

Utposten

1 2025
ÅRGANG 54

BLAD FOR ALLMENN- OG SAMFUNNSMEDISIN



*Å prioritere de som
trenger oss mest*

ADHD
Praksisveileder-
utdanning

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

Kjell-Arne Helgebostad

MOBIL: 416 74 290

E-POST: helgebos@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:**Ilona Burschl****DESIGN/LAYOUT:****Morten Hernæs****Aksell****TRYKK:****aksell****TRYKT
I NORGE**

NO - 1470

Du finner Utposten på
www.utposten.no**1** LEDER: Kunstig intelligens,
Parkinsons lov og Jevons paradoks*Arild Iversen***2** UTPOSTEN FOR 50 ÅR SIDEN: Utposten i 1975*Inga Marthe Grønseth***4** NCGP: Å prioritere de som trenger oss mest
i møte med en tsunami av retningslinjer,
kvalitetsmålinger og økonomiske insentiver*Minna Johansson***10** ADHD – igjen.

Betragtninger etter en NPE-sak

*Njål Flem Mæland***14** Sier 'hurra' for at allmennmedisinsk
forskning er inne i offentlig statistikk*Lisbeth Nilsen***16** Øyeblikksamler*Endre Skjølberg***18** Mine erfaringar som distriktslege

DEL 1: HELGELAND

*Torleiv Robberstad***24** Praksisveilederutdanning i
allmennmedisin – noe for deg?*Knut E. R. Eliassen, Gunnar T. Bondevik, Steinar Hunsbår***28** Ph.d. Hvorfor det?*Siri Dalsmo Berge***32** Kjell Nysveen fikk
Anders Forsdahls pris 2024**34** Forskriver sovemedisin utover
anbefalingene – og er trygge på det*Lisbeth Nilsen***37** Sakset fra forskning*Kompilert av Lisbeth Nilsen***38** INNPOSTEN:

Én pasient, én journal, én lege

*Dag Brekke***40 FASTE SPALTER**TIPS & RÅD **40**RING EN VENN **41**HVA LESER LEGEN **43**RELIS **44**LYRIKKSTAFETTEN **47**

KONSULTASJONEN

JEG ALDRI GLEMMER **48**

Kunstig intelligens, Parkinsons lov og Jevons paradoks

Kunstig intelligens (KI) flommer inn med lovnader om effektivitet og kvalitetsforbedring. Alt som kan digitaliseres kan bearbeides med KI, og for en høyt digitalisert helsetjeneste, som den norske, vil bruk av denne nye teknologien være en lavhengende frukt i møtet med mangel på helsepersonell, flere kronisk syke og en aldrende befolkning.

Vi står ved starten av en teknologisk revolusjon med potensiale til å radikalt endre mange aspekter av helsevesenet. I alt fra diagnostikk til behandlingsplanlegging, har KI allerede vist seg som et kraftfullt verktøy for effektivisering og presisjon. Likevel, som med alle teknologiske fremskritt, er det viktig å være oppmerksom på iboende begrensninger og utilsiktede konsekvenser (Akinrinmade et al., 2023). Vi bør vise at vi har lært av historien.

En annen medisinsk digital revolusjon skjedde på 1960-tallet, da «Problem Oriented Medical Information System» – PROMIS, ble utviklet ved University of Vermont (Schultz, 1986). Det var banebrytende fordi det ikke bare lagret pasientopplysninger elektronisk, men også organiserte dataene rundt spesifikke pasientproblemer. I dag kan vi ikke klare oss uten vårt digitale pasientjournalssystem, men vi bruker fortsatt veldig mye av tiden vår på dokumentasjon (Joukes et al., 2018).

En mer lokal digital revolusjon, var innføringen av e-konsultasjoner i 2016. Da de kom, så jeg for meg en forenklet dialog med pasientene om en rekke spørsmål som de ellers måtte oppsøke legekantoret for. De første årene syntes jeg det fungerte godt, men en stadig mer digitalt aktiv pasientpopulasjon, gjorde at e-konsultasjoner i mindre og mindre grad ble en avlastning. Da jeg ga meg som fastlege i 2021, var 18 prosent av mine konsultasjoner elektroniske. Timeboken

på kontoret var likevel velfylt, og pasientene likte ikke alltid å vente flere dager på svar på sine e-konsultasjoner.

Både innføring av elektronisk pasientjournal og elektroniske konsultasjoner påvirket helsepersonell og pasienter. Min bekymring er at disse to viktige aktørene i helsetjenesten til en viss grad kan motvirke gevinstene som KI kan gi oss.

En bred innføring av KI i helsetjenesten kan rammes av Jevons paradoks (Jevons, 1865), som beskriver at når effektiviteten øker, kan det føre til en økning i forbruket, i stedet for en reduksjon. I kontekst av helseteknologi, betyr det at en økning i effektivitet gjennom ny teknologi kan føre til økt bruk og etterspørsel, som igjen leder til mer arbeid. Alle som arbeider med radiologi eller laboratoriemedisin vil nok kjenne seg igjen i Jevons paradoks.

Parkinsons lov kan også ramme helsetjenesten. Loven sier at «Arbeidet utvider seg slik at det fyller den tiden som er tilgjengelig for å fullføre det.» (CN Parkinson, 1958) Dette innebærer at medarbeidere i helsetjenesten vil kunne gjøre enkle oppgaver mer kompliserte, og mer tidkrevende enn nødvendig. I stedet for å spare tid, kan teknologien føre til at arbeidsprosesser blir mer omfattende, da vi utvikler måter å fylle den tiden vi teknisk sett har spart. Økende dokumentasjonskrav og mer tid til møter i helsetjenesten, er eksempler på at denne loven fortsatt er aktuell.

Mens KI kan ta over rutinemessige og tidkrevende oppgaver som datainnsamling og analyse, kan tidsbeparelsene forhåpentlig lede helsepersonell mot andre utfordringer.

Det er også viktig å vurdere hvordan bruk av KI kan påvirke arbeidsflyt og samarbeid. En overdreven tro på teknologi kan føre til at grunnleggende

ferdigheter og kunnskap blir nedprioritert, noe som kan svekke kvaliteten på helsehjelpen. I tillegg, hvis KI-systemene ikke håndteres med forsiktighet og kontinuerlig overvåking, kan de også introdusere nye former for feil, som kan påvirke pasientomsorgen negativt. Det ligger også trolig store utfordringer i personvernensyn og seleksjonsskjevheter i algoritmer.

KI i helsevesenet presenterer derfor en balansegang mellom å utnytte teknologiens muligheter og å anerkjenne begrensningene. Ved å bruke KI med en forståelse av Jevons paradoks og Parkinsons lov, kan helsevesenet ikke bare hente ut store gevinster, men også bevare og fremheve den menneskelige dimensjonen av helsehjelp. På denne måten kan helsepersonell utnytte KI til forbedring, samtidig som vi flytter fokus mot de kritiske områdene hvor menneskelig ekspertise og empati er uerstattelig.

REFERANSER

- Akinrinmade, A. O., Adebile, T. M., Ezuma-Ebong, C., Bolaji, K., Ajufu, A., Adigun, A. O., Mohammad, M., Dike, J. C. & Okobi, O. E. (2023). Artificial Intelligence in Healthcare: Perception and Reality. *Cureus*, 15(9), e45594. <https://doi.org/10.7759/cureus.45594>
- Cyril Northcote Parkinson. (1958). *Parkinson's law: Or, The pursuit of progress.*
- Jevons, W. S. (1865). *The Coal Question: An Enquiry Concerning the Progress of the Nation, and the Probable Exhaustion of Our Coal-mines.* Macmillan.
- Joukes, E., Abu-Hanna, A., Cornet, R. & de Keizer, N. F. (2018). Time Spent on Dedicated Patient Care and Documentation Tasks Before and After the Introduction of a Structured and Standardized Electronic Health Record. *Applied Clinical Informatics*, 9(1), 46–53. <https://doi.org/10.1055/s-0037-1615747>
- Schultz, J. (1986). A history of the Promis technology: An effective human interface. *Proceedings of the ACM Conference on The history of personal workstations*, 159–182. <https://doi.org/10.1145/12178.12188>

Utposten i 1975

■ INGA MARTHE GRØNSETH • Redaktør, Utposten



Det er alltid interessant å gå tilbake i Utpostens rikholdige arkiv. I dette dypdykket til 1975 er det for meg på samme tid ufattelig morsomt, beroligende og frustrerende å legge merke til de mange parallellene til dagens «legeliv».

Samtidig som mange av utfordringene var de samme, får jeg inntrykk av at man la mindre imellom på den tiden. Det var rene ord for pengene. I det første bladet fra 1975 kan man lese følgende:

«I visse politiske kretser diskuterer man fordeler og ulemper ved å opprettholde helsedirektoratet. Vi kan vanskelig forestille oss at det er noe fremskritt for helsetjenesten i Norge å nedlegge helsedirektoratet, men tror på den annen side at helsedirektoratet kunne gjøres til et mer inspirerende sentralorgan for helsetjenesten».

Inspirerende er vel ikke det første jeg tenker på når jeg hører ordet «Helsedirektoratet» – men om inspirasjonen fra den kanten har økt i løpet av disse årene kan kanskje andre svare bedre på enn meg.

Det er jeg imidlertid **kan** bekrefte, er at Utpostens abonnenter har blitt betydelig bedre til å betale abonnementene sine i løpet av de siste 50 år. Dette er veldig viktig,

da redaksjonen drives på dugnad, men kostnadene til drift, produksjon av bladet og distribusjon må dekkes. Takk for det!

For 50 år siden var det hele 20 prosent som ikke hadde betalt i tide, og det var tydeligvis nødvendig med skarpe purringer i flere runder for å få inn de nødvendige midlene.

Kanskje var det ikke så rart om det ble litt administrativt rot hos legene gitt forutsetningene.

Ordnete forhold var det ikke overalt, skal man dømme etter Kari Neverlien sin beskrivelse av kontoret i Masfjordnes da hun ankom for å tiltre sin nye stilling der i 1974 (Utposten nr. 2, 1975). Kontoret beskrives med

«bittelite laboratorium og et roterom. Helse-søsters kontor med en masse skap som ikke var å få opp på grunn av nøkkelmangel. En 'hellig' bunke papirer fra 1972 på benken, mye skrot i skuffer og skap. Legens kontor hadde en ryddet skrivebordsflate med post

fra tre måneder – cirka 40 cm høyt. I alle skuffer var det fullt. Ved gjennomgåelsen kom det fram 17 uføresaker, et par hundre beskrivelser og epikriser, 20 cm Norsk Lovtidend. Ingen dagsaktuelle skjemaer, en masse foreldede sådanne. Intet av kontorrekvisita, fra kalender til blyant og binders.»

Hun beskriver arbeid på dårlig utrustet skyssbåt, hun får influensa tre ganger og må bruke prednisolon mot «status asthmaticus» for å klare å stå i jobben i flere runder. Rapporten ender med følgende setning: «Jeg kan maksimalt ta på meg ett tjenesteår her, noe annet er selvmord.»

Akk, om arbeidstidene og transportforholdene heldigvis har blitt bedre; jeg kjenner til kolleger med slike kontorpulver nå til dags også, tross «papirløse» løsninger på det meste. Mennesker er mennesker – og leger er leger, til alle tider.

1975-arkivet byr på flere skatter. Det er ikke vanskelig å finne forhold man åpenbart

HELSESTELLET I MASFJORDEN KOMMUNE

Rapport ved nyttårsskiftet 1974/75



UTPOSTEN
FOR 50 ÅR SIDEN



ikke helt har klart å rydde i på 50 år. Også i 1975 gikk veien til legenes reseptblokk gjennom maten. Det ble slått stort opp i *Utposten* at legemiddelfirmaene «matet legene». Som det står beskrevet av redaksjonen:

«i det hele tatt har legemiddelfabrikantene utviklet en helt profesjonell måte å drive selskapelig virksomhet på, så kvaliteten er alltid på topp. Etter at det meste av maten er fortært, kryper en eller annen overlege opp fra stolen og synes at dette var godt og takker for maten. Dette skjer før brennevinet strømmer inn og de fleste blir pene og berusede før de 'vakler hjem til sine bedre halvdeler'. Jeg har ikke noe imot dette: men jeg synes komedien om legens knestående i bønn til legemiddelfirmaene om å få mat virker helt latterlig. Den norske legestand er den yrkesgruppe i landet som har best råd til å betale maten sin selv. Det virker derfor helt paradoksal at akkurat vi skal ligge på kne og be andre om å betale maten for oss. Der som den norske og utenlandske legemiddelindustri har så mye penger å spandere på den norske legestand, synes jeg de skulle konsentrere seg mer om direkte nærtrekte opplysninger om sine legemidler i form av en utvidelse av tjenesten med omreisende representanter, eventuelt med strengt faglige møter ute i regionene. Man bør da kunne unnlate den overdådighet av mat og drikke som ofte er tilfelle på disse sammenkomster.»

Brennevin får vi ikke lenger, men «mat mot reklame» tar mange fremdeles imot – også i 2024.

Ribben, pinnekjøttet og twistskåla fra jula henger fremdeles i, det bidrar kanskje, men personlig synes jeg ikke det er så vanskelig å stemme for å si «tak, men nei takk» til legemiddelmat i 2025.

Godt nytt år!

■ I.M.GRONSETH@GMAIL.COM

Legemiddelfirmaene mater legene

Det har etter hvert utviklet seg en sedvane i Norge som sier at hvor to eller flere leger er samlet, skal legemiddelfirmaene betale maten. Jeg henviser til de hundrevis av kurs, seminarer og møter som arrangeres i Norges land på lokalbasis, regionalbasis og på landsbasis. Legemiddelfirmaene blir alltid spurt, eller forespør alltid om legene trenger mat og drikke til begivenheten. Enkelte legemiddelfirmaer er uforsksammet nok til å drive reklame for sine produkter under denne seansen. Men i alle tilfelle blir man ved inntagelsen av de gastronomiske utskielser hilset velkommen i meget profesjonelle former av en legemiddelrepresentant. I det hele tatt har legemid-

delfabrikantene utviklet en helt profesjonell måte å drive selskapelig virksomhet på, så kvaliteten er alltid på topp. Etter at det meste av maten er fortært, kryper en eller annen overlege opp fra stolen og det synes at dette var godt og takker for maten. Dette skjer før brennevinet strømmer inn, de fleste blir pene og berusede før de vakler hjem til sine bedre halvdeler!

Jeg har ikke noe imot dette, men jeg synes komedien om legens knestående i bønn til legemiddelfirmaene om å få mat virker helt latterlig. Den norske legestand er den yrkesgruppe i landet som har best råd til å betale

maten sin selv. Det virker derfor helt paradoksal at akkurat vi skal ligge på kne og be andre om å betale maten for oss. Der som den norske og utenlandske legemiddelindustri har så mye penger å spandere på den norske legestand, synes jeg de skulle konsentrere seg mer om direkte nærtrekte opplysninger om sine legemidler i form av en utvidelse av tjenesten med omreisende representanter, eventuelt med strengt faglige møter ute i regionene. Man bør da kunne unnlate den overdådighet av mat og drikke som ofte er tilfelle på disse sammenkomster.

Red.



11-14 JUNE 2024
LOGOMO, TURKU, FINLAND

Under Nordisk Kongress i Finland i juni i 2024, holdt Minna Johansson dette plenumsforedraget tidlig en torsdag morgen, rett etter at frokosten var slukt. *Utpostens* medarbeider ble både grepet og rørt, og spurte den profilerte svenske allmennlegen om lov til å trykke foredraget. Svaret var «sjal» Bearbeidelsen fra engelsk måtte vi stå for sjøl, for denne kollegaen hadde boka full lenge før vi henvendte oss. Hennes doktorgrad fra 2018 har tittelen *Evaluating benefits and harms of screening – the streetlight effect?* Vi håper *Utpostens* lesere også lar seg både opplyse og inspirere av foredraget. God lesning!

Kari Thori Kogstad, redaktør

Å prioritere de som trenger oss mest

i møte med en tsunami av retningslinjer, kvalitetsmålinger og økonomiske insentiver

■ **MINNA JOHANSSON** • Spesialist i allmennmedisin, førsteamanuensis og senterleder ved Global Center for Sustainable Healthcare, Universitetet i Göteborg

■ Oversatt av Kari T. Kogstad – redaktør i *Utposten*



Å prioritere pasienter med størst omsorgsbehov er etter mitt syn en av de viktigste kjerneverdiene i allmennpraksis. Jeg vil i dette foredraget argumentere for at en av de store utfordringene for helsevesenet i dag, er at helsevesenet selv er dårlig til å prioritere de pasientene som trenger oss mest. Jeg vil også vise at vi allmennleger er i en unik posisjon til å lede an i å endre dette, fordi ingen andre steder i helsevesenet er lidelsen forårsaket av dårlig prioritering så tydelig som i allmennpraksis.

Tankene jeg vil presentere i dette foredraget bygger på ideene til mange fantastiske mennesker. Noen av disse er ikke lenger med oss på denne jorden og noen er på den

andre siden av Atlanterhavet, men fire av dem er akkurat nå på denne konferansen, og jeg vet med sikkerhet at noen av disse fire er fantastiske dansere. Jeg håper dere

vil bli med oss alle på dansegulvet etter galamiddagen i kveld!

Hvem har de største omsorgsbehovene? Jeg tror at for de fleste av oss er det ganske

intuitivt. Vi ønsker å prioritere de med alvorlige symptomer i stedet for de med milde eller ingen symptomer, de med stort utbytte av helsetjenester i stedet for de med lite utbytte, de med høy risiko for å utvikle alvorlig sykdom framfor de med lav risiko – og de vanskeligstilte foran de privilegerte grupper.

Jeg tror at vi fastleger allerede vet hvordan vi skal gjøre dette. Når vi kjenner pasientene våre gjennom langvarige omsorgsforhold, er vi flinke til å bedømme hvem som trenger oss mest i befolkningen vi betjener. Men i mitt daglige arbeid føler jeg ofte at jeg ikke har noe annet valg enn å prioritere de med milde eller ingen symptomer, de med liten nytte av omsorg, de med lav risiko tilhørende den privilegerte delen av populasjonen. Hvorfor er det slik?

Helt fra primærforskning, til syntese av evidens, til retningslinjer, til kvalitetsmålinger og politiske beslutninger – er helsevesenet gjennomsyret av en ekstrem manglende evne til å prioritere. For eksempel så må fastleger jobbe 27 timer i døgnet for å kunne følge alle retningslinjer som gjelder for våre pasienter. Da ville det ikke være tid til dans!

Hver dag står vi overfor en tsunami av anbefalinger, uten mulighet til å kunne følge mer enn en liten brøkdel av dem! Det er et enormt gap mellom hva som forventes av oss og tiden vi har til disposisjon. Dette fører til ineffektiv omsorg, fordi vi ikke bruker tiden på tiltakene med størst nytte eller betydning for den enkelte. Det fører også til ulik omsorg, fordi vi ikke bruker tiden på pasientene med størst omsorgsbehov, og det fører til «etisk stress» og utbrenthet blant oss fastleger.

Retningslinjer og kvalitetsmålinger er ment å hjelpe oss til å prioritere, men hvis vi skulle følge dem, ville massive kostnader i stor grad begrense tilgangen til omsorg av høy kvalitet for befolkningen generelt, og særlig for pasienter som trenger oss mest.

Dette er åpenbart absurd! Ingen ønsker ineffektiv og ulik omsorg, så hvorfor har vi kommet hit?

Folkehelseelva

Jeg tror de fleste av dere har hørt om analogien med «folkehelseelva». Det finnes flere versjoner av det samme konseptet. Kort fortalt er analogien at nederst i elva er folk syke og har symptomer, de drukner og trenger derfor helsetjenester for å reddes. Det er her helsevesenet tradisjonelt har brukt mesteparten av innsatsen. Men, tanken er at hvis vi bruker innsatsen vår lenger opp i elva i stedet, kunne vi forhindre at folk blir syke, og hvis de ikke blir syke,

trenger de ikke helsetjenester. Så ved å bevege oss oppover i elva og forebygge sykdommer i stedet for å behandle dem, kan vi unngå lidelse og spare helseressurser. Og hvis vi går enda lenger opp langs elva, der folk har sunnere livsstil, trenger de kanskje ikke engang forebygging.

Enda lenger opp i elva, om vi minsket sosial ulikhet, ville det kunne bedre både folkehelsen og det generelle velværet betydelig.

Alt dette høres veldig intuitivt riktig ut: Å behandle årsakene til årsakene, i stedet for symptomene. Så er det slik at når helsevesenet (med individualistisk og biomedisinsk linse) går motstrøms i den elva folkehelsen er, ender vi opp med mange problemer!

Forebygging og retningslinjer

Her er et eksempel fra Norge: I en studie brukte forfatterne de europeiske retningslinjene for forebygging av hjerte- og karsykdommer på befolkningen generelt.

Ifølge retningslinjene trenger da over 80 prosent av alle norske voksne å oppsøke fastlegen sin for å redusere kardiovaskulær risiko.

Forfatterne estimerte også at det ville være nødvendig med 99 fastleger per 100 000 voksne kun for å følge retningslinjene for hypertensjon. Problemet var at i denne regionen var det bare 87 fastleger per 100 000 voksne.

Hvis de skulle følge disse retningslinjene for hypertensjon, måtte de stoppe alt annet – ingen omsorg for personer med selvmordstanker og ingen undersøkelser av personer med symptomer på kreft.

Med andre ord, hvis vi fastleger prøver å forebygge hjerte- og karsykdommer for 80 prosent av befolkningen vi betjener, vil vi ikke ha kapasitet til å gi omsorg til mennesker som er syke og har større behov for legehjelp. Igjen – dette er åpenbart absurd! Ingen fornuftig person ville på alvor foreslå at fastleger slutter med all annen omsorg, og bruker all tid på å behandle hypertensjon.

Dette er paradokset med storskala forebygging av lavrisikopopulasjoner. Av de 27 timene vi fastleger må jobbe hver dag for å følge gjeldende retningslinjer, ville bare 9,5 timer bli brukt på omsorg for personer med symptomer på sykdom, mens 14 timer ville bli brukt på forebygging.

Hva er normalt?

En av hovedforklaringene på denne absurditeten er at for de fleste risikofaktorer og tilstander, så har grensene for hva som an-

ses som «sykt» blitt kontinuerlig senket de siste tiårene. Dette gjelder for osteoporose, hyperlipidemi, depresjon, angst, nevropsykiatriske sykdommer, astma, KOLS, hypertensjon og mange flere tilstander.

I den siste retningslinjen fra USA er den nye grensen for hva som regnes som et «forhøyet» blodtrykk satt til 120/80, og for hypertensjon er grensen 130/80.

Det kan være noen fordeler med en senket grenseverdi, men problemet er at siden blodtrykket er normalfordelt i den generelle befolkningen, vil en senkning av grenseverdien fra 140 til 130 øke antallet blodtrykkspasienter med omtrent en tredjedel. Det er mange flere mennesker med et blodtrykk mellom 130 og 140, enn det er personer med et blodtrykk mellom 160 og 170. Samtidig har nytten av behandlingen en motsatt fordeling. Fordelen med å redusere blodtrykket fra 170 til 160 er mye større enn fordelene ved å redusere blodtrykket fra 140 til 130, og denne dynamikken gjelder for de fleste risikofaktorer og tilstander.

Med andre ord, de stadig senkede grenseverdiene – på tvers av praktisk talt alle medisinske felt – gjør at vi prioriterer pasienter som har mindre nytte av omsorg på bekostning av pasienter som vil ha større nytte av omsorg. Faget vårt stopper ikke ved forebygging – vi utvider medisinsk territorium enda lenger motstrøms og prøver å forbedre folkehelsen ved å endre pasientenes livsstil.

I en studie gjennomgikk vi alle livsstilsintervensjoner anbefalt av National Institute for Health and Care Excellence (NICE) i Storbritannia, og vi fant at NICE ga 379 anbefalinger til klinikere om å endre pasientens livsstil. En fjerdedel av disse gjaldt mer enn 25 prosent av befolkningen. Dette betyr at en fastlege som betjener 2000 mennesker ville trenge å gi 500 av pasientene sine rundt 100 råd om livsstilsintervensjon hvert år.

