

# Utposten

2 2024  
ÅRGANG 53

BLAD FOR ALLMENN- OG SAMFUNNSMEDISIN



Cathrine Abrahamsen  
**kom, så og vant**

Auskultasjon  
Seksuell helse  
Tidlig ultralyd

**UTPOSTEN****v/Kristin Olavsdotter Rutle**

Sjøbergveien 32

2066 Jessheim

MOBIL: 971 44 063

E-POST: korutle@gmail.com

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

MOBIL: 980 83 115

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

**Kristina Riis Iden**

MOBIL: 951 08 932

E-POST: kristina.iden@gmail.com

**Arild Iversen**

MOBIL: 958 86 343

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

**Marit Tuv**

MOBIL: 975 66 647

E-POST: marittuv@hotmail.com

**Kari Thori Kogstad**

MOBIL: 900 28 812

E-POST: k-tkogs@online.no

**Njål Flem Mæland**

MOBIL: 994 09 959

E-POST: nflem@online.no

**Sondre Bøye**

MOBIL: 482 94 126

E-POST: sigurd.boye@gmail.com

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

MOBIL: 913 18 180

FORSIDEFOTO:

Pixels.com

DESIGN/LAYOUT:

Morten Hernæs

Aksell

TRYKK:

**aksell**Du finner Utposten på  
**www.utposten.no****1** LEDER: Praktisk om praksis*Njål Flem Mæland***2** UTPOSTENS DOBBELTTIME:

Fastlegen som kom, så og vant

*Cathrine Abrahamsen intervjuet av Njål Flem Mæland***7** Pasientens legemiddelliste (PLL)  
og elektronisk multidose (eMD)*Regin Hjertholm***12** Kan du lytte litt på meg?*Stian Andersen***14** Kommunikasjonskurs for medarbeidere.  
Lærerikt – for foreleseren*Njål Flem Mæland***16** Rekruttering av leger i Vesterålen*Anders Svensson***22** Fedjefølelsen*Arild Iversen***24** Seksuell helse på fastlegekontoret*Tone Størseth Moksnes***28** Norgespakken*Harald Sundby***30** TILBUD OM ULTRALYD I UKE 1–14 TIL ALLE GRAVIDE:Gir økt behov for samhandling mellom primær-  
og spesialisthelsetjenesten*Kjell Åsmund Blix Salvesen***34** Pasientstyrt oppfølging ved revmatisk sykdom (PORS)*Mari Hoff***36** NAF og konfundering i rehabiliteringssaker*Dag Brekke***38** INNPOSTEN: Det er menneskelig å feile*Jan Håkon Juul***39** Sakset fra forskning*Kompilert av Lisbeth Nilsen***40** FAGGRUPPER: Faggruppen for diabetes*Kjersti Nøkleby***41** LEGEFORENINGENS HJØRNE:

Mot lysere tider – også i fastlegeordningen

*Nils Kristian Klev***42 FASTE SPALTER**TIPS & RÅD **42**HVA LESER LEGEN **43**RELIS **45**LYRIKKSTAFETTEN **48**

# Praktisk om praksis

Kunnskapsdepartementets krav til innhold og oppbygging av medisinstudiet er definert i en egen forskrift (1). Det kommer frem av denne at studiet bør inneholde minst 24 uker praksis, hvorav minst ti uker skal være i primærhelsetjenesten.

Praksis av god kvalitet er viktig, og anbefalingen er et åpenbart fremskritt siden min tid som student, hvor vi i løpet av studiet var to uker og to dager utplassert i primærhelsetjenesten. Å veilede studenter er gjerne en glede og en tilfredsstillelse for praksislæreren. Likevel har det vist seg svært utfordrende for universitetene å rekruttere praksisveiledere (2). Utfordringen har økt med økende lengde på praksisperiodene, og med økende studenttall.

I en egen forskrift om rammeplan for helse- og sosialfagutdanninger fastslås det at den som veileder studenter skal ha veiledningskompetanse; «Praksisveilederen bør som hovedregel ha formell veiledningskompetanse» (3). En egen arbeidsgruppe nedsatt av Universitets- og høyskolerådet (UHR) har foreslått at praksisveiledere utdannes med ti studiepoeng (4). Ti studiepoeng tilsvarer mellom 250 og 300 timer med utdanningsaktivitet.

Tanken med et slikt krav til formell praksiskompetanse er god. God veiledning av studenter kommer ikke av seg selv, men er som andre ferdigheter noe som må læres. Det er en ferdighet som vil være nyttig overfor studenter, men også ved veiledning av kolleger, inkludert ALIS, og som dessuten er nyttig i kontakt med annet helsepersonell. Men hvor realistisk er det å kreve at fastlegen setter av så mye tid til å lære pedagogikk? Det er som nevnt allerede vanskelig å rekruttere fastleger til å veilede studenter. Utdanning med et omfang som tilsvarer den femårige fornyingen av spesialiteten i allmennmedisin fremstår nok for de fleste fastleger som urealistisk. Et slikt krav kan derfor

føre til at enda færre fastleger vil ta imot medisinstudenter. Kravet om kompetanse kan altså virke mot sin hensikt.

Her er det nødvendig å tenke nytt og å tenke helhetlig. Veiledning av studenter og av pasienter er nært beslektede aktiviteter. Fastlegen vil derfor allerede ha kunnskap og erfaring som gjør behovet for pedagogisk utdanning mindre. Omfanget av utdanning må være realistisk og ta hensyn til at fastlegens primære oppgave er kontinuerlig å gi allmennmedisinske tjenester til sin listepopulasjon. Pedagogiske kurs må derfor innlemmes som tellende kurs i legens videre- og etterutdanning. Veiledningskompetanse kan slik bli en integrert del av utdanning og vedlikehold av spesialiteten. Med det store antallet studenter som skal ut i lange praksisperioder, blir veiledning en naturlig del av fastlegejobben, slik det lenge har vært på sykehus.

Det beste er ikke mulig. Bra nok er realistisk.

NJÅL FLEM MÆLAND

#### REFERANSER

1. <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2020-01-03-21>.
2. <https://www.dagensmedisin.no/jobb-og-utdanning-politikk-og-okonomi/universitetene-har-ansvaret-for-a-gjennomfore-praksis/317866>.
3. <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2017-09-06-1353>.
4. [https://www.uhr.no/\\_f/p1/id7c35d49-b146-497a-a861-44d037ed53fd/sluttrapport\\_forslag\\_til\\_veiledende\\_nasjonale\\_retningslinjer\\_for\\_praksisveiledertidning\\_170118.pdf](https://www.uhr.no/_f/p1/id7c35d49-b146-497a-a861-44d037ed53fd/sluttrapport_forslag_til_veiledende_nasjonale_retningslinjer_for_praksisveiledertidning_170118.pdf).

# Fastlegen som kom, så og vant

Cathrine Abrahamsen ■ INTERVJUET AV NJÅL FLEM MÆLAND

**Som alltid før et intervju gjør jeg meg noen tanker. Hun må være modig, denne Cathrine Abrahamsen, tenker jeg. Og energisk. Og kreativ. Vi har jo alle slitt med å forholde oss til MUPS-lidelsene (et forferdelig begrep!). Hun gir seg i kast med dem som om hun har knekket gåten. Har hun overvurdert seg selv?**

Første gang jeg traff Cathrine Abrahamsen var da jeg arrangerte et emnekurs i trygdemedisin for fastleger i Trondheim, vinteren 2022. Jeg ble tipset av trygdemedisiner Karen Hara ved Norges teknisk-naturvitenskapeli-

ge universitet – NTNU. Hennes analyse var kort og konsis: «Cathrine kan virkelig bringe entusiasme og gi fastlegene et nytt verktøy i møtet med sykmeldte!». Jeg inviterte Cathrine. Hun kom, så og vant. Seansen startet med

en låt av Bruce Springsteen, hvor teksten og historien rundt denne var høyst relevant for dagens tema. Så fortsatte det med en skarp analyse av MUPS-begrepet, før vi fikk de kognitive verktøyene. Vi fikk endog tid til å øve på å bruke de nye verktøyene våre i små rollespill. Tilbakemeldingene fra deltagerne, de fleste av dem allerede erfarne fastleger, var helt entydige: Dette var matnyttig. De opplevde at nye muligheter åpnet seg i et ellers til tider frustrerende og slitsomt arbeid. Siden har jeg lagt merke til at firebarnsmoren Cathrine er aktiv på allmennlege-initiati-

*Cathrine er opptatt av pauser og hvile, både for seg selv og for pasientene. Tur med hund er et slikt pusterom.*



vet, arrangerer kurs, skriver artikler, har universitetsstilling og skal ta doktorgrad på sin selvutviklede ICIT-metode (Individual Challenge Inventory Tool). I høst dukket hun også opp på NTNU sin undervisning i trygde-medisin for avgangskullet på medisin.

Hvordan hun får tid til alt dette får vi ta etter hvert. Jeg intervjuer henne på telefon, dessverre går jeg da glipp av hennes blide ansikt og driftige kroppsspråk. Men stemmen bobler av entusiasme! Vi starter med begynnelsen:

– Hvem er du, Cathrine? Hva er bakgrunnen din?

– Jeg er fra Stokke i Vestfold. Jeg gikk på Tønsberg gymnas, men hadde allerede da møtt mannen min, Kjell Johan, på ungdomsskolen! Gullsmykket jeg fikk av ham til konfirmasjonen er smeltet inn i giftingen min. Jeg studerte medisin i Oslo og ble uteksaminert i 2001. Jeg likte godt endokrinologi som fag. Hypo- og hyper-, alltid noe å gjøre noe med! Planen min var å bli endokrinolog. Jeg tenkte likevel at jeg skulle være fastlege først. Jeg oppdaget at jeg elsket å se folk i deres egne klær, se hvem de er, bli kjent med deres historier. Jeg liker rett og slett folk. Ja, jeg blir sliten av å jobbe, men jeg liker pasientene mine, og det gir meg energi. Så da ble det slik, konstaterer hun.

MUPS-lidelser er jo nærmest motsatt av endokrinologi, tenker blodfyken og lurer på når interessen for den pasientgruppen startet.

– Jeg oppdaget at en stor pasientgruppe som kom til meg ikke ble bedre av empatien og samtalen jeg ga dem, forteller den erfarne fastlegen og fortsetter: – Det frustrerte meg. Jeg begynte derfor å lære meg kognitiv terapi.

Cathrine forteller engasjert at pasienten følte seg bedre med slik terapi. Den store overraskelsen var at det ikke var noen sammenheng mellom det å føle seg bedre og det å jobbe. Hun fant ut at vanlig kognitiv terapi ikke fungerte for å få folk tilbake i arbeid og begynte å jobbe på andre måter. Til slutt hadde hun utviklet et samtaleverktøy, som nå har fått navnet ICIT.

### Problematiske begreper

Vi må snakke litt om MUPS-begrepet. Det er problematisk på flere måter, kanskje spesielt ordet «uforklart».

Vi vet jo i dag veldig mye om hvordan livsbelastninger, både pågående og tidligere i livet, kan gi helseplager. Jeg må spørre den kloke forskeren om hvorfor hun likevel bruker dette begrepet.

– Jeg er ikke glad i det begrepet, svarer hun kontant. – Det er det vel mange som ikke er, men det er det begrepet som brukes. I forskning er det viktig at det er en enhetlig begrepsbruk, slik at vi snakker om de samme pasientene, presiserer hun og fortsetter: – Dog, det er kanskje på vei ut, Persistent Physical Symptoms (PPS), eller vedvarende fysiske symptomer, er et nytt pasiententret begrep som beskriver pasienter med MUPS bedre.

Utpostens medarbeider kommer til å tenke på en MUPS-opplevelse. – På et kurs kjørte jeg en gang en ordsky på fordeler og ulemper med allmennpraksis. Et av ordene som kom opp på ulempesiden var «Fibromyalgi»!

Cathrine blir alvorlig i stemmen. – Vi har grenseløse muligheter med denne pasientgruppen, forklarer hun. – Jeg er opptatt av kollegaers mestring.

Skal vi mestre denne pasientgruppen, må vi mestre vårt eget møte med dem. Derfor er metode så viktig! ICIT ble til over mange år, mens jeg selv lurt på hvordan jeg skulle snakke med disse pasientene. Det var ikke nok at legen

var blid og empatisk i møtet med MUPS-pasientene. Gjennom jobben som veileder for ALIS-leger i grupper, erfarte jeg at de lurte på det samme. Så ble det en gradvis utvikling fra den første enkle utgaven av ICIT til dagens samtaleverktøy. Metoden er under stadig forbedring etter kloke tilbakemeldinger fra kolleger på kursene våre, forklarer den innovative fastlegen.

### Var ikke opptatt av å forske

Jeg liker denne måten å bli forsker på, tenker jeg, der jeg sitter i andre enden og hører hennes beskrivelse av prosessen. Hun startet ikke med forskerambisjoner, men med en genuin nysgjerrighet etter å få svar på noe hun grublet på.

– Det stemmer, jeg var i utgangspunktet ikke opptatt av å forske, bekrefter hun. – Jeg var opptatt av å få folk til å stå på egne ben. Kanskje er jeg inspirert av min farmor som var misjonær i Kina under siste verdenskrig. Hun var opptatt av at den beste hjelpen var å bistå folk slik at de klarte seg selv. Kanskje skinner misjonærgenene gjennom, bemerker hun med en latter, før hun blir alvorlig og fortsetter: – Fordi hvis hver fastlege som er på kurs kan hjelpe for eksempel ti pasienter, så er det noe. Nå har 500 leger lært ICIT. Og i likhet med min farmor, har jeg tro på å bidra til mestring, slår forskeren fast. – Hvis pasientene får hjelp til å mestre livet, er det kanskje lettere å hjelpe folk til å være i arbeid. Jeg tror arbeid er noe positivt både for den enkelte og for samfunnet.

Men det er et langt skritt fra å ha puslet fram en metode til å få det publisert som forskning!

Cathrine forteller at hun begynte med å presentere dette, og å sette det i system. Hun oppdaget at hun hadde et høyt antall gradert og et lavt antall langtidssykmeldte da de undersøkte sykmelderstatistikken i veiledningsgruppen sin. Dette tok hun med i et foredrag i 2019, noe som vakte interesse, og i sin tur førte til at hun søkte allmennpraktikerstipend. Den første studien var kvalitativ (1), hvor de lærte opp åtte fastleger i metoden. Legene rapporterte om mestring i håndtering av pasienter med MUPS, og at de hadde en behandling å tilby dem. Da ble det spennende å studere dette videre. Hadde fastlegens bruk av samtaleverktøyet ICIT noen effekt på pasientens helse, eller var dette bare gode følelser hos lege og pasient? Var det faktisk mulig å få til høyere jobbdeltagelse? Sammen med sine veiledere, professor i allmennmedisin Erik L. Werner, professor i psykologi Silje Reme, og professor i allmennmedisin Morten Lindbæk, planla de

en randomisert kontrollert studie. Cathrine laget et emnekurs for leger om pasienter med MUPS og med opplæring i ICIT. Over 129 fastleger meldte seg på kurset. De ble tilfeldig fordelt til kontroll- og intervensjonsgruppe. Legene i intervensjonsgruppen brukte ICIT på pasienter som hadde bestilt time hos fastlegen, og som tilfredsstilte inklusjons- og eksklusjonskriteriene. Legene i kontrollgruppen gjorde den samme ut-

velgelsen av pasienter, og ga behandling slik de pleide. Disse legene fikk opplæring i ICIT når studien var ferdig. Cathrine tenkte mye på hvordan de kunne lære opp disse legene. Det måtte være teori, men mest øving, og så gruppebasert oppfølging i etterkant. I studien sammenlignet de fastlegens bruk av ICIT med vanlig behandling. De lurte på om pasientene fikk en endring i funksjon, livskvalitet og symptomer, og om de fikk redusert

*På sin nye arbeidsplass – men med mange andre jern i ilden.*



sykefravær (2). En styrke i studien er at den er utført i en helt vanlig pasientpopulasjon, som hadde bestilt time på helt vanlig måte, og med den kjente fastlegen som behandler.

### En forklaring som leder til konstruktive tiltak

Vi har nå vært inne på ICIT og utviklingen av denne. Mange lesere kjenner metoden din, men de fleste kjenner den ikke, kan du hjelpe oss?

Hun er ikke vanskelig å be og forklarer: – ICIT er en strukturert tilnærming til den gruppen pasienter. Den går ut på å gjenomgå utredning, og gi en forklaring på MUPS som begrep, og hvordan belastninger kan gi symptomer. Neste skritt er å lage en konkret plan hvor pasienten får sortert i kaoset av plager og problemer. Dessuten skal pasienten lage en plan for hva som kan gjøres annerledes – hvor hvile kan være et slikt tiltak. Dette tar vanligvis tre legemøter eller flere. Pasientens opplevelse er at det er positivt å snakke om noe annet enn plager. Pasientene som fikk behandling med ICIT, rapporterte om signifikant økt funksjon, mindre symptomer og bedre livskvalitet sammenlignet med pasientene i kontrollgruppen, og de kom raskere tilbake i jobb. Det har vi nå tall på, sier forskeren.

*Utposten* sin intervjuer har ikke gått ICIT-kurs, men har som undervisningsengasjert lege i NAV fulgt prosessen til Cathrine de siste årene. Om jeg som da står utenfor som tilskuer skal sette ord på hva ICIT er, så vil jeg vektlegge flere ting. Det første er at pasienten sine plager valideres, bekrefte og tas på alvor. Det neste er at pasienten gis en forklaringsmodell som er forståelig og konstruktiv. Plagene forklares ved at kroppen er stressaktivert. Det er en forklaring som leder naturlig fram til konstruktive tiltak – å utforske og å gjøre noe med belastninger. Et viktig poeng for meg er at det da settes søkelys på noe annet enn selve plagene (som vi jo oftest ikke har medisiner mot). Videre defineres jobb som noe helsefremmende. Det utforskes negative og positive faktorer ved det å være på jobb, og konkrete tiltak som kan fremme funksjon. Pasienten får ansvar og engasjeres gjennom hjemmeoppgaver. Det var mine tanker – vi må tilbake til Cathrine. Jeg spør henne om publiseringen nå i høst – i *Lancet*!

