiske tiltaket (6, 16, 18). Når dette gjøres, bør legemiddelet blandes med en liten mengde mat, fortrinnsvis én enkelt munnfull, for å sikre at hele dosen blir gitt (17b).

Vær imidlertid oppmerksom på at det ikke alltid er undersøkt hvordan ulike typer mat- eller drikkevarer eventuelt kan påvirke egenskapene til legemidlet (5). For noen legemidler vil biotilgjengeligheten kunne endres av diverse mat eller drikke, og dermed potensielt redusere effekten av legemiddelet eller føre til bivirkninger (5, 6). Eventuelle interaksjoner med mat og drikke må derfor vurderes på forhånd, og her kan blant annet den ovennevnte knuse-delelisten av estiske sykehusfarmasøytter være til nytte (12).

### Husk på at knuste tabletter og kapselinnhold kan smake dårlig!

Det er også viktig å huske at knuste tabletter eller kapselinnhold ofte kan smake

ubehagelig, og noen ganger ha en anestetisk/nummende effekt på munnslimhinnen (12, 17c). Mat vil ikke alltid kunne maskere eventuell dårlig smak (5). Legemidler med en kjent anestetisk effekt på munnslimhinnen bør administreres minst 30 minutter før eller etter et måltid, for å forebygge ytterligere forverring av svelgefunksjonen og redusere risikoen for at pasienten brenner seg på varm mat. Hvis mulig, bør munnen skylles etter inntak av slike legemidler (12, 17c).

### Modifisering av flytende legemiddelformer

Flytende legemidler er ikke alltid tilgjengelig i en konsistens som minimerer risikoen for aspirasjon (5). De fleste flytende legemidler har imidlertid ingen anvisning på hvordan de trygt kan fortykkes, og det er ofte vanskelig å undersøke om en har oppnådd en væskekonsistens som pasienten trygt kan svelge (5, 18). Informasjon om interaksjoner mellom legemidler og fortykningsmidler er dessuten ofte begrenset, men for enkelte legemidler er det kjent at fortykningsmiddel kan påvirke biotilgjengelighet og effekt (4, 5, 18).

Fortykning av legemidler bør derfor kun gjøres i tilfeller hvor det ikke finnes bedre alternativ (18). Dersom man velger å tilsette fortykningsmiddel i en flytende legemiddelform, bør man også forsikre seg om at behandlingen fortsatt gir effekt hos pasienten (4).

### REFERANSER

- Nasjonalt kompetansenettverk for legemidler til barn. <https://legemidtiltillbar.no/>.
- Oslo Universitetssykehus. Spise- og svelgvansker (dysfagi). <https://www.oslo-universitetssykehus.no/behandlinger/spise-og-svelgvansker-dysfagi/> (Lest: 1. juni 2024).
- Tupala P. Fysikalsk medisin og rehabilitering – veileder. Hodeskader og hjerneslag – Orofaryngeal dysfagi. <https://www.helsebiblioteket.no/innhold/retningslinjer/veileder-i-fysikalsk-medisin-og-rehabilitering/hjerneslag-og-hjerneslag/dysfagi> (Lest: 13. juni 2024).
- Wright DJ, Smithard DG et al. Optimising medicines administration for patients with dysphagia in hospital: medical or nursing responsibility? *Geriatrics (Basel)* 2020; 5(1): 9.
- Blaszczak A, Brandt N et al. Crushed tablet administration for patients with dysphagia and enteral feeding: challenges and considerations. *Drugs Aging* 2023; 40(10): 895–907.
- Specialist Pharmacy Service (SPS). Choosing formulations of medicines for adults with swallowing difficulties. <https://www.sps.nhs.uk/articles/choosing-formulations-of-medicines-for-adults-with-swallowing-difficulties/> (Sist oppdatert: 12. juni 2023).
- Specialist Pharmacy Service (SPS). Defining and identifying thickness of fluids and food for patients with swallowing difficulties. <https://www.sps.nhs.uk/articles/defining-and-identifying-thickness-of-fluids-and-food-for-patients-with-swallowing-difficulties/> (Publisert: 2. juli 2021).