I bare tre prosent av anbefalingene kunne man med høy eller moderat sikkerhet si at de ville hjelpe folk med å endre atferd, eller hadde noe som helst gunstige effekter. Videre var det slik at for å følge disse anbefalingene ville det kreve flere leger (av alle spesialiteter) og fem ganger så mange sykepleiere som for tiden jobber i National Health Service UK, NHS.

Så hvis vi skulle følge disse anbefalingene, ville alle nevrokirurger, ortopediske kirurger og kardiologer måtte slutte med alt de gjør for øyeblikket, og bare gi livsstilsråd fra åtte til fem, fem dager i uka, 52 uker i året.

Jeg tror faktisk det ville vært ganske gøy...

Time Needed to Treat

Jeg vil bare kort nevne teamet vårt sitt arbeid rundt Time Needed to Treat-konseptet, som ble publisert i The BMJ i fjor. TNT er en ny metode for å estimere klinikertiden som vil være nødvendig for å følge en spesifikk retningslinjebefaling. Hensikten med å estimere TNT er å gjøre det lettere for de som setter retningslinjene å forstå hva som ville skjedd hvis klinikere faktisk fulgte anbefalingene deres. TNT er også ment som et verktøy for klinikere til å kommunisere rundt urimelige retningslinjer.

Ensomhet

Helsevesenet kan gå enda lenger motstrøms... og hva vil da responsen på de grunnleggende helsemessige implikasjonene av sosial ulikhet bli? **Utvidelse av medisinsk territorium!**

Den nye trenden er at fastleger bør forskrive tid i naturen eller synging i kor – eller gjøre pasientene mindre ensomme. Royal College of General Practitioners i Storbritannia skriver på sine nettsider at ensomhet har blitt en folkehelseepidemi, og at det er like ille for helsen som fedme. De skriver videre at fastleger ikke bare har en nøkkelrolle i å identifisere mennesker som er ensomme, men også de som står i fare for å bli ensomme. Jeg stiller ikke spørsmål ved at fravær av ensomhet er ekstremt viktig for helsa og velværet, til både individer og befolkningen generelt. Det jeg derimot mener er at det er høyst usannsynlig at den mest effektive og gjennomførbare strategien for å redusere ensomhet i befolkningen, er at jeg retter oppmerksomheten mot dette tema hos den pasienten som er inne på kontoret mitt.

Jeg suger mest sannsynlig på å redusere ensomhet blant pasientene på lista mi!

Hvis vi zoomer ut, så tror jeg også det er grunn til å stille spørsmål ved dette fra et mer filosofisk perspektiv. Er det virkelig en god idé å definere alt i livet i form av medisinsk risikoreduksjon?

Bør vi være i naturen, synge i kor eller tilbringe tid med andre mennesker for å redusere kardiovaskulær risiko – eller bør vi gjøre det fordi det gir grunnleggende mening til livene våre?

Er det en god idé å gjøre helse til hovedformålet med livet?

For en tid siden var jeg hos frisøren og leste et av de glossy bladene. Der sto det at sex senker kolesterolet – og det syntes jeg var veldig morsomt!

Jeg vet ikke hva dere tenker, men jeg sy-

nes det er vanskelig å forestille meg en kjedeligere grunn til å ha sex enn den *lipidsenkende effekten*.

Kan vi forebygge?

Problemet er at helsevesenet faktisk ikke er så flinke til å forebygge. De avgjørende faktorene for helse er ikke det som skjer i helsevesenet. Helse bestemmes ikke så mye av hva leger gjør for pasienter, men av ordninger i samfunnet.

Dette er et eksempel som illustrerer poenget til Michael Marmot. Screening for lungekreft anslås å redde 12 000 av de 160 000 dødsfallene av lungekreft hvert år i USA, og det kan godt gjøre screening verdt innsatsen. Men, samtidig anslås samfunnsrettede tiltak for å redusere røyking å redde mer enn ti ganger så mange liv, er mye billigere og har også mindre skadepotensial for individet.

De fleste høyinntektsland har aldri brukt en større andel av våre menneskelige og økonomiske ressurser på helsetjenester. I Sverige har helseutgiftene økt fra fem prosent av bruttonasjonalproduktet på 70-tallet, til sju prosent på 90-tallet, til 11–12 prosent i dag. Antall leger per innbygger har økt med nesten 50 prosent de siste 20 årene.

Dette har selvfølgelig noen naturlige forklaringer. Vi har en aldrende befolkning som trenger mer helsehjelp og (heldigvis) har vi mer avanserte medisinske intervensjoner enn vi hadde på 70-tallet.

Men en annen grunn, som får mye mindre oppmerksomhet, er at utvidelsen av medisinsk territorium har bidratt til at helsevesenet nå bruker en større og større andel av våre felles menneskelige og økonomiske ressurser.

Problemet er selvfølgelig at hver krone vi bruker på helsetjenester kan brukes på skoler, rettsvesenet, sosial velferd eller sykelstier. Disse typene tiltak øker sosial rettferdighet og gir vekst, og har en mye større innvirkning på folkehelse og velvære enn de tingene vi gjør i helsevesenet.

Flommen

Tilbake til «folkehelseelva». For å bekjempe helseulikhet og forbedre folkehelsen, så går helsevesenet oppover i elva og forsøker;

- å forebygge sykdom for store deler av den generelle lavrisikobefolkningen,
- å endre livsstilen til våre pasienter,
- til og med å forbedre sosial rettferdighet for én pasient om gangen.

Alt dette gjøres med de beste intensjoner. Men, når helsevesenet går motstrøms – gjør vi dette ved å bruke en individualis-

tisk linse på folkehelse spørsmål, og konsekvensen er... flom!

Saken er at vi er ganske flinke til å ta vare på mennesker med symptomer. Vår omsorg er ganske effektiv for mennesker som er nederst i elva og allerede syke.

For eksempel fant en studie fra Canada at vi bare trenger å behandle fem personer med akutte symptomatiske tilstander for å forbedre pasientviktige resultater for én person, og vi trenger bare å behandle sju personer med langvarige symptomatiske tilstander for å forbedre resultatet for én person. For forebygging av hjerte- og kar-sykdommer må vi behandle 40, og for kreftscreening 1000.

For sosial screening og helsefremming er antallet som trengs for å behandle uendelig, siden dette generelt er intervensjoner med minimale eller ingen påviste gunstige effekter på pasientviktige utfall.

Dette betyr at hvis vi fokuserer innsatsen vår motstrøms, trenger vi ganske få klinikere til å ta vare på alle pasientene som trenger vår hjelp.

Men jo lenger motstrøms vi kommer, desto mer utvider vi det medisinske territoriet til å omfatte større og større andeler av befolkningen generelt. Samtidig blir våre medisinske tiltak mindre og mindre effektive, så antallet klinikere som trengs øker nesten eksponentielt.

Øg dette er grunnen til at vi ender opp med å trenge 27 timer om dagen for å følge alle anbefalingene.

Jeg argumenterer for at vi i dag er så opptatt med å følge alle retningslinjene og kvalitetsmålingene motstrøms – at vi lar pasienter som er medstrøms drukne.

Selv i miljøer med mange ressurser så vil pasienter som er syke slite med å få tilgang til helt grunnleggende omsorg.

Fellesskapet

Med andre ord – vi prioriterer ineffektiv forebygging for asymptomatiske og lavrisikopopulasjoner med små fordeler av omsorg, på bekostning av omsorg for mennesker som er syke.

Jo mer motstrøms vi går, jo mindre ser det ut til at vi prioriterer de med størst omsorgsbehov.

Å bruke helsevesenets individualistiske linse på folkehelsen er ineffektivt, dyrt og skadelig.

Bare for å være tydelig, jeg argumenterer ikke for at vi ikke skal sette søkelys mot motstrøms problemer! Tvert imot! Sosial rettferdighet og vekst er helt avgjørende for folkehelse og velvære, men jeg argumenterer for at vi bør overlate folkehel-



Evig medisinsk ekspansjon kan føre til vår undergang, som Ikaros, som fløy for nær sola og falt. ILLUSTRASJON: GETTY IMAGES/RUDALL30

sespørsmål til de som gjør folkehelsen best. Det er **fellesskapet**.

Vi bør gjøre det helsevesenet gjør best! Ta vare på personer som er syke.

Jeg argumenterer heller ikke for at vi ikke bør drive med forebygging i det hele tatt, men individuelt orientert forebyggingssarbeid innen helsevesenet bør fokusere på en liten andel av den generelle befolkningen med høyest risiko.

Selve ideen om at forebyggende medisin for store deler av lavrisikopopulasjoner vil forhindre at folk flest blir syke, og dermed redusere behovet for helsetjenester betydelig i framtida, støttes ikke av bevis.

Hybris og alternativet

Hvis vi fortsetter med evig ekspansjon av medisinsk territorium, kan vi møte den samme skjebnen som Ikaros: Av hybris flyr vi for nær sola, vingene våre smelter og vi ender opp med å falle hjelpeløst ned fra himmelen.

Men det er et alternativ til medisinsk hybris! Vi kan la alt vi gjør innen medisinens

verden bli gjennomsyret av en nøye og ydmyk vurdering av helsevesenets grenser.

For å kunne prioritere de som trenger oss mest, trenger helsevesenet intet mindre enn en kulturrevolusjon, og vi fastleger må gå foran!

Vi har en unik rolle, fordi kjernen i vårt yrke er et ansvar ikke bare for pasienten foran oss, men for hele befolkningen vi betjener. Hver dag ser vi lidelsene forårsaket av dårlig prioritering, og hver dag er vi smertelig klar over pasientene som trengte oss, men som ikke fikk time. *Vi ser pasientene vi ikke så!*

For at vi skal kunne prioritere våre pasienter med de største omsorgsbehovene – må ansvaret for forebygging av lavrisikopopulasjoner tilbake til folkehelsen og samfunnet.

Vi må finne effektive måter å kommunisere til organspesialister og beslutningstakere de konsekvensene en urimelig utvidelse av medisinsk territorium vil kunne få.

Vi må finne måter å kommunisere flommen på!

Jeg tror at dette først og fremst handler om kommunikasjon. Ingen ønsker ineffektiv og ulik omsorg. Vi må hjelpe våre kolleger på sykehuset, politikere og allmenheten til å zoome ut fra den fragmenterte silo-omsorgen og se landskapet. Det er mørkt og rotete, men det er også et vakkert landskap. Vi ser det hver dag på våre legekontorer.

Vi må inspirere og informere transparent fra våre lokalsamfunn om våre tanker og overveielser. Lokalsamfunn må sammen bestemme hva slags helsehjelp vi ønsker for oss selv og våre medborgere.

For uansett hvor mye samfunnet investerer i helsevesenet, vil profesjonelle helsetjenester alltid være en begrenset ressurs som fellesskapet deler.

Fastleger ikke bare kan, men må gå foran, med ydmykhet og mot!

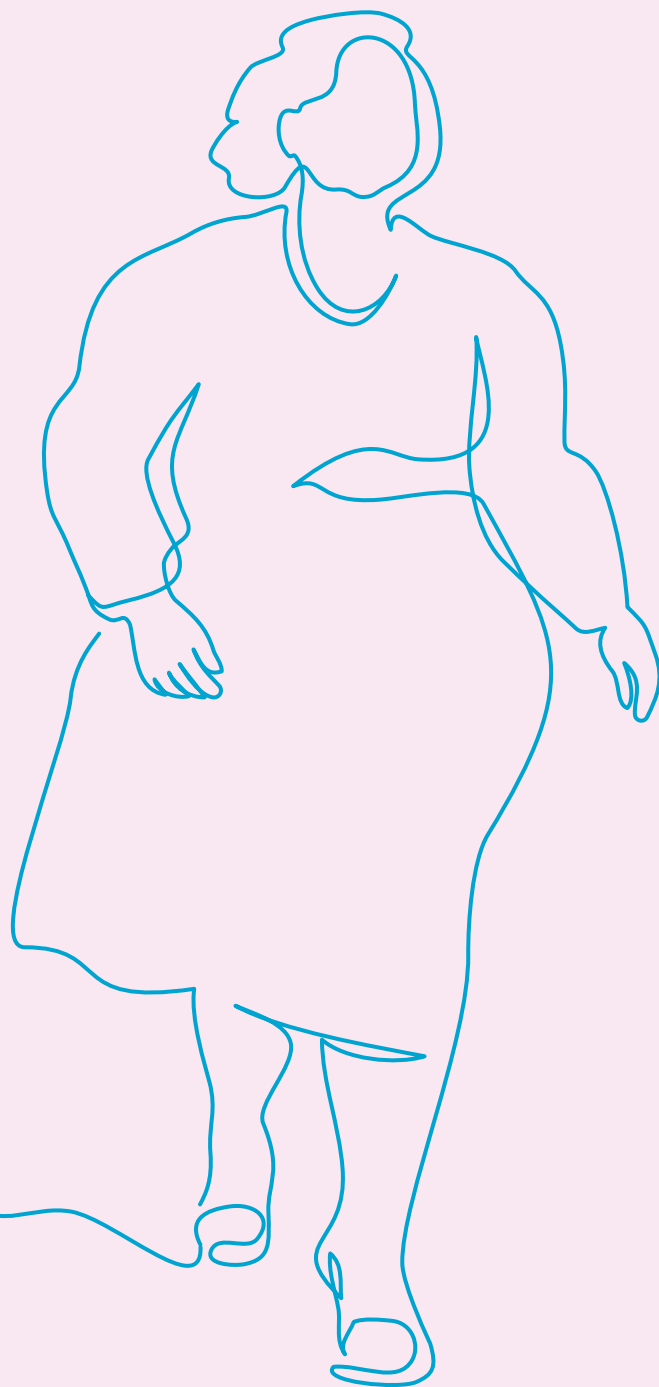
Forfatteren har ingen økonomiske interessekonflikter.

■ MINNA.JOHANSSON@VGREGION.SE

wegovy[®] (semaglutid injeksjon)

Vektreduksjon og vektkontroll med Wegovy[®]

som tillegg til diett med redusert kaloriinntak og økt fysisk aktivitet¹



Les mer på www.wegovy.no

* STEP 5: -2,6 % for placebo og -15,2 % for Wegovy[®], som tillegg til diett med redusert kaloriinntak og økt fysisk aktivitet for begge grupper (500 kcal/dag + 150 min/uke fysisk aktivitet + individuell oppfølging hver 4. uke) 12,6 % forskjell fra placebo, [KI 95 % -15,3; -9,8], p < 0,0001.^{2,3}

** STEP 5: 1 uke 104 etter baseline oppnådde 74,7 % av pasientene et vekttap på ≥ 5 % (primært endepunkt), 59 % et vekttap på ≥ 10 % og 50 % et vekttap på ≥ 15 % (bekreftende sekundære endepunkt). 36 % av pasientene oppnådde et vekttap på ≥ 20 % (supporterende sekundært endepunkt)^{2,3}

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 ≥ 30 kg/m² (fedme), eller ≥ 27 til < 30 kg/m² (overvekt) ved forekomst av minst én vektrelatert komorbiditet, som dysglykemi (prediabetes eller diabetes mellitus type 2), hypertensjon, dyslipidemi, obstruktiv søvnapné eller kardiovaskulær sykdom.

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

Ungdom (≥ 12 år): Tillegg til diett med redusert kaloriinntak og økt fysisk aktivitet for vektkontroll hos ungdom ≥ 12 år med fedme¹ 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®) 2,4 mg eller maks. tolererte dose.¹

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

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 kolecystitt 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
Alder	Voksne og ungdom ≥ 12 år Begrenset erfaring hos pasienter ≥ 85 år	Barn/ungdom under 12 år
Nyre-funksjon	Lett og moderat nedsatt eGFR > 30 ml/min 1,73m ²	Alvorlig nedsatt, eller terminal nyresykdom eGFR < 30 ml/min 1,73m ²
Hjerte-svikt	NYHA klasse I-III	NYHA klasse IV
Lever-funksjon	Lett og moderat nedsatt Forsiktighet bør utvises	Alvorlig nedsatt
Diabetes	Diabetes type 2	Diabetes type 1

Dosering – én gang per uke

Wegovy® skal injiseres subkutan i abdomen, i låret eller i overarmen og administreres én gang per uke når som helst i løpet av dagen, til måltid eller utenom måltid. For å redusere sannsynligheten for gastrointestinale symptomer bør dosen trappes opp i løpet av en 16-ukers periode 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. Dosen bør økes opptil 2,4 mg, eller til maksimalt tolererte dose oppnås. Se preparatomtale for mer informasjon om dosering.

Reseptgruppe og pris

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

Pakninger og priser: **0,25 mg:** 1,5 ml (ferdigfylt penn) kr 1773,50. **0,5 mg:** 1,5 ml (ferdigfylt penn) kr 1773,50. **1 mg:** 3 ml (ferdigfylt penn) kr 1773,50. **1,7 mg:** 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

For individuell stønad se vedlegg 1 til folketrygdloven § 5-14 (legemiddellisten) på www.helsedirektoratet.no⁴

Referanser 1. Wegovy® SPC, avsnitt 4.1 **2.** Wegovy® SPC, avsnitt 5.1 **3.** 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 **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 06.12.2024)

ADHD – igjen

Betraktninger etter en NPE-sak

■ NJÅL FLEM MÆLAND • Redaktør i Utposten

Som mange andre leger er jeg nok vel samvittighetsfull. Klager gjør noe med meg. Jeg ønsker jo å bli likt for jobben jeg gjør. Jeg avskyr tanken på å påføre andre helsetap fordi jeg har gjort feil. En dag ligger det et brev fra Norsk pasientskadeerstatning (NPE) i posthyllen min. Jeg kjenner på selvbebreidelse allerede før jeg har lest papirene. En tidligere pasient søker erstatning fordi jeg har forsinket hennes ADHD-diagnose. Et år senere er saken ferdig behandlet. Den har en overraskende og tankevekkende konklusjon.

Sykdom er mindre objektivt enn vi liker å tro. For en allmennlege midt i femtiårene er det lett å se at sykdomspanoramaet hele tiden er i endring. Jeg husker whiplash-pasientene fra 90-tallet – de er borte. Jeg husker alle som på den tiden søkte lege for overgangsalder, og som fikk østrogen. Begrunnelsen var at det skulle forebygge hjertesykdom. En studie kom – og disse pasientene forsvant – og har nå kommet tilbake igjen, i fullt monn. Ordet «fatigue» hørte jeg første gangen omtrent i 2012 – nå hører jeg det stadig. «Hjernetåke» er et annet nyord som pasientene strør om seg med. Sosiologiske forhold styrer både pasientenes oppfatning om helse og funksjon, men også hva som fanger min oppmerksomhet som utreder. For noen år siden ville jeg skrevet at forsiden på VG og på *Dagbladet* slår rett inn på legekontolet. I dag bør jeg vel skrive at trender på TikTok og Snapchat er det som styrer pasientene inn på kontorene våre.

Et godt eksempel på en slik trend er ADHD. Da jeg gikk på doktorskolen lærte vi om ADHD som en barnesykdom. Vi lærte at en voksen som hadde hatt middels skoleprestasjoner eller bedre umulig kunne ha ADHD. Nå stilles diagnosen hos medisinerstudenter som gikk ut av videregående med bare seksere i karakterboken. Selv de tilsynelatende mest rolige og avbalanserte av mine pasienter kan fortelle at de har fått «påvist» ADHD. I mitt skeptiske og stille sinn har jeg tenkt at man får det svar man leter etter. Tenker man over om man er svimmel, så blir man svimmel. Funderer man på om man har konsentrasjonsvansker, så opplever man konsentrasjonsvansker. Dessuten, vil ikke alle med et

problem, nær sagt uansett art, slite med konsentrasjon? Legene som starter forskrivning og pasientene som får sentralstimulerende bruker *opplevd effekt* som argument for medisineren. Men vi tror jo ikke at homeopatmedisiner virker, selv om både behandler og pasient er fornøyde. Sentralstimulerende har også et åpenbart misbrukspotensial. Når disse medisinene har en svartebørsverdi, så må jo det skyldes en opplevd effekt på velvære.

Jeg har også lest *Felleskatalogens* tekst, enslydende for alle sentralstimulerende: «Som del av et omfattende behandlingsprogram når hjelpetiltak alene ikke er tilstrekkelig.» Jeg har tenkt: Hvor er det blitt av behandling før medikamenter forsøkes? Spesielt hos voksne som søker private ADHD-diagnose-settere synes terskelen for å gi medisiner å være lav, og andre tiltak å være fraværende.

Jeg har tenkt: Hva vet vi egentlig om ADHD og behandling med medisiner? En trygg kilde skal være Cochrane. Et søk der viser med tydelighet hvor tynt grunnlag vi har for vår forskrivning (1). Studiene er korte, den lengste varer bare ett år, et flertall av studiene går over bare åtte uker. Kvaliteten på studiene vurderes som «very low». Videre: «Det er usikkert om fordelene med behandlingen oppveier ulemperne.» Effekten på livskvalitet vurderes som lav. Studiene som er utført viser ingen effekt på yrkesdeltagelse. Med andre ord: NAV og arbeidsgiver har liten nytte av at vi gir voksne sentralstimulerende.

Slike tanker har jeg gjort meg. Når så NPE-saken kommer, kjenner jeg et tydelig stikk av dårlig samvittighet. Har jeg vært

fordomsfull og overdrevent skeptisk, og derfor unnlatt å se noe jeg burde ha sett? Ville en lege uten min skepsis ha mistenkt ADHD tidligere og slik gitt pasienten et bedre forløp? Jeg leser først pasientens klage og får hennes versjon.

Pasientens historie

Pasientens versjon er at hun i mange år gikk til utredning og behandling hos meg, på DPS og i rehabiliteringsinstitusjon. Hun fikk antidepressiva og forskjellige former for samtaleterapi og også tverrfaglig behandling inkludert trening. Ingen forsto at hun egentlig hadde ADHD før hun selv oppsøkte en privat psykiater som med én gang var i stand til å stille diagnosen. Hun følte seg umiddelbart bedre når hun fikk sentralstimulerende medisin. Hvorfor har ingen av de andre behandlerne forstått hva som feilte henne? Kanskje en tidligere diagnose kunne ha gitt bedre funksjon – og kanskje kunne det ha gjort at hun i dag ikke hadde endt opp som ufør? Med slike tanker er det forståelig at hun søker om erstatning.

Mitt perspektiv

For meg er historien ganske annerledes. Jeg så en person som strevde med angst og med nedstemthet. Disse følelsene var det vanskelig for henne å snakke om. Det var krevende å sette ord på følelser, og vanskelig å snakke om relasjoner. Desto mer plass fikk kroppslige symptomer, symptomer som stadig endret seg og krevde nye vurderinger. Typisk fikk disse symptomene aldri en forklaring i form av somatiske funn. Hun fremsto stille,



ILLUSTRASJONSFOTO. GETTY IMAGES /SLPHOTOGRAPHY

forsiktig, med lite mimikk og med lavt energinivå. Jeg så også klare sammenhenger mellom vansker nå og relasjonelle vansker i barndom og oppvekst. Flere ganger hadde jeg tanker om at hennes ekteskap ikke var så idyllisk som hun fortalte. En dag sa hun også plutselig at hun skulle skilles. Da ga hun en helt annen fremstilling av ektefellen enn i alle tidligere samtaler.

Min tilnærming var først og fremst samtaler, støttende og innsiktsorientert, gjerne med kognitiv tilnærming. Det var et mål å holde henne i arbeid, noe vi klarte, dog med lange perioder med hel eller delvis sykmelding. Jeg husker timene som krevende, lang-

varige og utmattende. Ikke på noe tidspunkt kan jeg huske å ha vært i nærheten av å tenke på en ADHD-diagnose.

NPE sin vurdering

Det tok et år før NPE sin vurdering lå i posthyllen. Jeg hadde for lengst glemt hele saken og leste spent. Tre forskjellige spesialister hadde gjort sine vurderinger, siden det var forskjellige instanser som var innklaget.

Jeg ser først på konklusjonen. Kravet om erstatning avslås. Fra psykiateren skrives det:

«Det fremkommer ikke opplysninger i kontakten med DPS som burde ha ført til mistanke om ADHD. Problemer med konsentrasjon sees ofte i forbindelse med depresjon.»