– Ja, det er i et *Lancet*-tidsskrift, dog ikke i flaggskipet. Vi fikk skryt for at det var i allmennpraksis, at det var stort materiale, og at jobb var et tema. Det var et enormt arbeid å svare på alle punktene de fire fagfellene i *Lancet* ba oss om. Det ble også etterlyst

kunnskapsgrunnlag for ICIT-metoden og en nærmere beskrivelse av den. Så gjorde jeg det, noe som medførte masse jobb! Men det var bra å få det gjort, forteller hun.

Studien har ganske begrenset oppfølgingstid på 11 uker. Hva med langtidsoppfølging? Kan det være at dette bare er en midlertidig effekt?

– Vi skulle gjerne hatt lengre oppfølgings-tid, sier forskeren. – På den annen side vil pasienter som har fått hjelp som har fungert, kanskje etterspørre den samme typen hjelp igjen ved nye vansker. Fastlegen har ved bruk av ICIT journalført helt konkret hva som hjalp sist, og kan hente fram pasientens tidligere mestrings erfaringer i konsultasjonen. Når det gjelder sykefravær, vet vi at 14 prosent av pasientene som er borte mer enn 13 uker fra jobb ikke kommer tilbake, så oppfølgingstid på 11 uker ble vurdert å være klinisk signifikant, legger hun til.

Allmennlegeforskeren forteller at de ikke skal følge disse pasientgruppene i studie over lengre tid. Hun fortsetter: – Men det er mulig å tenke seg andre prosjekter. En mulighet er å få arbeidsfokusert kognitiv terapi inn i sykmeldingsskjemaet. Kanskje det burde komme en takst for arbeidsfokusert kognitiv terapi? Det er jo faktisk det som hjelper pasienter tilbake i jobb. Da kan man i så fall forske videre ut fra takstbruk og sammenholde det med sykefraværdata.

### Samler på gode relasjoner

– Hva med dine planer fremover?

– Jeg har publisert to artikler og har en artikkel til under arbeid. Den siste studien skal omhandle hvem ICIT hjelper mest for. Planen er å gjøre ferdig doktorgraden, slår hun fast, før hun forteller om hverdagen på nytt legekantor: – I høst begynte jeg på Tinghauglegene, et nytt og fint senter med moderne lokaler og flotte kolleger. Jeg er nå mest allmennlege og kursholder. Når det gjelder forskningen, koser jeg meg med det jeg har gjort! Men det kan bli mer. Professoretype er jeg nok ikke, men undervisning liker jeg veldig godt, stafester hun.

Og så har du blitt populærformidler?

– Ja, jeg har skrevet i *Tønsberg Blad* en stund. Jeg er spesielt opptatt av ungdom når jeg skriver. Nylig har jeg startet en podkast sammen med Siri Dalsmo Berge. Hun er også fastlege og holder på med doktorgrad om samlivsproblemer. Podkasten, *Fastlegetimen*, er laget for folk flest, mannen i gata, men vi tror at også fastleger kan ha nytte av den, sier podkastverten.

– Hvordan får du tid til alt dette? Du har jo nevnt at hvile er viktig å strukturere for

pasientene. Får du praktisert læren i ditt eget liv?, vil bladfyken vite.

– Det ser kanskje ikke ut som om jeg har ro til å hvile, men det har jeg alltid hatt, sier hun. – Mor fortalte at jeg hadde lapp på døra til rommet mitt: Ikke forstyr meg nå, jeg hviler! Hvile må skje i forkant, og ikke når jeg for sliten, forteller Cathrine. – Da kan jeg ha for lite overskudd til å hvile. Det er også noe av det legene kan hjelpe MUPS-pasientene med, nemlig å strukturere og planlegge hvile, slik at kreftene rekker til det som er viktig. Ellers samler jeg på gode relasjoner, forteller Cathrine, og fortsetter: – Jeg holder meg til mennesker som er trygge og som vil meg vel. Jeg henter krefter fra menneskemøter. Det er dessuten motstandskraft i en god familie. Jeg har et godt forhold til min partner. Vi har vært sammen siden jeg var 15 år, og han er den jeg liker best å være sammen med.

Barna kan nesten bli sjalu på oss! Den eldste datteren vår sa en gang på vei til hytta: «Når vi kommer på hytta, skal du bare være opptatt av meg, og ikke av pappa!», sier hun og ler. Så blir hun alvorlig i stemmen: – Dette passer med kunnskap om legers helse; partnerstøtte er viktig for å unngå å bli utbrent som lege.

*Utpostens* utsendte vil vite mer om dette. Har paret snakket sammen om hennes valg og prioriteringer?

– Jeg brukte lang tid før jeg søkte doktorgradsstipend. Min mann visste at jeg ville bli engasjert og at det kom til å bli omfattende. Vi måtte gå flere runder omkring dette, mest fordi jeg måtte tenke grundig over hva det ville innebære, sier hun ettertenksomt. – Frykten var at det skulle ta for mye plass i livet mitt. Aller viktigst for meg er jo barna våre, sier firebarnsmoren. Barna er i alder fra elleve til tjue år. Hun beskriver en tett familie, på godt og vondt. – Relasjoner forplikter, slår hun fast. – Jeg fikk beskjed om at noe måtte ut, og det klarte jeg, litt sosialt ut, en del ting jeg vet jeg ikke kan gjøre som er mer hobbypreget. Jeg reiser aldri på jentetur til Paris, men heller på hytta med barndomsvenninnene. Vi er også kommet til et punkt hvor barnas aktivitetsnivå er på vei ned. Jeg går tur, gjerne med noen jeg kan prate med. En bijobb med papirer jeg har hatt i barne-, ungdoms- og familieetaten har jeg sluttet med. En annen styrke jeg har er at jeg ikke er perfeksjonist. Det holder med bra nok og jobben må bli gjort. Det trenger ikke å være perfekt.

### Lar det vonde og vanskelige bli en styrke

Du har i vår samtale så vidt nevnt at du har vært sliten etter cellegiftbehandling. Jeg

forstår at du har vært åpen om alvorlig sykdom.

– Ja, det har jeg vært, også i lokalavisa og overfor pasienter. Jeg har gått på cellegift og fått strålebehandling. Men jeg er friskmeldt. Jeg er dessuten en person som ikke grubler og bekymrer meg mer enn jeg må, det har livet lært meg. Da jeg ble syk, førte det til en økt nærhet og trygghet i familien. Barna klippet håret mitt med neglesaks, det var tøft, men jeg var i kampmodus og det var noe vi gjorde sammen. Slik kan det vonde og vanskelige bli en styrke.

Hun blir stille en liten stund, før hun fortsetter: – Nå som jeg jobber igjen, forstår jeg bedre dem som er utmattet. Symptomer etter omfattende kreftbehandling kan innebære en ekstrem form for utmattelse. Jeg har alt nevnt det med behov for hvile, og at det er noe jeg har lært meg å ta konsekvensen av. Jeg kjenner på mine grenser og tar hensyn, jeg legger inn pauser når jeg trenger det og finner meg en pute. Jeg planlegger rett og slett hvile, slik at jeg skal kunne gjøre det jeg vil. Det er jo å følge råd jeg selv gir til andre, konstaterer den kloke legen.

Vi må avslutte samtalen. Jeg har nettopp fullført helgas samling med *Utposten*-redaksjonen og går mot Oslo S. På tide å komme seg hjem! Jeg blir gående og tenke på samtalen jeg nettopp har hatt. Cathrine er altså selv et eksempel på at det er mulig å yte og å få til noe, selv om man er både syk og sliten. Mange andre faktorer enn sykdom og et snevert helsebegrep har betydning. En ting som slår meg, er at Cathrine har mye mening i livet sitt. Det er lett å se at det er med på å gjøre hennes prosjekt mulig. Det har vel knapt nok vært vist før at noe som helst hjelper MUPS-pasientene til å bli i arbeid. Å ha utviklet et samtaleverktøy som virker må føles dypt meningsfullt.

#### REFERANSER

1. Abrahamsen C, Lindbæk M, Werner EL. Experiences with a structured conversation tool: a qualitative study on feasibility in general practice in Norway. *Scand J Prim Health Care*. 2022; 1–7.
2. Abrahamsen C, Reme SE, Wangen KR, Lindbæk M, Werner EL. The effects of a structured communication tool in patients with medically unexplained physical symptoms: a cluster randomized trial. *Eclinicalmedicine*. 2023; 65.

■ [NFLEM@ONLINE.NO](mailto:NFLEM@ONLINE.NO)

*Kan et samtaleverktøy redusere sykefravær? Ja, viser forskningen til Cathrine Abrahamsen.*





# Pasientens legemiddelliste (PLL) og elektronisk multidosse (eMD)

■ REGIN HJERTHOLM • Fastlege/spesialist i allmennmedisin, Eidsvåg legekantor

**Vi er vant til en situasjon hvor den enkelte pasient har mange ulike lokale legemiddellister hos forskjellige behandlere. Listene hos fastlege, hjemmesykepleie, sykehus, sykehjem, legevakt og så videre er så godt som aldri identiske.**

Noen ganger bruker vi lang tid på å sammenligne vår lokale liste med nytt fra siste aktør i samhandlingskjeden, andre ganger orker vi ikke prøve en gang.

## Hva er pasientens legemiddelliste (PLL)?

Om vi klarer å oppdatere listen lokalt blir den fort «ødelagt» igjen. I forsøket på å lage en god medisinliste må vi hente informasjon fra mange kilder, og noe informasjon er alltid tilgjengelig. Dette ønsker vi å bedre med Pasientens legemiddelliste (PLL). Nå skal vi sammen jobbe på en felles legemiddelliste, som alle leger oppdaterer fortløpende og leverer videre til neste mann. PLL skal til enhver tid være så oppdatert og korrekt som praktisk mulig. PLL skal være tilgjengelig for pasient, neste lege og hjemmesykepleie. Alle skal se den samme oppdaterte medisinlisten og kunne jobbe videre med den.

## Kulturendring

Pasientens legemiddelliste bygger på e-resept. Vi har i alle år skrevet resepter på rekke og rad, slik at pasienten kunne hente sine medisiner på apoteket. Endringer i medisiner som dosejusteringer og seponering har vi ikke gjort med resepter. Dette har vi sagt muntlig til pasient, skrevet i lokal elektronisk pasientjournal (EPJ) og kanskje i epikriser. Nå må vi tenke at resepter

brukes til samhandling for å sikre at korrekt informasjon er tilgjengelig når det trengs. Dette er en del av tanken om «en innbygger en journal».

Hvis PLL skal fungere, må alle endringer i medikasjon skrives med en resept. Ny medisin er vi kjent med, det krever selvfølgelig en resept. Men også ved endring i dose må det nå også skrives en ny resept (utdaterte med annen dosering tilbakekalles automatisk fra apoteket), slik at andre, via Reseptformidler og Kjernejournal, ser hvilke medikamenter pasienten bruker. Pasienten vil med dette også få korrekt dosering skrevet på etiketten som klistres på medisinpakken og ha en korrekt medisinliste på helsenorge.no.

## Bedre bruk av e-resept

PLL er utprøvd i Bergen og ikke «skrudd på» noe annet sted i landet. Mens de fleste venter på PLL er det lurt å forberede seg med «Bedre bruk av e-resept» (1). Det er i praksis å sette i gang med kulturendringen: skriv alle medisinendringer med e-resept! Videre trengs rydding av gammelt rot i Reseptformidleren. Slett eller tilbakekall alle unødvendige doble og multiple oppføringer. Fjern alle medisiner som ikke brukes lenger. Juster doseringer som er feil på medisiner som skal brukes og send ny resept. Den viktigste forskjellen på PLL og medisinlister fra «bedre bruk av e-resept»,

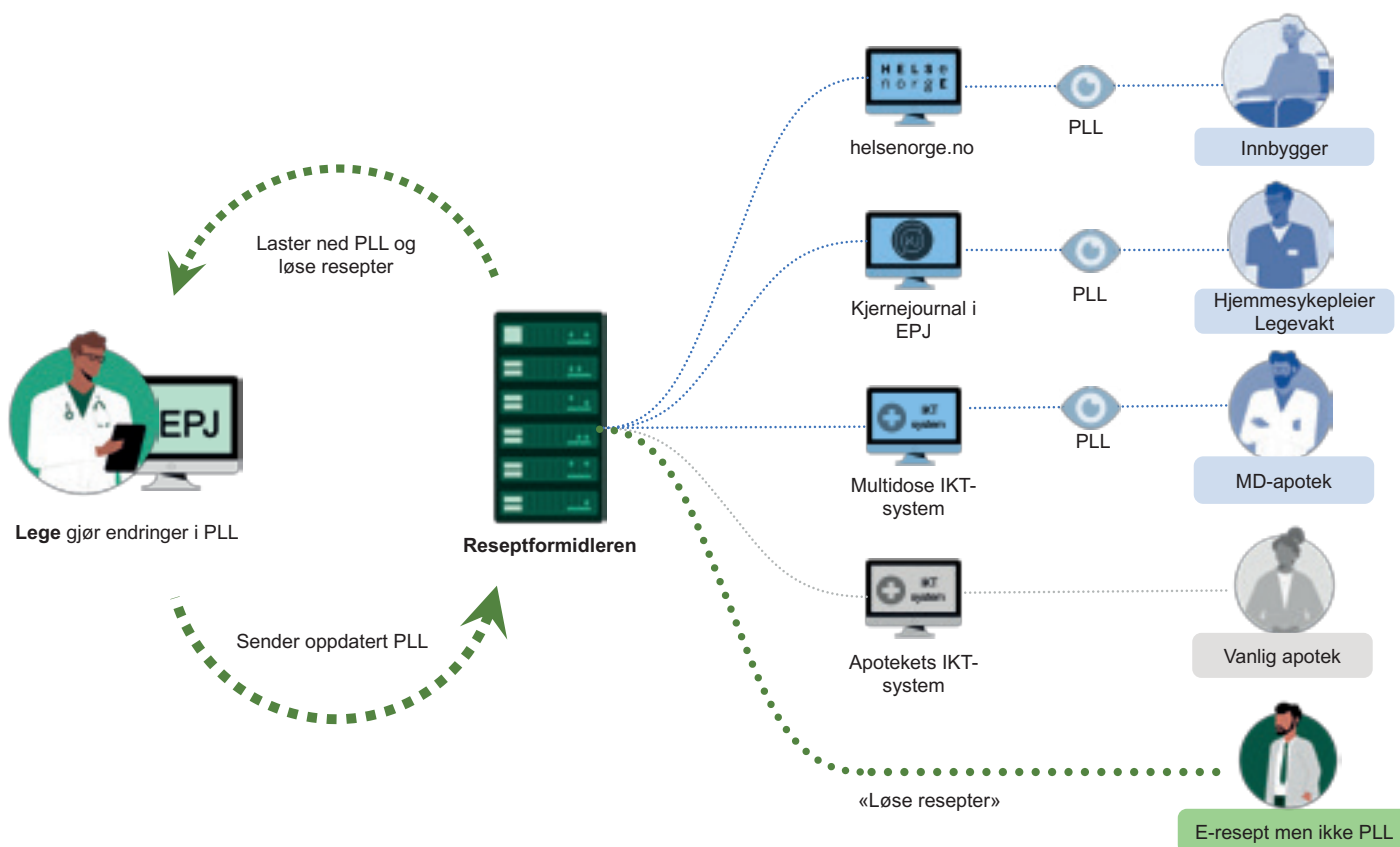
er at PLL også viser medisiner i bruk som ikke har en aktiv resept på apoteket. Videre er det en del krav rundt PLL som sikrer at vi kontinuerlig oppdaterer medisinlisten.

## Hva er elektronisk multidosse (eMD)?

Papirmultidosse har høy risiko og er tungvint og juridisk risikabelt for legen. Mange av oss har derfor nektet å være med på det. Elektronisk multidosse er mye sikrere og raskere å bruke enn papirmultidosse. Det gir liten gevinst for oss leger, men stor gevinst for hjemmesykepleien og kan derfor anbefales. Som fastleger har vi interesse av en velfungerende og effektiv hjemmesykepleie. Elektronisk multidosse er nesten det samme som PLL, men det er en del ekstra krav og funksjonalitet lagt til.

Vi som har jobbet mye med PLL diskuterer om ikke multidosse burde vært det samme som PLL, altså en forenkling. Men i dag er det noen forskjeller i tekniske krav og praktiske spilleregler. eMD krever at vi melder oss elektronisk som multidosseansvarlig lege, det går raskt og enkelt. Alle endringer andre leger gjør må multidosseansvarlig lege godkjenne eller endre og så sende til multidosseapoteket. Dette oppleves tidvis som et unødvendig sekretærarbeid, mens andre ganger kan det være nyttig fordi systemet varsler oss når andre leger har gjort endringer vi ellers ikke ville oppdaget.

Det er viktig å sende pleie- og omsorgsmeldingen «legemiddelopplysninger» til hjemmesykepleien, samtidig som eMD sendes til apotek. Hvis ikke dette gjøres, vil listene hos de to bli forskjellige, og du kommer til å få forstyrrende forespørsler fra hjemmesykepleien og pårørende. eMD kan



ikke sendes uten at CAVE er oppdatert og skrevet strukturert i din EPJ eller i forskrivningsmodul, det er et irritasjonsmoment.

Multidose er oftest en avtale mellom hjemmesykepleien (kommunen) og apoteket, derfor må du alltid via dialogmelding avklare med kommunen før du begynner å sende eMD. Elektronisk multidose viser pakkedatoer og frist for endringer til neste pakking. Det oppleves nyttig. Løsningen har også en dialogmelding med apotek innebygget. Nyttig med dialogmulighet i multidosesaker, men jeg synes den er for rigid bygget og det er tidvis vanskelig å vite hva som skal hakes av for å komme videre. Det kunne vært løst med å tillate en enkelt frietekst.