- National Health Service. Problems swallowing pills. <https://www.nhs.uk/conditions/problems-swallowing-pills/> (Sist oppdatert: 31. august 2023).
- Oslo Universitetssykehus. Tabletter og kapsler – knusing og deling. Versjon 15. <https://ehandboken.ous-hf.no/document/142989> (Sist oppdatert: 26. juni 2024).
- Felleskatalogen. ATC-register. <https://www.felleskatalogen.no/medisin/atc-register/>.
- Norsk legemiddelhandbok. Legemiddelkapitlene. <https://www.legemiddelhandboka.no/L>.
- Estonian Society of Hospital Pharmacists (ESHP). Administration of medicines to patients with swallowing difficulties: orally or by enteral feeding tube. Supplementary material to: Teder K, Karjagin J et al. Development of an administration guideline of oral medicines to patients with dysphagia. *Medicina (Kaunas)* 2023; 59(11): 1913.
- Kirkevold Ø, Engedal KA. Legemiddelhåndtering i norske sykehjem med fokus på knusing av medikamenter. *Sykepleien Forskning* 2010; 5(1): 16–25.
- Läkemedelsrådet i Region Skåne. Stöd vid läkemedelshantering. <https://www.lakemedelshantering.se/>.
- Hospitalsapoteket Region Midtjylland. Må tabletten knuses? <https://www.sundhed.dk/sundhedsfaglig/information-til-praksis/midtjylland/almen-praksis/patientbehandling/laegemidler/medicin-gennemgang/hjaelpevaerktøjet/maa-tabletten-knuses/> (Publisert: November 2022).
- Specialist Pharmacy Service (SPS). Preparing medicines for administration to adults with swallowing difficulties. <https://www.sps.nhs.uk/articles/preparing-medicines-for-administration-to-adults-with-swallowing-difficulties/> (Sist oppdatert: 2. mars 2022).
- The NEWT Guidelines for administration of medication to patients with enteral feeding tubes or swallowing difficulties. a) General guidance – administration of tablets, b) Practical aspects – problem solving, c) General guidance – patients with swallowing difficulties. <https://www.newtguidelines.com>.
- Specialist Pharmacy Service (SPS). Thickening liquid medicines. <https://www.sps.nhs.uk/articles/thickening-liquid-medicines/> (Publisert: 2. juli 2021).

HEIDI EIKELAND  
Master i farmasi, RELIS Vest  
LILLAN MO ANDREASSEN  
Master i farmasi, ph.d., RELIS Vest  
GRO HELEN DALE  
Legespesialist, ph.d., Avdeling for  
medisinsk biokjemi og farmakologi



### NYTTIGE RESSURSER

Ved å skanne QR-koden kommer du til nettversjonen av artikkelen der du finner aktuelle lenker til:

- Ressurser spesifikt for barn (ikke nærmere omtalt i artikkelen) (1)
- Generelle ressurser om legemiddeladministrering ved svelgevansker (6–8, 16–18)
- Ressurser for å undersøke tilgjengelige administrasjonsformer (10, 11)
- Knuse- og delelister (9, 12, 14, 15)

I den lyriske stafetten vil vi at kolleger skal dele stemninger, tanker og assosiasjoner rundt et dikt som har betydning 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

# Det handler om livet

Jeg er blitt utfordret av min gode kollega Øystein Christiansen til å dele noen dikt som jeg har satt pris på.

Jeg har jobbet som allmennlege, men på grunn av bakgrunn fra humaniora og filologi ble det senere i psykiatri jeg trivdes best. Det fine med å arbeide med dette faget er at det i siste instans handler om livet. Vi har lov til, ja til og med kanskje plikt til, å være opptatt av de store spørsmål i livet, de grunnleggende menneskelige temaene – som glede og sorg, tilknytning og avskjed, mening og tro. Dette er ofte tema i poesien. Man snakker om å sette ord på følelsene. I poesien er alle overflødig ord tatt bort.

En periode da jeg jobbet i Haugesund hadde jeg gleden av å treffe og å bli kjent med Kolbein Falkeid. Han er på mange måter utidsmessig fordi han er en god og samtidig folkelig lyriker. Han hadde evnen til å holde en levende kontakt med et bredt publikum, og hans dikt appellerte gjerne spesielt til mennesker som hadde det vanskelig, og som vi gjerne møtte i psykisk helsevern. Det som kjennetegner Falkeids poesi er følgende: Den rike bruken av slående metaforer, de snurrige og ofte uventede formuleringene, understatement, bister livserfaring, destillat av den store, mørke, u håndterlige sorgen – og de brå, intense glimt av glede. Alt dette som vi alle deler, sammenfiltret som vi er i nettet av hverdager. Et dikt, slik Falkeid ser det, må få lov til å puste av erfaring. Tekstene skal være arrete etter de nødvendige kampene i livet. De skal være baraket av denne verdens sol, vind og regn.