Allmennlegen som vurderte mitt arbeid, skriver i sin sakkyndige vurdering:

«Det fremkommer ikke opplysninger i journalen som tilsier at pasienten hadde plager med konsentrasjon ut over det man kan forvente ved nedstemthet og problemer som følge av utfordringer i livet.»

Videre:

«Det konkluderes med at utredning, diagnostisering, behandling og oppfølging av

pasientens symptomer ved innklagede legekontor har vært i tråd med god medisinsk praksis».

Jeg føler naturligvis lettelse ved å lese dette. Jeg skumleser og hopper til konklusjonen når jeg sitter på legekontoret. Vel hjemme finleser jeg alle dokumentene. Da oppdager jeg noe som fanger min interesse.

Kritikk av klinikken

Pasienten har fått sin ADHD-diagnose ved en privat klinikk. Den sakkyndige psykiateren skriver at denne klinikken, heretter kalt Klinik A, ikke er innklaget i saken:

«Men, basert på det som kommer frem i journalen er det ikke gjort en fullverdig utredning av ADHD. Det fremkommer at det allerede i første timen ble vurdert at pasienten hadde en 'mulig ADHD', og at hun med en gang fikk starte med Ritalin og trappe opp på egen hånd. Hun fikk en SMS om at hun kunne øke dosen til 120 mg i døgnet uten at det er begrunnet hvorfor hun skulle bruke høyere dose enn vanlig maks anbefalt dose på 80 mg daglig.»

Videre står det:

«Det bemerkes at opplevd nytte av sentralstimulerende medikamenter ikke kan brukes til å bekrefte diagnosen ADHD.»

Et annet sted i erklæringen skriver den sakkyndige:

«Med beskrivelse av at pasienten i oppveksten var sjenert og klarte seg bra faglig på skolen, var det liten grunn til å mistenke at ADHD nå skulle være årsaken til problemer med konsentrasjon.»

Til tross for at klinikk A ikke er innklaget, velger altså den sakkyndige å kritisere klinikken for å være for slepphendt med diagnosen, og for lettvtint i sin forskrivning av sentralstimulerende medisiner. Det betyr altså at de tre instansene som ikke ga ADHD-diagnose støttes, mens det gis kritikk til den psykiatriske klinikken som satte diagnosen. Mine fordommer om ekskludering av diagnosen ut fra barndomshistorie, og om at opplevd medisineffekt feilaktig brukes til støtte for diagnosen deles av de sakkyndige. Jeg kjenner jo lettelse over å lese denne vurderingen, men også en samfunnsmessig bekymring: Er det blitt slik at en ADHD-diagnosen nærmest kan bestilles og kjøpes hos en privat aktør?

Ikke enestående

Min sak er ikke enestående. NPE kan melde at de på få år har hatt mer enn en fordobling i antall saker hvor det kreves erstatning for forsinket ADHD-diagnose (2). Bare i 2022 behandlet NPE 133 slike saker. Kun én av ti får medhold.

NPE er heller ikke alene om å få klager i ADHD-feltet. Statsforvalterne merker det samme. I 2023 mottok Statsforvalteren i Trøndelag 66 klager på manglende rett til utredning og behandling i spesialisthelsetjenesten ved mistenkt ADHD. Den typiske pasienten som klager på manglende rett til utredning av ADHD er en kvinne på 28 år – som ofte er masterstudent. Det har vært en eksplosiv vekst i slike rettighetsklager. I 2018 var det totalt åtte klager på manglende rettighet innenfor hele feltet psykisk helsevern i Trøndelag. Nå er det altså 66 klager bare innenfor ADHD-segmentet, av totalt 119 slike klager (4).

Ikke alt i livet er og kan forklares medisinsk. Livet er mer mangfoldig og sammensatt enn diagnoser kan romme. Vi er som personer mer enn sykdom, vi har ulike evner og ferdigheter, ulikt miljø vi vokser opp i og ulike relasjoner og omgivelser rundt oss. Vi har også ulik motivasjon for å være i aktivitet og i arbeid. Et økonomisk tap vil derfor bero på mer enn en diagnose som ADHD. Det er også slik at vårt diagnosesystem er ufullkomment. Diagnoser er forenklinger, de er dynamiske størrelser som kan endres i takt med at samfunnet endrer seg. De kan også endres gjennom den enkeltes livsløp. Medisinen som fag er også i konstant forandring. Faget vårt er verdibasert, og verdier er i endring. Ny forskning vil også åpenbart påvirke fagutøvelse. Det som var rett medisinsk praksis på et tidspunkt, er ikke nødvendigvis riktig på et senere tidspunkt.

Det er heller ikke slik at vi nødvendigvis har enkle svar. Det kan argumenteres for at vi har oversett og ikke vært bevisst på ADHD som sykdom. Samtidig er det åpenbart en fare for at vi kan medikalisere livsproblemer. Et kjent eksempel er den tragiske Christoffersaken (3). Christoffer ble utredet for ADHD da foreldrene gikk fra hverandre, og to år etter, i en alder av sju, fikk han ADHD-diagnosen. Da moren hans flyttet sammen med en ny mann, tiltok problemene, og han fikk sin første resept på Ritalin i mai 2004. I februar 2005 blir gutten funnet død i sin egen seng, mishandlet til døde av sin egen stefar. I løpet av disse ti månedene er ikke foreldrene til Christoffer i ett eneste møte med BUP.

Min NPE-sak handler om en anklage om å overse ADHD. For alt vi vet kan framtiden komme til å anklage oss for det motsatte. Om en generasjon vil man kanskje mene at vi har forenklet og medikalisert sammensatte problemer. Vi kan bli anklaget for å ha forsøkt å løse komplekse relasjonelle og samfunnsmessige problemer med lettvtinte resepter.

Som med så mye annet: Diagnoser er tveeggede sverd. Jorda trenger vann for å gi grø-

de, men regner det for mye får vi flom. Diagnoser kan være et viktig steg på veien mot økt funksjon, men det å få en diagnose kan også gi sykerolle, det kan gi overbehandling og det kan ta oppmerksomheten bort fra andre viktige forhold i livet. Vi har klart å snu befolkningens holdning til røyking og til antibiotika. Kanskje det er mulig gjennom kampanjer å nansere befolkningens holdninger også til det å få en diagnose?

En etterlysning

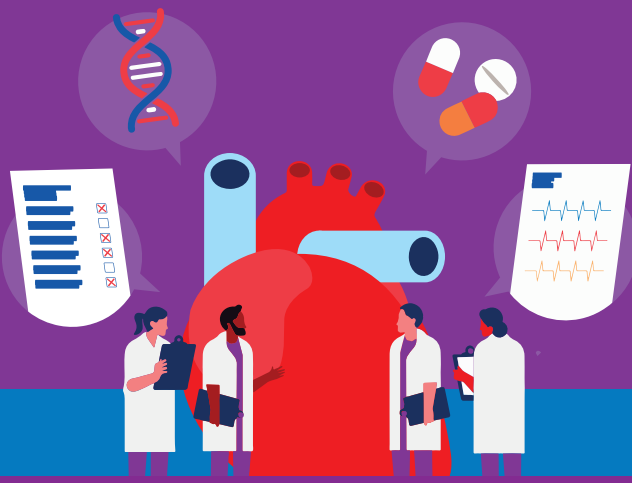
Jeg vil avslutte denne artikkelen med en vanlig etterlysning: Mer forskning. Men jeg vil ikke be om mer forskning på effekt av sentralstimulerende. Jeg vil be om forskning på det *Felleskatalogen* etterlyser, nemlig «hjelpetiltak». Vi må stille oss det sosiologiske spørsmålet: Hvorfor har vi så mange barn, og nå også voksne, som sliter med konsentrasjon? Hva i samfunnet vårt gir en slik endring? Det fins en rekke nokså åpenbare mulige svar, slik som kosthold, manglende fysisk aktivitet, sosiale medier, skjermbruk, stillesittende, teoriutgang skole og like teoriutgang samfunnsliv, stadig større andel av årskullene søker teoretiske studier, og økende individualisme. Eller kanskje er det så enkelt som at det å ha problemer alltid har mange fasetter, og i vår tid har oppmerksomheten til samfunn og individ blitt rettet mot konsentrasjonsvansker?

Videre må vi forske på mulige hjelpetiltak. Kanskje kan mindfulness i form av meditasjon eller yoga være gode alternativer til medisiner? Kanskje kan mer fysisk aktivitet i skolen være en løsning? Burde skolen ha andre løp for dem som ønsker og er mer egnet for praktisk arbeid? Kan konsentrasjonsvansker behandles med restriksjoner i skjermbruk? Vil det være nyttig å jobbe terapeutisk med relasjonelle vansker? Er det mulig å trene opp konsentrasjonsevne gjennom spesifikke programmer?

Antall personer som bruker ADHD-medisiner har doblet seg på seks år (5). Som samfunn har vi et åpenbart behov for å tenke oss om.

REFERANSER

- https://www.cochrane.org/CD012857/BEHAV_extended-release-methylphenidate-attention-deficit-hyperactivity-disorder-adhd-adults. Lest 22.9.2024.
- <https://www.npe.no/no/Om-NPE/aktuelt/baren-av-ti-med-adhd-far-medhold/> Lest 22.9.2024.
- <https://utdanningsforskning.no/artikler/2015/barn-og-unge-med-adhd--medisinering-og-tiltak/>. Lest 22.9.2024.
- Øyvind Alexsandersen, assisterende fylkeslege, Statsforvalteren i Trøndelag, personlig meddelelse.
- <https://www.dagensmedisin.no/antall-nye-pasienter-som-far-adhd-medisiner-har-doblet-seg-siden-2016/576873>. Lest 22.9.2024.



Ny veileder for utredning og oppfølging av hjertesvikt i allmennpraksis.



Ny hjertesviktveileder for allmennpraksis

Fra arbeidsgruppen for hjertesvikt i Norsk Cardiologisk selskap¹

NT-proBNP har i flere år hatt en sentral rolle i diagnostikk av hjertesvikt og er inkludert i retningslinjene fra ESC (European Society of Cardiology). I den nye norske veilederen for allmennpraksis, er NT-proBNP også en del av halvårlig oppfølging av hjertesvikt.

UTREDNING

Hjertesvikt bør vurderes hos pasienter som presenterer symptomer og/eller tegn til hjertesvikt. Pasienter med høy risiko for hjertesvikt bør gjennomgå regelmessige vurderinger av symptomer og tegn.

	Relevant informasjon:	Mistanke om hjertesvikt:	
Klinisk undersøkelse og anamnese	Risikofaktorer, bl a. diabetes, fedme, hypertensjon, klaffesykdom, kronisk nyresykdom, koronarsykdom	Symptomer/tegn: Dyspné, redusert fysisk yteevne, bilaterale ødemer, knatrelyder over lungene	<p>Ja → Klinisk mistanke Ta supplerende undersøkelser</p>
Supplerende undersøkelser	Orienterende blodprøver, bl a. Hb, kreatinin, HbA1c, TSH, fT4 + EKG	Forhøyet NT-proBNP > 125 pg/mL hvis <75 år > 450 pg/mL hvis >75 år	<p>Ja → Hjertesvikt sannsynlig Henvis til ekkokardiografi</p>
		Nei → Vurdere andre årsaker	

OPPFØLGING

Rutinemessige kontroller og oppfølging etter opptrapping.

Pasienter med hjertesvikt bør følges med regelmessige kontroller av fastlege. Vi anbefaler halvårlige kontroller, og hyppigere kontroller hos pasienter med betydelig komorbiditet og etter medikamentjusteringer.

Klinisk undersøkelse og anamnese	Symptomer og tegn	Medikamentgjennomgang
Supplerende undersøkelser	Blodprøver: NT-proBNP, eGFR, Na, K	EKG: Arytmi, HR, QRS-bredde, grenblokk

Sier 'hurra' for at allmenn forskning er inne i offentli

■ LISBETH NILSEN • *Frilansjournalist*

– Jeg er veldig fornøyd med at forskningen som gjennomføres med midler fra Allmennmedisinsk forskningsfond endelig er inne i en offentlig statistikkbank, sier Marte Kvittum Tangen om oppdateringen av Forskningsrådets HelseOmsorg21-monitor.

HelseOmsorg21-monitoren er en statistikkbank over forskning og innovasjon innen helse og omsorg. Det er Forskningsrådet som har utviklet statistikkbanken, på oppdrag fra HelseOmsorg21-rådet (HO21-rådet). Den første versjonen av monitoren

kom i 2016, og målet var å gi et kunnskapsgrunnlag for ressursbruk, resultater og effekt av forskning på området. Inntil ganske nylig har det derimot manglet statistikk på forskning fra kommunale helsetjenester, deriblant forskning innen allmennmedisin.

En av de viktigste finansieringskildene til allmennmedisinsk forskning er Allmennmedisinsk forskningsfond (AMFF). I mars i år uttalte Ole Johan Borge i Forskningsrådet at planen var å få med AMFF-statistikk i løpet av våren. Planen holdt ikke helt, men nå er prosjektene inne i monitoren.

– Vi har savnet en oversikt over all forskningen innen allmennmedisin. Fortsatt er vi ikke i mål, for det er så langt ikke mulig å få en total oversikt over all allmennmedisinsk forskning i HO21-monitoren. Men jeg

– Forskning i allmennpraksis er avgjørende for å få kunnskap til å kunne drive en god og bærekraftig helsetjeneste. Og ikke minst er det viktig at denne forskningsaktiviteten blir synlig i offentlig statistikk, sier Marte Kvittum Tangen, styreleder i Allmennmedisinsk forskningsfond og leder av Norsk forening for allmennmedisin. ARKIVFOTO: ANITA SÆLE/LEGEFORENINGEN



medisinsk g statistikk



er veldig fornøyd med at forskningen som skjer med midler fra Allmennmedisinsk forskningsfond endelig er inne i statistikkbanken, sier Marte Kvittum Tangen, som er styreleder i AMFF og leder av Norsk forening for allmennmedisin (NFA).

100 millioner versus 1 milliard

Tallene i statistikkbanken viser stor forskjell i antall kroner som går til forskning innen allmennmedisin (AMFF-tall) og forskning på sykehusene: Helse- og sosialtjenesteforskning er den vanligste forskningsaktiviteten i AMFF, og den minst vanlige i helseforetakene i 2023. Likevel investerte sykehusene nær 76 millioner forskningskroner, mot drøyt 3 millioner fra AMFF.

– Bare et blikk på HO21-monitoren er tilstrekkelig for å se hvor enorm forskjellen i dag er på forskningsinnsatsen i helseforetakene og i allmennmedisin. Dette må vi rette opp i hvis vi skal komme gjennom de demografiske endringene som ligger foran oss, med en økende andel eldre i befolkningen. Jeg kan godt si «hurra» for at omfanget av og den type forskning som AMFF finansierer nå er lett tilgjengelig for alle. Men det er ingen grunn til å rope «hurra» for det offentlige satsning på allmennmedisinsk forskning. De samlede bevilgningene over statsbudsjettet i år var på 78 millioner kroner. Legger vi til de nær 20 millionene Allmennmedisinsk forskningsfond mottar gjennom normaltariffen, er vi fortsatt på mindre enn 100 millioner kroner i året. Til sammenligning tildeler de regionale helseforetakene mer enn 1 milliard kroner hvert år til forskning.

Viktig for bærekraftig helsetjeneste

– Hvorfor er det viktig å få med AMFF-prosjektene i monitoren?

– Forskning vil alltid være preget av hvilket utgangspunkt vi har, og hvilken populasjon vi undersøker. En studie som gjennomføres på en utvalgt pasientgruppe i en spesialisert sykehusavdeling, vil som regel gi

ALLMENNMEDISINSK FORSKNINGSFOND (AMFF)

- AMFF ble grunnlagt i 2007, og utlyser stipend til doktorgradsprosjeKter innen allmennmedisin to ganger i året
- Fra 2008 til og med 2024 har AMFF tildelt i alt nær 237 millioner kroner til 126 stipendiater
- I gjennomsnitt er det tildelt 14 millioner kroner hvert år til 28 stipendmottakere, hvorav cirka seks hvert år er nye stipendiater
- Per 1. desember 2024 har 69 forskere disputert

FORSKNINGSAKTIVITET 2023	AMFF-PROSJEKTER*	FORSKNINGSPROSJEKTER SYKEHUS
Årsaksforhold	20 % (28 %)	12 %
Evaluering av behandlinger	26 % (21 %)	17 %
Helse- og sosialtjenesteforskning	21 % (18 %)	7 %
Påvisning og diagnose	11 % (14 %)	21 %

* Tallene i parentes gjelder AMFF for hele perioden 2008-2023 og er innhentet fra AMFF/Jon Ørstavik

andre resultater og føre til andre konsekvenser enn samme undersøkelse gjort på en normalbefolkning utenfor sykehus. Rammene rundt helsearbeiderne på sykehus og i allmennpraksis er også veldig forskjellige, og allmennlegene og kommunene kan ikke overta spesialisthelsetjenestens arbeidsmåter og ressursbruk. Derfor er forskning i allmennpraksis nødvendig for å få kunnskap til å kunne drive en god og bærekraftig helsetjeneste. Og ikke minst er det viktig at denne forskningsaktiviteten blir synlig i offentlig statistikk – og enkelt kan sammenlignes med forskning i spesialisthelsetjenesten.

Hun poengterer det faktum at de fleste pasienter tas hånd om i primærhelsetjenesten.

– I dag ser det ut til at både primær- og spesialisthelsetjenesten nærmest er mettet med pasienter. Allmennlegene kan ikke overta mer av sykehuslegenes oppgaver, samtidig som det er lange køer på behandling ved sykehusene. Vi er nødt til å fremskaffe kunnskap som kan bidra til at så mange som mulig ferdigbehandles i primærhelsetjenesten. Det betyr også at vi må avdekke tiltak og behandling som har liten effekt. For å få til dette, må vi forske med utgangspunkt i de problemstillingene og

den populasjonen som finnes i kommune og i allmennpraksis. Da kan allmennlegene henvise videre de riktige pasientene.

Kan sammenligne med sykehusforskning

Foruten statistikk fra AMFF og på øremerkede forskningsmidler i de regionale helseforetakene, omfatter HO21-monitoren forskningsmidler fra Kreftforeningen, Stiftelsen Dam og tildelinger i EUs rammeprogram.

I HO21-monitoren kategoriseres forskningen i to hovedkategorier ut ifra Health Research Classification System (HRCS):

- Forskningsaktivitet beskriver type forskning, som for eksempel forebygging.
- Helsekategori beskriver forskningens relevans definert ut ifra fagområde, som for eksempel mental helse.

I tabellen over vises noen eksempler på hvordan forskningsmidlene fordelt seg i 2023.

I helsekategori-gruppen er godt over en fjerdedel av alle AMFF-prosjektene innenfor generell helserelevans – den klart største kategorien. I helseforetakene er den desidert vanligste kategorien kreft og utgjør en andel på nær 22 prosent i 2023.

■ BETHNIL17@GMAIL.COM

Øyeblikksamler

■ ENDRE SKJØLBERG • Fastlege, Molde kommune

JEG ER HÆRFØRER PÅ ET TOKT for å bli kvitt alt i kakeboksene. Alle sju slag, samt en hel bataljon av skumnisser.

DET SIES AT MAN MÅ rydde ut et år, før man kan begynne på det neste. Så hvordan ble dette fastlegeåret for meg?

ÅRET VAR ALLE DE TRISTE beskjedene jeg måtte meddele, alle tårene som ble tørket, alle såre sjeler som trengte trøst og alle håp som ble slukket. Det var også alle de trillende latterne, alle utpust av lettelse, alle de herlige historiene, alle innesluttete ungdommer som til slutt smilte med hele seg og uttalige herlige, tindrende barneøyne. Året inneholdt alle livets ingredienser for de fleste: søtt, salt, surt og bittert.

ÅRET VAR DEN TØFFE JENTA som turde å innrømme at hun trengte hjelp. Hun som

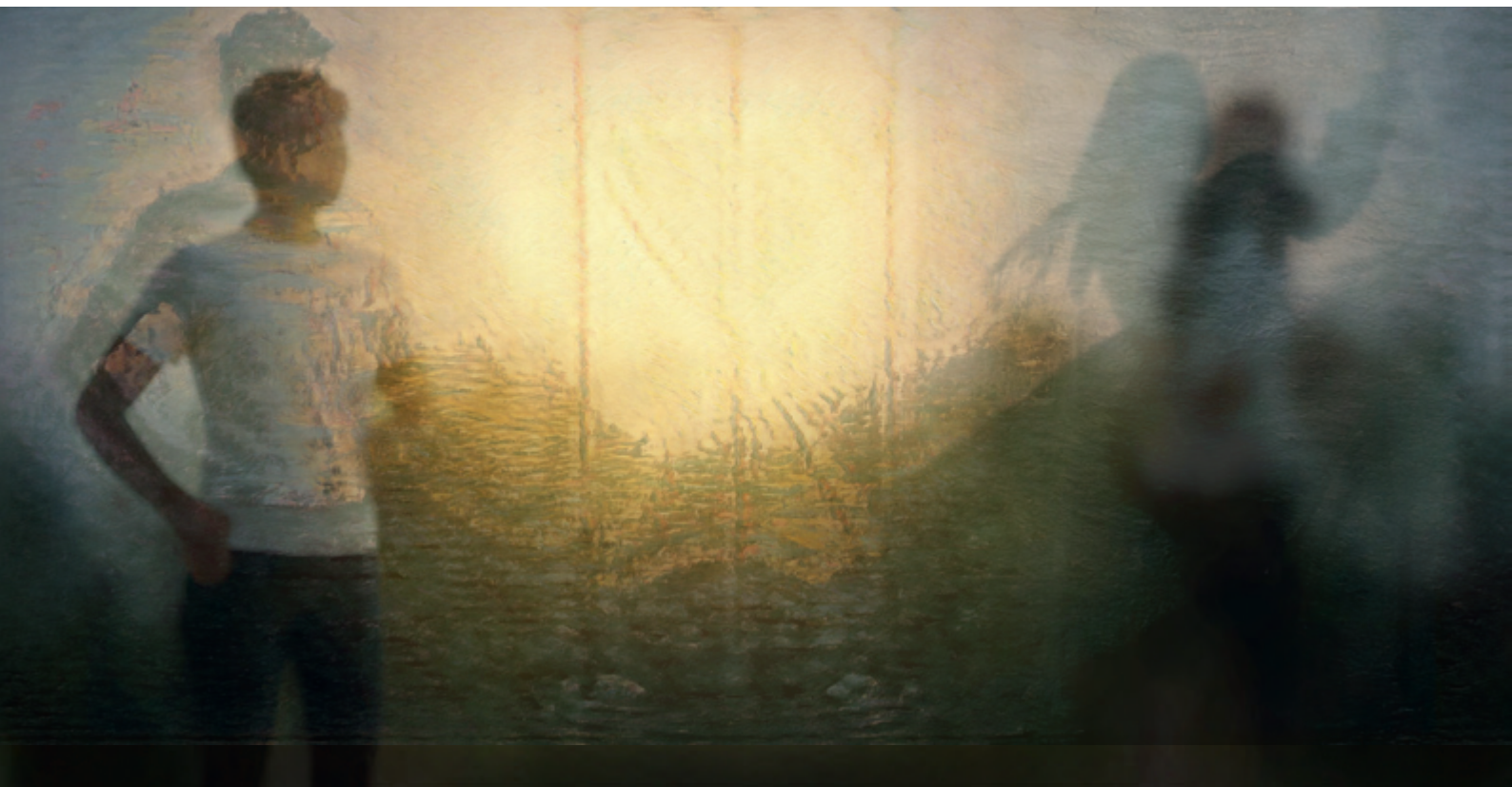
aldri hadde åpnet opp om det mørket hun bar på, bare dundret på i livet med et håp om at da ville alt det vonde forsvinne. Inntil hun følte en stor nok trygghet til å si «ja» på spørsmålet mitt om jeg skulle hjelpe henne med noe. Jeg så at hun først holdt pusten, lukket øynene og begynte å fortelle.