### PLL Utprøvingen i Bergen

I Bergen bruker de fleste leger Infodoc med multidosefunksjonalitet, mens Haraldsplass sykehus og Helse Bergen brukte Sentral forskrivningsmodul (SFM) (2). Vi hadde før PLL ble innført også drevet noe opplæring i «bedre bruk av e-resept». Det lå derfor godt til rette for å ta steget videre. Som vanlig møtte vi med en gang på tekniske problemer, og det har vært nødvendig å rette og utvikle stadig nye versjoner av verktøyet. Allmennlege EPJ (Infodoc) ble tidlig ferdig og fastleger har derfor opprettet PLL-er alene i to år. Ett kontor med nye Webmed kom i gang i høst, Webmed

bruker SFM. Vi har vært fire fastleger som har besøkt kolleger eller undervist via Teams. Kollegene har fått honorar for å delta på et par timers undervisning. Nå er over halvparten av fastlegene «PLL-leger». Sykehusene med Forskrivningsmodulen (FM) og Meona kom først skikkelig i gang høsten 2023.

Bergen kommune med Visma Profil og Fast Track, som også bruker SFM, er så vidt kommet i gang på noen få sykehjem. Fordi det endelig løsner hos sykehus og kommune, vil vi nå i vinter lære opp og koble på resten av fastleger og avtalespesialister. Opprettelse av første PLL for en pasient er et betydelig arbeid, derfor er dette blitt honorert med en egen takst som kan kombineres med alle andre takster. Når det første tunge løftet er gjort, er arbeidet med medisinlisten blitt bedre og enklere for alt helsepersonell.

### Bra prosjekt har gitt forenkling og bedre arbeidsflyt

PLL-piloten har vært svært nyttig, kanskje et av de mest vellykkede e-helseprosjekter jeg har vært med på. PLL har gått fra å være et skrivebordsprodukt til et verktøy som brukes i daglig klinisk praksis. Praksis har vist at PLL måtte forenkles. Krav i opprinnelig løsning er fjernet, endret eller har gått fra obligatorisk krav til vennlig støtte. Fremdeles er det flere krav vi diskuterer

om bør endres, særlig rundt resepter utenfor PLL («løse resepter») og om PLL skal kunne «skrus av» for enkelte pasienter. PLL-utprøvningsprosjektet har hatt vilje og ressurser til å evaluere og endre løsningen underveis, det har vært en suksessfaktor.

Styrken i prosjektet er ellers at alle faggrupper og nivåer har vært representert i et likeverdig samarbeid. Det har vært helt avgjørende at vi har brukt trekantsamarbeidet med helsepersonell, myndighetsorganer og leverandører. Lege-til-lege opplæring og frikjøp av leger til små deltidsstillinger har sikret forankring og mer tillit til løsningen hos dem som skal bruke verktøyet.

### Hvordan oppleves PLL når alle er med?

Vi har nå så mange PLL i sirkulasjon at vi begynner å erfare gevinsten. Når fastlege mottar en korrekt PLL, vises endringer siden sist med tydelige fargekoder. Med ett tastetrykk kan alle endringer lastes inn og man sitter med en oppdatert medisinliste.

Det som før kunne ta fem til femti minutter å samstemme, er nå klart på sekunder til få minutter, litt avhengig av hvor lenge du vil se på endringene. Hvis fastlege og andre i samhandlingskjeden har skrevet dosering strukturert, vil sykehuslege også raskt kunne laste inn PLL i sykehusets kurvesystem. Når kommunen snart får integrasjon med Kjernejournal, vil hjemmesykepleien få var-

## Kjernejournal

LEGEMIDDEL/KOSTTILSKJED	BEHOVGRÅDE	DOSE/ENS	SET DOKRIT
<b>Fast</b>			
Rezevestab 5 mg	KOLESTEROLSENKENDE	1 tablett morgen	30.06.2022
Atacand 16 mg HÅ FRÅ SLV	MOT HØYT BLOTTRYKK	1 tablett morgen	16.02.2022
Amlodipin 10 mg	BLOTTRYKKSMEDISIN	1 tablett morgen	30.06.2022
Jordance 16 mg	MOT DIABETES	1 tablett morgen	30.06.2022
Josurva 100 mg	MOT DIABETES	1 tablett morgen	30.06.2022
Escitalopram 10 mg	MOT ANGST OG DEPRESJON	0,5 tablett morgen	30.06.2022
Metformin 500 mg	MOT DIABETES	2 tabletter morgen, 1 tablett midt på dagen og 1 tablett kveld daglig	30.06.2022
Triolite 6,11 mg/0,5 mg/0 mg	MOT B-VITAMINMANGEL	1 tablett morgen hver lørdag og 1 tablett morgen hver søndag	30.06.2022
<b>Behov</b>			
Pantoprazol enterotab 20 mg	MOT REFLUKSØSOFAGITT	1 tablett morgen	30.06.2022

sel hver gang det er endringer i PLL. De kan da laste dette inn i sitt system. Fastlege slipper da å sende PLO-meldingen «legemiddelopplysninger», det er nok å sende PLL, så er alle oppdatert.

Ideelt sett skal PLL være en svært pålitelig kilde, men PLL vil i flere år til ha varierende kvalitet. Den er likevel et utrolig mye bedre utgangspunkt enn slik situasjonen var før. Selv om det fremdeles er mange pasienter som ikke har fått PLL, er det oppnådd økt pasientsikkerhet for hver eneste person som har fått det.

### Videre utbredelse til resten av landet

Utbredelse er avhengig av når de ulike leverandørene blir klar med eMD/PLL. Alle jobber med det, men det er som vanlig vanskelig å gi datoer som en kan stole på. Alle med

Infodoc og dem som har tatt i bruk den nye Sentrale Forskrivningsmodulen (SFM) kan i dag sende eMD og PLL. SFM brukes i dag av Webmed, mens CGM har noen få kontorer i pilotfase. Infodoc kommer også til å gå over til SFM, når den er like bra eller bedre enn deres egen modul. Pridok vil ikke bruk SFM, men lager sin egen modul.

Forskrivningsmodulen som brukes av sykehus og Bergen kommune er ikke god nok til nasjonal utbredelse. Kommunesystemene skal etter hvert bruke SFM. Sykehusene skal bruke DIPS Arenas nye medikasjonsmodul med SFM. Helseplattformen jobber også med SFM. Noen vil bruke en tilpasset versjon som passer til deres journalsystem, mens andre vil bruke «SFM-standardutgave» uten tilpasninger.

Elektronisk multidose kan brukes mange steder i landet. Utbredelse av PLL er i

gang. Helse Vest (Rogaland og Vestland fylke) og Helse Nord følger etter høsten 2024, andre deler av landet må vente.

Mens dere venter, sett i gang med «bedre bruk av e-resept» og marker pasientjournaler som er nesten klar med fine medisinalister, da får dere raskere opp mange PLL (med takst) når funksjonen «skrus på». Det er også mulig å følge prosessen fram til endelig utbredelse på ehelse.no (3).

#### REFERANSER

- <https://ehealthresearch.no/nyheter/2022/webinar-bedre-bruk-av-e-resept-pa-vei-mot-pasientens-legemiddelliste>.
- <https://www.nhn.no/tjenester/sentralforskrivningsmodul>.
- <https://www.ehelse.no/nasjonal-e-helseportefolje/tak-i-nasjonal-e-helseportefolje/program-pasientens-legemiddelliste>.

■ REGIN@REGINHJERTHOLM.NO

Norsk helsenett

## Sentral forskrivningsmodul

Sentral forskrivningsmodul (SFM) er en legemiddelmodul som er viktig for å kunne innføre pasientens legemiddelliste (PLL) i hele landet.

Den legger til rette for at informasjon om legemidler kan deles mellom ulike pasientjournalssystemer. Dette vil på sikt gjøre "alle" rekvirenter i stand til å ta i bruk e-resept, og gi helsepersonell med tjenstlig behov tilgang til pasientens legemiddelliste.

Gjennom integrasjon med pasientjournalssystemer, skal SFM bidra til å øke kvaliteten i legemiddelinformasjonen. Helsepersonell som bruker SFM får et enhetlig brukergrensesnitt, uavhengig av hvilket journalsystem de bruker.

## Program pasientens legemiddelliste

Hensikten med Program pasientens legemiddelliste er å redusere sannsynligheten for legemiddelfeil og redusere tiden helsepersonell bruker på innhenting av legemiddelinformasjon. Pasientens legemiddelliste (PLL) etableres som én felles digital oversikt over legemidlene pasienten bruker.

## ENSTILAR® «LEO»

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

**SKUM:** 1 g inneh.: Kalsipotriol 50 µg (som monohydrat), betametason 0,5 mg (som dipropionat), flytende parafin, polyoksypropylenstearyleter, hvit vaselin, butylhydroksytoluen (E 321), helracemisk α-tokoferol, butan, dimetyleter. **Indikasjoner:** Voksne: Lokal behandling av psoriasis vulgaris. **Dosering:** Voksne: Påføres affiserte områder 1 gang daglig. Anbefalt behandlingsperiode er 4 uker. Maks. daglig dose er 15 g som tilsv. mengden 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 sprayes skummet direkte på håndflaten, og påføres deretter de berørte områdene med fingertuppene. **Vedlikeholdsbehandling:** Pasienter som har respondert etter 4-ukers behandling med Enstilar én gang daglig, er egnede kandidater for langsiktig vedlikeholdsbehandling. Enstilar skal påføres to ganger ukentlig på to ikke-påfølgende dager på områder som tidligere har vært affisert av psoriasis vulgaris. Ved tegn til tilbakefall skal behandling ved utbrudd, som beskrevet ovenfor, startes på nytt. **Spesielle pasientgrupper:** Alvorlig nedsatt lever-/nyrefunksjon: Sikkerhet og effekt ikke fastslått. Barn og ungdom <18 år: Sikkerhet og effekt ikke fastslått. Langsiktig vedlikeholdsbehandling. **Kontraindikasjoner:** Overfølsomhet for innholdsstoffene. Ved erytrodermisk- og pustuløs psoriasis. Pga. innholdet av kalsipotriol er preparatet kontraindisert hos pasienter med forstyrrelser i kalsiumstoffsiftet. Pga. innholdet av kortikosteroid er preparatet kontraindisert ved viruslesjoner i huden (f.eks. herpes eller varicella), sopp- eller bakterieinfeksjoner i huden, infeksjoner forårsaket av parasitter, hudmanifestasjoner i forbindelse med tuberkulose, perioral dermatitt, atrofisk hud, atrofisk striae, skjørhet av hudvener, iktyose, acne vulgaris, acne rosacea, 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 hudfalter bør unngås, pga. økt systemisk absorpsjon av kortikosteroider. Synsforstyrrelser: kan forekomme ved bruk av systemiske og topikale kortikosteroider. Ved symptomer som tåkesyn/andre synsforstyrrelser, skal pasienten vurderes for henvisning til øyelege for evaluering av mulige årsaker. Hyperkalsemi: Kan forekomme, men risikoen er minimal dersom maks. daglig dose (15 g) ikke overskrides. Serumkalsium normaliseres når behandlingen seponeres. Bør ikke brukes på ansikt og genitalier da huden i disse områdene er svært følsom for kortikosteroider. Samtidig behandling med andre steroider på samme behandlingsoverflate bør unngås. Pasienten må instrueres i korrekt bruk for å unngå applikasjon og utilsiktet overføring på ansikt, munn og øyne. Hendene må vaskes etter hver påføring for å unngå utilsiktet overføring til disse områdene samt utilsiktet absorbering av legemiddel på hendene. Om lesjonene blir sekundærinfisert, bør antimikrobiell behandling gis. Behandling med kortikosteroider bør imidlertid seponeres om infeksjonen forverres. Ved psoriasisbehandling med lokale kortikosteroider kan det være en risiko for utvikling av «rebound»-effekt ved seponering. Pasienten bør følges opp etter avsluttet behandling. Det er økt risiko for lokale og systemiske bivirkninger ved langtidsbehandling. Behandlingen bør seponeres hvis bivirkninger oppstår som følge av lang tids bruk. Unngå overdreven bruk av naturlig eller kunstig sollys. Kombinasjonen lokal kalsipotriolbehandling og UV-lys bør kun benyttes hvis lege og pasient anser fordelene større enn potensiell risiko. Ingen erfaring med bruk ved guttatt 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. Infeksjose: 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-veiring 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. Ri-siko for utvikling av pustuløs psoriasis. Systemiske reaksjoner ved lokalbehandling med kortikosteroider er sjeldne hos voksne, men kan være alvorlige. Binyrebarksuppresjon, katarakt, infeksjo-ner, nedsatt glykemisk kontroll av diabetes mellitus og økt intraokulært trykk kan forekomme, særlig ved langtidsbehandling. Systemiske reaksjoner sees oftere ved okklusjonsbehandling (plast, hudfalter), 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](http://www.felleskatalogen.no) **Egenskaper:** **Klassifisering:** D3-vitaminanalog i kombinasjon med gruppe III-kortikosteroid. **Virkningsmekanisme:** Kalsipotriol stimulerer differensieringen og hemmer proliferasjonen av kerati-nocyttter. Betametason har antiinflammatoriske og immunundertrykkende egenskaper. **Absorpsjon:** Perkutan 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](http://www.leo-pharma.no) Basert på SPC datert 22.09.2020. Refusjonsberettiget bruk: Lokal behandling av psoriasis vulgaris hos voksne.

REF-15389



START / CONTINUE

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

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

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



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

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

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

**Enstilar®**  
kalcipotriol/betametasondipropionat

#### 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, Kircik, Lacour et al. Twice-weekly topical calcipotriene / betamethasone dipropionate foam as proactive management of plaque psoriasis increases time in remission and is well tolerated over 52 weeks (PSO-LONG trial) Journal of the American Academy of Dermatology (2020), doi: <https://doi.org/10.1016/j.jaad.2020.09.037>

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



**LEO Pharma AS**  
Fornebuveien 37 | 1366 Lysaker  
info.no@leo-pharma.com  
Tlf +47 22 51 49 00  
[www.leo-pharma.no](http://www.leo-pharma.no)

# Kan du lytte litt på meg?

■ STIAN ANDERSEN • Fastlege og ALIS Storfjord kommune, stipendiat ved UiT Norges arktiske universitet

**Som fastlege møter jeg ofte pasienter som 'bare vil bli lyttet litt på', mens de ser håpefullt ned på stetoskopet jeg har liggende på skrivebordet. Det står et flunkende nytt ultralydapparat på kontoret mitt, men det er ingenting som beroliger pasientene mine mer enn en rask undersøkelse med det 15 år gamle stetoskopet.**

Til tross for økende tilgang til avansert diagnostikk, er hjerterauskultasjon fortsatt en sentral del av den kliniske undersøkelsen av pasienter hvor det mistenkes hjerte-klauffsykdom, som i 2011 ble omtalt som «the next cardiac epidemic» i *BMJ* (1).

Når nye behandlingsmetoder eller undersøkelser skal tas i bruk, stilles det strenge krav til evidens. Vi vil at de undersøkelsene vi utfører virkelig kan si noe om det vi ønsker å finne ut av. Stetoskopet hadde nylig 200-årsjubileum, men nytteverdien av hjerterauskultasjon i diagnostikk av hjerte-klauffsykdom er usikker. Dette skyldes blant annet varierende kvalitet på studier og manglende data fra allmennpraksis (2). I tillegg har studier vist at leger blir stadig dårligere til klinisk undersøkelse, med betydelig variasjon i hjerterauskultasjonsferdigheter (3–5).

## Hvor pålitelig er auskultasjon?

Jeg ønsker å undersøke påliteligheten og nytteverdien av hjerterauskultasjon i mitt doktorgradsprosjekt. Som en del av dette, måtte vi finne ut om leger hører og beskriver det samme ved hjerterauskultasjon. Vi gjennomførte derfor en studie hvor vi undersøkte om allmennleger, kardiologer og medisinstudenter fant bilyd på opptak av hjertelyder, og hvor enige de var med hverandre (6).

I Tromsø 7-undersøkelsen ble det samlet inn opptak av hjertelyder, og vi brukte 40 av 800 tilgjengelige lydopptak med både normale og unormale hjertelyder fra dette materialet. Vi fikk 17 allmennleger, ni kardiologer og åtte sjuette-års medisinstudenter til å klassifisere disse lydene som enten normal eller med systolisk eller diastolisk bilyd. Lydene var i tillegg delt inn i svake og sterke bilyder, hvor en svak bilyd tilsvarte grad en og to på en skala fra en til

seks, og en sterk bilyd var bilyd grad tre til seks. Lydene ble avspilt to ganger i tilfeldig rekkefølge for å vurdere om deltagerne var enige med seg selv på samme lyd.