Diktet av Falkeid nederst på siden har jeg ofte lest for pasienter med angst, og spesielt de som lider av sosial angst. De kjenner seg godt igjen i det utenforskap og den isolasjon som her så godt beskrives. Det Falkeid så typisk anskueliggjør her, er det kognitive dilemma mennesker med sosial angst er preget av, nemlig kontrasten mellom et sterkt ønske om å bli en del av det sosiale fellesskapet, ledsaget av en knugende usikkerhet om ens evne til å klare det å bli inkludert.

Hans Børli er en annen av mine favorittlyrikere. I mange av hans dikt klarer han å finne små ord for store følelser. Som typisk i dette fine, knappe og tankevekkende diktet.

## Lykka

Det er med lykka som med ville dyr i skogen:

Den blir tillitsfull og nærmer seg leirplassen din når du ikke lenger jager etter den.



HANS BØRLI

Når vi leser dikt som berører oss, kan det åpne opp nye perspektiver på livet og på oss selv, og gi oss bedre innsikt i våre tanker og følelser. Poesien kan bidra til å utvide og utvikle vår erkjennelse og erfaring. Mange av våre pasienter har hatt sterkt utbytte av å bli kjent med poesi. De har formidlet at dette har gitt dem en følelse av å bli sett og forstått – ved at et annet menneske uttrykker det man selv tenker og føler. Man opplever en slags samhörighet

med dikteren, og gjennom det håp og styrke i møtet med krevende ting i livet.

Jeg er overbevist om at det å koble av med diktlesing i årenes løp, med krevende og hardt arbeidspress, har vært viktig rent mentalhygienisk. Det har medvirket til å forebygge muskelpager og spenningshodepine, ja, kanskje til og med utvikling av magesår. Jeg anbefaler det på det sterkeste.

ASBJØRN SØVIKNES  
Pensjonert psykiater og diktelsker



ILLUSTRASJONSFOTO: MORTEN HERNES / I - ADDBE FRIEFLY

## Utakt

Jeg har lengtet etter store forsamlinger å gli fint og selvfølgelig inn i, lik den ene umistelige pappbiten som må til for at puslespillet skal gå opp.

Lengtet etter fellesskapet, flokken, menigheten som duver i tang-takt langs kystene av livet, partiet som flyter gjennom problemene på en bred flod av nesten-enighet.

Ja, hele mitt liv lengtet etter dette som kanskje ikke er: den trygge tverrstokken mellom hjertene som mine og andres tanker kan vagle seg på uten å flakse med vingene.

Dette. Men støtt har uroen flakket i mørket bak brystbeinet mitt og lokket meg ut under himmelen hvor nordlyset snor seg i vinternettene som slanger av is og ensomhet

KOLBEIN FALKEID



# DU KAN NÅ VAKSINERE MOT RSV MED AREXVY

Eldre voksne har økt risiko for  
 alvorlig RSV-infeksjon<sup>2</sup>

SAMLET VAKSINE-EFFEKT  
 MOT RSV-LRTD<sup>3,4</sup>

**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<sup>13,4</sup>

**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  $\geq 60$  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 oppfølgingsstid 6,7 måneder

<sup>†</sup>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)<sup>3,4</sup>

## 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.

# Retningslinjer for Pneumokokkvaksiner fra FHI<sup>1</sup>

Disse anbefales å ta  
pneumokokkvaksine<sup>1</sup>:

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

Ikke utfyllende  
liste, les fullstendig  
anbefaling her



FHI anbefaler alle i risikogruppene  
å ta pneumokokkvaksine med  
PPV23 (Pneumovax) **hvert 6. år<sup>1</sup>**



Helsepersonell som vaksinerer har  
ansvar for registrering og melding  
til SYSVAK<sup>3</sup>

**PNEUMOVAX<sup>®</sup>**  
(Pneumokokkpolysakkaridvaksine, MSD)

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

## 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 NOK Reseptgruppe C.

**Før forskrivning av Pneumovax<sup>®</sup>, vennligst se preparatomtalen.**

### Referanser:

1. FHI Pneumokokkvaksine - håndbok for helsepersonell: [https://www.fhi.no/va/vaksinasjonshandboka/vaksiner-mot-de-enkelte-sykdommene/pneumokokkvaksinasjon/?term=\(oppdatert+30.05.2023+og+sist+lest+06.09.2024](https://www.fhi.no/va/vaksinasjonshandboka/vaksiner-mot-de-enkelte-sykdommene/pneumokokkvaksinasjon/?term=(oppdatert+30.05.2023+og+sist+lest+06.09.2024)
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/#hva-skal-registreres-i-sysvak> (oppdatert 06.01.2023 og sist lest 15.07.2024)