ÅRET VAR DEN SPREKE FYREN som fikk den tøffe beskjeden om at livet ville bli helt annerledes fra nå av. At han hadde spilt sin siste fotballkamp og at livet ville bli en helt annen kamp fremover. Han som skjønte at alle drømmer om fremtida smuldret bort og at den mørke usikkerheten banket på og ville inn. Han som mumlet forsiktig at han trengte å snakke med noen fordi det ville bli tøft fremover.

ÅRET VAR OGSÅ ET SISTE FARVEL med noen jeg hadde kjent gjennom hele

mitt legeliv. De som hadde lagt livet sitt i mine hender, stolt på meg og mine vurderinger. Vi hadde snakket om det meste mellom himmel og jord og som regel om fotball. Noen døde i ensomhet, mens hos andre rant timeglasset ut med hele flokken rundt seg. Tilbake sitter jeg ved årets slutt og minnes de jeg aldri vil snakke med igjen, aldri mer høre latteren deres, ingen flere historier å høre på, aldri mer mandagsanalyse over fotballkampen i helga sammen med meg. Hadde de levd nok? Hadde jeg lyttet nok?

HVA MED ÅRET som ligger uskyldig og ubrukt foran oss? Hva skal jeg fylle det med? Nyttårsforsett er ikke helt min greie, men jeg har tenkt på et lite prosjekt for neste år. Jeg skal samle på øyeblikk. Søte, romantiske øyeblikk om det aller første møtet mellom to som blir kjærester.



ILLUSTRASJON: MORTEN HERNÆS / KI - ADOBE FIREFLY

NOEN GANGER når ektemannen skal til fastlege, så er kona med for å sikre seg at alt blir nevnt og at vi ikke bare prater om fotball. I slike legetimer, når kona blir utålmodig fordi mannen aldri kommer til poenget, glemmer halvparten og underdriver alvoret, det er da jeg skal spørre: Hvordan møttes dere? Husker dere det aller første møtet? Var det kjærlighet ved første blikk? Var han kjekk?

JEG HAR ALLEREDE tyvstartet på dette prosjektet og første romansen jeg innkaserte var om et ektepar som hadde vært sammen i mange, eviglange år. De var godt i gang med litt ekteskapelig kjekling på kontoret mitt da jeg spurte: «Hvordan møttes dere egentlig?» Stemningen snudde, de kikket hjertelig på hverandre og lo før de fortalte om deres aller første møte. Om mannen som akkurat hadde fått en blåveis og satt litt bedrøvet ved vinduet på en kafé da den vordende kona gikk forbi på gata, han bestemte seg kjapt, kunne ikke la den sjansen og dama gå fra seg, tok jakka si og sprang etter. Resten var som sagt romantikk.

ÅRET VAR OGSÅ ET FARVEL til en som skulle flytte tilbake til nord etter altfor mange år sørpå, og som avskjedsgave til meg hadde hen kjøpt en kaffekopp – med logoen til Bodø/Glimt på! Pasienten takket meg for å ha holdt ut med hen i alle disse åra. Det siste som ble sagt til meg før døren ble lukket: «Endre, du e faktisk det lengste forholdet æ har hatt!».

ÅRET ER ALLE DE SMÅ MØTENE jeg har gjennom dagene, alle disse korte utdragene av et liv som fortelles bak lukkede dører. De fleste er helt ordinære, forglemmelige legetimer som sklir forbi, men noen ganger stopper verden opp på legekantoret mitt og det blir magisk. Det er slike hverdagsøyeblikk jeg samler på – og som gjør at jeg fortsatt vil være fastlege.

HVORDAN VAR ÅRET FOR MEG? Litt rufs i starten, men jeg gir meg aldri – ikke før den siste skumnisse har kapitulert!



ILLUSTRASJON: MORTEN HERNÆS / KI - ADOBE FIREFLY

Mine erfaringar som distriktslege *del 1: Helgeland*

■ TORLEIV ROBBERSTAD

TORLEIV ROBBERSTAD

Torleiv Robberstad er 88 år gammel men leverer fortsatt artikler til *Utposten*, 50 år etter at han hadde sin første artikkel i bladet vårt. Han har vært distriktslege, samfunnsmedisiner, helse- og sosialsjef, assisterende fylkeslege og kommunestyremedlem. I høst fant han tilfeldig et manuskript fra da han i 2003 holdt foredrag i et medisinsk historielag i Stavanger. Foredraget handler om hans liv som distriktslege fra 1960- til 1980-tallet. Torleiv skrev i brev til oss i redaksjonen: «Eg syns framleis det er spennande å lese om alt det rare eg har vore med på i embets medfør.» Det synes vi også! Vår nære medisinske historie minner oss om hvordan nesten umerkelige små endringer over år blir til store omveltninger. Torleiv sine opplevelser fra den gang er verd å lese som ren underholdning, men gir samtidig et tankevekkende perspektiv til dagens legeliv og helsetjeneste. Vi publiserer en lett redigert utgave av foredraget i tre deler, i *Utposten* nummer en til tre i 2025.



ARKIVFOTO: SANDNES VENTRE / TØRE NELSEN

Mime var ein norrøn jotun, som forvalta ein visdomsbrønn ved foten av Yggdrasil, livstreet. Dersom mimring har med Mime sin brønn å gjere, kan det vere nyttig kunnskap å hente frå vår nære forhistorie.

Distriktslege er eit ord som du finn i leksika, like bak dinosaur. Eg var distriktslege i 20 år, frå 1. februar 1964 til 31. mars 1984, då distriktslegeetaten blei nedlagt. Kommunehelsetenestelova blei sett i kraft 1. januar 1984, men legar og fysioterapeutar kom etter tre månader seinare, fordi det var krangel om innpassing av dei privatpraktiserande.

Distriktslegeetaten slik me kjenner den, blei innført i 1912, med *Lov om utførelsen av de offentlige lægeføretninger*. Tidleg på 1900-talet var ei sosial veksttid, med uni-

onsoppløysing, aukande levekårsproblem i byane, oppdaging av stadig nye bakteriar, trua på at kunnskap og vitskap skulle styre utviklinga, stemmerett for kvinner og dei Castbergske barnelovane. Men no skulle heile riket delast i legedistrikt, kvar med sin statlege distriktslege. Byane fekk stadslegar. Kwart fylke skulle ha ein fylkeslege, som også skulle vere distriktslege. På 1950-talet var kollega Hegbom både fylkeslege i Rogaland, distriktslege i Hetland og sjef for Stavanger diagnosestasjon.



Distriktslegen skulle ha allslags offentlege gjeremål. Dette var nærare spesifisert i Distriktslægeinstruksen av 1913. I tillegg skulle han etter § 6

«være forpligtet til at yde lægehjelp til befolkningen i sine distrikter mot passende godtgjørelse og i den utstrækning, som offentlige forretninger tillater».

Og så skulle han ha plikt til å ha utekontordagar

«på bestemte steder innen sine distrikter mot at vedkommende herred yder almindelig kostgodtgjørelse samt opvarmet kontorlokale (...) Andragende fra et herredsstyre skal som regel imøtekommes, når det kan skje uten vesentlig fortrengsel for distriktslægens øvrige offentlige forretninger.»

Etaten blei utbygd til 404 stillingar i 1923. Like mange var det i 1956, etter mange års stagnasjon og sparetiltak; på 1930-talet

heitte det at «Statens brød er tørt, men sikkert». I 1964 var det 446 distriktslegestillingar, fjerdeparten av dei i Nord-Norge. I 1964 var utkastet til ei ny lov om offentlege legar ute på høyring, men så blei den trekt tilbake, fordi det skulle kome ei samlande helselov i løpet av eit par år. Sjukhuslova kom i 1969, men distriktshelsetesta måtte vente til 1984.

Vel, eg tok eksamen i Oslo i 1961 og hadde sjukehusturnus på Gjøvik. Så ville Helga og eg oppleve landet mens me enno var unge, og valde **distriktsturnus på Frøya**. Frøya var eit øydistrikt på Trøndelagskysten, med sju timar til Trondheim med rutebåten «Fru Inger», ein gong per døgn. Der såg eg min første distriktslege. Han hadde kome dit som turnuskandidat halvanna år tidlegare. Saman skulle me ta oss av 6600 innbyggjarar, og 2000 av dei kunne berre

nåast med båt. Turnusbustad med kontor var tre kilometer frå distriktslegen, men han såg innom meg ein og annan gong. Arbeidsdagen var innretta etter bussruta. Siste buss gjekk halv fem om ettermiddagen, så for dei siste pasientane blei konsultasjonane nærast «som ei ofring i kyrkja».

Eg hugsar godt den første pasienten min der. Ho jobba i Trondheim og skulle ha forlenga ei sjukmelding. Undervisninga i sosialmedisin hadde vore lite praktisk innretta, men pasienten viste meg korleis eg skulle fylle ut sjukmeldingsblanketten, og det var nyttig lærdom å få.

Det var arbeid nok for begge oss legane. Eg hadde utekontordagar på Sula i Fosna kvar 14. dag, og på Titran ein gong i månaden. Til Sula var det to timar med skyssbåten, ein 7,5 knops båt som var forlenga frå 40 til 45 fot, så den var smal og rulla fælt.

Men skipperen var god. For mange år sidan hadde han mista høgre armen i ei motorulykke, og etter det byrja han med doktor-skys. Han fortalde meg på venleg måte at eg var den 37. legen han skyssa. Det var nyttig å få det perspektivet.

Allmenn sjuketrygd vart innført på slutten av 1950-talet. Før den tid kunne småfiskarane betale premie til frivillig sjuke-trygd, men mange hadde ikkje råd til slikt. Regelen for dei var at dersom du skulle på sjukehus, måtte du ha med deg 300 kroner, men det var det ikkje alle som hadde (tilsvarar 7600 kr i 2024). Ein av dei fekk akutt appendisitt, men hadde ingen pengar. Folk i fiskeværet samla inn 180 kroner til han, men så heldt blindtarmen hans på å spreke, så dei måtte sende både pasienten og pengane til Trondheim med ekstraskys. Han blei operert, og han kom seg, og kommunen garanterte per telefon for dei siste 120 kronene. Uverdig – ein kan bli radikal av mindre!

Pasientbehandlinga var nokså enkel. Sulfa for bronkitt og penicillin for pneumoni. Ingen avtale om etterkontroll, berre «du får ta kontakt dersom du ikkje syns du blir god». Folk med fryseskåp tok eg full betaling av. Folk med jordgolv slapp gratis, og blei helst behandla med gratisprøver – som me fekk mykje av. Der var ingen helsestasjonar, men ei helsesøster sykla kring på øya og vaksinerte ungane. Og så var der ei jordmor som tok heimefødsjar; den eldste vart blei fødd der.

Etter Frøya vart det eitt år som **avdelingslege på Evjemoen**, med 600 nye rekruttar tre gonger i året. Distriktslegen var 53 år og hadde det travelt. Ein gong han hadde jobba eit par døgn utan søvn, fekk han hjerneblødning. Den privatpraktiserande legen på Evje hadde sagt nei til vakt-samarbeid, men dagen etter ringte han og spurde om eg ville gå inn i vakt-samarbeid med han. Eg sa nei. Eg fekk ein stor privat-praksis det siste halvåret der, så me kjøpte Hoover Keymatic heilautomatisk vaske-maskin for deler av trygdefusjonane for juli (prisen tilsvavar 50 000 kr i 2024).

Men Frøya gav meirsmak, og me ville meir i distrikt. På dei tider var det mange ledige distriktslegestillingar å velje mellom, det hjelpte ikkje at ein vart utnemnd av Kongen i statsråd. Mange av kullingane mine snakka om at dei kunne tenkje seg ut i distrikt, dei måtte berre få seg to-tre år på sjukehus først for å lære meir – og der vart dei fleste verande. Me såg utlyst ei **nyopp-retta stilling i Meløy, på Ørnes**, noko sør for Bodø. Eg ringte opp og snakka med ord-føraren der. Ja då, dei hadde nybygd distriktslegebolig, og nytt kontor skulle kome

i løpet av nokre månader. Eg vart tilsett i august 1963, 26 år gammal, og kom dit 1. februar 1964, som den nest yngste distriktslegen i landet då.

Meløy er delt i to av den breie Glomfjorden. På sørsida av fjorden var den andre distriktslegen – helserådsordføraren – med turnuskandidat, skysbåt og ansvar for 3100 menneske. På nordsida av fjorden var kommunesenteret, 4600 menneske, eg i distriktslege 2-stilling, og bedriftslegen ved Norsk Hydro sin salpeterfabrikk i Glomfjord. Han heldt til ein halvtime unna, var flink, men flytta til Fredrikstad eit år seinare.

Distriktslegeoppgåvene var forklart i Distriktslægeinstruksen frå 1913. Den påla meg å «ha min oppmerksomhet henvendt på alt som kan tjene til fremme av distrik-tets sunnhetsvesen». Andre plikter var å undersøkje om ein fattig var sinnssjuk, å føre tilsyn med vaksinasjon og jordmor, å vere skulelege og å undersøkje abnorme barn, å vere fast rettsmedisinsk sakkunnig, og vikariere i nabodistrikt. Likevel kom det aller meste til å handle om pasient-praksis.

Livet vart fort noko uryddig. Den nye bustaden var ikkje påbyrja, men vart innflyttingsklar etter eitt år, og nytt kontor kom eit halvår etter det. Men som ordføraren hadde sagt til formannskapet: «Eg måtte seie noko til han, slik at me fekk dokter hit». I mellomtida hadde me bustad og kontor i eit fuktig murhus.

Grannekommunen i nord var Gildeskål, som då hadde 3900 innbyggjarar. Etter 14 dagar måtte eg vikariere som distriktslege der i tillegg, og det vikariatet varte til 5. august. Eg trur dette var det mest slitsame halvåret i heile mitt liv. Det var fem kvarter biltur til kommunesenteret der, men ein måtte i båt vidare for å nå to tusen av folket der. Riksvegen dit var stundom stengd av snøras, og i vinterens vårløysingar gjekk den i oppløysing. Då var det godt at den eine av drosjesjåførane på Ørnes hadde dif-ferensialsperre på bilen sin, slik at den kunne sømje seg fram.

Skyssbåten i Gildeskål var saktegåande; skipperen var malar av yrke og ikkje den store sjømannen. Ein gong gjekk han tom for diesel, så han måtte ro inn til ei øy og hente meir, mens skysbåten og eg låg og dreiv utpå fjorden. Heldigvis var det havblikk og midnattssol.

Måndag og torsdag hadde eg kontordag på Ørnes, tysdag og fredag hadde eg kontordag i Gildeskål, onsdag og laurdag sov eg litt lengre og tok diverse sjukebesøk og slikt som ikkje var heilt akutt. Det vart lange dagar. På Ørnes-dagane var eg sjeldan

heime før i titida om kvelden, og frå Gildeskål kom eg sjeldan heim før i eittida om natta. I tillegg kom kontinuerleg vakt i seks månader, utan vaktordning. Så etter kvart utvikla eg to utrivelege symptom.

Det eine var at eg vart meir og meir *ego-sentrert* om «korleis skal eg greie å skrape saman åtte timar søvn i dette døgnnet?» Men det hjelpte godt at eg kunne sove i framsetet i drosjar og på benken i skysbåtar.

Det andre var *telefonangst*. Eg greidde ikkje å slappe av dersom det var ein telefon innan rekkevidde, og eg opplevde den lik-som eit dyr som kunne bykse på meg kva tid som helst. Det hadde eg i to periodar, og det var ikkje kjekt.

Men *attestbyråkratitt* var det også på den tida. Ein laurdag i mai ringte skulekonto-ret i Gildeskål til meg. Ein av avgangsele-vane kunne ikkje møte til eksamen på måndag, fordi han låg heime med meslin-gar. Då måtte skulekontoret ha legeattest for å kunne ordne utsett eksamen for han, og den ville dei eg skulle ordne. Denne eleven budde på Sør-Fugløy, og dit var det 2,5 timars bil- og båtreise, kvar veg. Eg for-klarte at eg ikkje kunne skrive ein slik at-test utan å sjå pasienten, at det ikkje trongst sjukebesøk til ein med ukompliserte mes-lingar, og at det derfor ikkje var grunnlag for at trygdekassa skulle betale for turen. Men for dødsfall i landkommunar var det ikkje krav om at lege skulle syne liket, då kunne det greie seg med attest frå to tru-verdige, vaksne menneske. Kunne dette vere godt nok for ein meslingattest også? Nei, det kunne det ikkje. Ja, ville i så fall skulekontoret betale heile turen dit ut for meg som skulelege? Det vart ingen slik at-test-tur.

Kollegialt samvær var det ikkje så lett å få til. Bedriftslegen og den andre distriktsle-gen var halvgamle og hadde nok med seg sjølve. Etter eitt år reiste eg til Bodø og gjekk på kveldsmøte på sjukehuset, tok hurtigruta om morgonen og kom heim att eitt døgn seinare, for så lang tid hadde me lov til å vere ute or distriktet utan søknad til overordna. Du kan tru det var rart å vere i same rom som ti-tolv andre legar, og eg hugsar enno at emnet var ein pasient med muskeldystrofi.

Men så kom det ein jamaldrande distriktslege i Gildeskål, og turnuskandidat der, og ein annan turnuskandidat vart be-driftslege i Glomfjord. Då kunne me trefast sosialt ganske ofte, og i lange periodar ha todelt eller endåtil tredelt helgevakt laurdag-søndag!

*Sør-Fugløy i 1964,
utan bryggje.*



ENSTILAR® «LEO»

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

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



START / CONTINUE

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

**EFFEKTIV BEHANDLING
AV AKTIV SYKDOM¹⁻⁵**

Mer effektiv enn andre
kombinasjonsbehandlinger
med de samme virkestoffene^{4,5}



**VEDLIKEHOLDSBEHANDLING
I ROLIG FASE^{1,6}**

Proaktiv vedlikeholdsbehandling gir
flere dager i remisjon enn reaktiv
behandling⁶

Enstilar® er den første lokalbehandlingen av psoriasis som har vist at proaktiv terapi gir færre og kortere tilbakefall sammenlignet med reaktiv behandling⁶

Enstilar®
kalcipotriol/betametasondipropionat

Referenser:

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, Kirck, 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

Praksisveilednerutdanning - noe for deg?

■ **KNUT EIRIK RINGHEIM ELIASSEN** • Spesialist i allmennmedisin, førsteamanuensis UiB

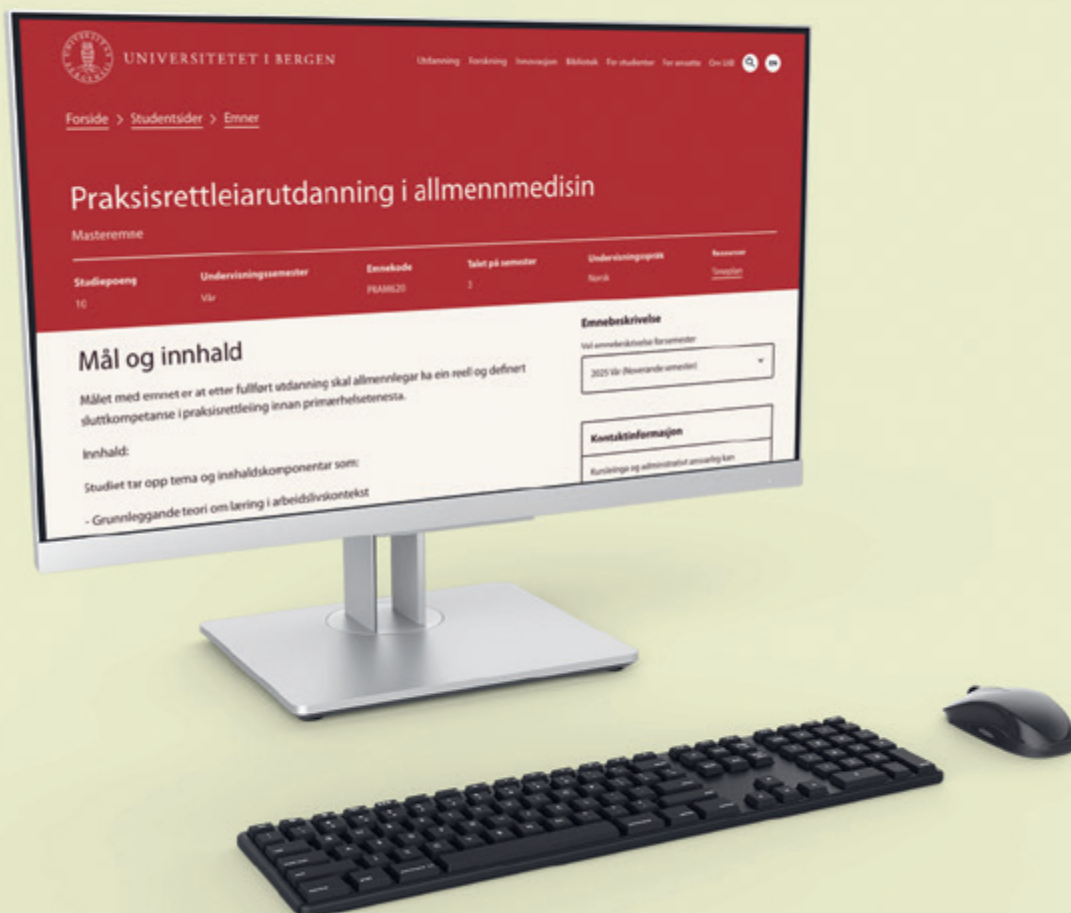
■ **GUNNAR TSCHUDI BONDEVIK** • Spesialist i allmennmedisin, professor UiB

■ **STEINAR HUNSKÅR** • Spesialist i allmennmedisin, professor emeritus UiB

Siden 2021 har Universitetet i Bergen drevet prosjektet *Flere praksisplasser og bedre veiledning for medisinstudenter på fastlegekontorene (FRONESIS)*, et innovasjons- og forskningsprosjekt om praksisplasser og praksisveiledning. Her inngår også en ny utdanning på masternivå, der allmennleger kan få økt kompetanse som praksisveiledere. Neste kull starter med et emnekurs i juni 2025.

Gjennom *Forskrift om nasjonal retningslinje for medisnutdanning (1)* er det anbefalt at alle legestudenter i Norge skal ha ti ukers praksis i primærhelsetjenesten, noe universitetene organiserer på litt ulikt vis. Praksis betyr i denne sammenheng «å være i rollen som det man utdanner seg til». Å sitte som observatør er dermed ikke nok

BILDE 1. Nettsiden til Praksisveilednerutdanningen PRAM620 ved UiB. Her kan du lese alle detaljene i utdanningsprogrammet. <https://www4.uib.no/emner/pram620>



ILLUSTRASJONSFOTO: MORTEN HERNES / MOCKUP - PLACEIT

i allmennmedisin

i seg selv, selv om det kan være nødvendig for å komme inn i legerollen. Flere hundre norske fastleger deltar i legeutdanningen som praksisveiledere for en eller flere studenter årlig, og utgjør en stor og viktig ressurs for de medisinske fakultetene. Tidligere har det ikke vært noe annet krav til praksisveilederne enn at de selv skal være allmennleger på et legekort som egner seg som praksisplass. I 2018 ble imidlertid Universitets- og høgskolerådet enige om felles krav til veiledere i alle helsefaglige praksisutdanninger, medisin inkludert (2). Målsettingen er at alle praksisveiledere bør ha veilederkompetanse tilsvarende minimum ti studiepoeng på masternivå. Dette tilsvarer ca. 250 timer / seks ukers fulltidsstudium. Flere universiteter og høgskoler har etter dette tilbudt slike utdanninger, men det har vært få fastleger blant deltagerne.

I 2021 fikk prosjektet *Flere praksisplasser og bedre veiledning for medisinstudenter på fast-*

legekantorene – FRONESIS støtte fra Direktoratet for høyere utdanning og kompetanse (3). Prosjektet er et samarbeid mellom Universitetet i Bergen og Kunnskapskommunen Helse Omsorg Vest, men er også forankret i de fire medisinske fakultetene, som alle opplever utfordringer når det gjelder å rekruttere og sikre god veilederkompetanse hos praksisveilederne.