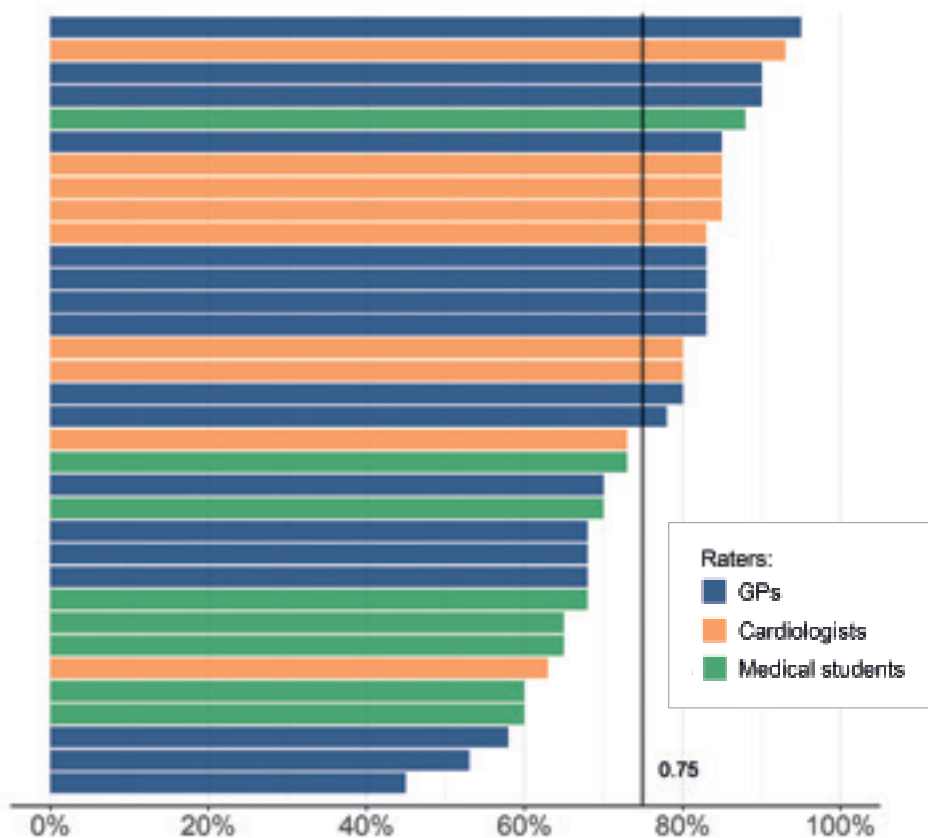
En referanseklassifisering ble laget av fire leger: en ALIS, en spesialist i allmennmedisin, en professor i allmennmedisin og en professor i kardiologi. Klassifiseringen ble utviklet i flere trinn, der hver lege først klassifiserte lydene individuelt og deretter kom frem til en felles beslutning. Denne referansen ble brukt til å vurdere kvalite-

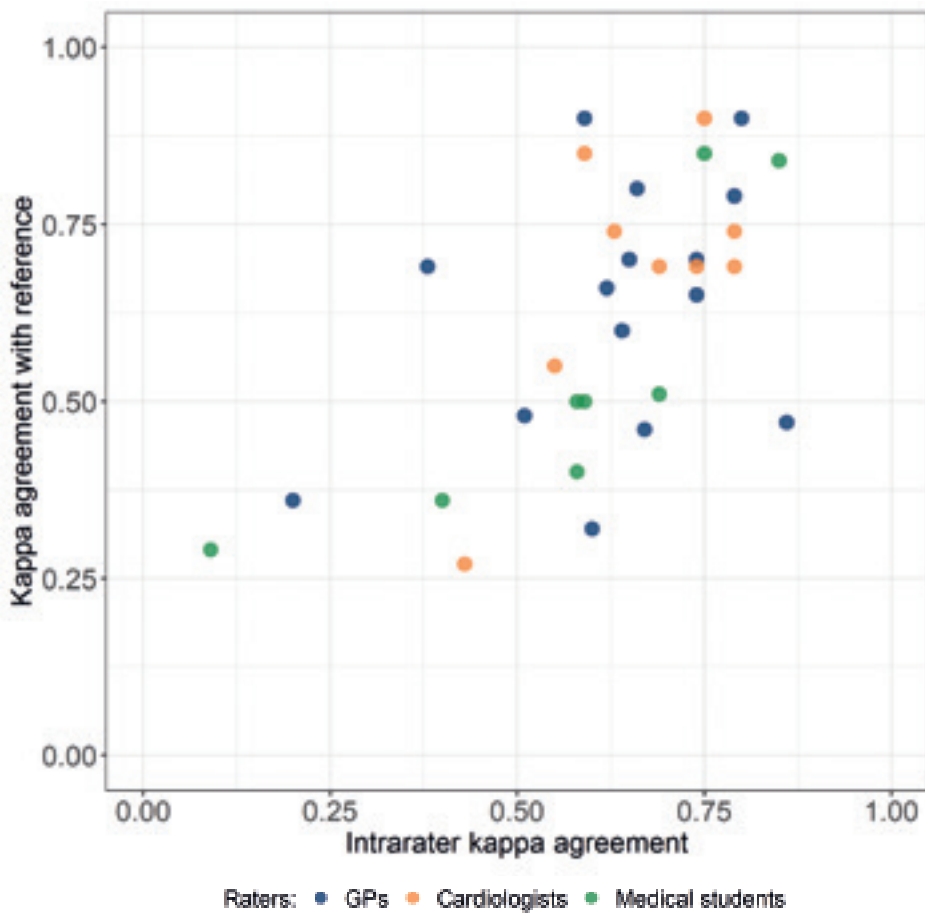
ten på klassifiseringen gjort av deltagerne.

For å måle graden av enighet brukte vi «absolutt enighet», som forteller oss hvor godt klassifiseringene mellom deltagerne og referansen samsvarer i prosent. Videre brukte vi Cohen's Kappa for å vurdere påliteligheten av den målte enigheten. En Kappa-verdi på 0 indikerer at den målte enigheten kan tilskrives tilfeldigheter, mens en verdi på 1 representerer perfekt enighet mellom deltagerne.

Den absolutte enigheten målt opp mot referansen når vi skilte mellom normal, systolisk og diastolisk bilyd, var gjennomsnittlig 75 prosent, men med betydelig individuell variasjon. Allmennlegene hadde 75 prosent enighet (variasjon 45 prosent og 95 prosent). Til sammenligning hadde kardiologene 81 prosent enighet (variasjon 63 prosent–93 prosent), og medisinstuden-

FIGUR 1. Absolutt enighet målt opp mot referansen for hver deltager, på nivå normal/systolisk/diastolisk. Den vertikale linjen viser gjennomsnittlig enighet på 75 prosent.





FIGUR 2. Scatterplot med kappaverdier som viser sammenhengen mellom «intrarater-enighet» på x-aksen og «enighet med referansen» på y-aksen.

tene 68 prosent enighet (variasjon 60 prosent–88 prosent) (FIGUR 1).

Når vi målte enigheten mot referansen som enten normal eller bilyd (ikke skille mellom typer bilyd), var den 81 prosent for allmennlegene (median kappa = 0,65), 84 prosent for kardiologene ( $k = 0,69$ ), og 79 prosent for medisinstudentene ( $k = 0,51$ ).

Intrarater-enighet, altså hvor enige deltagerne var med seg selv om de hørte en bilyd eller ikke, var på 83 prosent i gjennomsnitt, med lite variasjon mellom gruppene. Median kappa var moderat på 0,64, med relativt lite variasjon mellom gruppene. De som hadde lav enighet med seg selv hadde også en tendens til lavere enighet med referansen, noe som kan indikere dårligere auskultasjonsferdigheter (FIGUR 2).

Erfaring viste seg også å være en signifikant prediktor for enighet med referansen. Vi så en rask stigning i enighet etter få år i klinisk praksis som etter hvert flatet noe ut, og valgte i analysen å sette grensen mellom uerfaren og erfaren på fem år for å representere en tenkt spesialist. Kardiologene var den gruppen med lengst gjennomsnittlig erfaring, og det gjør det vanskelig å fastslå med sikkerhet om det er «kardiolog» eller «erfaring» som er den sterkeste prediktoren. Vi så at erfarne allmennleger hadde høy enighet med referansen på individnivå.

Sammenlignet med svake bilyder, var det også signifikant større enighet om de sterke

bilydene. Her vil det være interessant å se nærmere på sammenhengen mellom intensitet på bilyd og hjerteklaffsykdom.

I vår studie valgte vi å skille mellom normal og unormal hjertelyd, i motsetning til tidligere studier som i større grad har skilt mellom spesifikke diagnoser, som for eksempel aortastenose. Målet med denne studien var ikke å måle de diagnostiske ferdighetene til legene, men heller finne ut av om de klarte å skille normale fra unormale hjertelyder som et utgangspunkt for videre undersøkelse.

### Kommer «Smartstetoskopet»?

Enkelte tidligere studier har vist at eldre leger blir dårligere i hjerteauskultasjon, men da målt på spesifikke diagnoser. Vårt materiale viser at lengre erfaring øker enighet med referansen, og det kan tenkes at eksponering for mange normale hjertelyder øker sensitiviteten for å oppdage unormale lyder.

Undersøkelser som skal brukes klinisk må være pålitelige, det vil si at vi må kunne repetere undersøkelsen og få samme resultat. Legene i vår studie hadde en rimelig enighet målt i kappa, men variasjonen var stor.

Det er utført studier på automatisk klassifisering av hjertelyder ved hjelp av algoritmebaserte «smartstetoskop», og disse

algoritmene har vist seg å prestere på nivå med erfarne kardiologer i å identifisere visse klaffefeil. Dersom slike algoritmer viser seg å prestere bedre enn mennesker generelt, kan det muligens erstatte tradisjonell hjerteauskultasjon. Samtidig ser vi at bruken av ultralyd øker hos fastleger, og ekkokardiografi er trukket frem som et naturlig neste skritt i diagnostiseringen av hjertesykdom i allmennpraksis (7).

Hjerteauskultasjon er en kostnadseffektiv undersøkelse som krever enkelt og lett tilgjengelig utstyr, og studier har vist at leger kan forbedre auskultasjonsferdighetene med trening. Hvis hjerteauskultasjon skal fortsette å være en sentral del av den kliniske hjerteundersøkelsen, må forbedring av disse ferdighetene vektlegges.

Fastleger med stetoskop vil kanskje ikke være like presise som et algoritme-drevet smartstetoskop eller ekkokardiografi i fremtiden, men det er fortsatt en verdi i det personlige aspektet ved en auskultasjon. Dette bidrar til at pasientene føler seg både sett og tatt på alvor, og derfor vil jeg fortsette å lytte på pasientene mine, i det minste helt til de «bare vil bli scannet litt».

### REFERANSER

- d'Arcy JL, Prendergast BD, Chambers JB, Ray SG, Bridgewater B. Valvular heart disease: the next cardiac epidemic. *Heart*. 2011; 97(2): 91–3.
- Daidsen AH, Andersen S, Halvorsen PA, Schirmer H, Reierth E, Melbye H. Diagnostic accuracy of heart auscultation for detecting valve disease: a systematic review. *BMJ Open*. 2023; 13(3): e068121.
- Iversen K, Sogaard Teisner A, Dalsgaard M, Greibe R, Timm HB, Skovgaard LT, et al. Effect of teaching and type of stethoscope on cardiac auscultatory performance. *Am Heart J*. 2006; 152(1): 85e1–7.
- Lam MZ, Lee TJ, Boey PY, Ng WF, Hey HW, Ho KY, et al. Factors influencing cardiac auscultation proficiency in physician trainees. *Singapore Med J*. 2005; 46(1): 11–4.
- Mangione S, Nieman LZ, Gracely E, Kaye D. The teaching and practice of cardiac auscultation during internal medicine and cardiology training. A nationwide survey. *Ann Intern Med*. 1993; 119(1): 47–54.
- Andersen S, Daidsen AH, Schirmer H, Melbye H, Spigt M, Aviles-Solis JC. Interrater and intrarater agreement on heart murmurs. *Scand J Prim Health Care*. 2022; 40(4): 491–7.
- Otto CM. Mind the gap: missed valve disease diagnosis. *Heart*. 2018; 104(22): 1810–1.

# Kommunikasjonskurs for medarbeidere

## Lærerikt – for foreleseren

■ NJÅL FLEM MÆLAND • Redaktør i Utposten

**Kan en lege lære helsesekretærer noe om det å snakke med pasienter? Jeg tenkte ja – ettersom god kommunikasjon i mangt og meget er det samme, i alle slags sammenhenger. Med mye erfaring i kommunikasjonsundervisning ble jeg derfor med på å lage og lede et heldagskurs i kommunikasjon for helsesekretærer. Det ga dyrekjøpte erfaringer.**

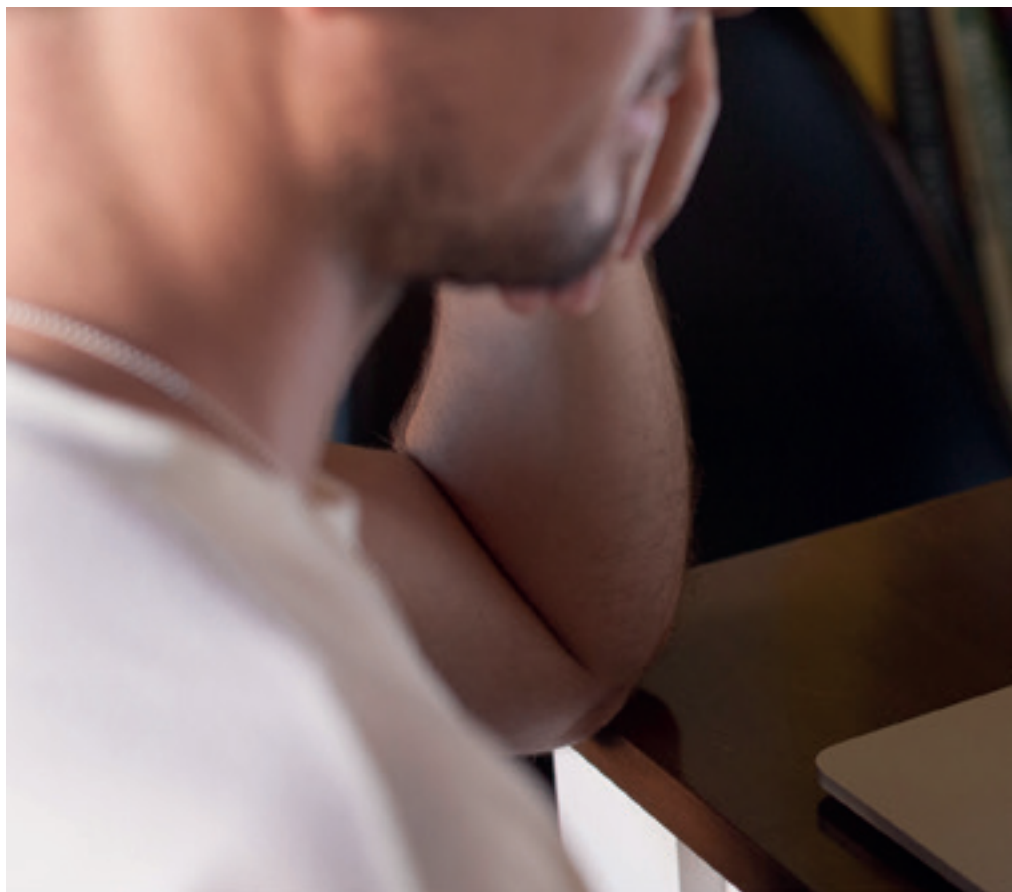
Kollega Harald Sundby og jeg har to ganger forsøkt å arrangere et emnekurs i kommunikasjon for allmennleger. Begge gangene har vi laget et program vi selv var godt fornøyde med. Kommunikasjon er en essensiell del av medisinen. Vi bruker det hver dag og vi blir aldri helt utlærte. Et slikt kurs må gi mange påmeldte! Og begge gangene har vi måttet konstatere at vi fikk for få påmeldte til å arrangere kurset. Vi har trøstet oss med at det kan skyldes at vi høyt og tydelig flagget at store deler av kurset ville bli viet øvelser og rollespill. Kanskje allmennleger flest er for redde for å vise kolleger noe så personlig som sin egen kommunikasjonsstil? Kanskje de tenker at det blir for skummelt å få tilbakemeldinger om noe så grunnleggende? Vi vet det ikke, men slik har vi tenkt. Da Nidaroskongressen spurte oss om å arrangere kurs for helsesekretærer, tenkte jeg at det kan jeg si ja til, for det blir uansett sikkert ikke noe av. Det ender nok med for få påmeldte.

**JEG TOK FEIL.** Vi fikk femtifem påmeldte! Det ble kurs. *Lærdom nummer en: I motsetning til legekolleger så er våre sekretærer ikke redde for å melde seg på kurs i kommunikasjon!*

Der sto jeg altså, foran fem og femti blide sekretærer, en tirsdag i oktober. Dessverre uten Harald Sundby, som var indisponert, noe våkne lesere av dette nummeret av *Utposten* vil vite. Alene var jeg likevel ikke, jeg hadde med meg dyktige Mona Jacobsen, sekretær i Nidarosfondet og sekretær ved Midtbyen legesenter. Godt å være to, og godt å være både lege og sekretær på sce-

nen. Vi gikk rett på sak og startet med et rollespill. Jeg var pasient, og modige Mona sekretær, helt uforberedt på pasientrollen jeg skulle spille. Vi laget en situasjon. Det var morgen på legesenteret. En lege var

syk, og Mona skulle helst ha brukt tiden på å ringe pasienter for å fortelle dem at de ikke trengte å møte. Men så var det telefonene inn, da. Det glødet på linjen, og Mona tok en innkommende samtale, hvor hun møter min rollefigur. Jeg kom med en merkelig historie, hyppige distraksjoner og en diffus bestilling. Gjenkjennelig for alle, og til stor fornøyelse! Vi hadde en plan. Denne rollen var et godt eksempel på en pasient som trenger en åpen og bekræftende tilnærming. Tanken min var å lære bort noe om starten på konsultasjonen. Rent konkret:





Betydningen av å lytte. Hvor viktig det er ikke å avbryte, men å la pasienten snakke ferdig. Betydningen av bekreftende og empatiske utsagn. Hvordan man etter hvert kunne snirkle inn samtalen ved gradvis å gjøre spørsmålene mer lukkede. Jeg hadde fakta å slå i bordet med, som at pasienter sjelden snakker sammenhengende i mer enn i to minutter.

**SLIK GIKK DET IKKE.** Jeg merket at Mona sin sekretærstil var annerledes enn min gestil. Vi merket at salen murret når vi trakk lærdom ut av samtalen. Det kom mange hender i været. Reaksjonene var entydige: «Vi har ikke tid til slik! Husk at det står sikkert ti telefoner i kø på linjen! Da kan du ikke bruke mer enn to minutter på hele samtalen!». Det gikk opp for oss at sekretærer ikke har konsultasjoner. **Lærdom nummer to:** *Sekretærene har en annen og faktisk mer hektisk hverdag enn oss. De har dårligere tid enn oss. Derfor gjelder andre regler!*

**VI BLE STÅENDE I VILLREDE.** Hva gjør vi nå? Hva kan vi lære bort? Mona og jeg måtte vende oss mot forsamlingen. Igjen kom det flere hender i været. Til vår overraskelse gikk forslagene på strukturelle ting, og forslagene var konkrete: «Vi har

lagt inn en egen telefonsvarerbeskjed som vi bruker når en lege er syk. Den forteller at telefonen er stengt til vi har fått ringt denne legens pasienter. Da får vi bedre tid». «Vi bruker Helsenorge til raskt å gi pasientene beskjed». «Vi gjør det slik at den som er syk selv må kontakte pasientene på sin liste hjemmefra». Vi ble stående foran forsamlingen og smile for oss selv. Her kom deltagerne med konkrete råd som ga rom for det viktigste: Bedre tid. Dette var anvendelige råd alle kunne ta med seg hjem og bruke ved sine kontorer. Det var råd jeg aldri har sett i noen lærebok i kommunikasjon. **Lærdom nummer tre:** *Kommunikasjonsvansker kan handle om organisatoriske problemer ved legesenteret. Slike problemer kan løses ved å lære av andre sine erfaringer!*

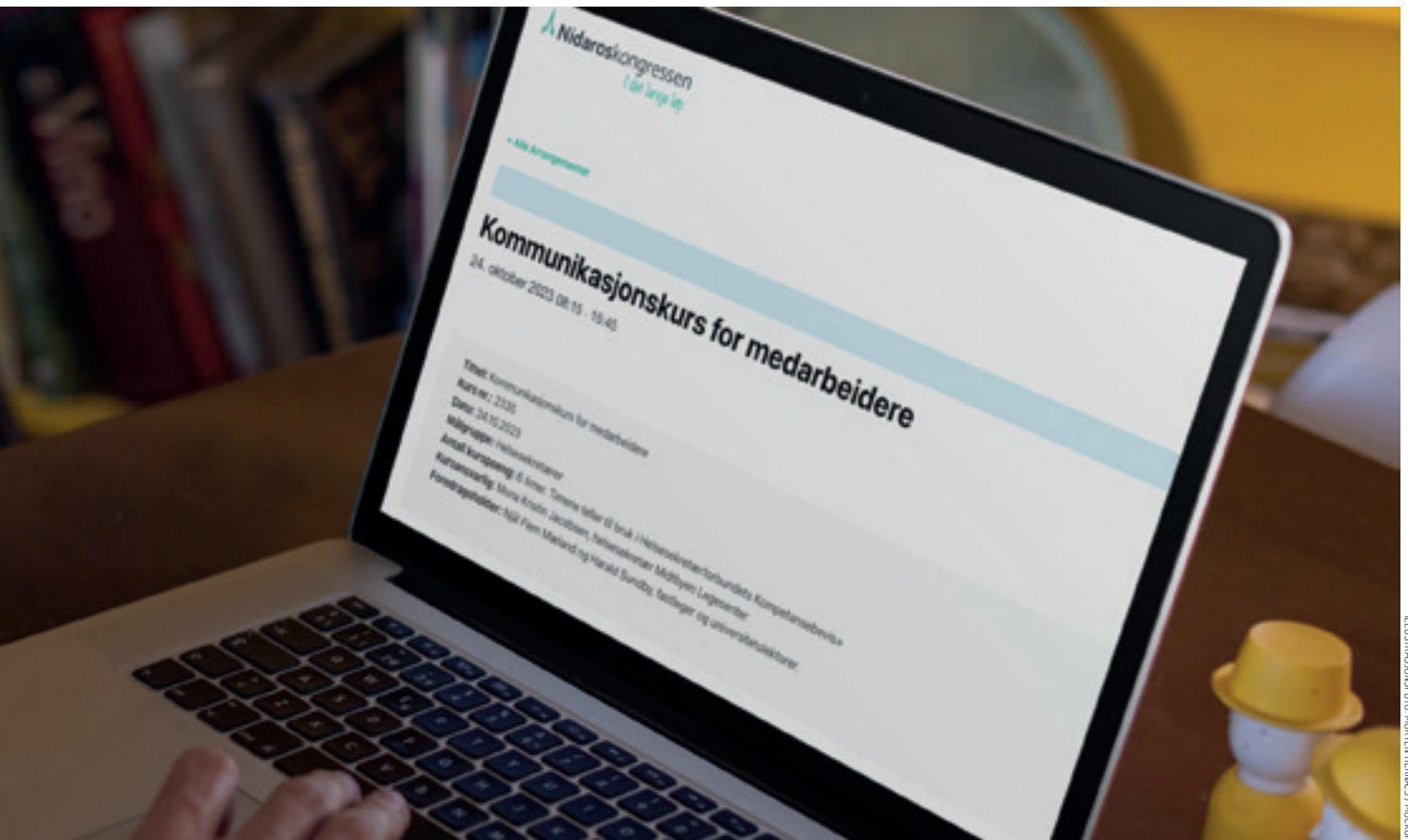
**VI FORTSATTE Å DVELE** ved den rare pasienten som ringte inn om sine merkelige symptomer. Det kom flere forslag til lukkede spørsmål som på en god og effektiv måte gjorde det mer eller mindre sannsynlig om dette var en situasjon som krevde ambulanse, øyeblikkelig hjelp senere på dagen, eller vanlig time med ventetid. «Jeg ville spurt etter FAST symptomer», var det en som sa. «Jeg ville også raskt avklare om det

var brystsmarter». Videre ble det påpekt at det var vanskelig å si sikkert hvordan samtalen ville forløpe uten å kjenne pasienten på forhånd: «Folk er så forskjellige, og uttrykker seg så forskjellig. Vi kjenner dem fra før». Vi kunne trekke flere lærdommer av dette. **Lærdom nummer fire:** *Samtaler med samme person blir forskjellige i forskjellige situasjoner fordi formålet med samtalen ikke er den samme.* **Lærdom nummer fem:** *Sekretærene våre har en annen kompetanse enn oss, fordi de gjør en annen jobb.*

**DAGEN FORTSATTE** med litt teori og mye deling av erfaringer og kunnskap. Vi delte opp i grupper som gjorde kommunikasjonstrening slik det skal gjøres, med rollespill og tilbakemeldinger. Vi har ingen evaluering eller forskning som sier oss noe om hva deltagerne satt igjen med etter dagen. Det jeg vet er hva jeg selv sitter igjen med, nemlig lærdom nummer seks: *Økt respekt for våre sekretærer, deres unike kompetanse, og deres krevende hverdag.*

Dagen ble ikke som jeg hadde tenkt. Den ble bedre. Det blir nok kommunikationskurs for sekretærer også ved neste Nidaroskongress!

■ NFLEM@ONLINE.NO



ILLUSTRASJONSTILTAK: HORTEN HERNES / ANDRUP

# Rekruttering av leger i Vesterålen

■ ANDERS SVENSSON • Kommuneoverlege i Bø i Vesterålen og forsker Nasjonalt senter for distriktsmedisin

**'Dagens struktur lar seg ikke bemanne', sa Helse Nord og foreslo radikale endringer av sykehusstrukturen i Nordland. Det er liten tvil om at utfordringene med å rekruttere og å beholde leger og annet helsepersonell er reelle for helsetjenesten, fremfor alt i distriktene. Det er neppe grunn til å kaste kortene og gi opp det som Helse Nord kaller for 'små og sårbare enheter'. Tiltak må være systematiske, sammenhengende og tilpasset lokale forhold. Det forutsetter detaljert kunnskap om helsetjenesten lokalt. I Vesterålen har kommunene og lokalsykehuset jobbet sammen for å sikre en stabil legetjeneste de siste årene, og kanskje har vi funnet en farbar vei.**

Vesterålen er en distriktsregion med 30 000 innbyggere, fem kommuner og et lite lokalsykehus, Nordlandssykehuset Vesterålen i Stokmarknes. I Vesterålen jobber i dag mer enn 100 leger; av disse er 47 fastleger, 21 er overleger og 16 er LIS2 på sykehuset. I tillegg er det tre avtalespesialister. To av de fem kommuneoverlegene jobber som fastlege, en er sykehjemslege og to har andre oppgaver i tillegg til å være kommuneoverlege.

Vi har i likhet med andre distriktsregioner gjennom mange år hatt utfordringer med å rekruttere leger. Siden 2021 har sykehuset og kommunene jobbet sammen i et felles prosjekt for å bedre rekrutteringen av leger og å få dem til å bli (1).

## Metode

I prosjektet har vi kartlagt legetjenesten i 2021–2023. Gjennom en kombinasjon av data fra offentlige registre og intervjuer av

ledere har vi undersøkt rekruttering, stabilitet og mobilitet i regionen. Bruk av vikar er undersøkt fra mars til desember i 2023. Alle kommunene og fem avdelinger (medisin, kirurgi og ortopedi, gynekologi, psykiatri og BUP) i lokalsykehuset har deltatt i undersøkelsen. Vi har valgt å ikke inkludere avde-

linger med enkeltansatte (nevrologi) og avdelinger/funksjoner som betjenes gjennom rotasjonsordninger (anestesi, barn, ØNH).

Informasjon om fastlegeordningen er hentet fra helsenorge.no (informasjon om fastlegers alder, listestørrelse og spesialisering), framsikt.no/KOSTRA (listestørrelse),

TABELL 1. Oversikt over avtalevilkår i de ulike kommunene i Vesterålen.

AVTALE	BESKRIVELSE	KOMMUNE
Privat drift	Privat næringsdrift der legen driver kontor og personell	Ingen i Vesterålen
8.2 avtale med fastlønn	8.2 avtale (nullavtale) med fastlønn på toppen	Andøy
8.2 avtale med tillegg	8.2 avtale med tillegg, for eksempel kompensasjon ved sykefravær, syke barn, kurs	Hadsel, Øksnes (2 leger)
Fastlønn med insentiv	Fastlønn der legene får utbetalt deler av inntekter som variabel inntekt (insentiv)	Bø (2024), Sortland, Øksnes

og helsedirektoratet.no (varighet av fastlegeavtaler). Framsikt.no er brukt for å sammenligne kommunene. Data om ansatte, LIS1-tjeneste, lokal tilknytting, vikarbruk og utlyste stillinger er innhentet gjennom gjentatte telefonintervju med ledere i kommunehelsetjenesten og helseforetaket hver måned mellom mars 2023 til januar 2024. Informasjon om varighet i stillinger i lokalsykehuset er innhentet gjennom intervjuer med ledere. Vi har valgt å ikke inkludere vakante stillinger i datagrunnlaget.

Data innhentet gjennom intervjuer er basert på muntlig informasjon fra ledere, og er ikke sammenlignet med skriftlig dokumentasjon, som for eksempel kontrakter med vikarleger eller saksdokument ved tilsetning. Det gjør at det kan være en viss usikkerhet rundt kvaliteten på dataene. Det er innhentet data om bruk av legevikar, men vi har ikke undersøkt årsaken til vikarbehovet, som f.eks. fravær hos leger, noe som svekker muligheten til å vurdere hvordan organisasjonene bruker vikarer for å dekke bemanningsbehovet.

Informasjonen er vurdert av en bredt sammensatt prosjektgruppe, og vi mener at informasjonen gir et godt bilde av legetjenesten i regionen.

### Fastlegeordningen i Vesterålen – flere leger, mindre lister og flere spesialister

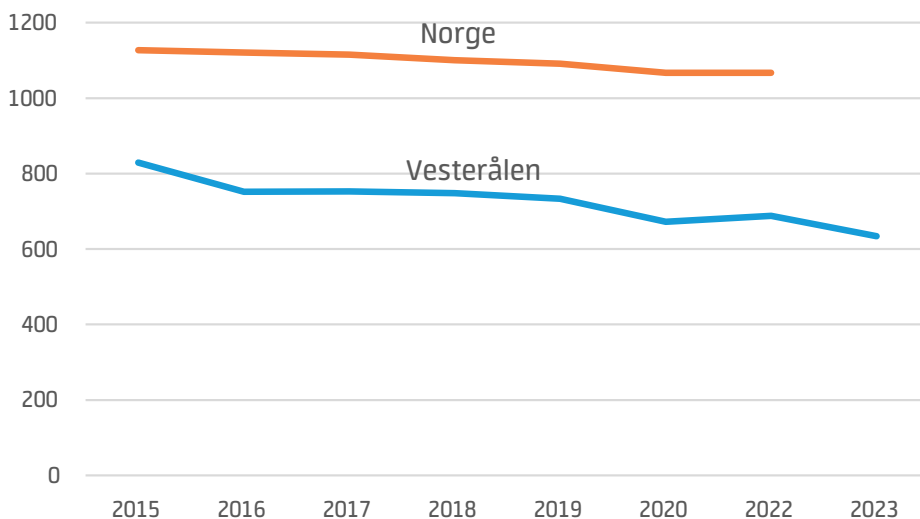
Data om fastlegeordningen viser at antallet fastleger har økt gradvis siden 2015 og listestørrelsene har blitt redusert tilsvarende. Det er i dag 47 fastlegehjemler i regionen, med en gjennomsnittlig listestørrelse på 634 pasienter (SE GRAF 1).

### En fastlegeordning i utvikling

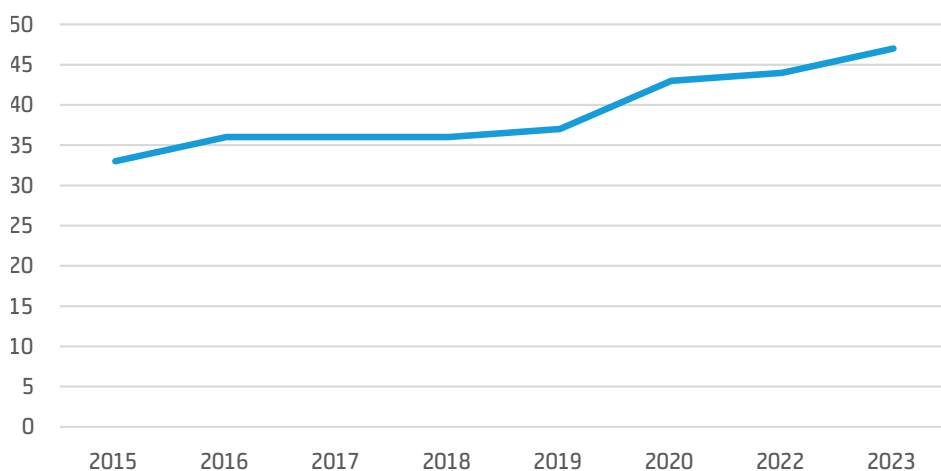
De fem Vesterålskommunene har ulike lønns- og avtalevilkår for fastlegene. Siden 2020 har to kommuner gått fra hel eller delvis næringsdrift, til fastlønsavtaler med insentiv. En av kommunene som hadde rene fastlønsavtaler tidligere, innførte insentivordning i januar 2024 (SE TABELL 1).

KOMMUNE	INNBYGGERTALL	ANTALL FAST-LEGEHJEMLER	ANTALL FASTLEGER SOM ER SPESIALIST	ANTALL LIS1	LEGER SOM IKKE ER FASTLEGE
Andøy	4 572	7	5	1	0
Bø	2 565	4	3	1	1
Hadsel	8 107	13	7	2	3
Sortland	10 468	16	7	2	1
Øksnes	4 458	7	2	2	0

TABELL 2. Oversikt over kommunene i Vesterålen.



GRAF 1. Listestørrelser i Vesterålen 2023. DATA FRA FRAMSIKT.NO, ESTIMERTE TALL FOR 2023



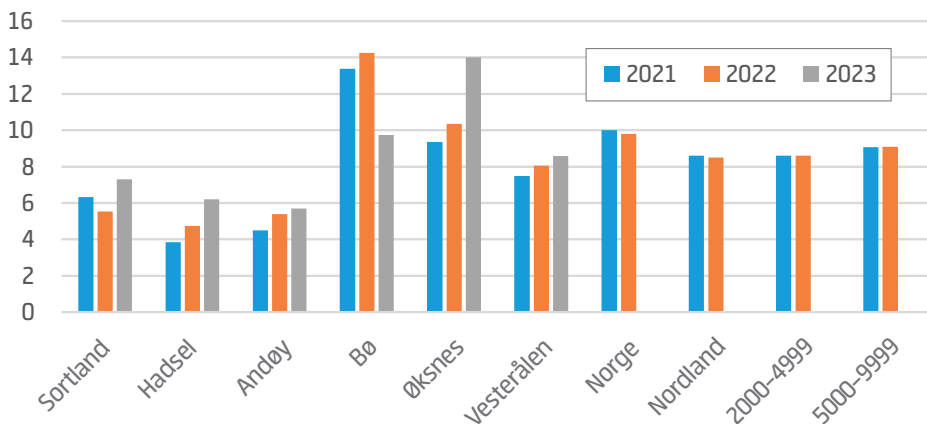
GRAF 2. Fastlegehjemler i Vesterålen 2023. DATA FRA FRAMSIKT.NO, ESTIMERTE TALL FOR 2023

ILLUSTRASJONSFOTO: WIKIMEDIA COMMONS

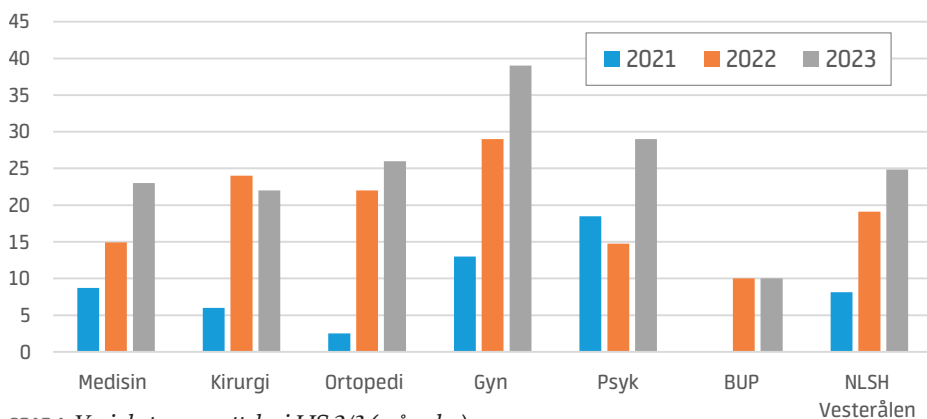


Antall vakante fastlegehjemler i regionen er lavt (en til to hjemler i gjennomsnitt 2021–2023). Turnover de siste tre årene er ca. fire prosent, som er lavt sammenlignet med gjennomsnittet for Nord-Norge (12,8

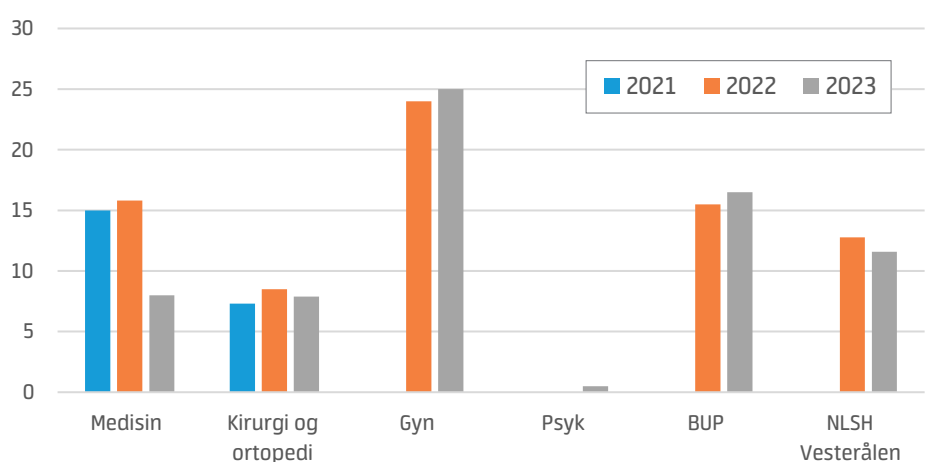
prosent) (2). Stabiliteten i fastlegestillinger i Vesterålen er stigende og ligger nå på gjennomsnittet for Nordland (3) og rundt landsgjennomsnittet for kommuner med tilsvarende størrelse.