Prosjektet er fire-delt. I første del undersøker ph.d.-stipendiat Julie S. Knutsen blant annet holdninger og motivasjon blant norske fastleger til det å ta imot studenter i praksis (4, 5). I del to har vi systematisk invitert oss på besøk til alle de om lag 90 fastlegekantorene i Kunnskapskommunen Helse Omsorg Vest, og gått i dialog med fastlegene om hva som er hindringer for og hva som skal til for å legge kontoret til rette for studenter i praksis. Prosjektet har mulighet for å gi tilpasset økonomisk støtte for slik tilrettelegging. De andre fastlegekantorene i Vestland og Rogaland har fungert som kon-

trollgruppe. Etter ett år fikk også legekantorene i kontrollgruppen mulighet for å søke om tilretteleggingsmidler for studenter i praksis. Del tre av prosjektet har vært å lage en praksisveilederutdanning skreddersydd for fastleger, og i del fire skal resultatene fra rekrutterings- og utdanningsprosjektet brukes som nasjonalt pilotprosjekt og spres til de andre legeutdanningene i Norge.

Det er de færreste fastleger som har mulighet til å ta seks uker permisjon for å ta en slik utdanning. Samtidig er investering i gode praksisveiledere noe av det viktigste vi på universitetet kan gjøre for å gi studentene gode læringsopplevelser. Vi vet også at gode rollemodeller og gode praksisopplevelser er blant de viktigste faktorene når studenter og unge leger skal velge karrierevei (6), og på den måten kan utdanning av praksisveiledere også føre til økt rekruttering til allmennmedisin som fag, til praksiskommunen og i beste fall også til praksiskontoret.

Så – hva har vi tenkt, og hva har vi gjort? Høsten 2023 arrangerte FRONESIS sammen med søsterprosjektet PROFMED (7), som handler om praksis i sykehus, et emnekurs i praksisveiledning. Dette var et kurs integrert med *The First Nordic Conference on Medical Workplace Learning* på Stalheim (8). Både konferansen og kurset ble tatt godt imot og hadde stor deltakelse. Erfaringen ga oss god motivasjon til å gjennomføre del tre av FRONESIS-prosjektet: en formalisert utdanning på masternivå i praksisveiledning for allmennleger.

Fastleger setter pris på at kurs har status som godkjente emnekurs, tellende for videre- og etterutdanningen – og unngår helst mye fravær fra praksis. Med dette som premiss har vi lagt opp vår nye Praksisveilederutdanning i allmennmedisin, PRAM620 (9) (TABELL 1). Dette programmet er nå godkjent som studiepoenggivende utdanningstilbud ved UiB. Tabell 1 viser de ulike elementene i utdanningen.

Hovedelementene er et oppstartkurs og avsluttende kurs, begge godkjent som todagers emnekurs, samt praksis som praksisveilederkandidat mens man selv har studenter i egen praksis i to perioder. Dette siste elementet utgjør hele fire av de ti studiepoengene.

Veilederutdanningen er altså i hovedsak desentralisert til deltakernes egne legekon-

TABELL 1. Oversikt over de ulike elementene i UiBs 10 studiepoengs masteremne Praksisveilederutdanning i allmennmedisin (PRAM620).

OVERSIKT OVER MASTEREMNE PRAM620 – PRAKSISVEILEDERUTDANNING I ALLMENNMEDISIN (10 STUDIEPOENG)
Oppstartssamling (1 st p): 2-dagers emnekurs i praksisveiledning. Temaer er blant annet: Egne erfaringer med veiledning, Læringsteorier, Tilbakemeldingskompetanse, Læringsressurser, Rolleforståelse, Læringsmiljø, relasjoner og forutsetninger for læring, Vurderingsformer. Denne delen kan også tas som et 2-dagers emnekurs alene. Kurset bidrar til å dekke følgende læringsmål i ny spesialistordning: ALM-002 og FKM LM-002, 020, 023 og 073*.
Obligatoriske moduler: Konsultasjonsmodeller og Skikkethetsvurdering
Praksis I (2 st p): Ulike læringsoppgaver for veilederkandidat mens en selv veileder student i praksis i (5 eller) 6 uker. Inkluderer bl.a. strukturerte veiledningssamtaler, egendefinerte læringsmål, refleksjonsnotater og videosamtale med læringsmakker omkring veiledning.
Praksis II (2 st p): Ulike læringsoppgaver for veilederkandidat mens en selv veileder student i praksis i (5 eller) 6 uker. Inkluderer bl.a. strukturerte veiledningssamtaler med videoopptak, egendefinerte læringsmål, refleksjonsnotater og videosamtale med læringsmakker omkring veiledning. Alle oppgaver er et nivå mer avansert enn i praksis I.
Fordypningsoppgave (1 st p): Egen utvikling som praksisveileder og min vei videre.
Valgfrie fordypningstema (til sammen 3 st p): Mangfold og inkludering, Vurdering og tilbakemelding, Hvordan skape et trygt læringsmiljø, Studenters profesjonelle identitetsdannelse, Vanskelige veiledningssamtaler, Evaluering og videreutvikling av egen veiledning, Medisinsk usikkerhet og usikkerhetstoleranse. I denne modulen kan man også få godkjent annen relevant veilederkompetanse, som kurs og erfaring som LIS1- eller ALIS- individuell eller gruppeveileder. Egen spesialisitet i allmenn- eller samfunnsmedisin, samt deltakelse i medisinsk pedagogisk utdanning eller forskning kan også meriteres.
Avsluttende samling (1 st p): Arrangeres også som 2-dagers emnekurs. Tema er blant annet: De vanskelige (veilednings-)samtalene, Inkludering og mangfold, Medisinsk Usikkerhet, Tverrfaglig praksis, Arbeidsplassen som læringsarena, Profesjonell identitetsdannelse, Å gjøre veilederrollen håndterbar.

* Kurset er målrettet for fastleger som skal ha medisinstudenter i praksis, men bygger på mange av de samme veiledningspedagogiske prinsippene som i kursene til ALIS/SamLIS-kantorene og RegUt. Kurset er derfor aktuelt som læringsaktiviteten «veilederkurs» under FKM-LM-20.

tor, og veilederkandidatene er selv i praksis mens de veileder studenter på kontoret. Etter å ha møttes på første samling og fått tildelt en makker (en annen veilederkandidat), skal de gjennomføre ulike læringsoppgaver både med student i praksis og mellom praksisperiodene. Læringsressursene er tilgjengelig på en nettbasert plattform (Canvas/«Mitt UiB»), som både fungerer som diskusjonsforum og innleveringsstasjon for de skriftlige oppgavene.

Avhengig av interesse får kandidatene mulighet til å fordype seg innen ulike emner i «litteraturpakker», og etter å ha hatt to studenter i praksis skal de skrive en fordypningsoppgave om sin egen utvikling som veileder. Denne presenteres på avsluttende samling (Emnekurs II), der også de nye deltagerne på første samling får et innblikk i erfaringene fra de som allerede har tatt hele utdanningen. Det er dessuten mulig å ta utdanningen over to år i stedet for ett.

Utdanningen er utviklet i samarbeid med Enhet for læring ved det medisinske fakultet, og UiB Læringslab. Det pedagogiske rammeverket, anbefalt litteratur og innhold er forskningsbasert på internasjonalt nivå.

Vi erfarer at det er mange av de samme fastlegene som fungerer som praksisveiledere for studenter og som veiledere for LIS1 og ALIS. Selv om læringsmålene for de tre kategoriene er noe ulike, er pedagogikken og rollene som veileder overlappende. Vi har derfor også vært opptatt av å gi kandidatene meritt om de allerede har kompetanse som annen type veileder (10).

Første Emnekurs I gikk av stabelen på Flesland i Bergen juni 2024 og hadde rundt 30 deltagere (BILDE 2). 18 av disse gikk videre til masteremnet PRAM620 og de fleste av disse avslutter utdanningen i juni 2025, da vi på nytt arrangerer Emnekurs i praksisveiledning.

På emnekurset i juni 2024 inviterte vi representanter for de andre universitetene inn som observatører. Planen var opprinnelig at utdanningen skulle fungere som en nasjonal pilot, slik at universitetene i Tromsø, Trondheim og Oslo skulle kunne kopiere utdanningen og tilby sine egne praksisveiledere i allmennmedisin noe tilsvarende. Da vi i september 2024 presenterte PRAM620 ved Felles akademisk universitetsmøte for allmennmedisin i Oslo var interessen for denne utdanningen stor, men mulighetene for å lage fire parallelle utdanninger ble sett på som små, med tanke på både økonomi og personalressurser. I første omgang vil derfor utdanningen ved UiB være åpen for de andre universitetene om de vil sende sine praksisveiledere til utdanningen. Vi har fått opplyst at i alle fall Tromsø har fått bevilget midler til å sende noen av sine praksisveiledere på kurs i Bergen.

BILDE 2. Glade og fornøyde deltagere og undervisere ved første samling av praksisveilederutdanningen, i Bergen juni 2024.



Har du student i praksis eller har planer om det, og samtidig lyst til å øke din veilederkompetanse? Da er du velkommen på kurs hos oss: den 3. og 4. juni 2025 arrangerer vi todagers emnekurs i praksisveiledning. Ved påmelding kan du også melde interesse for å fortsette med Praksisveilederutdanningen PRAM620. Er du allerede praksisveileder i allmennmedisin? Ta kontakt med ditt universitet og hør om de kan dekke kursavgiften for deg. Og om du ikke allerede er praksisveileder, så trenger vi flere!

REFERANSER

1. Regjeringen. Forskrift om nasjonal retningslinje for medisinstudenter. Tilgjengelig fra: <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2020-01-03-21>.
2. UHR. Veiledende nasjonale retningslinjer for praksisveilederutdanning. Tilgjengelig fra: https://www.uhr.no/_f/p1/id7c35d49-b146-497a-a861-44d037ed53fd/sluttrapport_forslag_til_veiledende_nasjonale_retningslinjer_for_praksisveilederutdanning_170118.pdf.
3. FRONESIS - Flere praksisplasser og bedre veiledning til medisinstudenter på fastlegekontorene. Tilgjengelig fra: <https://alrekkehelseklynge.no/prosjekter/fronesis/>.
4. Knutsen, J. S., Bondevik, G. T., & Hunskaar, S. (2024). To be or not to be supervisors for medical students in general practice clinical placements: a questionnaire study from Norway. *Scandinavian Journal of Primary Health Care*, 42(3), 442–449. <https://doi.org/10.1080/02813432.2024.2337063>.
5. Trenger praksisplasser – fastleger blir ikke spurt om å være veiledere. *Dagens Medisin*, 06.08.2024. Tilgjengelig fra: <https://www.dagensmedisin.no/allmennmedisin-fastleger-forskning/trenger-praksisplasser-fastleger-blir-ikke-spurt-om-a-vaere-veiledere/645775>.
6. Pfarrwaller E, Audétat MC, Sommer J, Maisonneuve H, Bischoff T, Nendaz M, Baroffio A, Junod Perron N, Haller DM. An Expanded Conceptual Framework of Medical Students' Primary Care Career Choice. *Acad Med*. 2017 Nov; 92(11): 1536–1542. doi: 10.1097/ACM.0000000000001676. PMID: 28379931.
7. PROFMED – Medical students' professional identity formation during hospital practice. Tilgjengelig fra: <https://www.uib.no/med/enhetforl%C3%A6ring/140754/profmed-medical-students-professional-identity-formation-during-hospital>.
8. The First Nordic Conference on Medical Workplace Learning: «Bridging Theory, Science and Practice», Tilgjengelig fra: <https://alrekkehelseklynge.no/arrangementer/konferanse-first-nordic-conference-on-medical-workplace-learning/>.
9. Praksisretteliearutdanning i allmennmedisin, PRAM620, UiB. Tilgjengelig fra: <https://www4.uib.no/emner/pram620>.
10. Eliassen KE, Brekke M. Allmennlegen som veileder–dugnadstiden er forbi. *Tidsskrift for Den norske legeforening*. 2023 Jul 18.

Medisinstudent Maria er klar for første dag i allmennmedisinsk praksis. Hun blir tatt imot av veilederen da hun møter opp på fastlegekontoret. Hilsen på de andre ansatte. De andre legene møter henne til lunsj.

Den første dagen sitter Maria inne hos Anne som bare satt opp halvparten så mange pasienter som på en vanlig dag. Da rekker de å snakke litt sammen om dem mellom konsultasjonene. Neste pasient er satt opp til kontroll av blodtrykket. Maria tenker på ACE-hemmere og AT-II-blokkere. «Amlodipin – det finnes i både 5 og 10 mg. Kan kombineres med vann drivende», tenker Maria for seg selv.

De tar imot pasienten. «Hei», sier Anne «Dette er student Maria. Hun er med meg i dag, Hvordan går det med deg?». Pasient Ingrid forteller: Det går ikke så bra. Sønnen på snart 50 har mistet jobben, drikker mer enn han bør, og hun lurar på om samboeren hans er på vei ut. «Det høres tøft ut for både sønnen din og deg som mor», sier Anne. Ingrid forteller litt mer, og gråter en skvett. «Takk for praten, det gjorde godt. Jeg bestiller meg en ny time hos deg om et par måneder, jeg». «Ta vare på deg selv», sier Anne.

Maria ser på Anne når døren lukkes. «Unnskyld, skulle du ikke måle blodtrykket?». «Ikke i dag», sier Anne. «Hva tror du blodtrykket hennes hadde vært om vi hadde målt det?». «Hm, sånn har jeg ikke tenkt på det før», sier Maria.

De neste dagene følger Maria de andre legene også. Ser at de gjør ting forskjellig. Og hun merker at ikke bare er legene forskjellige – de tilpasser seg også hver nye pasient som kommer inn på kontoret. «Er du klar for å ha noen egne konsultasjoner?», spør Anne mot slutten av uka.

Uka etter har Maria sin egen timebok. Den første dagen sitter veileder Anne med inne i konsultasjonene og de har god tid. Maria finner fort ut at diagnoser og behandling kan hun ganske godt, men det å snakke med folk og være profesjonell, og finne ut av hva de lurar på, er redd for og hva de trenger, det har hun ikke prøvd så mye før. Mye av det hun trodde hun måtte kunne utenat kan hun slå opp, og mye av det hun ikke vet, kan hun ikke slå opp noen steder. Da er det godt med en veileder som forstår hvordan det er å være student og som ikke bare vet hvordan pasientene skal ivaretas, men også ser Maria som akkurat den studenten hun er.



■ KNUT.ELIASSEN@UIB.NO

Ph.d. Hvorfor det?

■ SIRI DALSMO BERGE • Fastlege ved Bjønneslegene i Arendal og nyslått ph.d. ved Universitetet i Bergen

Siri Dalsmo Berge med veiledere. Fra venstre: Eivind Meland (UiB), Mette Brekke (UiO), Siri Dalsmo Berge (UiB), Thomas Mildestvedt (UiB).





Siri Dalsmo Berge med veiledere, disputasleder og komite. Fra venstre: Thomas Mildestvedt (Hovedveileder, UiB), Eivind Meland (Biveileder, UiB), Mette Brekke (Biveileder, UiO), Øystein Hetlevik (Disputasleder, UiB), Siri Dalsmo Berge (PhD-stipendiad, UiB), Gritt Overbeck (1. opponent, Københavns Universitet), Lennart Lorås (2. opponent, HVL), Silje Mæland (komitéleder, UiB).

En sen høstkveld i 2018, etter at resten av familien hadde lagt seg, satt jeg ved kjøkkenbordet hjemme og koblet av med signering av prøvesvar. For meg en slags meditativ øvelse der jeg kan la tankene flyte fritt. Og nok en gang fløt tankene inn på temaet forskning, noe jeg hadde hatt lyst til å drive med siden hovedoppgaven på medisinstudiet i Trondheim.

Tankene stoppet opp ved temaet samliv og helse, og da ble det klart for meg hva jeg hadde lyst til å bruke forskningstid på. Selvfølgelig måtte det bli det. Et tema jeg har vært opptatt av gjennom mange år som fastlege. I samtale med pasienter har jeg sett hvordan nære relasjoner påvirker helsa og livskvaliteten. Samtidig er det også de senere årene kommet flere studier som viser hvor stor betydning de næreste relasjonene har for helsa, både psykisk og fysisk, selv om skillet er kunstig. Et eksempel på hvordan relasjonene påvirker helsa, er at blant folk som scorer lavt på tilfredshet i parforholdet, er det flere som får hjerteinfarkt og hjerne-slag enn blant dem som opplever høy tilfredshet i samlivet. Videre har kvaliteten på relasjonene også betydning for blodsukker-

regulering, immunforsvaret og mer uspesifikke plager som søvnforstyrrelser, smerter i kroppen og slitenhet. Alt dette gjorde meg nysgjerrig på hvilken plass samlivstema egentlig har på fastlegekontoret.

Hvordan komme i gang?

Men hvordan skulle jeg starte? Hvem kunne jeg kontakte? Jeg visste ikke, så jeg gjorde det vi ofte gjør når vi skal finne ut noe (dette var jo før chat-GPT sin tid) – jeg googla, og fant et dagskurs på Primærmedisinsk uke om samliv og helse. Der møtte jeg dyktige folk som igjen sendte meg videre til Thomas Mildestvedt (UiB) som senere ble min hovedveileder, først med Allmennmedisinsk forskningsutvalg-stipend, og deretter med

Allmennmedisinsk forskningsfond-stipend fra Legeforeningen. Senere fikk vi også med Mette Brekke (UiO) og Eivind Meland (UiB) som biveiledere. Et strålende veilederteam som virkelig har utfylt hverandre godt og utfordret meg på en god måte gjennom hele ph.d.-løpet.

Hva gjorde jeg?

I ph.d.-prosjektet mitt har jeg sett på hvor vanlig det er å snakke med fastlegen om parforholdet sitt, og hvilke erfaringer fastleger og pasienter har fra disse samtalen. Dette er det ingen som har undersøkt tidligere. Studien vår har gitt oss viktig informasjon om hva som fungerer bra og dårlig i disse samtalen, sett fra både fastlegenes og pasientenes perspektiver.

For å finne ut hvor vanlig det er å snakke med fastlegen om parforholdet, gjennomførte jeg en tverrsnittstudie blant pasienter over 18 år som satt på venterommet hos fastlegen sin, uavhengig av kontaktårsak. Over 2000 pasienter fra 70 forskjellige fastlegeventerom deltok i studien. Da vi analyserte dataene, oppdaget vi at så mange som

én av fire hadde snakket med fastlegen om parforholdet. Av disse var det et klart flertall (77 prosent) som opplevde samtalen som nyttige.

Deretter intervjuet jeg 18 fastleger fordelt på tre fokusgrupper og 18 pasienter individuelt om deres erfaringer fra samtaler om samliv i fastlegekonsultasjonene. Analysene viste at samlivstema vanligvis ikke er kontaktårsaken når pasienten bestiller time, men at temaet dukker opp når fastlegen jobber helhetlig med pasientens plager. Noen av fastlegene stilte spørsmålet: Er dette medisin eller er det egentlig bare livet? Underforstått: Er dette noe fastlegen skal drive med?

Våre resultater viser at temaet allerede er på fastlegens bord. Det er medisin og det er livet. Og disse to er så tett vevd sammen at vi som fastleger ikke kan se bort fra denne dimensjonen hvis vi skal ha en helhetlig tilnærming til pasientens problemer. Engel trakk frem dette allerede i 1977, da han lanserte den biopsykososiale modellen som viser hvordan både psykologiske-, biologiske- og relasjonelle faktorer er integrert i hver-

andre. Disse faktorene samspiller og har betydning for folks helse, både når det kommer til utvikling av sykdom og for pasientens mulighet til å ta ansvar for egen helse.

De individuelle intervjuene med pasientene ga oss mange historier, først og fremst om hvilke erfaringer pasientene hadde fra samtalen med fastlegene. Samtidig må jeg si jeg er takknemlig og imponert over hvor åpent og ærlig mange fortalte om hvordan de merket at relasjonelle vansker påvirket helsa. Flere av pasientene fortalte om hvordan de hadde opplevd å bli møtt på en helhetlig måte av fastlegen, noe som hjalp dem å håndtere deres egen situasjon. Samtidig var det også eksempler på samtaler der pasientene ikke følte seg sett og forstått.

Fallgruver

Mine funn viser at det er tre fallgruver som fastlegene bør være oppmerksomme på i samtaler om samliv:

- Den første fallgruven handler om at fastlegen lar sine egne erfaringer farge sam-

talene om samlivsproblemer. Pasientene som opplevde dette, følte seg ikke sett og de opplevde legen som arrogant. Det som derimot fungerte bra og gjorde det lettere å leve med problemene, var at fastlegen normaliserte situasjonen og fortalte at det er mange som har det sånn.

- Den andre fallgruven vi så at fastleger lett kan falle i, er å glemme at de bare får høre en side av saken. Et samlivsproblem har alltid flere sider. Analysene våre viste at det som fungerte bedre, var når fastlegen ble en slags moderator som hjalp pasienten å også se partnerens og barnas perspektiver.
- Den tredje fallgruva var risikoen for at fastlegen rett og slett støttet for mye. De forsto pasienten så godt, og var så forståelsesfulle, at de forsterket hele problemet. Men når fastlegen ikke bare støttet pasienten, men også utfordret pasienten til å selv ta ansvar for situasjonen, bidro det til mestring. Engel beskrev dette i sin biopsykososiale modell på 70-tallet.

Siri Dalsmo Berge presenterer PhD-prosjektet: Couple relationship problems in general practice. A multiple methods study of prevalence and experiences from discussions of couple relationship problems in GP consultations.





Siri Dalsmo Berge holder prøveforelesning over temaet: Hvordan kan fastleger arbeide med og prioritere systemisk arbeid i møte med relasjonelle problemer i en korttids-kontekst?

Å ta en ph.d. er en forskerutdanning. Det har gitt meg muligheten til å være seniorforsker ved AFE Bergen, NORCE, der jeg fortsetter å jobbe med dette temaet. Resultatene fra ph.d.-prosjektet formidler jeg på mange arenaer, både med foredrag, bøker, podkast og i media. For meg er det viktig å dele kunnskapen, slik at den kan komme både fastleger og pasienter til gode.

Vil du?

Frister det å gjøre noe liknende? Ta kontakt med en av oss forskerne ved de allmennmedisinske miljøene i Norge, så hjelper vi deg videre. Du trenger ikke ha landet en ferdig prosjektplan. Ofte er det bedre å utvikle idéen sammen med én eller flere veiledere. Det er også mulig å bli med på eksisterende prosjekter om du bare vet at du vil forske, men ikke på hva.

Kanskje er du også så heldig at du får oppleve gleden ved å kombinere klinisk fastlegepraksis med forskning? Eller som en av ungene mine sa her en dag: – Tenk at du faktisk får betalt for å sitte og finne ut av ting, mamma!

LENKER TIL AVHANDLINGEN OG ARTIKLENE

- Berge SD. Couple relationship problems in general practice. PhD thesis UiB, 2024. <https://bora.uib.no/bora-xmlui/handle/11250/3157171>.
- Berge SD, Brekke M, Meland E, Mildestvedt T, How do general practitioners handle couple relationship problems in consultations? A focus group study, *Family Practice*, Volume 39, Issue 5, October 2022, Pages 913–919, <https://doi.org/10.1093/fampra/cmac010>.
- Berge SD, Meland E, Brekke M, Bondevik GT, Thuen F, Mildestvedt T, Couple relationship problems—a task for the general practitioner? A cross-sectional survey from Norway, *Family Practice*, Volume 38, Issue 2, April 2021, Pages 115–120, <https://doi.org/10.1093/fampra/cmaa093>.
- Berge SD, Brekke M, Meland E, Mildestvedt T. How patients experience discussing couple relationship problems with GPs: an interview study. *BJGP Open*. Volume 8, Issue 4, 2024. BJGPO.2024.0044. <https://doi.org/10.3399/BJGPO.2024.0044>.

■ SIBE@NORCERESEARCH.NO



Hva lærte jeg?