GRAF 3. Fastlegestabilitet i Vesterålen vist i varighet av fastlegeavtaler (år).



GRAF 4. Varighet av ansettelse i LIS 2/3 (måneder).



GRAF 5. Varighet av overlegeansettelser (år).

	SORTLAND	HADSEL	BØ	ANDØY	ØKSNES
Antall fastleger	16	13	4	7	7
LIS1 i Vesterålen	3	12	1	0	2
Lokal tilknytting	9	3	1	2	5

TABELL 3. LIS1-tjeneste og lokal tilknytning 2023 for fastleger.

Antall spesialister i allmennmedisin har økt kraftig fra 14 (32 prosent) i 2021 til 25 (53 prosent) i 2024. Fremfor alt har de største kommunene i Vesterålen, Hadsel og Sortland, hatt en positiv utvikling.

Det har vist seg svært vanskelig å rekruttere ferdige spesialister til fastlegestillinger i Vesterålen. Bare to av de 11 fastlegene som har begynt som fastlege i regionen siden 2021 har vært spesialister i allmennmedisin. Det betyr at nye fastleger som regel ansettes som ALIS. Antall søkere til fastlegehjemler er relativt lav (en til fire søkere), og personlige kontakter og nettverk er viktig for å rekruttere fastleger.

LIS1-legene i regionen ser ut til å være en viktig kilde for rekruttering av leger, særlig for lokalsykehuset og lokalsykehusets vertskommune. I Hadsel, som er vertskommune, har 12 av 13 fastleger hatt LIS1-tjeneste i regionen. Lokal tilknytting ser ut til å være viktig for Sortland og Øksnes. Andøy kommune har valgt å tilby rotasjonsstillinger, og har i 2023 rekruttert flere erfarne leger. En av dem er spesialist i allmennmedisin som hverken har hatt LIS1-tjeneste i regionen eller har lokal tilknytting.

### Spesialisthelsetjenesten – i bedring tross utfordringer

Resultatene viser at det er tegn til bedring, fremfor alt i medisinsk avdeling og i avdeling for psykisk helse og rus, som har klart å rekruttere tre overleger og flere LIS2/3 det siste året. Stabiliteten er økende. LIS2/3 i helseforetaket er utdanningsstillinger og varighet i stillingene er begrenset. For LIS2/3 samlet har stabiliteten økt fra åtte måneder til 25 måneder fra 2021 til 2023. Overlegestabiliteten er bra (12 år), men fordi vakante stillinger ikke er inkludert i datagrunnlaget, fører nyansettelser til redusert varighet. Reduksjon av stabiliteten i for eksempel medisinsk avdeling må ses som en positiv utvikling.

I 2021 var ni stillinger som overlegespesialist og to LIS2/3 stillinger ledige. I januar 2024 var 7,58 stillinger som overlegespesialist og tre stillinger som LIS2 (BUP og medisinsk avdeling) vakante. Det finnes ikke nasjonale tall for «turnover» i spesialisthelsetjenesten, men resultatene fra kartleggingen viser at mobiliteten i stillinger i sykehuset er vesentlig høyere enn for fastlegene. Mobiliteten for LIS2/3 (ikke inkludert ALIS) og for overleger er 16 prosent per år.

### Stabilitet for leger i sykehus

Det er få (en til to i gjennomsnitt) søkere til stillinger som overlege og LIS2/3. Som for

	ANTALL ANSATTE	LIS1 VESTERÅLEN	LOKAL TILKNYTTING
<b>Overleger</b>			
Medisin	6	0	2
Kirurgi og ortopedi	7	1	3
Gynekologi	2	0	1
Psykiatri	2	0	1
BUP	2	2	1
	19	3	8
<b>LIS2/3</b>			
Medisin	6	6	0
Kirurgi og ortopedi	4	3	0
Gynekologi	2	1	1
Psykiatri	3	2	3
BUP	1	1	0
	16	13	4

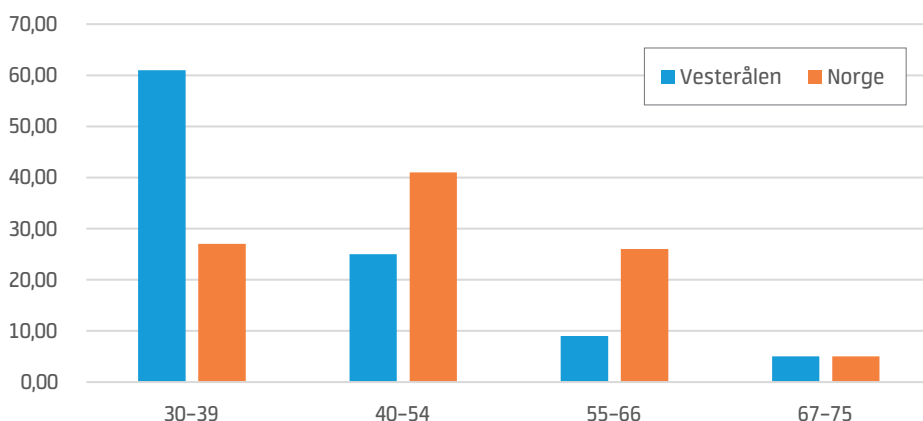
TABELL 4. LIS1 og lokal tilknytning i sykehuset 2023.

	SYKEHUS	KOMMUNE	VESTERÅLEN
Vakante stillinger 2024	8,5	2	10,5
Demografi	0	0	0
Avgang per år	5,84	1,88	7,72
Pensjon	5	6	11
Totalt behov	19,34	9,88	29,22

TABELL 5. Framskrivning av legebehov i regionen.

vertskommunen er rekruttering fra LIS1-poolen av avgjørende betydning også for sykehuset. Tretten av de 16 LIS2/3 som jobber på sykehuset i dag har hatt LIS1-tjeneste i regionen. Lokal tilknytning kan også ha betydning: Åtte av de 19 overlegene som jobber i sykehuset og fire av 16 LIS2/3 er fra Vesterålen.

GRAF 6. Aldersfordeling fastleger i prosent (2021).



Spesialisthelsetjenesten kan ikke ansette leger i utdanning for å erstatte spesialister. For å rekruttere overlegespesialister er de derfor avhengige av eksterne søkere eller LIS2/3-leger som vender tilbake til sykehuset etter endt spesialistutdanning.

### Legene i Vesterålen er unge

Legene i regionen, både i fastlegeordningen og på sykehuset, er yngre enn landsgjennomsnittet, og mange er i spesialistutdanning (4). Fastlegene er i gjennomsnitt 42 år, overlegespesialistene 44 år og LIS2/3 er 30 år i gjennomsnitt.

### Like stort vikarbehov i kommuner og helseforetak – men av forskjellige årsaker

Mange unge leger i etableringsfasen fører til stort fravær (fødselspermisjoner og utdanningspermisjoner), og behovet for fastlegevikarer er stort. To av kommunene har også hatt økende sykefravær blant leger. Fra mars 2023 til og med desember 2023 ble det leid inn 39 ulike vikarer i det som tilsvarer 7,8 årsverk i de fem Vesterålskommunene. Vakante fastlegehjemler er i liten grad årsak til vikarinneleie i Vesterålen.

Vikarbruken i sykehuset var også høy i 2023 (ca. 8,5 årsverk). Lokalsykehuset leier inn vikarer etter en helhetsvurdering av behovet (dekke ordinær drift, sikre akseptabel vaktordning og dekke spesielle funksjoner). Det er vanskelig å angi en spesifikk grunn til innleie av vikar, men vakante stillinger som overlegespesialist er ofte den bakenforliggende årsaken.

### Framskrivning av legebehov i regionen

Det at legene i Vesterålen er relativt unge betyr også at det er få leger som kommer til å gå av med pensjon de neste fem årene.

Fem av overlegespesialistene og seks fastleger er over 60 år og kan forventes gå i pensjon. Stabiliteten både hos fastleger og sykehusleger har økt, men man må likevel regne med at noen slutter og forlater regionen.

Gjennom å bruke informasjon fra kartleggingen om stabilitet, mobilitet, alder og vakanser er det mulig å beregne fremtidig behov for rekruttering av leger til regionen, og for hver sykehusavdeling og kommune. Den viser at regionen har lite «naturlig avgang» gjennom pensjon, men at vi likevel kommer til å ha behov for å rekruttere 29 leger de neste fem årene. Vi har valgt å ikke ta hensyn til eventuell befolkningsendring, endring i fastlegenes ansvarsområde, legesøkningsatferd osv., fordi det er knyttet stor usikkerhet til den generelle utviklingen i helsetjenesten.

### Hvorfor har vi positiv utvikling i Vesterålen?

Vi har ikke undersøkt spesifikt hva som kan være grunnen til den positive utviklingen i Vesterålen. Valget som legene tar – om å bli eller forlate regionen – er sammensatt. Det påvirkes av både private forhold og forhold knyttet til arbeidsplassen. Været, avstand til familie og nettverk er for eksempel utenfor vår kontroll. Andre faktorer kan vi påvirke. Vi vet at satsning på gode lønns- og arbeidsvilkår, teamarbeid, faglig utvikling og kompetanse er viktig for å få helsepersonell til å trives på arbeid og velge å bli (5).

Kommunene har prioritert fastlegeordningen høyt over mange år og har utviklet fleksible og konkurransedyktige lønns- og arbeidsvilkår – i tett samarbeid med fastlegene lokalt. Listestørrelsene er redusert for å minske arbeidsbelastningen for fastleger. Man kan da tilby deltidsstillinger og legge til rette for god veiledning og utdanning. Utdanningen av ALIS er profesjonalisert og alle veiledere blir kompensert for veiledning enten som kommunal bistilling eller gjennom redusert listestørrelse. Kommunen har sammen med lokalsykehuset lagt til rette for sykehustjenesten, slik at alle ALIS har anledning til å utføre denne på lokalsykehuset. Vesterålsregionen tilbyr også veiledningsgruppe for allmennleger.

Sykehuset har ikke like stort handlingsrom som kommunene til å tilpasse lønns- og arbeidsvilkår til legenes ønsker. Man satser på faglig utvikling og utdanning. Sykehuset har for eksempel revidert introduksjonsprogrammet for LIS1 i 2023, og avdeling for psykiatri har etablert fagmøter for leger og sikret god veiledning av



Nordlandssykehuset Vesterålen på Stokmarknes i Hadsel kommune i Nordland er lokalsykehus for ca. 30 000 innbyggere. FOTO: NORDLANDSSYKEHUSET / MAN.

LIS3. Samtlige LIS2/3 er i utdanningsløp der en større eller mindre del av tjenesten må gjøres på et større sykehus. Tre av LIS2/3 legene er nå i utdanningsløp der sykehuset har lagt til rette for ukependling. Dette er gjort for at familiene kan bli boende i Vesterålen, og legene kan komme tilbake som ferdige spesialister.

### Noen skjær i sjøen

Situasjonen i Vesterålen er lovende og gir håp. Dersom vi kan få de unge legene til å bli i regionen, kan vi sikre både stabilitet og kvalitet i fastlegeordningen, og på sikt bemanne overlegestillinger i sykehuset.

Antallet eksterne søkere til stillinger er lavt i både sykehuset og i kommunene, og det kan se ut som om vi er avhengig av et godt LIS1-miljø både faglig og sosialt for å fortsatt kunne rekruttere til ALIS-stillinger og til stillinger som LIS2/3.

Den store vikarbruken skaper ustabilitet og økt belastning på de faste legene både i sykehuset og i kommunene. Det kan true både kapasitet og kvalitet i tjenestene. Det er viktig å poengtere at det meste av vikarbruken i kommunene kommer av forventet og til dels ønsket fravær som det går an å planlegge for, og som man dermed kan redusere konsekvensene av. I sykehuset derimot, er brorparten av vikarinneleie knyttet til vakante overlegestillinger. Der kan løsningen være å prioritere rekruttering av overleger og/eller sikre at LIS2/3 kommer tilbake som ferdige spesialister etter endt utdanning.

Det er elleve leger som har partner/ektefelle som også jobber som leger i regionen (tre fastlegepar og åtte fastleger har partner som jobber i spesialisthelsetjenesten). Det betyr at dersom en av disse legene velger å forlate regionen, så mister vi to. Kommunene og sykehuset har med andre ord felles interesse av å få legene til å bli værende i regionen.

### Systematisk kartlegging kan gi godt grunnlag for planlegging og tiltak

Prosjektet har gjort en systematisk kartlegging av legetjenesten for hver enkelt kommune og for fem avdelinger i sykehuset. Denne kan legges til grunn for planlegging av legetjenesten på kort og lang sikt, og gi anledning til målrettede tiltak regionalt og i hver kommune og avdeling. I disse dager lanserer Helsedirektoratet en ny informasjonssportal for fastlegeordningen som kan gi kvalitetssikrede tall og gjøre innhentingen av relevante data vesentlig lettere.

Resultatene av vår kartlegging viser at kommunene og sykehuset er gjensidig avhengig av hverandre, må jobbe sammen og kan lære av og inspirere hverandre. Vi bør fokusere på å beholde de unge legene for å sikre nok spesialister i fremtiden, blant annet gjennom tilrettelegging av utdanning slik at legene ikke trenger å flytte for å spesialisere seg. Vi bør skape arbeidsforhold som gjør det mulig å kombinere familieliv og arbeid. LIS1-tjeneste er svært viktig for rekruttering til både kommuner og helseforetak og vi bør rekruttere gode LIS1-leger, helst med lokal tilknytning, samt

prioritere å gjøre LIS1-tjenesten til en positiv opplevelse for våre unge kolleger. Både ALIS og LIS2/3 har stort forventet fravær som det går an å planlegge for.

### Langsiktig arbeid i hele organisasjonen er nøkkelen til suksess

Vesterålen har valgt prosjektorganisering for å jobbe med rekruttering og stabilisering av legetjenesten, men jobben med å sikre en bærekraftig legetjeneste (og helsetjeneste generelt) kan ikke avgrenses til en prosjektperiode på tre år. Det er arbeidsplassen som er den viktigste kilden til god rekruttering og stabilisering av helsepersonell. Det å skape arbeidsplasser der leger og annet helsepersonell ønsker å jobbe, er et kontinuerlig arbeid som må integreres i den daglige driften i både sykehus og kommune, der toppledelse, HR og lokal ledelse jobber sammen med de ansatte.

#### REFERANSER

1. Rekruttering og stabilisering av leger i Vesterålen 2022 – kartlegging av legetjenesten i Vesterålen. NSDM.
2. Helse Nord. Fastlegeordningen i Helse Nord- Status, utfordringer og tiltak. 2019.
3. Helsedirektoratet, Fastlegestatistikk, Fastlegestatistikk – Helsedirektoratet
4. Helsedirektoratet. Leger i kommuner og spesialisthelsetjenesten 2020. Helsedirektoratet; 2020. Report No.: IS 2967.
5. Abelsen B, Strasser R, Heaney D, Berggren P, Sigurdsson S, Brandstorp H, et al. Plan, recruit, retain: a framework for local healthcare organizations to achieve a stable remote rural workforce. Human Resources for Health. 2020; 18(1): 63.

■ ANDERS.SVENSSON@BOE.KOMMUNE.NO

# DU KAN NÅ VAKSINERE MOT RSV MED AREXVY

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

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

**82,6 %**

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

**PRIMÆRT ENDEPUNKT\***

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

SAMLET VAKSINE-EFFEKT MOT  
 RSV-LRTD HOS PASIENTER MED  
 MINST 1 KOMORBIDITET<sup>†3,4</sup>

**94,6 %**

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

**SEKUNDÆRT ENDEPUNKT\***

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

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

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

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

\*Median oppfølgingstid 6,7 måneder

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

## Arexvy kan koadministreres med vanlig influensavaksine

Kan gis samtidig med sesonginfluensavaksine (kvadrivalent, standarddose, uten adjuvans, inaktivert). Samtidig og separat administrering er non-inferior, imidlertid ble det observert en numerisk lavere RSV-A og B-nøytraliserende titer og numerisk lavere hemagglutinasjons hemningstiter 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.

# Fedje- følelsen



■ ARILD IVERSEN • Redaktør i Utposten

**På knappe ti kvadratkilometer, fordelt på 125 øyer, holmer og skjær, finner vi Norges vestligste kommune Fedje, med sine litt over 500 innbyggere. Kommunen er kjent for et U-båtvrak, produksjon av gin, en sjøtrafikkentral, et fyr, åpent landskap og veldig, veldig mye vestlandsvær.**



Reisen til Fedje startet hjemmefra på Askøy med en halvannen times bilkjøring til Sævrøy fergekai, langs stadig smalere veier. Overfarten med gratis elektrisk ferge fra fastlandet tok en knapp halvtime. Ironisk nok ligger Sævrøy fergekai i Austrheim kommune, som åpenbart ligger langt vest. Min nynorsk er ikke noe å skrive hjem om, men «aust» på nynorsk er «øst» på bokmål. Var det kanskje et frampeik om at ting var litt annerledes dit jeg er på vei?