Nære relasjoner er en viktig indikator for helse og livslengde, og forskningen min viser at dette er et tema som hører hjemme på fastlegekontoret. Det handler ikke om å drive parterapi, men om å være en støttepiller for pasientene når de står i livets utfordringer. Resultatene fra mitt prosjekt viser at fastlegene jobber pasientsentrert og bruker sin erfaring inn i disse samtale om samliv. Mange pasienter opplever stor nytte av dette. Det er dog fallgruver i dette landskapet, og fastlegene selv etterlyser veldokumenterte verktøy som er tilpasset rammene de har. Dette underviser jeg nå i både på grunnutdanningen til legene, og på videre- og etterutdanningskurs for allmennleger.

Å være ph.d.-stipendiat har vært lærerikt, artig og utfordrende. Det er mye jobb, samtidig som det gir god avveksling fra fastlegejobben. Etter mange år som fastlege, var det gøy å kunne dykke ned i et tema igjen og få tid til å lære noe nytt. For å få dette til rent praktisk, hadde jeg i starten vikar i 50 prosent stilling i fastlegepraksisen min. Senere valgte jeg å redusere fastlegelista permanent, slik at det ble mulig å jobbe redusert som fastlege for å få rom til forskning ved siden av. Det valget har jeg ikke angret på!

Kjell Nysveen fikk Anders

Distriktslege gjennom en mannsalder i Kvænangen i Troms – Kjell Nysveen – ble tildelt Anders Forsdahls pris for 2024 for sin utrettelige innsats i og for norsk distriktsmedisin i over 40 år. Han beskrives som «en lavmælt bauta i norsk distriktsmedisin». Prisen ble delt ut under Primærmedisinsk uke 2024.

Kjell Nysveen ble foreslått til prisen av kolleger fra kommune, sykehus, fagutvikling/opplæring og forvaltning. I begrunnelsen skriver forslagsstillerne at Kjell Nysveen utmerker seg ved hele tiden å ha befolkningens beste for øye, og han har strukket seg langt for å sikre gode tjenester over svært lang tid, langt fra sykehus og på lag med mange ulike kolleger som har kommet og gått. Nysveen har representert verdifull kontinuitet og håndtert det meste, langt fra mer spesialisert helsehjelp.

Nå er han pensjonist, men bidrar fremdeles som vikar både i Kvænangen og andre distriktskommuner.

I et intervju i *Utposten* fra 2016 finner vi at Nysveen opprinnelig er fra Valdres. Hans medisinske karriere oppsummeres slik:

«Det begynte med distriktturnus på Skjervøy i 1982. Året etter fulgte et vikariat i Burfjord. Etter ni måneder som militærlege på Setermoen, var han to og et halvt år på øya Vega på Helgelandskysten. Deretter bar det til Gällivare i Sverige, hvor han tok sin spesialisering i allmennmedisin. Etter ett år i Lyngen flyttet han til Burfjord i 1991.»

Burfjord ligger i Kvænangen kommune, hvor Nysveen var ansatt som kommunelege og fastlege med legevaktsansvar frem til 2021 – i nøyaktig 30 sammenhengende år. Ikke bare fikk pasientene verdifull konti-

nuitet i sitt forhold til legen, men det har også annet helsepersonell i kommunen fått, i helseforetaket og i regionen, landsdelen og det allmenn- og samfunnsmedisinske kollegiet i landet for øvrig. Mange tittalls turnusleger/LIS1-leger har fått en nærværende, faglig svært solid og trygg introduksjon til allmennmedisin i team langt fra sykehus, gjennom Kjell Nysveen.

En av de som bidro i NSDM sin tilblivelse

Kjell Nysveen var en av de nord-norske legene som var med på å etablere distriktsmedisin som et fagfelt og NSDM som et senter, gjennom å delta på de tidlige, formende seminarerne på Sommarøy og i Tromsø. Kjell Nysveen var gjerne den som tok på seg å skrive referat og lignende oppgaver.

Akuttmedisin lokalt

Det er særlig gjennom sitt akuttmedisinske engasjement at Kjell Nysveen har utmerket seg og bygget et stort nettverk. Ved behov for akutt helsehjelp, må helsetjenestene lokalt kunne håndtere situasjonen selv, inntil annen hjelp kommer. Befolk-



Anders Forsdahls pris ble opprettet i 2006 til minne om hans enestående praktiske og akademiske virke som doktor og samfunnsmedisiner i norsk distriktshelsetjeneste. Hedersprisen er opprettet av Nasjonalt senter for distriktsmedisin (NSDM).

Anders Forsdahls pris er på kr 20 000 og et grafisk trykk, og deles til ut en person som over år har utrettet en markant innsats for helsetjenesten i distrikts-Norge, i en vid betydning av dette begrepet. I vurderingen av kandidater til prisen, kan det legges vekt på ulike former for innsats med distriktsmedisinsk relevans.

Forsdahls pris 2024

ning i distrikt forventer at slik hjelp gis lokalt og den vil oftest være tverrfaglig.

Siden oppstart i 2006 har Kjell Nysveen og ambulanskollega fra samme sted, Kjell Kristian Johansen, vært med på halvårige kurs for turnusleger/LIS1 i Troms. Disse kursene har vært i regi av Statsforvalteren, og Kjell & Kjell har vært blant de mest trofaste bidragsyterne. Hvert halvår har Kjell Nysveen undervist om spesielle akuttmedisinske hendelser og forhold fra sin egen hverdag, og han har ledet gruppetrening på ulike scenarier under disse kursene. Senest våren 2024 kom han til akuttmedisinkurset for LIS1, etter 11 døgn i strekk på vakt i Kvæningen. Han vet at kursene er viktige for å trygge og videreutvikle de unge legenes kunnskap og kompetanse.

Siden 2015 har Kjell Nysveen vært en viktig bidragsyter i utvikling og utrulling av Trygg akuttmedisin. Prosjektet er et samarbeid mellom Universitetssykehuset Nord-Norge og kommunene i Troms og Ofoten, og inneholder omforente handlingsplaner for tre tidskritiske akutte sykdomstilstander (akutte brystmerter, sepsis og hjerneslag). Prosjektet Trygg akuttmedisin ble rullet ut med fokus på tverrfaglig teamtrening, og Kjell har siden vært med på kursing av i overkant 600 helsepersonell fra hele den akuttmedisinske kjede. Når Kjell har vakter på Helgelandskysten, trener han sine kollegaer i trygg akuttmedisin, slik at de som team er bedre rustet til å håndtere situasjonene de kan komme ut for. Dette viser Kjells dedikasjon for gode tjenester for pasienten i distrikt.

Det må også nevnes at Kjell Nysveen hadde en viktig rolle tilbake på tidlig 2000-

tallet da prehospital trombolyse ble innført i Nord-Norge med støtte fra Helse Nord RHF.

Bred lokal, faglig og befolkningsmessig forpliktelse

Kjell Nysveen har ikke publisert forskning eller fordyppet seg akademisk i et avgrenset felt. I stedet har han sørget for å holde seg faglig svært bredt oppdatert og har jobbet både administrativt, samfunnsmedisinsk og klinisk i egen kommune, som samfunns- og allmenntilstander, på dagtid, kveld og helg. Hele 3000 legevakter hadde Kjell Nysveen bak seg da han sluttet i Kvæningen kommune. Siden er det blitt flere. Dessuten har arbeidsplassen i Burfjord noen geografiske særigheter. Vi siterer igjen fra *Utposten* 2016:

«Sykestua i Burfjord er langt mer enn en akutt døgnplass. Der observeres og behandles en rekke somatiske og psykiske tilstander, som ellers har måttet bli sendt til sykehuset 320 km unna. Der diagnosen er avklart kan pasientene for eksempel få intravenøs antibiotikabehandling på sykestua. Den brukes også til cellegiftbehandling og omsorg ved livets slutt, for å nevne noe.

Legevakta i Kvæningen er den i Norge som er lengst unna nærmeste sykehus, så man må vurdere grundig hva man sender av gårde ut på en fem timers strabasios ferd. Og dersom veien over det beryktede og forblåste Kvængangsfjellet skulle stenge, noe som hender med jevne mellomrom, er sykestua kjekk å ha. Her har de en labservice som siden nylig også inkluderer troponiner og D-dimer.

– Vi kunne ønske oss blodgass, men det er foreløpig for kostbart, kommenterer Kjell Nysveen.

På legesenteret er de sjølberga med eget analog røntgen. Det er riktignok bare Nysveen som håndterer røntgenapparatet, men til gjengjeld er han en ivrig bruker av det. I mørkerommet fremkaller han filmene sjøl, før de inspiseres grundig på lyskassen. Den digitale verden har ikke tatt helt over i Burfjord ennå.»

En kollega man gjerne lytter til, kan stole på og blir igjen i kommunen på grunn av

Kjell Nysveen har en vennlig og lyttende fremtoning som bidrar der han ser at det trengs – om det er som leder for et team eller som medarbeider. Han ønsker å få til godt lagspill og kan selv spille de relevante rollene. Han er lett å be og holder ord, selv om det kan bety ekstra krevende logistikk grunnet lang reisevei, vind og vær eller vansker med å få dekket opp legevaktene lokalt.

Etter omleggingen av turnustjenesten for leger, ble det vanskeligere å få LIS1/turnusleger til faktisk å møte opp til avtalt tjeneste i Kvæningen. Men av de som kom, er det mange som har blitt værende litt ekstra grunnet det spennende læringsmiljøet og flotte friluftslivet som Kjell Nysveen passet på å introdusere. Han tar gjerne med kolleger på tur, sommer som vinter.

I en tid der generalisme igjen er satt på dagsorden, er prisen til Kjell Nysveen en inspirasjon for alle som på liknende måter jobber som kombileger i distrikt rundt om i landet.

Vennlig hilsen kolleger fra kommune, sykehus, fagutvikling/opplæring og forvaltning

Foreslå kandidater til Anders Forsdahls pris 2025!

Anders Forsdahls pris skal deles ut for 19. gang i 2025 – til en person som over år har utrettet en markant innsats for helsetjenesten i distrikts-Norge, i en vid betydning av dette begrepet.

Anders Forsdahls pris er etablert til minne om hans enestående praktiske og akademiske virke som doktor og samfunnsmedisiner i norsk distriktshelsetjeneste.

Les mer om Anders Forsdahl, prisen og tidligere prisvinnere på NSDMs hjemmeside <https://www.nsdms.no/anders-forsdahls-pris/>

Hedersprisen består av en kunstgave og et stipend for fagutvikling, og skal deles ut under Nidaroskongressen 2025.

I vurderingen av kandidater til prisen legges det vekt på ulike former for innsats, slik det er beskrevet

i <https://www.nsdms.no/statutter-for-anders-forsdahls-pris/>

VELKOMMEN til å sende inn et begrunnet forslag innen 7. mars 2025.

➤ Send forslaget til post@nsdm.uit.no ● Kontaktperson: Anette Fosse anette.fosse@uit.no ☎ 916 22 312

NASJONALT
SENTER FOR
DISTRIKTS
MEDISIN

Forskriver sovemedisin ut anbefalingene – og er trygg

■ LISBETH NILSEN • Frilansjournalist

Fastleger opplever dilemmaer når de skriver ut vanedannende sovepiller til langvarig bruk hos enkelte eldre pasienter. Det er i strid med retningslinjene, men legene lever godt med en slik praksis. – Alle legene snakket om samvalg og personsentrert praksis, som ligger under huden ved god allmenntilrettelagt medisin. Konsekvensen av dette blir jo da at vi må fravike retningslinjene, sier fastlegeforskeren bak den kvalitative studien.

«Hva forventes det at jeg sier til eldre damer som tar en halv tablett eller én tablett hver kveld? Sover godt, og har et bra liv. Så sier de «hvis jeg ikke tar det, blir jeg så trøtt, og jeg klarer ikke å fungere i det hele tatt». Skal jeg tro på dem? Bør jeg si «nei, du bør ikke få lov til å sove fordi retningslinjene sier så og så»? Jeg har ikke gode, endelige svar på dette. Saken er at pasientenes opplevelse er noe annet enn det som står skrevet i retningslinjene.»

Dette sa én av de 11 fastlegene som ble intervjuet om holdninger og erfaringer med forskrivning av potensielt avhengighetsskapende sovemidler (Z-hypnotika) til hjemmeboende eldre over 70 år – som ikke tok andre vanedannende medisiner.

Ifølge norske retningslinjer skal vanedannende sovemedisiner til eldre bare brukes i kort tid. Det var legene i studien klar over. Men i de sjeldne tilfellene som legene skriver ut sovemedisin til bruker over lang tid, er de komfortable med det, og mener dette er et godt eksempel på persontilpasset behandling og samvalg.

– Alle legene snakket om samvalg og personsentrert praksis, som ligger under huden ved god allmenntilrettelagt medisin. Konsekvensen av dette blir jo da at vi må fravike retningslinjene – vi kommer ikke utenom. Imovane, som var det de fleste forskrev, er et veldig godt eksempel på systematisk avvik fra retningslinjer. For oss forfattere var det gøy å se at verdier som samvalg og pasient-

fokus ligger i bunnen ved forskrivning av vanedannende sovemedisin. I studien setter legene ord på denne tause praksiskunnskapen, sier førsteforfatter Holgeir Skjeie.

Han har 30 års erfaring fra allmennpraksis, er fastlege ved Bystranda legesenter i Kristiansand og forsker ved Avdeling for allmennmedisin ved Universitetet i Oslo.

Valgte ut deltagerne bevisst

Skjeie forteller at forfatterne ikke hadde noen agenda om praksisforbedring, men at hovedpoenget med studien var å belyse fenomenet hvor retningslinjer møter praksis.

– Vi ville få frem kompleksiteten i allmenntilrettelagt medisin på dette bittelille feltet for å

De fleste av fastlegene i en norsk kvalitativ studie oppga at de hadde noe over ti eldre pasienter som fikk forskrevet vanedannende sovepiller til daglig bruk og omtrent like mange pasienter som fikk det til bruk i perioder. ILLUSTRASJONSFOTO: MOSTPHOTOS.COM



over ge på det

finne ut hvilke beveggrunner erfarne leger har for å avvike fra retningslinjen. Fastlegene som deltar i studien er derfor bevisst valgt ut fordi de er drevne, ryddige leger som står støtt i faget sitt.

Resultatene fra studien er nylig publisert i *British Journal of General Practice (BJGP) Open*.

De fleste av legene oppga at de hadde noe over ti eldre pasienter som fikk forskrevet vanedannende sovepiller til daglig bruk, og omtrent like mange pasienter som fikk det til periodisk bruk.

– Da vi holdt på med studien så vi på forskrivning av Z-hypnotika i Reseptregisteret for tre-fire år tilbake. Vi fant at én av fem over 70 år får utskrevet 200 tabletter med sovemedisin i året. Hvis vi tenker at én av ti får dette fast, og én av ti får det av og til, er det omtrent på linje med hva legene i studien fortalte oss, kommenterer Skjeie.

Mange av legene jobbet bevisst for ikke å bidra til at nye pasienter blir avhengige av sovepiller, men var mer pragmatiske hos pasienter som allerede hadde brukt sovemedisin over tid. Denne pragmatiske holdningen mener legene selv reflekterer en persontilpasset tilnærming, respekt for pasientens syn og ivaretagelse av kravet om pasientens medbestemmelse. Den generelle betraktningen om retningslinjer var at de er gode styringsverktøy, et slags anker, for ikke å avvike for langt fra det som anses som god praksis.

En av legene mente at strenge retningslinjer gjorde det lettere å holde seg innenfor anbefalingen.

«Jeg kan fortsatt bryte retningslinjen og forskrive annerledes, men da bør jeg i det minste tenke meg om to ganger og ta en ekstra runde med argumentasjon.»

– Sånn som allmennpraksis er skrudd sammen, med tette, lange forhold hvor pasienten skal høres, så krasjer det med idealene, og det blir som det blir. Dette gjelder jo veldig mye i allmennmedisin. Vi har et retningslinjeideal og en virkelighet på bakken som er avhengig av veldig, veldig mye



– Vi ville få frem kompleksiteten i allmennmedisin på dette bittelille feltet for å finne ut hvilke beveggrunner erfarne leger har for å avvike fra retningslinjen, sier Holgeir Skjeie, fastlege og førsteamanuensis ved Avdeling for allmennmedisin ved Universitetet i Oslo. FOTO: LISBETH NILSEN

annet kontekstuellet i livene til pasientene og som influerer og skal være med hvis vi vil drive god allmennmedisin, sier Skjeie.

«Ikke et stort problem»

Intervjuene, som varte fra 53 til 70 minutter, ble gjennomført av Skjeie i perioden juni 2022 og januar 2023 og inkluderte 11 fastleger fra ulike områder i Sør-Norge. Alle fastlegene som deltok, seks kvinner og fem menn, jobbet fulltid og hadde median 1250 pasienter på listen sin. Samtlige var spesialister i allmennmedisin og hadde som nevnt lang erfaring som fastlege. Til tross for økende arbeidspress, var legene overordnet fornøyd med jobben sin.

Flere av legene mente at forskrivning av

sovepiller i strid med anbefalingen ikke presenterer et stort problem. Som en sa: «Det er trolig andre ting der jeg opplever en større utilstrekkelighet enn ved forskrivning av Imovane.» Andre syntes dette ikke var verd å krangle med pasienten om.

Støtte fra kolleger kom opp som viktig – det å kunne diskutere. Mange fortalte at fastlegene på legekantoret hadde en felles praksis ved forskrivning av vanedannende sovepiller – og ikke bare for eldre pasienter. Det å lære av hverandre, ha støtte hos hverandre når man forskriver utenom retningslinjer, var veldig viktig for legene.

Legene poengterte at pasientene utgjør en liten og selektert gruppe med alvorlig søvnproblemer. Få gode ikke-medikamentelle alternativer og få henvisningsmulig-

heter var en av flere mulige forklaringer på at de skrev ut i strid med anbefalingene.

Fastlegene påpekte også knapphet av tid som en utfordring. Noen hadde forsøkt kognitiv terapi, men med liten suksess og ofte med halvhjertet innsats fra både lege og pasient.

Placebo-effekt

Generelt opplevde fastlegene at pasientene tålte legemidlene bedre enn forventet, og de kunne ikke vise til pasienter som for eksempel hadde falt. Gjennomgående ba pasientene sjelden om økt dose.

– Kan forklaringen være en placebo-effekt av pillene?

– Min egen oppfatning er at ja, selvfølgelig, det er ingen tvil om at det kan være placebo-effekt. Dette gjelder veldig mange medisiner, og i hvert fall medisiner som virker på subjektive symptomer. Jeg pleier å si at placebo er det viktigste kliniske verktøyet jeg har, men jeg skal være ryddig og vite når det er placebo jeg bruker.

Fastlegene hadde få eksempler på alvorlige uheldige hendelser som følge av daglig sovepillebruk. Ingen av fastlegene hadde opplevd alvorlige bivirkninger eller konsekvenser, som for eksempel fall, hos pasienter som stod på denne typen medisiner over tid.

– Er det grunn til å tro at fastlegene «ikke får med seg» bivirkninger eller hendelser fordi legene ønsker å forsvare egen praksis?

– De 11 legene jeg intervjuet var nøye plukket ut – erfarne leger som ikke er kjent for å ta letteste veien ut.

Mer liberale europeiske anbefalinger

Forskriving av sovepiller som strider med generell god praksis skjer ikke bare blant norske fastleger, men er ifølge artikkelforfatterne også utbredt i mange andre europeiske land. Forklaringene er stort sett sammenfallende med det som kommer frem i den norske studien, som mangel på gode

ikke-medikamentell behandling, tidspress og tvil om gyldigheten ved retningslinjer for enkeltpasienter.

I 2023 kom reviderte europeiske retningslinjer for behandling av søvnvansker. I likhet med de norske, er hovedanbefalingen restriktiv og kortvarig behandling med sovepiller for alle aldersgrupper ved søvnvansker. Men nå åpnes det også for «daglig bruk, eller helst periodisk bruk» for enkelte pasienter, etter diskusjon om fordeler og ulemper.

– Bør den norske retningslinjen oppdateres og bli noe mindre restriktiv?

– Det bør vurderes. Som en av legene i studien sa: «Sovepiller er ikke de farligste legemidlene vi har til de eldre». Men her er det nok to leire når vi snakker om legemiddelbruk hos eldre: Den pragmatiske leiren og nullvisjonsleiren. En nullvisjon ved forskrivning av sovemedisin til eldre er urealistisk, sier Holgeir Skjeie.

■ BETHNIL17@GMAIL.COM

Norsk forening for allmennmedisin ber om nominasjoner – frist 1. mars 2025



Norsk forening for
allmennmedisin
DEN NORSKE LEGEFORENING

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

Veilederprisen 2024

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

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

Løvetannprisen 2024

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

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

Skribentprisen 2024

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

Alle NFA-medlemmer kan foreslå tekst som de finner verdig. Årets pris gjelder tekst som er publisert i kalenderåret 2024. Innstillingskomiteen består av medlemmene i NFAs utdanningsutvalg. Forslag sendes til Odd Martin Vallersnes o.m.vallersnes@medisin.uio.no.

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

ÅRET FØR OVERDOSEDØDSFALL Var ofte hos fastlegen



For første gang har norske forskere undersøkt helsetjenestebruken det siste året før overdosedødsfall. Dataene er hentet fra årene 2010 til 2019, da det ble registrert i alt 2388 overdosedødsfall, ifølge Dødsårsaksregisteret. Blant overdosetilfellene hadde 86 prosent vært i kontakt med både primær- og spesialisthelsetjenesten, og bare 1,9 prosent hadde ikke hatt noen kontakt med helsetjenesten. Til sammenligning gjaldt dette bare henholdsvis 39,8 prosent og 21,3 prosent blant kontrollene. Fastlegen var den som hyppigst ble kontaktet, og mer enn halvparten av personene som døde av overdose hadde mellom 11 og 50 konsultasjoner hos fastlegene – de fleste på grunn av psykiske plager. Tilsvarende for flertallet av kontrollene var én til fem fastlegebesøk. Overdosedødsfall var forbundet med lav sosioøkonomisk status, være aleneboende, motta sosiale ytelser, ha høyt helsetjeneste- og fastlegebruk og overhyppighet av enkelte psykiske og fysiske diagnoser.

- The American Journal of Addictions (L Gjersing et al), november 2024, doi:10.1111/ajad.13630

58,2 %

av alle legevaktbrevkninger knyttet til selvskadning i løpet av ett år, gjaldt tanker om å skade seg selv. De de øvrige gjaldt tilfeller av selvskadning. Tre av fire pasienter hadde også tidligere oppsøkt legevakt av samme grunn. Det viser en observasjonsstudie med data fra sju legevakter i Norge. Forskerne har sett på karakteristikk av pasienter eldre enn ti år som tok kontakt for selvskadning/selvskadningstanker over en tolv månedersperiode. Sammenlignet med andre typer kontakter, var selvskadning og tanker om selvskadning forbundet med kvinnelig kjønn, yngre alder, hendelse om kvelden eller natten, høyere hastegrad og flere legekonsultasjoner og utrykninger. Det var likevel relativt sjelden med denne typen kontakter, og bare 0,6 prosent av alle legevaktkontakterne for nevnte aldersgruppe gjaldt selvskadning eller selvskadningstanker.

- Scandinavian Journal of Primary Health Care (A Hunsager et al), september 2024, doi: 10.1080/02813432.2024.2400668



KVALITETSFORBEDRING Positive fastleger

21 fastleger er intervjuet i fokusgrupper om holdninger til kvalitetsforbedring i allmennpraksis. Fastlegene hadde ulik alder, erfaring og geografisk tilhørighet. Forståelsen av begrepet kvalitetsforbedring var varierende og ikke helt på linje med hva man vanligvis regner som kvalitetsforbedringstiltak. For eksempel ble gode rutiner i hverdagen ofte nevnt som eksempel på et mulig mål for kvalitetsforbedring. Det var imidlertid en felles holdning at kvalitetsforbedringstiltak bør være nært knyttet til praksis, faglig relevante og tilstrekkelig små til å være overkommelige. Tilgjengeligheten av faglige fellesskap var en viktig motivasjonsfaktor for legene. Sykepleiernes og helsesekretærenes roller ble fremhevet som vesentlige for å kunne få til forbedring. Fastlegene var positive til kvalitetsforbedring, men var ikke særlig begeistret for å bli pålagt tiltak som ikke tok utgangspunkt i fastlegenes egne opplevde behov.