Mens jeg nøt en saftig svele med brunost fra den selvbetjente fergekiosken og drakk kaffe som heller ikke var noe å skrive hjem om, kom Fedje stigende opp fra horisonten i vest. Den moderne fergen gled lydløst fram mot Fedje. Det er en elektrisk framtidsreise fjernt fra tidligere fergeturers dirrende dieseldunk.

**MEN HVORFOR VAR JEG HER?** Den historien er kort. Fedje hadde inntil for få år siden én lege som bodde på øyen. Da han gikk av med pensjon, gikk kommunen over til firedelt turnus, én uke på og tre uker av. Leger blir også syke, de slutter i jobben og de vil ha sommerferie. Jeg har derfor vært på Fedje når behovet har meldt

seg. Nå ventet en hel uke. Som øyens eneste lege, var jeg klar for vakt døgnet rundt fra mandag til mandag, alltid med radio og telefon i lommen.

I det jeg steg ut av fergesalongen, ble jeg påminnet vraket av den tyske ubåten U-864 som ble senket i 1945. Den ble oppdaget i 2003 utenfor Fedje. Kort tid etter ble det opprettet en fiskeriforbudssone på grunn av ubåtens kvikksølvlast. Kampen for heving av vraket har skapt et enormt engasjement i lokalsamfunnet.

**JEG KJØRTE AV FERGEN** og to minutter senere, etter 350 meters reise, var jeg på plass på legekantoret. Her har jeg vært før, det eneste nye er et nytt EKG-apparat. Etter en kort oppfriskning på laboratorieutstyret, ble jeg overlatt til meg selv.

Følelsen av ensomhet i havgapet kom kryptende. Selv om jeg hadde vært her før og alt av kurs og kompetanse var på plass, er det uvant for en bydoktor som aldri er mer enn en halvtime unna en gammakniv, å være mer enn en halvtime unna land. Sammen med 500 mulige pasienter. Skrekkblandet fryd er høyst beskrivende.

Legekantoret er i samme bygg som syke-



hjemmet, hvor kommunen har ti sengeplasser. Jeg humrer når jeg tenker over at det er særdeles god kapasitet her. Min hjemkommune Askøy med 30 000 innbyggere har 164 sykehjemsplasser, omtrent 450 plasser for lite etter standarden på Fedje.

Etter å ha fått overlevert nøklene og gjennomført et krasjkurs i EKG-apparatet, var neste stopp legeboligen. Avstandene er ikke lange. Ett minuttsgange unna legekantoret er en stor leilighet med fire soverom. Ensomheten og stillheten ble nå mer påtrengende. Følelsen av isolasjon understrekes av de ualminnelige brede vinduskarmene. For leiligheten er veldig godt isolert, noe som åpenbart trengs når stormen hviner rundt veggene om vinteren.

**JEG PAKKET UT** og installerte meg i boligen. Jeg hadde allerede proviantert på fastlandet, men måtte ta en kort tur nedom den lokale butikken. Fire minutters gange unna ligger «Matkroken», som sammen med naboen, Fedje Landhandleri AS, utgjør ukens shoppingmuligheter. I dette området ligger også destilleriet «Feddie» og Pernille mat og bar, den lokale restauranten.

Tidligere var Fedje en fiskerikommune, men med industrialiseringen av fisket har det gått med fiskeriet på Fedje som andre steder, det er lite igjen. Det samme gjelder befolkningen. Det er få yngre og innbyggertallet har vært fallende i lang tid. Men selv Fedje er ikke upåvirket av verdenssamfunnet og 19 flyktninger fra Ukraina gjorde at folketallet økte i 2023 og hindret at innbyggertallet gikk under 500 personer.

**ARBEIDSDAGENE VAR VARIERTE.** Jeg var tre dager på fastlegekantoret og en dag med oppgaver knyttet til sykehjemmet og helsestasjonen. Denne uken inkluderte helsestasjonsundersøkelse for en baby, noe som var spesielt i en befolkning hvor fødsler er sjeldent.

Det var ellers en rolig uke på legevakten. Men jeg fikk en unik erfaring med å bruke den lokale bære bilen, en pensjonert ambulanse, for å transportere en pasient med ferge til fastlandet. Ofte skjer det ikke noe på vakt og derfor er Fedje en av få kommuner hvor takstene 15a og 15b kan brukes. Dette gir en liten kompensasjon per døgn, utover beredskapsgodtgjørelsen i SFS2305.

Været viste seg ikke fra den beste siden denne uken. Det var sludd, regn og vind. Utrykning om natten med isende vind om beina er ikke noe bylegen er vant til. I vinternatten stilt overfor vestlandsværet vrir ansiktet seg i møte med været. Jeg gikk med en konstant følelse av at jeg kom til å miste noe i vinden, mens de isende fingrene klamret seg om lommelykten i håp om at batteriene skulle holde til jeg kom fram.

U-864

NO ER DET  
PÅ TIDE MED  
EIT SKIKKELEG  
LØFT...

Kvikksølv et må og skal opp!

Landskapet på Fedje er spesielt, det er lite skog på en vindutsatt øy og sammen med beitedyr går det værutsatte kystlandskapet i vakker harmoni med kulturlandskapet. Bebyggelsen er for det meste karakteristiske hvite hus med spisse saltak.

Uken var en påminnelse om hvor variert legeyrket kan være, og om betydningen av tilgjengelig helsehjelp i alle Norges kriker og kroker. Jeg var nylig på kurs og da ble jeg spurt hva jeg «fylte på med». I tillegg til å lese *Utposten*, er nok svaret det å være alene og samtidig sammen med alle de andre som har sine liv ytterst i havgapet. Det føles forfriskende å fylle på med Fedjefølelse.

■ [LEGE.ARILD.IVERSEN@GMAIL.COM](mailto:LEGE.ARILD.IVERSEN@GMAIL.COM)



# Seksuell helse på fastlege

■ TONE STØRSETH MOKSNES • Sykepleier og jordmor med master i sexologi

**Seksualitet og helse er to faktorer som er tett forbundet, hvor begge gjensidig kan påvirke hverandre, både positivt og negativt. Hvordan kan man finne plass til å snakke om dette viktige temaet i den travle fastlegehverdagen?**

De fleste av oss er kjent med at vi har en fysisk og psykisk helse. Men vi tenker kanskje ikke like ofte at den seksuelle helsen utgjør en kompletterende faktor for vår generelle helsetilstand?

Man kan godt si at disse er tre sider av samme sak, fordi de alle påvirker hverandre. Har man god seksuell helse, bedres også den fysiske og psykiske helsen. Et sunt og godt seksualliv er viktig for god helse – og god helse er viktig for å kunne ha et sunt og godt seksualliv. Når et menneske utsettes for traumer, sykdom eller skade, kan det påvirke den seksuelle helsen også.

Alvorlig og langvarig sykdom kan gi utfordringer for samliv og seksualitet. Mer kunnskap og åpenhet om dette, kan gjøre det lettere å finne løsninger for den enkelte.

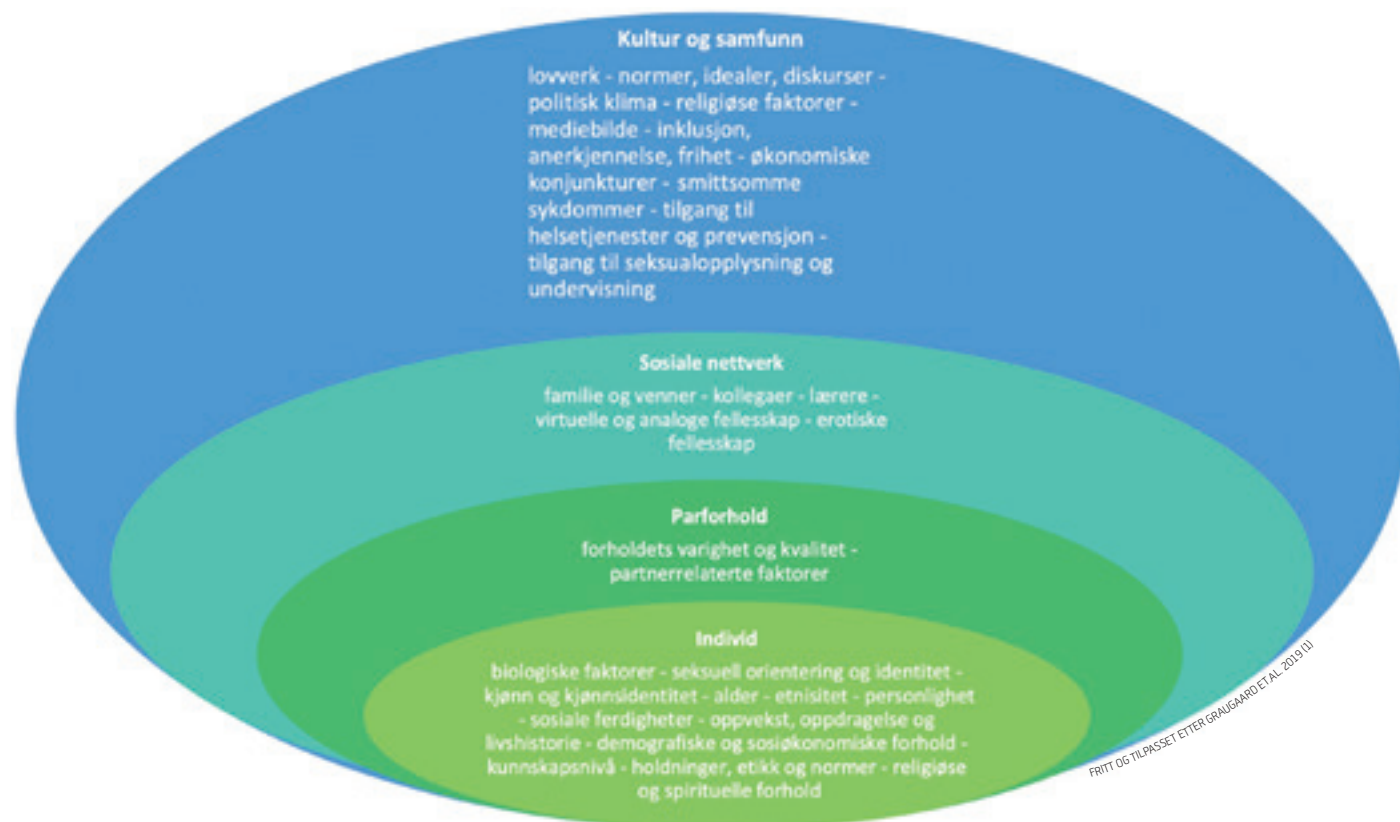
## Seksualitet

Seksualitet spiller en sentral rolle i langt de fleste menneskers opplevelse av egen helse og trivsel. Seksualitet kan ikke reduseres til en statisk egenskap ved kroppen, men er heller et resultat av en dynamisk vekselvirkning mellom biologiske, psykologiske og sosiale krefter. I dagliglivet forbindes det «seksuelle» med kjønnsorganer, lyst, kåt-

skap, onani, samleie og fertilitet, og man skiller sjelden mellom «sex» (den konkrete handlingen) og «seksualitet» (den mere diffuse samlebetegnelsen for følelser, fantasier, ulike former for atferd og identiteter) (1).

Seksualitet angår alle mennesker i alle aldre og livssituasjoner. Det utvikles gjennom hele livet og er stadig i forandring. Seksualiteten påvirkes av indre og ytre faktorer og typisk gjennom ulike overgangsfaser i livet som i puberteten, ved svangerskap, fødsel, i småbarnsfasen, overgangsalderen, i alderdommen, ved langvarig og alvorlig sykdom, ved sorg, stress og kriser. Når livet skjer, angår det seksualiteten vår.

Hvert menneskes seksualitet er unik. Mange faktorer er med på å forme individets seksuelle kunnskap, muligheter, holdninger og atferd. Figuren nedenfor illustrerer de ulike faktorene som på tvers av nivåene kan påvirke hverandre og utgjøre et menneskes seksualitet (1).



BIOLOGISKE RISIKOFAKTORER	PSYKOLOGISKE RISIKOFAKTORER	SOSIALE RISIKOFAKTORER
<ul style="list-style-type: none"> <li>● Selvrapportert dårlig helse</li> <li>● Hormonsykdom, f.eks. diabetes, stoffskifte</li> <li>● Hjerte-karsykdom, f.eks. høyt BT, arteriosklerose, blodpropp</li> <li>● Nevrologisk sykdom, f.eks. MS, ryggmargsskader, epilepsi, demens, Parkinsons sykdom</li> <li>● Kreft, herunder behandling med cytostatika, antihormoner og stråleterapi</li> <li>● Kroniske smertetilstander</li> <li>● Lungesykdom, f.eks. KOLS, astma</li> <li>● Gynekologisk sykdom, f.eks. prolapslidelser, endometriose, infeksjoner, blødningsforstyrrelser</li> <li>● Urologisk sykdom, f.eks. inkontinens, godartet forstørrelse av prostata, nyresykdom</li> <li>● Hudsykdom, f.eks. psoriasis, Lichen sclerosus</li> <li>● Revmatisk sykdom</li> <li>● Livsstilsfaktorer som overvekt, røyking, alkohol- og stoffmisbruk, fysisk inaktivitet, metabolsk syndrom</li> <li>● Søvnforstyrrelser, f.eks. søvnapne</li> <li>● Graviditet og infertilitet</li> <li>● Fysiologiske aldersforandringer, menopause</li> <li>● Kirurgiske inngrep, f.eks. ovarialkirurgi, prostatakirurgi, på genitalia og stomianleggelse</li> <li>● Legemiddelbivirkninger</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Mistrivsel og dårlig mental helse</li> <li>● Stress</li> <li>● Nedsatt selververd, skyldfølelse, skam</li> <li>● Forstyrret kroppsbilde</li> <li>● Angst og depresjon</li> <li>● Tvangslidelse</li> <li>● Spiseforstyrrelse</li> <li>● Personlighetsforstyrrelse</li> <li>● Psykose</li> <li>● Senfølger etter fysiske, psykiske eller seksuelle overgrep</li> <li>● Posttraumatisk stresslidelse (PTSD)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Ensomhet, marginalisering, diskriminering</li> <li>● Parforholdsproblemer</li> <li>● Partners sykdom eller seksuelle problemer</li> <li>● Arbeidsledighet, sosioøkonomiske belastninger</li> <li>● Kulturelle stressfaktorer</li> </ul>

God seksuell helse kan være en beskyttelsesfaktor som fremmer livskvalitet og mestringsferdigheter. Dersom man har positive holdninger og følelser knyttet til egen kropp og seksualitet, bidrar det til en tryggere seksuell identitet og sunnere handlingsmønstre. Motsatt gjør dårlig seksuell helse oss mer utsatt for mistrivsel og sykdom, det kan gi oss et negativt selvbylde og bidra til at vi tar dårligere valg for oss selv (2).

### Seksualiteten ved langvarig og alvorlig sykdom

Denne artikkelen retter fokus mot hvordan seksualiteten kan utfordres ved alvorlig og langvarig sykdom, og hvilken rolle fastlegene kan ha i den sammenheng.

De fleste kroniske sykdommer og behandlingen av dem kan påvirke seksualiteten enten direkte eller indirekte, i kortere eller lengre tid – hvilket igjen kan påvirke sykdomsmestring og livskvalitet negativt. En som har kronisk lungesykdom synes kanskje det er for krevende å gjennomføre samleie da pusten ikke strekker til. Hjertesykdom kan ha symptomer som tretthet, pustebesvær og brystmerter, og disse kan

forverres med fysisk anstrengelse – og mange frykter dermed at seksuell aktivitet blir vondt, eller i verste fall farlig. Inngrep i underliv og kjønnsorganer kan selvsagt påvirke seksualiteten direkte. Eksempelvis kan en operasjon for prostatakreft medføre nerveskader som kan påvirke evnen til å få ereksjon. Andre faktorer som kan påvirke seksualiteten er fatigue, smerter og kvalme, som indirekte kan legge en demper på den seksuelle aktiviteten. Også bivirkninger fra medisiner kan gi uønsket påvirkning av seksualiteten (3).

I tillegg kan sykdom gi psykiske reaksjoner som motløshet, angst, lav selvfølelse, endret kroppsbilde, hvor alle disse igjen kan gi utfordringer med seksualitet og samliv (1).

### Biopsykososialt perspektiv

Et godt og ofte brukt eksempel som viser en biopsykososial tilnærming, er en studie gjort i Italia på menn med type 2-diabetes, som noen ganger eller ofte hadde problemer med ereksjon. Dette medførte blant annet sykdomsrelatert stress, dårlig sykdomsaksept og mestringsevne, hvilket videre førte

til dårligere metabolsk kontroll. Disse mennene ble delt inn i to grupper hvor den ene gruppa ikke fikk oppfølging eller tiltak utover den ordinære sykdomsoppfølgingen. Mennene i den andre gruppa fikk informasjon og hjelp til ereksjonsproblemene. Dette resulterte i denne siste gruppa mindre stress, bedre sykdomsaksept og de håndterte sin diabetes på en bedre måte – og de metabolske verdiene ble klart forbedret. Dette er et godt eksempel på hvordan ivaretagelse av den seksuelle helsen gir gevinst for den totale helsetilstanden (4).

Selv om ulike sykdommer har forskjellige uttrykk og omfang, er det ofte mange likheter også. For menn er de typiske seksuelle problemene reinsningsbesvær, forstyrret utløsning og orgasme, smerter, manglende lyst, relasjonelle konflikter og ensomhet. Kvinner kan oppleve tørrhet i skjeden, manglende orgasme, smerter, manglende lyst, relasjonelle konflikter og ensomhet (1).

I tabellen ovenfor sees eksempler på ulike biologiske, psykologiske og sosiale risikofaktorer for seksuelle problemer og dysfunksjoner. Vær her oppmerksom på at flere risikofaktorer kan være til stede samtidig (1).