- Scandinavian Journal of Primary Health Care (T Bjerve Eide et al), desember 2024, doi: 10.1080/02813432.2024.2380920



SYKEPLEIERVEILEDINGSTILTAK

Skulle bidra til mindre sykdomsrisiko

Målet med denne randomiserte kontrollerte studien var å undersøke om et strukturert og sykepleier-ledet opplegg kunne bidra til å redusere risikoen for koronarsykdom hos pasienter med økt risiko for type 2-diabetes. Metoden, kalt Guided Self-Determination (GSD) legger opp til at pasientene selv bidrar aktivt ved blant annet å sette seg mål. De 39 pasientene i intervensjonsgruppen i studien fikk oppfølging fra sykepleier på allmennlegekontoret gjennom veiledning og samtaler over tre måneder. Kontrollgruppen med 42 pasienter fikk bare utdelt et skriv med råd om kosthold. Etter seks og ni måneder var det ingen signifikant forskjell på gruppenivå i risiko for hjerte- og karsykdom mellom intervensjons- og kontrollgruppen. Da forskerne så på forskjeller innad i intervensjonsgruppen, fant de at drøyt 55 prosent av deltagerne hadde lavere ti-årsrisiko ved oppfølging etter ni måneder. Det tilsvarer 18 prosent relativ risikoreduksjon og number needed to treat (NNT) på 9. De signifikante forskjellene gjaldt kroppsmasseindeks, langtidsblodsukker (HbA1c) og diastolisk blodtrykk.

- BMC Public Health (E Arnardóttir et al), november 2024, doi: 10.1186/s12889-024-20538-1

ULTRALYDBRUK I ALLMENNPRAKSIS

Vegrer seg for å dele funn med spesialist

Hans-Christian Myklestul (bildet) sitt doktorgradsprosjekt omhandler fastlegers bruk av såkalt pasientnær ultralyd (POCUS). Nå har han undersøkt fastlegenes erfaring i en kvalitativ studie med 21 fastleger, fordelt på fire fokusgrupper, som har diskutert temaet. Fastlegene synes det var utfordrende å skulle formidle usikkerhet til pasientene, men de opplevde ikke denne usikkerheten som veldig annerledes enn ved mange andre aspekter i allmennmedisinen. Derimot var ultralyd den eneste undersøkelsen der fastlegene overfor pasientene snakket ned egne ferdigheter og utstyr – et funn som var både overraskende og interessant for artikkelforfatterne. Også overfor legespesialister var fastlegene tilbakeholdne og de unnlot noen ganger å formidle egne funn fra en ultralydundersøkelse i samtale med spesialister.

- Scandinavian Journal of Primary Health Care (HC Myklestul et al), november 2024, doi: 10.1080/02813432.2024.2423242



FOTO: LISBETH NILSEN

PASIENTERS SAMLIVSPROBLEMER

Verdsetter å kunne prate med fastlegen

I en kvalitativ studie er 18 heterofile pasienter, hvorav 13 kvinner, intervjuet om deres erfaringer med å snakke med fastlegen om samlivsproblemer. Pasientene fremhevet viktigheten av fastlegekontinuitet for å få den nødvendige tilliten til å kunne diskutere sårbare temaer som problemer i parforholdet med fastlegen. Deltagerne verdsatte både støtten fra fastlegen og konstruktive tilbakemeldinger som utfordret til å ta ansvar for å få til bedring i parforholdet. Pasientene trakk imidlertid frem at fastlegen ikke alltid hadde tilstrekkelig tid til å kunne prate om slike utfordringer.

- BJGP Open (S Dalsmo Berge et al), oktober 2024, doi: 10.3399/BJGPO.2024.0044

ALLE ILLUSTRASJONSFOTO: GETTY IMAGES

Én pasient, én journal, én lege

Mitt første møte med pasientverdenen var Bernhard Getz veileder om «Den lille lege og det lange lerret» fra 1950-tallet. Her møtte jeg omtalen av Norges vanligste pasient. Det var «Anna» som var i førtiårene. Hun var den vanligste på våre sykehus. Men hvordan kom hun dit? Jeg ønsker at dette innlegget skal være et forsvar for legekunsten.

Én journal

I vårt moderne samfunn har mange blitt enige om at alt som skjer skal dokumenteres. Det betyr at noen senere skal kunne vurdere om vi har tenkt fornuftig og handlet riktig. For personers forhold til sykdom og behandling kan dette være avgjørende. Men siden den enkelte pasient eller yrkesutøver er underlagte den menneskelige skrøpelig og både kan glemme, gjøre feil og finne på ting som ingen har tenkt på før, må vi bruke kunstig intelligens (KI) for å «kvalitetssikre» det som skjer, eller burde skje. Så sies det!

Min første kvalitetssikring var en notatbok, stive permer, format A6. Utmerket lommebok til håndskrift på fanget i stuens bestestol når jeg var på legevaktbesøk. Der kunne jeg raskt rekapitulere de forskjellige

hendelser. Filosofien den gang var at det var lærerikt og informativt at legen møtte pasienten i dennes eget miljø – og at hele familien var der. Sosiale forhold – interpersonelle relasjoner – og troen på at legen bidro til trygghet ved å være til stede og se og oppleve den syke og miljøet rundt ble styrket. I en pause kunne jeg også konstatere at over halvparten av sykebesøkene kunne vært utsatt til vanlig legebekø dagen etter, og at mange av besøkene var til barn med halsbetennelse. Med denne typen enkel journalføring ble det etablert et forhold mellom pasient og lege ved at to par øyne møttes. Slik møtte jeg «Anna» første gang.

Den nødvendige informasjon var lett tilgjengelig i lommeboken. Noen av dagens dataløsninger kan kanskje gi tilsvarende oversikt, men bare ved tilgang til systemet i den institusjonaliserte legevakten. Forutsetningene for å benytte en bærbar lap-top er ofte ikke til stede. Hva gjorde det med pasient-legerelasjonen? Det er bare litt over en mannsalder siden man gjorde seg avhengig av eksterne remedier for å kunne håndtere en pasient-lege-situasjon. Gamledoktoren husket alle.

Jeg er av den første generasjon leger som brukte datamaskiner. Min første IBM til

kontorbruk kostet 40 000 kroner (en årslønn den gang) og kunne lagre fire A4-ark med tekst før floppydisken måtte til for å supplere plassen.

Det er ikke mange ukene siden media slo stort opp at nå hadde de et sted effektivisert legevaktarbeidet ved at lege og sykepleier kjørte med ambulansen rundt i sykebesøk og vurderte og behandlet pasienten på stedet. Da slapp de syke belastende reise til legevaktsentralen i byen, familiene slapp belastende oppbrudd, ambulansen kunne straks ta med pasienten til sykehus om det var påkrevet. Kjør og ventetider gikk ned. Men noen vil huske at på 90-tallet ble sykebesøkskjøring «kriminalisert» eller erklært unødvendig, og legene anklaget for misbruk av normaltariffen ved slik unyttig kjøring. Så ble systemet institusjonalisert og kravene til personell og utstyr mangeboblet. Der er vi nå. «Anna» måtte selv skaffe transport og møte opp. Da kom den kollektive angsten sigende.

Pasientjournalen er viktig, og alle behandlere må ha tilgang til denne og til kontorfasilitetene. Viktig kunnskap må være tilgjengelig. I samfunnsvitenskapelig og politisk miljø ble doktrinen «én pasient, én journal, én lege» skapt. Senere er det utvidet til også å gjelde «i samme land». Men det har man ikke fått til, for hver helseregion måtte selvsagt ha det beste system, og det beste var det systemet de selv hadde utviklet på bakrommet. Det var ingen vilje til et nasjonalt felles system.

Innenfor det fremvoksende samfunnsmedisinske miljø fikk vi på 1970–80-tallet den tanke at legekantorene burde ha sammenlignbare systemer. Iallfall burde det være enighet om hvilke opplysninger som skulle registreres og hvordan de skulle defineres. «Minste felles datasett» ble et program, men Helsedirektoratet synes det ble for puslete og skulle ha det annerledes. Sykehusene hadde en rekke særbehov som også måtte tilgode sees. Petter smart den I, den II, den III, den IV, osv. dukket opp med stor beslutningsevne og begrenset fellessyn. Og der er vi nå, halvannen mannsalder senere og mange milliarder fattigere. Helseregionene er stater i staten. Og de uavhengige tilsyn må forholde seg til regionenes eller enkeltsykehusenes egne regelverk.

Jeg håper den håndfull med gode kolleger som på 80-tallet la sjelen sin i tanken

På 1980-tallet hadde datamaskiner endret også legers hverdag. ILLUSTRASJONSFOTO: MORTEN HERNÆS / KI - ADOBE FIREFLY





ILLUSTRASJONSFOTO: MORTEN HERNVES / KI - ADOBE FIREFLY

om én felles journalløsning, har fått et meningsfylt liv selv om mesteparten av pengene er havnet i utlandet. Milliardprosjektene har vist seg å ha en utrolig evne til å miste pasientene. Stadig er det noen hundre, eller noen tusen pasienter som «ved en beklagelig feil» – «som jo aldri skal skje» – er glemt, feilregistrert eller feilbehandlet.

Leger og sykepleiere påpeker feil etter feil, men foretakslederne fortsetter å «snu alle steiner» og oppi den steinrøysa de har snudd mange ganger før, finner de intet nytt. Men underlig nok dukker det opp nye utredningsprosjekter som skal rette de samme feilene som man har funnet under steinene før. Med en ny konsulentstab «som endelig har funnet løsningen» – de har fått sugerøret sitt i den rette kassa. Er det kvalitetssikring?

Én pasient

Det er fortsatt slik at det vanligste er mest vanlig. Den erfarne allmennlege holder god oversikt over det. Og den nyutdannede, som etter teorien skulle ha mest nytte av det store felles datasystemet, erfarer at hverdagerfaringene i møte med syke barn og gamle må håndteres uten de store systemene. Noen få spesialtilfeller trenger sykehusenes tilbud. Er ikke det én prosent av alle som søker allmennlegen?

Om «Anna» var «the fat female of forty» med gallebesvær, var mulig. Noen stereotyper havnet vel i journalen. Høyesterett sørget i 1977 for at de fargerike, og ikke alltid like velpassende omtaler forsvant fra journalene.

Etter over 50 år i ulike legejobber har jeg fått tilgang til de store journalsystemene etter hvert som de har kommet og gått. Og de har vært til hjelp. Men innleggelsesbeslutningene må ofte tas på et mye spinkle grunnlag når allmennlegen trenger hjelp til pasienten på sykehus. Den praktiske klinikken vi lærte i studietiden og har erfart gjennom årene blir ofte avgjørende. Pasientene har ikke forandret seg mye. «Anna» møter vi igjen.

– De fire pasientene som meldte sine symptomer på legevakt ble mistenkt for hjernesvulst ut fra gammeldags klinisk undersøkelse og vurdering. De store datasystemene var ikke tilgjengelige, men tilstanden forutsatte oppfølging på spesialisert sykehus.

– En akutt debut av diabetes I ble plukket opp av en klinisk mistanke i et sykdomsbilde med mange uspesifikke allmennsymptomer.

– Når legevaktlegen var frimodig nok til akutt innlegge en person med magesmerter under diagnosen perforerende ulcus – ble han selvfølgelig latterliggjort av sykehuskollegaen, men som etter to døgn konkluderte med det samme. Da med et mye sikrere beslutningsgrunnlag. Til historien hører at en innleggelse fra samme bygdelaag tre uker senere ble med diagnosen penetrerende ulcus. Også her var klinisk skjønn og flaks (!) avgjørende. Uten et kjempedyrt datasystem. Og sykehuset var litt raskere basert på nyvunnen erfaring. Det er gammel erfaring at «en ulykke kommer sjelden alene» – eller var det *lex coincidentia* som slo til?

Kanskje har jeg gjenvunnet livet til tre personer fordi jeg var på stedet og gjorde det «alle» i vår tid har lært – akutt hjertelunge-redning. At alle tre hadde en hjerte-forhistorie ble kjent i ettertid. Men det var akuttinn-satsen på stedet som reddet livene. Ikke et datasystem i milliardklassen. Men selv å bli reddet etter stenting av en akutt tett koronararterie, var fantastisk. Det forutsatte de komplekse behandlingssystemer.

Pasientene er med andre ord de samme som før i tiden og trenger den samme gammeldagse tilnærming i første hånd. Så er vi selvsagt glade for at moderne medisin gir oss mange nye muligheter til diagnostikk og behandling. Det spesialiserte helsevesen med sin perfektionerte diagnostikk og behandling gir veldig mange flere gode leveår. At vårt sosialdemokratiske samfunn gir oss alle de mulighetene, skal vi være glade for.

Én lege

Men hovedspørsmålet her blir om helsevesenet skal dimensjoneres etter de behov størsteparten av befolkningen har, eller de tyveprosent som bruker allmennlegen gjennom året. Bare én prosent av innbyggerne trenger et tilbud fra en spesialisert helsetjeneste. Og hvem som blir syke, og når de blir det, kan ingen si. Derfor er planlegging og behov i helsevesenet ustyrlig. Store datasystemer, aldri så store, kan ikke forutsi dette, og slett ikke på individnivå. Og det er på individnivå lege-pasientrelasjonen fungerer. Takk for det! Å møte Anna blir viktig for tilnærmingen.

Vår tid har gitt oss imponerende muligheter for diagnostikk og behandling. Vi har lært oss mye om nytten av samarbeid og arbeidsdeling. KI har en begrenset rolle i dette spillet. Å kunne dele informasjon raskt og pålitelig fremmer kvalitet og sikrer beslutninger. Bare den levende, erfarne lege kan se individets umiddelbare behov og handle deretter. Noen ganger er det en stor fordel å være flere som ser dette sammen.

Da kan legen – med ryggen til dataskjermen – møte fru Anna i døren, strekke frem hånden, se henne i øynene og si: «Hvordan har vi det i dag da, Anna?»

Dette utsagnet forner pasient, journal og lege uten kunstig intelligens, men med en empati som KI og teknologi ikke kan gi.

Alle gode ønsker til dere i den yngre generasjon av leger. Dere har et givende arbeidsliv foran dere.

DAG BREKKE
Pensjonist. Spesialist i samfunnsmedisin,
allmennmedisin, arbeidsmedisin. DPH. ph.d.
■ DAGBREKKE45@GMAIL.COM

Dermatoskopi

Denne gangen velger jeg å kjøre en liten tvist på tips og triks-spalten.

Spalten handler om små grep som gjør arbeidsdagen lettere, gladere eller mer effektiv. Personlig er jeg særdeles opptatt av å beholde inspirasjonen og læringen i hverdagen, og ikke gå meg altfor fast i rutiner og mine gamle måter å gjøre ting på. Et eksempel på det er at jeg **alltid** melder meg på minst ett kurs i året som ikke nødvendigvis har med manglende kunnskap å gjøre, eller at jeg trenger poeng – men at jeg synes temaet, menneskene og stedet kurset arrangeres på er spesielt interessant eller inspirerende.

Etter en stund å ha følt på at jeg satt litt fast i rutinegjørma, valgte jeg derfor å kjøpe meg et godt dermatoskop (dermlite DL200 hybrid), en god bok om dermatoskopi (Dermatoscopy A-Z, Allas), og melde meg inn i den svenske Facebooksiden «Dermatoskopi i primærsvård». Den svenske Facebooksiden er en stor kilde til inspirasjon og spennende caser, lagt fram på en engasjerende måte.

Der jeg før ble frustrert og litt oppgitt hver gang jeg så «føflekk, bekymret» eller «hudforandring» i timeboken, synes jeg nå det er svært spennende å studere detaljene i «flekken», sammenligne med bilder i boken, og beskrive det hele med nokså fine

ord til hudlegen jeg eventuelt måtte henvise til. Det skader ikke med noen vakre bilder til journalen heller.

I mange tilfeller føler jeg meg etter hvert tryggere på at noe bør fjernes, eller på at «denne kan vi følge med på og ta nytt bilde om noen måneder».

Drømmen er å få tid til å delta på ett av de «sagnomsuste» Dermatoskopi i primærsvård-kursene i Sverige.

Til dere som fremdeles ikke måtte ha gjort det, kjøp dermatoskopi!

INGA MARTHE GRØNSETH
Redaktør i Utposten
■ I.M.GRØNSETH.GMAIL.COM



ILLUSTRASJONSFOTO: MORTEN HERNES / MOCKUP

Skadedyrtelefonen

Samfunnsmedisin og allmenntilleggsmedisin er brede fag, spørsmålene til legen kan være mange og kompliserte. Hvor kan legen finne svar? Hos en erfaren kollega? Internett? Av og til trenger vi å snakke med en ekspert. Utposten presenterer et utvalg av nasjonale rådgivingstelefoner.

21 07 77 00

Hvem er dere?

Vi er Avdeling for skadedyrkontroll ved Folkehelseinstituttet. Avdelingen er Norges ledende fagmiljø for trygg forebygging og bekjempelse av innendørs skadedyr, inkludert blodsugende insekter og vektorer i menneskers nærmiljø. Vi jobber med forskning og rådgiving om urbane skadedyr og har spesialkompetanse på arter som er spesielt viktige for samfunn og helse. Dette inkluderer blant annet insekter, midd og pattedyr, som mus og rotter. I tillegg til å gi kunnskapsbaserte råd om skadedyr og metodevalg til helsepersonell, offentlig sektor og andre samfunnsaktører, har avdelingen et godt samarbeid med skadedyrbransjen, offentlige etater og tilsynsmyndigheter.

Hvem kan ringe til dere?

Alle kan ringe skadedyrtelefonen som er betjent i tidsrommet 13.00–14.00 på hverdager (21 07 77 00). Helsepersonell kan i tillegg kontakte oss i hele arbeidstiden alle hverdager.

Hva kan man spørre om?

Man kan spørre oss om alt som omhandler skadedyr som opptrer i eller nær bygninger. Dette inkluderer tips om identifisering, forebygging og bekjempning av skadedyr.

Hva er de vanligste spørsmålene dere får?

Vi får mest spørsmål om de vanligste innendørs skadedyrene i Norge, og hvordan man kan håndtere disse. Det inkluderer veggedyr, skjeggkre, ulike billearter og maurarter samt rotter og mus. I tillegg til å svare på spørsmålene henviser vi også ofte til skadedyrhåndboka på våre nettsider, som har generelle rådgivende skrivi om skadedyrhåndtering, samt over 150 faktaark om ulike arter som kan påtreffes innendørs.

Hva er det rareste spørsmålet dere har fått?

Spørsmålene vi får er veldig varierte. Det er derfor vanskelig å peke på noe som er spesielt rart. Ofte får vi henvendelser der det ikke er et reelt skadedyrproblem. Det kan være enten fordi det er en tilfeldig gjest som har forvillet seg innendørs, eller fordi det er andre årsaker til at man opplever kløe eller har merker i huden enn at det skyldes insekt- eller bitt. Det er da viktig å saklig forklare innringeren om dette, slik at denne kan senke skuldrene og slappe av, eller eventuelt søke hjelp hos helsepersonell angående utslett i hud eller annet.



ILLUSTRASJONSFOTO: MORTEN HERNÆS / KI - ADOBE FIREFLY

DU KAN NÅ VAKSINERE MOT RSV MED AREXVY

Eldre voksne har økt risiko for
 alvorlig RSV-infeksjon²

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

82,6%

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

PRIMÆRT ENDEPUNKT*

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

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

94,6%

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

SEKUNDÆRT ENDEPUNKT*

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

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

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

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

*Median oppfølgingstid 6,7 måneder

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

Arexvy kan koadministreres med vanlig influensavaksine

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

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

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

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

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

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. Camilla Wolff?

Fastlege, Asker kommune
■ CWOLFF87@GMAIL.COM



Jeg er en såkalt «periodeleser» som leser best når det er ferie og jeg har ekstra tid til rådighet. Når jeg så har fri kan jeg komme godt i gang med lesingen før det dabber av igjen når hverdagen tar over. Som følge av dette leser jeg nå tre bøker parallelt: *Det store grønne teltet* av Ljudmila Ulitskaja, *Kafka på stranden* av Haruki Murakami og *Jente, 1983* av Linn Ullmann.

Sistnevnte er den jeg har lest på nå i julen og planlegger å fullføre først. I denne skildrer forfatteren en jeg-person som i voksen alder er preget av angst og depresjoner, og det blir etter hvert tydelig at dette stammer fra opplevelser og erfaringer (kall det gjerne traumer) fra året hun var 16, altså i 1983. Historien veksler mellom skildringer fra 16-åringens liv; løsrivelse, utnyttelse og naivitet (hvem har vel ikke kjent på 16-åringens tendens til å leve over evne?) og hennes 55-årige jeg som har fortrenget, men som blir innhentet av sitt tidligere liv. Jeg er ennå ikke ferdig med denne boken, men den har nå kommet under huden min og jeg tror jeg skal klare å fullføre den selv etter hverdagens inntog over ferien.

Akkurat disse tre er valgt litt tilfeldig og på impuls, men felles for dem er at de har klart å vekke interessen via vaskeseddelen eller ved anmeldelser jeg har lest. Skal jeg være helt ærlig velger jeg noen ganger også (dels) på grunn av et estetisk vakkert om-

slag. Ikke ene og alene, men det kan virkelig trekke i riktig retning.

En annen bok jeg vil trekke frem, som jeg har lest i julen for barna, er *Veien igjennom vinterskogen* – en førjulsfortelling i 24 deler. Den handler om dyrene i Lilleskogen og to barns kamp for å hindre de voksne i å legge en motorvei tvers igjennom skogen, og ødelegge både skoleveien til barna og hjemmene til dyrene. Den er rolig og stille, men samtidig spennende og fengende, og med fine illustrasjoner. Det er godt å ha noe som kan roe både voksne og barns travle hoder i desember, og denne boken bidrar til nettopp dette.

Hvor leser du?

Når jeg sier jeg leser best i ferier, stemmer dette, men det er ikke hele sannheten. Sannheten er at jeg leser best når jeg er på ferie borte fra hjemmet. Hytta på fjellet er den mest opplagte lese-plassen for meg, men skogen, stranda eller hengekøya er også sikre vinnere. Det er noe med roen og avkoblingen jeg lettere oppnår når jeg ikke er hjemme, som gjør at jeg har lettere for å plukke opp boken og klarer å forsvinne fra nåtiden.

Hvilke bøker vil du helst lese?

Det beste jeg vet er når en bok virkelig sluker meg. Jeg liker når den lar meg være sul-

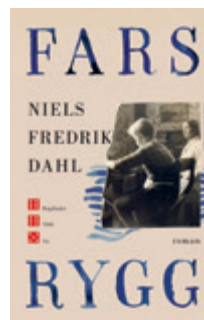
ten på å vite mer, og når noen elementer blir overlatt til fantasien. Det sikreste tegnet på at en bok har fengst meg er dersom jeg tenker på historien når jeg ikke leser, eller når den avslutter på et punkt der jeg skulle ønske det bare kunne fortsette og fortsette.

Det er også fantastisk når skildringer av steder eller stasjoner gjør at jeg får lyst til å reise dit, eller oppleve de samme tingene selv, eller hvis jeg kan lære om historie som en «bieffekt» av fortellingen. Altså at historien blir inkorporert som en naturlig del av boken, og blir servert deg med lupe og fra en karacters perspektiv.

Har du en anbefaling til *Utpostens* lesere?

Den siste boken jeg leste, *Fars Rygg* av Niels Fredrik Dahl, var virkelig en sånn bok der jeg satt igjen og ville vite mer. Selv nå, et halvt år etter at jeg leste den, tenker jeg på den og skulle ønske jeg kunne oppleve den for første gang én gang til.

En annen anbefaling jeg har, som ikke er en bok i seg selv, men snarere en kilde til gode bokanmeldelser, er Instagramkontoen til min svigerinne: «lest_og_bokfort». Som hun selv så godt beskriver: «Eks-journalist og topptrent leser gir deg ærlige bokomtaler og tips om hva som er verdt å lese.» Vel verdt et besøk!



RELIS

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

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

Kan ammende fremdeles bruke reseptpliktig hostesaft?

OPPSUMMERING

- Både etylmorfin og kodein er kontraindisert ved amming.
- Det mangler dokumentasjon på etylmorfin og amming. Sikkerheten vurderes derfor gjerne på bakgrunn av hva som er kjent om opioider, særlig kodein.
- Etylmorfin og kodein har flere kjemiske og farmakologiske likheter.
- I sjeldne tilfeller kan kortvarig bruk av hostesaft med etylmorfin vurderes som faglig forsvarlig hos ammende.

Råd for å redusere risiko ved bruk av opioider ved amming

- Unngå helst bruk utover 2-3 dager.
- Ved bruk av hostemedisiner med etylmorfin kun til natten (enkelt dose) kan behandlingstiden eventuelt strekkes til 5-7 dager.
- Lavere doser opioider gir lavere risiko. Unngå maksdoser hvis mulig.
- Ved bruk av opioider som smertestillende: Kombiner opioider med andre smertestillende (paracetamol, NSAIDs, anestesi) for å redusere behovet for opioider.
- Mor bør være godt informert om mulig risiko, uavhengig av behandlingens lengde.
- Foreldrene må være godt informert og følge nøye med på barnet for tegn på unormal søvnighet, slapphet, redusert sugevillighet/matinntak eller endret pustemønster.
- Dersom mor får bivirkninger av opioider i form av sedasjon, kan dette indikere høyere risiko for barnet.
- Bruk av andre legemidler som påvirker sentralnervesystemet hos mor kan forsterke opioidenes dempende effekter.

*Listen her har tatt utgangspunkt i veilederen Fødselshjelp (NGF) (5).

Hostesaft med etylmorfin er kontraindisert hos ammende. Likevel kan det i sjeldne tilfeller være faglig forsvarlig med slik behandling.

Kontraindisert ved amming

Etylmorfin hemmer hostesenteret i hjernen, men dokumentasjonen for effekten er begrenset. Hostesaft med etylmorfin, slik som Cosylan og Solvipect Comp, har vært relativt vanlig å forskrive ved kraftig hoste, og har også vært benyttet av ammende.

I juni 2024 publiserte imidlertid Direktoratet for medisinske produkter (DMP, tidligere Statens legemiddelverk) nye kontraindikasjoner som blant annet gjelder bruk av

etylmorfin hos ammende (1,2). Begrunnelsen var at etylmorfin har kjemiske og farmakologiske likheter med kodein, inkludert omdanning til morfin. Dermed kan etylmorfin potensielt medføre lignende risiko for brystnærte barn som kodein.

Kodein har vært kontraindisert hos ammende siden 2016 (3). Kliniske veiledere for smertebehandling åpner likevel opp for kortvarig bruk. For etylmorfin, derimot, finnes det ingen slike retningslinjer.



Vår vurdering er likevel at det i enkelte tilfeller, for eksempel ved uttalt og plagsom nattlig hoste, kan være aktuelt å gjøre et unntak hos ammende.

Det er likevel viktig å være klar over at behandlende lege da påtar seg et særlig ansvar, på samme måte som ved annen forskrivning utenfor godkjent indikasjon. For ordens skyld vil vi også legge til at all forskrivning av B-preparater, slik som etylmorfin, skal være restriktiv.

Mangler data på etylmorfin ved amming

Selv om etylmorfin er et hyppig brukt legemiddel, finnes det tilnærmet ingen dokumentasjon på sikkerhet ved bruk av ammende. Det er heller ikke undersøkt hvor mye av legemidlet som går over i morsmelken. For å vurdere sikkerheten ved bruk av etylmorfin ved amming, er det nærliggende å se til andre opioider, særlig kodein.

Kodein og etylmorfin – hva er likheten?

Både kodein og etylmorfin omdannes i leveren til den aktive metabolitten morfin, men mengden morfin som dannes er trolig ulik. I en liten studie ble det sett at etylmorfin ga omtrent dobbelt så mye morfin sammenlignet med kodein (4).

De to legemidlene har klare strukturelle likheter, som gir dem lignende farmakologiske egenskaper. Kodein, også kjent som metylmorfin, har en metylgruppe der etyl-

morfin har en etylgruppe. Både etylmorfin og kodein kan potensielt medføre CNS-depresjon og pustevansker hos barnet dersom legemidlene brukes ved amming.

Etylmorfin – praktiske råd ved amming

Når ammende trenger å bruke etylmorfin mot hoste, er det naturlig å følge de samme rådene og forholdsreglene som ved bruk av opioider generelt.

Flere retningslinjer og annen faglitteratur gir klare anbefalinger for bruk av opioider til ammende. Anbefalingene forsøker å ta hensyn til både mors behandlingsbehov og sikkerheten til det brystnærte barnet. I veilederen Fødselshjelp (NGF) anses behandling med opioider i to til tre døgn vanligvis som forenlig med amming (5). Dette rådet er restriktivt, blant annet fordi det skal favne helt nyfødte og også inkludere maksimal dosering.

Som alltid må det i hvert enkelt tilfelle gjøres en individuell vurdering, der det blant annet tas hensyn til mors dosering, barnets alder og helsetilstand samt om barnet fullammes eller delammes. Det er for eksempel svært stor forskjell på en situasjon der mor delammer et ett og et halvt år gammelt barn og kun skal bruke hostesaft til natten og en situasjon der mor fullammer et nyfødt spedbarn og bruker hostesaft flere ganger daglig.

Hvis etylmorfinholdig hostesaft kun skal tas som én dose ved sengetid, er vår vurdering at behandlingstiden eventuelt kan forlenges til fem til sju dager. Vi anser

at slik begrenset bruk innebærer liten risiko for akkumulering og dermed også lav risiko for bivirkninger hos det brystnærte barnet.

Følg med på bivirkninger

Ved bruk av etylmorfinholdig hostesaft, bør foreldre likevel være oppmerksomme på tegn på bivirkninger hos barnet, som unormal søvnighet, slapphet, redusert sug villighet eller endret pustemønster. Selv om spedbarn er mest sårbare for bivirkninger via morsmelken når de er under to til tre måneder gamle, gjelder dette rådet også ved amming av eldre barn.

Bakgrunnen for forsiktighetsreglene

For å forstå risikoen, begrensningene og kontraindikasjonen ved bruk av etylmorfin ved amming er det nødvendig å se på risikoen ved bruk av kodein og øvrige opioider. Opioider gjenfinnes i lav til moderat mengde i morsmelk, men andre faktorer medfører at legemidlene likevel kan være problematisk ved amming (6, 7).

Særlig kodein fremheves som spesielt utfordrende og uforutsigbar, selv om den faktiske risikoen fremdeles ikke er helt avklart. Problematikken har vært knyttet til at kodein (og etylmorfin) er prodrug, som må omdannes via leverenzymene til morfin. Ulike pasienter kan ha forskjellige varianter av leverenzymene (CYP2D6) som omdanner kodein. Dermed kan enkelte pasienter få langt høyere morfinkonsentrasjon



enn det som er forventet ut fra dosen, og dermed alvorlige bivirkninger.

Det finnes rapporter om at terapeutisk bruk av kodein hos mor har vært assosiert med forgiftningssymptomer hos det brysternærte spedbarnet, i form av uttalt søvnighet, sugevansker, pustebesvær, lavere hjertefrekvens og redusert oksygenivå (8). Det er imidlertid usikkert i hvilken grad disse bivirkningene kan tilskrives variasjoner i CYP2D6-enzymet hos mor (7).

Et mye sitert kasus med CYP-relatert problematikk, først publisert i *The Lancet* i 2006, har hatt særlig stor betydning for hvordan vi vurderer risikoen til kodein ved amming (9,10). Denne kasusrapporten beskrev et dødsfall hos et nyfødt barn som utviklet morfingforgiftning etter at mor brukte kodein i 13 dager og ammet. Årsakssammenhengen har i nyere tid blitt kraftig debattert og betvilt, og publikasjoner som omtaler kasustikken er blitt trukket tilbake (7,11).

Motsatt finnes det flere rapporter som beskriver tilfeller der ammende har brukt kodein, uten at det er sett problemer hos de brysternærte spedbarna (8). En stor studie fra 2023 er også betryggende. Denne studien inkluderte nesten 86 000 mødre som fikk en resept på opioider etter fødsel, hvorav 20 prosent brukte kodein (12). Legemidlene ble vanligvis (median) utlevert for tre dager. Studien fant ingen økt risiko for sykehusinnleggelse hos spedbarn der mor fikk forskrevet opioider etter fødsel sammenlignet med spedbarn der mor ikke fikk forskrevet opioider. Det var også betryggende at surrogatmål, som behov for

ventilasjon eller akuttbehandling, ikke ga indikasjon på respirasjonsdepresjon.

På grunn av all usikkerheten og de til dels motstridende opplysningene, er det vanskelig å gi helt klare svar på sikkerheten ved bruk av kodein og etylmorfin ved amming. Derfor bør det legges inn en god sikkerhetsmargin når ammende trenger behandling med slike legemidler. For å gjøre bruken av opioider hos ammende tryggest mulig, anbefaler vi å lese rådene i tekstboksen. Liggende liste finnes i Norsk gynekologisk forenings veileder Fødselshjelp (NGF) (5).

Informasjon til pasienten

Hvis det vurderes at det er behov for å forskrive etylmorfin mot uttalt hoste, bør pasienten få en forklaring på hvorfor etylmorfin formelt sett ikke er godkjent behandling, samt en begrunnelse for hvorfor dette legemiddelet likevel vurderes som det beste i situasjonen.

Det er også særs viktig å forsikre seg om at mor/foreldrene er kjent med og oppmerksomme på tegn på bivirkninger hos barnet. For dokumentasjonens skyld bør forskrivende lege notere i journalen at pasienten er informert om fordeler og ulemper ved legemiddelet, og at hun er innforstått med risikoen og ansvaret som medfølger.

REFERANSER

1. Direktoratet for medisinske produkter. Nye kontraindikasjoner og anbefalinger om bruk av hostesaften Cosylan og Solvipect comp. <https://www.dmp.no> (Publisert: 19. Juni 2024).

- Direktoratet for medisinske produkter. Kjære helsepersonell-brev: Etylmorfin (Cosylan og Solvipect comp): Nye kontraindikasjoner og anbefalinger om bruk. <https://www.dmp.no> (Publisert: 5. juni 2024).
- Statens legemiddelverk. Kodeinholdige preparater anbefales ikke til barn under 12 år. (Publisert: 16. juni 2016).
- Hedenmalm K, Sundgren M et al. Urinary excretion of codeine, ethylmorphine, and their metabolites: relation to the CYP2D6 activity. *Ther Drug Monit* 1997; 19(6): 643–9.
- Norsk gynekologisk forening. Smertestillende til ammende i barsel. I: Fødselshjelp (NGF). <https://metodebok.no> (Søk: januar 2025).
- Ito S. Opioids in breast milk: Pharmacokinetic principles and clinical implications. *J Clin Pharmacol* 2018; 58 Suppl 10: S151–S163.
- Zipursky J, Juurlink DN. The implausibility of neonatal opioid toxicity from breastfeeding. *Clin Pharmacol Ther* 2020; 108(5): 964–970.
- MotherToBaby (Organization of Teratology Information Specialists (OTIS)). Codeine, Fact sheet. <https://mothertobaby.org> (Sist oppdatert: 1. april 2023).
- Koren G, Cairns J et al. Pharmacogenetics of morphine poisoning in a breastfed neonate of a codeine-prescribed mother. *Lancet* 2006; 368(9536): 704.
- Madadi P, Koren G et al. Safety of codeine during breastfeeding: Fatal morphine poisoning in the breastfed neonate of a mother prescribed codeine. *Can Fam Physician* 2007; 53: 33–35.
- Tsuyuki RT, Pimlott N. Risks of maternal codeine intake in breast-fed infants: A joint statement of retraction from the Canadian Pharmacists Journal and Canadian Family Physician. *Can Pharm J (Ott)*. 2021; 154(1): 62–63.
- Zipursky JS, Gomes T et al. Maternal opioid treatment after delivery and risk of adverse infant outcomes: population based cohort study. *BMJ* 2023; 380: e074005.

GRO C. HAVNEN • RELIS Sør-Øst
HELLE TJØNN LINDLAND • RELIS Sør-Øst
SIRI FORSDAHL • RELIS Nord-Norge

BEKLAGELSE

I *Utposten* nr. 7 i 2024 var vi så heldige å få trykke en sterk, gripende og personlig tekst fra Hans Husum – «Hva kan kvalmen lære oss?» I ettertid har Husum gjort oss oppmerksom

på at vår illustrasjon var svært upassende og motstridig tekstens innhold, og det beklager vi på det sterkeste! Vi har dessverre ikke vært nøye nok i vår prosess, og burde ha gitt Husum


mulighet til å gi tilbakemelding på ferdig produkt før teksten gikk i trykken. Husum sier selv:

«I mitt essay *Hva kan kvalmen lære oss?*, fortalte jeg om hva krig gjør med oss, om hvordan medmennesker rives i stykker innvendig. Artikkelen ble illustrert med et stort israelsk flyfoto med teksten *Krigen raste i Beirut i 1982*. Dette er et flyfoto av stadion brukt som ammunisjonsforsyningssted for PLO under en konfrontasjon med palestinerne. Et bilde er ei fortelling, og det var ikke jeg som satte inn denne fortellinga. Jeg er doktor og forteller om ei virkelighet som kan berøres, høres og luktes, mens illustrasjonsfoto viser oss verden sett med pilotens – det vil si krigsherrens blikk, stemmelaust og luktlaut, i og for seg reinslig og på ingen måte kvalmende. Jeg var i Beirut i 1982 da 2000 palestinere i løpet av to døgn ble massakrert i flyktningeleirene Sabra og Chatilla. Beirut Stadion ligger like ved leirene og endel av slakteriene – *konfrontasjon* som bildeteksten forklarer det – foregikk nettopp her».

Utposten beklager feilaktig illustrasjon, og håper våre lesere hovedsakelig sitter igjen med Husum sine sterke ord og nære fortelling.



I den lyriske stafetten vil vi at kolleger skal dele stemninger, tanker og assosiasjoner rundt et dikt som har betydd noe for dem, enten i arbeidet eller i livet ellers. Den som skriver får i oppdrag å utfordre en etterfølger. Slik kan mange kolleger få anledning til å ytre seg i lyrikkspalten.

Velkommen og lykke til!  Tove Rutle – lagleder

Knape tidr

Evolusjonens røst

De er knape tidr
 De er nsten ikk vokler ign i sprkt
 De tk for my tid å les
 o bre sg fr my på skrvmaskn
 Knsnantne har de o gåt utver
 Fulne leger halve eg
 O tfor vindut mit voksr tret
 i henhd tl de sste nedskjæringne
 J d r knpe tidr

TORGEIR REBOLLEDO PEDERSEN (TIDR 1983)

Å bli gammel betyr implisitt at man har en møysommelig opparbeidet portefølje av strategier for selv å overleve, utkjempet noen slag på vegne av verden, samt om mulig ha det litt moro undervegs.

Nylig hørte jeg Torgeir Rebolledo Pedersen – poet, forfatter, dramatiker og arkitekt - lese egne dikt. Det har han gjort fortløpende i snart 50 år, stadig nye, bisarre og aktuelle. Det ga meg lyst til å dele historien om de såkalte «stuntpoetene» med *Utpostens* lesere. Den kan leses både som et tidsbilde fra en epoke med langt større frihetsgrader og (selv) tillit i en fredelig norsk offentlighet, men også som inspirasjon. Språket er gitt oss for at vi skal bruke det på alle tenkelige og utenkelige måter.

Boken om stuntpoetenes historie (Thor Sørheim, Flamme forlag 2016) anbefales på det varmeste. Følgende kortversjon er hentet fra nettsiden til Den norske forfatterforening».

«Stuntpoetene ble dannet høsten 1983. Ideen var å starte en poesigerilja som skulle bringe poesien ut i det offentlige rom, etter mange års skygetilværelse på de innerste hyllene i landets bokhandlere. Initiativtaker var debutanten Thorvald Steen, som hadde lang farts-tid som tillitsvalgt i fagbevegelsen, og han fikk med seg Triztan Vindtorn som hadde samarbeidet i en årrekke med den danske multikunstneren Jørgen Nash og hans kunstnerkollektiv Drakabygget i Sverige. Eneste kvinne, Karin Moe, hadde erfaring som reklame- og kommunikasjonsmedarbeider. Andre medsammensvorne var Arne Ruste, Thor Sørheim, Jón Sveinbjørn Jónsson, Torgeir Rebolledo Pedersen og Erling Kittelsen.

Til sammen ble dette en tverrpoetisk aksjonsgruppe som ønsket å formidle poesi i en mer og mer tabloidisert virkelighet. Gjennom opplesninger, pressekonferanser og et fjernsynsprogram på NRK i februar 1985, der Stuntpoetene ranet til seg 5000 bøker fra Notodden bibliotek, fremmet de flere krav om bruk av dikt i norsk offentlighet. Det mest kjente kravet var at kulturministeren skulle lese et nytt norsk dikt fra Stortingets talerstol. Daværende kulturminister, Lars Roar Langslet, ignorerte oppfordringen, og Stuntpoetene tok fra ham bokstavene L og E, slik at han til slutt ble hetende Angst.

Allerede i september 1983 delte Stuntpoetene ut sin negative pris Antasten til *Aftenpostens* kulturredaksjon for slett behandling av poesien. Kort tid etter innledet Stuntpoetene et samarbeid med gruppa KOKS, som hadde sitt utspring i reklamebyrået Haugen og Maning. De valgte å fremme 12 krav til det norske samfunn, på vegne av poesien, og disse kravene ble lansert med pressekonferanser som utviklet seg til å bli store mediebegivenheter. Stuntpoetene gikk heller ikke av veien for å okkupere andres pressekonferanser, som da de avbrøt kulturminister Lars Roar Langslets pressekonferanse for å lese dikt.

Stuntpoetene var en kombinasjon av aksjonsgruppe, medieaktør som bevisst spilte på medias banehalvdel, og en trupp som gjerne opptrådte med diktopplesning og forskjellige performanser, på den tiden kalt «happenings». Virksomheten pågikk fram til høsten 1985, da de avsluttet med en rundhåndet utdeling av Fantasten til alle som hadde støttet dem i disse to årene. Stuntpoetene gikk ikke av veien for å benytte seg av humor, selv om de kjempet for en djupt alvorlig sak, poesiens stilling i det norske samfunn. Eller som det står på klistremerkene de produserte: Uten poesi forstopper Norge.»

Jeg utfordrer min gode brevvenn Aslak Bråtveit – alias musen Ripipip fra Narnia

ELISABETH SWENSEN
 Flatdal ■ ELSWENSE@ONLINE.NO

Søk midler til forskning eller fagutvikling!



Gjennom Program for distriktsmedisinsk forskning og fagutvikling lyser Nasjonalt senter for distriktsmedisin ut midler til prosjekter med relevans for medisinsk praksis og helsetjenester i distrikt. Søknadsfristen er **15. mars 2026**.

Programmet finansierer primært mindre, lokale prosjekter, men kan også bidra med startfinansiering til større prosjekt.

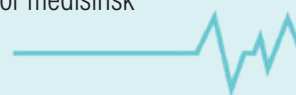
Nærmere informasjon og kriterier for tildeling finner du her:

<https://www.nsdsm.no/program-for-distriktsmedisinsk-forskning-og-fagutvikling/>

► Vil du vite mer?

Ta kontakt med Birgit Abelsen, forskningsleder og leder av programrådet:  birgit.abelsen@uit.no  958 70 987

NASJONALT
 SENTER FOR
 DISTRIKTS
 MEDISIN



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

'Kan man elske to menn samtidig?'

Det er lenge siden denne konsultasjonen. Jeg hadde ikke så mange måneder bak meg som allmennlege, og var nok derfor mer mottakelig for inntrykk og for å bli berørt enn jeg er nå. Jeg tror likevel at en tilsvarende konsultasjon ville ha blitt uforglemmelig for meg også i dag.

Jeg befant meg lengre nord i landet enn der jeg bor i dag, et sted ved en værhard kyst. En eldre og for meg ukjent kvinne med sølvgrått hår og stakk reiser seg på venterommet. Hun setter seg ned på kontoret og starter selv samtalen ved å stille meg spørsmålet: «*Kan man elske to menn samtidig når begge to er døde?*»

Spørsmålet forbløffer og forvirrer meg. Heldigvis forstår jeg at det må ligge en historie bak spørsmålet, og jeg lener meg tilbake. Jeg unngår å havne i «spørsmål-svar-fellen». Jeg unngår altså å svare på spørsmålet og sier: «Det er et godt spørsmål. Du må fortelle.»

Og hun forteller. Mannen hennes døde for noen uker siden. Nå savner hun ham intenst, og skjønner hvor glad hun var i ham. Samtidig har minnene om hennes første mann, som døde da hun var i førtiårsalderen, dukket opp med fornyet intensitet. Hun husker hvor glad hun var i ham, og savner plutselig ham også. Derfor spørsmålet: «*Kan man elske to menn samtidig når begge to er døde?*»

Tross død og sorg synes jeg at det er en vakker historie som gir uttrykk for at hun

er heldig som har elsket og som fortsatt elsker. Vi enes om at «den som har elsket lenge ikke har levd forgjeves.», slik Rolf Jacobsen så fint uttrykker det i diktet *Ildfluene*. Altså er det en god ting å elske to menn samtidig, også om begge er døde.

Hun har ikke fortalt om den første mannen, og jeg spør henne om hva som skjedde da han døde. Hun forteller at hun hadde tre barn med ham, to sønner som var ungdommer og en yngre datter. Han var fisker. Det var trange tider, og sønnene var med sin far på fiske. En dag ble det uvær, og de vendte aldri tilbake. Sjokkert forstår jeg at hun mistet ikke bare sin ektefelle, men også to sønner den dagen.

Jeg er rystet. Samtidig forstår jeg at hun må ha klart å gå videre i livet, hun har jo alt fortalt at hun skulle komme til å elske igjen. Hvordan er det mulig? Først blir jeg

stille. Så spør jeg: «Hvordan klarte du å komme videre i livet?»

Nå er det hennes tur til å bli stille. Så trekker hun pusten dypt og ser direkte på meg:

«Den gangen hadde vi en ku som ga oss melk. De fleste her levde slik den gangen, av fiske og litt landbruk med poteter og kanskje en ku. *Hvis jeg ikke hadde hatt ei ku som måtte melkes hver morgen, så hadde jeg ikke overlevd!*»

Slik er det. Det er vanskelig å ta det inn over seg, men å måtte noe kan være bra. Det kan, smertefullt kanskje, men likevel, drive en stakkar videre i livet. Gjennom nød og plikt unngikk hun passivitet. Det var hennes vei videre i livet, og etter hvert inn i ny kjærlighet og ny mening.

Siden har jeg mange ganger tenkt, spesielt når jeg i min legepraksis legitimerer passivitet: «*Hvordan skal det gå med oss som ikke har ei ku som må melkes?*»

NJÅL FLEM MÆLAND
Redaktør i Utposten
■ NFLEM@ONLINE.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

MATERIELL:

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

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

SATSFLATE: 185 x 249,5 mm 3 spalter

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

KONTAKTPERSON: Morten Hernæs

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

UTGAVE	BESTILLINGSFRIST	MATERIELLFRIST	UTSENDELSE
①	8. januar	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.

WEB

annonser på Utpostens nettsider

FORMAT OG PLASSERING

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

Ta kontakt for info vedrørende formater og plassering.

STANDARDPRIS

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

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

DATO FOR UTLEGGING PÅ NETT:

- 5.2: 1-2025
- 19.3: 2-2025
- 30.4: 3-2025
- 18.6: 4-2025
- 10.9: 5-2025
- 22.10: 6-2025
- 10.12: 7/8-2025

WEB ANNONSEANSVARLIG:

Karianne Rutle

☎ 913 08 747

✉ karianne.rutle@gmail.com

WWW.UTPOSTEN.NO

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

Abonner på Utposten