## Til refleksjon

- Hvordan møter jeg andre menneskers seksualitet, og de som har en annen seksuell orientering enn meg selv?
- Hva er det greit for meg å snakke om?
- Hva er vanskelig? Er det ting jeg tar for gitt?
- Er det noe jeg plasserer som «normalt» eller «unormalt»?
- Hvordan uttrykker jeg meg?
- Hvilke ord bruker jeg?
- Hvilket kroppsspråk har jeg?
- Har jeg en profesjonell holdning til temaet?

Et annet eksempel som kan beskrive den biopsykososiale tilnærmingen, er menn med revmatisk sykdom, som erfarer ereksjonsproblemer. En del menn med revmatisk sykdom behandles ofte med ulike legemidler som eksempelvis Methotrexat, hvor en kjent bivirkning er ereksjonsproblemer. I tillegg er det ikke uvanlig at man settes på flere medikamenter samtidig, kanskje NSAIDs, som faktisk også kan påvirke evne til ereksjon. Revmatisk sykdom gir som kjent økt risiko for hjerte-karsykdom, som igjen gir økt risiko for seksuelle problemer.

I tillegg spiller kanskje aldersfaktoren inn, med økende alder synker testosteronproduksjonen og dermed påvirkes evnen til ereksjon. Smarter og nedsatt bevegelse er velkjente symptomer ved revmatisk sykdom, og dette kan for noen virke begrensende på sexlyst. I tillegg kan faktorer som fatigue, lavt selvbilde og lite sosialt overskudd, både selvstendig og hver for seg, være årsaker til et seksuelt problem. Hvis dette problemet vedvarer og ikke blir håndtert, kan det virke stressende og negativt både for mannen selv og i relasjonen han eventuelt er i. Men så må man også utforske om problemet eventuelt var til stede også før sykdom og behandling ble initiert. Kanskje var det noen problemer i ekteskapet fra tidligere som ble forsterket under sykdomsforløpet. Noen ganger kan sykdommen kanskje være et hendig alibi for parforholdsproblemer? Her kan sikkert også mye annet nevnes.

Hovedbudskapet er at det ikke nødvendigvis er seponering av Methotrexat som er løsningen – men det kan også være det. Dette eksemplet kan overføres til mange lignende sykdommer og tilstander.

## Bivirkninger av legemidler

Det er viktig at pasienten informeres om aktuelt legemiddels eventuelle seksuelle bivirkninger. Dersom medisinen oppleves å påvirke seksualfunksjonen negativt, risikerer man at pasienten ikke etterlever anbefalt behandling, som videre påvirker sykdomskontrollen negativt. Dersom pasienten opplever uønsket påvirkning av seksualfunksjonen av et legemiddel, bør derfor dette vurderes erstattet av et annet medikament. (5).

Seksuelle bivirkninger er særlig fremtredende for visse typer psykofarmaka, især SSRI-preparater. Blodtrykksmedisiner har ofte bivirkninger i form av reisingproblemer og nedsatt lyst. Behandling med kjønnshormoner kan hemme eller fremme sexlyst hos både menn og kvinner. Antiepileptika kan redusere testosteronnivået og medføre reisingproblemer og nedsatt lyst. Steroider kan medføre ereksjonsproblemer, samleiesmerter og blødninger. NSAIDs kan hemme reisingsevnen. Cytostatika kan nedsette hudens sensibilitet. Dopaminerge legemidler kan medføre økt, og noen ganger problematisk sexlyst (3).

## Holdninger, profesjonalitet og trygghet

I pasientmøter kan det oppstå situasjoner hvor man blir konfrontert med egne følelser og erfaringer rundt seksualitet. Dette fordrer en bevisst holdning til det som er eget og innta en fordomsfri og imøtekommende kommunikasjon i pasientkontakten (3).

Trygghet skapes i takt med at man tilegner seg kunnskap om hvordan seksualitet

og seksuell helse kan påvirkes ved kronisk sykdom og hvilken betydning det har for mestring og livskvalitet. Det fordrer også at man inkluderer den seksuelle helsen i forståelsen av det helhetlige helseperspektivet.

## Hvordan tilnærme seg temaet?

Det finnes selvsagt mange modeller for hvordan temaet kan tas opp. Men hvorfor gjøre det så vanskelig? Ved å samtale om seksualitet på samme, alminnelige måte som andre temaer du tar opp med pasienten, unngår du at det føles ubehagelig, både for deg og for pasienten. Det viktigste er at det er du som helsepersonell som tar initiativet og åpner opp for samtalen. Den «hverdagssexologiske samtalen» bør handle om hvordan aktuell sykdom, og behandlingen av den, kan påvirke pasienten i det biopsykososiale perspektivet. Det er som regel du som fagperson som bør ta initiativ til samtalen om sex. På den måten signaliserer du at det er i orden å snakke med deg om dette og det viser også at du tar temaet alvorlig. Still åpne spørsmål og vær nysgjerrig og konstruktiv. Fokuser på muligheter fremfor begrensninger. Tilpass informasjon og tiltak ut fra pasientens ønsker og behov, og bruk et språk som pasienten forstår (3).

Noen pasienter kan oppleve at spørsmålet om seksuell helse kommer litt brått på. Men da har du allerede invitert og signalisert at dette kan pasienten snakke med deg om, når som helst. Kan hende trenger de bare litt tid og kommer tilbake til temaet senere. Av og til er det ikke alltid åpenbart for pasienten at

## Ti gode råd for å snakke om seksualitet

- 1 Inviter til dialog om seksualitet og intimitet. Ta aldri for gitt at pasienten er likegyldig i forhold til sex og fysisk intimitet
- 2 Vær åpen, nysgjerrig og konstruktiv. Se på muligheter fremfor begrensninger
- 3 Vær direkte og konkret, ikke pakk tingene unødvendig inn. Spør hvis du er i tvil om pasienten forstår hva du mener
- 4 Avdekk pasientens ønsker. Snakk åpent om barrierer for privatliv og intimitet
- 5 Vær generaliserende og bruk formuleringer som: «Jeg vet fra andre pasienter med din sykdom at kjærtegn og fysisk nærhet er viktig, men vanskelig. Er det noe du har lyst til å snakke om?»
- 6 Unngå å overfokusere på det genitale. Gå fra mindre følsomme emner (f.eks. kjærtegn og nærhet) til mer sensitive emner (f.eks. samleie)
- 7 Unngå moralisering, bedrevitenhet og normativitet. Ikke ta noe for gitt, som for eksempel ved å anta noe om pasientens legning eller erotiske interesser
- 8 Gi plass til å la pasienten fortelle. Foreslå at partner også kan inviteres til samtalen
- 9 Respekter pasientens grenser og språk. Gjør oppmerksom på at dere alltid kan komme tilbake til emnet hvis pasienten ikke ønsker å diskutere det akkurat da
- 10 Respekter egne grenser og begrensninger. Bruk dine kolleger og ha kjennskap til relevante henvisningssteder



«Hør her, det er ikke uvanlig, at sykdom og behandling påvirker det intime livet, og det er noe jeg kan hjelpe deg med»

«Vi vet at det er mange som har opplevd at sykdommen kan by på noen ekstra utfordringer i forhold til seksuallivet. Er dette noe du har lyst til å snakke om?»

«Mange i din situasjon forteller at utmattelse også har store innvirkninger på intimiteten og seksuallivet. Er det noe du kan kjenne på?»

«Mange som har leddgikt har ofte bekymringer relatert til sin seksualitet. Er dette noe du har tenkt på?»

den seksuelle helsen kan påvirkes av sykdom og behandling, eller de har ikke reflektert over hvordan alt henger sammen.

### Fastlegens unike posisjon

Som fastlege har du bred kunnskap om de fleste sykdommer, sykdomsbilder, sykdomsbyrder, symptomer, behandling med virkninger og bivirkninger. Du kjenner pasienten i et langsiktig perspektiv. Pasientene har stor tillit til deg og er trygge på deg. Dermed er du i en unik posisjon til å bidra til at seksualitet blir et alminnelig tema i din kliniske hverdag.

Forskning viser, og det er også min erfaring, at pasienter ønsker å bli spurt om seksuell helse (1). De fleste pasienter blir lettet og glade over endelig å få spørsmålet. Mange helsepersonell er redde for å krenke og gå over pasientens grenser. I den forbindelse er konteksten viktig, hvorfor spør du om seksuell helse? Jo, fordi god seksuell helse kan bidra til økt trivsel og mestring og generelt bidra til at livet og hverdagen blir bedre.

Vi er ikke interesserte i hvordan de praktiserer sin sex – vi er interesserte i å bidra til at helsa deres ikke er til hinder for nettopp å kunne leve ut og oppleve et godt seksualliv på tross av helseutfordringer.

Med kunnskap og interesse, profesjonalitet og riktig kontekst, kan det legges til rette for at pasienten får anledning til å praktisere og nyte sin seksualitet, til tross for sin sykdom og behandling for den. Da trenger pasientene riktig utredning og behandling, tilpasset informasjon, råd, tiltak og veiledning rundt dette.

### REFERANSER

1. Graugaard C, Giraldi A, Møhl B. Sexologi: faglige perspektiver på seksualitet. København: Munksgaard; 2019.
2. Helse og omsorgsdepartementet. Snakk om det! Strategi for seksuell helse 2017–2022. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet; 2016. Pdf tilgjengelig fra [https://www.regjeringen.no/contentassets/284e09615fd04338a817e1160f4b10a7/strategi\\_seksuell\\_helse.pdf](https://www.regjeringen.no/contentassets/284e09615fd04338a817e1160f4b10a7/strategi_seksuell_helse.pdf).
3. Bjørnnes AK, Gjevjon ER, Grov EK, Holter IM. Sykepleieboken 1 Sykepleiens fundament. 6. utgave Oslo: Cappelen Dam Akademisk 2022.
4. De Berardis G, Franciosi M, Belfiglio M et al. Erectile dysfunction and quality of life in type 2 diabetic patients: A serious problem too often overlooked. Diabetes Care 2002; 25: 284-91.
5. Graugaard C, Møhl B, Hertoft P. Krop, sykdom & seksualitet. Hans Reitzels forlag: 2006.

### ANBEFALTE KILDER TIL ØVRIG INSPIRASJON:

- E-metodebok for seksuell helse; <https://emetodebok.no/kapittel/seksualitet-seksuelle-dysfunksjoner-og-sexologi/>
- NAV-ordningen om seksualtekniske hjelpemidler; <https://www.nav.no/seksualtekniskehjelpemidler>

■ TONE@HVERDAGSSEXOLOGEN.NO

# Norgespakken

Det heter seg at hver gang en lege blir innlagt på sykehus, særlig hvis det er en litt eldre lege, så blir det en bok av det: «Alle må lese om hva som hendte meg».

Det stemmer ikke. Noen ganger blir det dikt.

Forleden, litt etter skjema for et foredrag på Nidaroskongressen, ble det sykkelvelt som ga brudd i hofteskåla – på venstre side. Heldigvis nå som ansatt i NAV.

Det minnet om en tilsvarende sykkel-episode i 2013, som endte med lårhals-

brudd – på høyre side. Den gangen var jeg næringsdrivende fastlege. Slik jeg leser dette har dette kommet ut som en slags hyllest til velferdsstaten.

## Norgespakken

Tryna på sykkel, sett noe slikt  
Tankekjør trigga og da blir det dikt!  
Farten var stor, for jeg er ikke skvetten  
Sist jeg velta var i To Tusen Tretten

Det er ikke så ille å brette sin hofte  
Bare man ikke gjør det for ofte  
Og her er det oftest skjebnen som rår  
For meg sa skjebnen: hvert tiende år

Forrige brudd gav meg kaos og kav  
Bedre med brudd når man er ansatt i NAV  
Velferdsstat stiller med sykehussenger  
Og sannelig også med sykepenger

Når uhell er ute, jakt de positive sidene  
Inkludert helsereisen til Opioidene  
Dernest, i denne velferdsgodteposen  
Opptreningsdager, i sjøluft, på Fosen!

Faen ta grusen, jeg kjenner på nag  
Men også at Staten er på de uheldiges lag  
Norgespakken gir oss rettighetsjuss:  
Så selv om helse gikk tapt går dette i pluss

Test bestått, og da blir neste lekse:  
Opp å stå for det mer komplekse  
Da gjenstår å bøye seg ydmykt i hatten  
I år var det jeg som fikk igjen på skatten

PS: Jeg synes selv at dette diktet ble bra  
Skulle nesten tro jeg går på Lyrice.

Harald Sundby

■ HAR-SU3@ONLINE.NO

Harald Sundby er tidligere næringsdrivende fastlege ved Kalvskinnet legesenter, men jobber nå som rådgivende lege i NAV. Diktet over er skrevet fra sykesengen på St. Olavs hospital, mens han lå der og trakk sykepengene.



ILLUSTRASJON ØVERST: ASLAK SUNDBY AUKAN

# Er du i risikogruppen for lav pensjon?

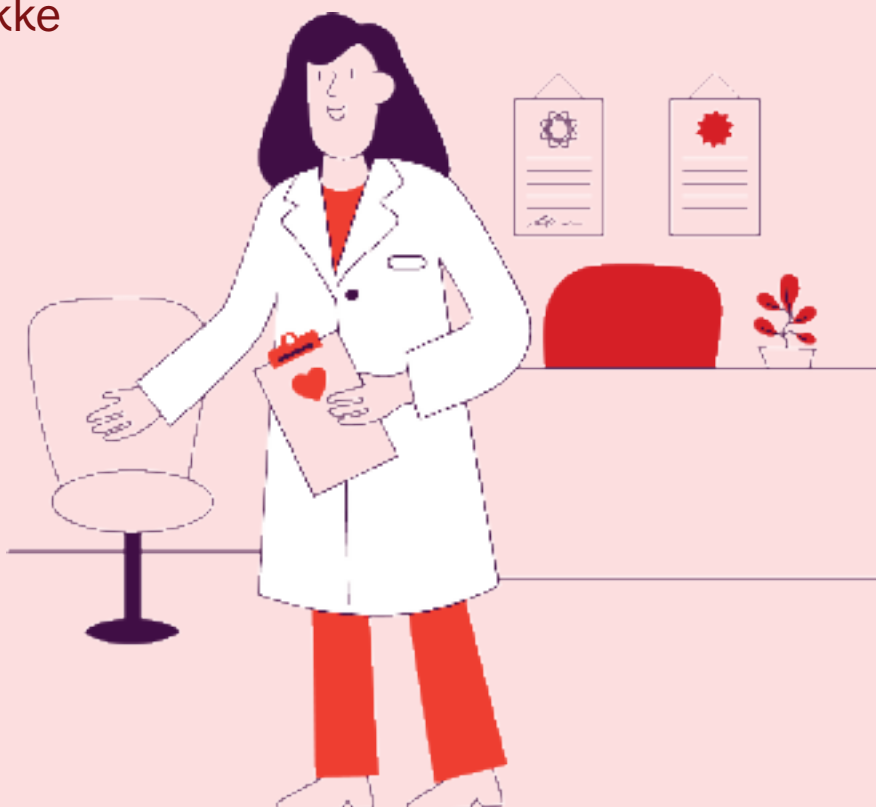
**Tilstand:** Manglende pensjonssparing.

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

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

**Forebyggende behandling:** Legeforetakenes pensjons-ordning i Storebrand. Behandlingen lar deg spare inntil 7 % av inntekt opptil 12G - og få skattefordel på pengene.

Dette er også den eneste behandlingen som ikke gir avkortning i pensjoner fra SOP.



Les mer og bestill behandling



Tilbud om ultralyd i uke 11–14 til alle gravide:

# Gir økt behov for samhand primær- og spesialisthels

■ KJELL ÅSMUND BLIX SALVESEN • Professor, NTNU og St. Olavs hospital

Stortinget vedtok i mai 2020 at alle gravide skal få tilbud om fosterdiagnostisk ultralyd i uke 11–14. Kvinner over 35 år skal tilbys noninvasiv prenatal test (NIPT) i det offentlige, mens kvinner under 35 år skal gis mulighet til å kjøpe seg NIPT hos godkjente private helseaktører. I løpet av våren 2023 ble tilbudene innført i hele Norge. Det er foreslått å innføre screening for preeklampsi-risiko i Norge. Dette gir økt behov for samhandling mellom primær- og spesialisthelsetjenesten.

Fosterdiagnostisk ultralyd i uke 11–14 (populært kalt «tidlig ultralyd» eller «ultralyd uke 12») er regulert av Bioteknologiloven – i motsetning til rutinemessig ultralyd ved 18 uker. Dette kan virke uforståelig fordi innholdet av undersøkelsene er det

samme; man undersøker antall fostre, bestemmer svangerskapslengde og gjør en grundig undersøkelse av fosterets anatomi. Helsetjenesten må imidlertid forholde seg til Stortingets vedtak og Bioteknologilovens ordlyd. Det betyr at kvinner må gi

skriftlig informert samtykke til undersøkelse i uke 12, men ikke i uke 18.

Fastleger og jordmødre henviser gravide som ber om ultralyd i uke 12. Spesialisthelsetjenesten forutsetter at kvinnen er informert om hensikten med og innholdet av en



ILLUSTRASJONSFOTO: COLOURBOX



# ling mellom etjenesten

slik undersøkelse. For å sikre at kvinnen er informert, blir det sendt ut informasjon sammen med innkalling til time. Det er imidlertid en erfaring at informasjonen ofte har vært mangelfull og at kvinnene ikke forstår hensikten med samtykkeskjemaet. Her er det rom for bedre samhandling.

## Hva bør kvinner vite før ultralyd i uke 12?

Ved undersøkelsen ser man om fosteret lever, om det er tvillinger og det bestemmes svangerskapslengde ut fra ultralydmålinger (CRL – fosterets lengde, BPD – hodemål). Å bestemme svangerskapslengde er ikke det samme som å beregne forventet termin. For tiden er det uenighet i norsk fagmiljø om når man skal sette termin og hvilken metode man skal bruke. Norsk gynekologisk forening oppdaterer nå sin *Veileder i fødselshjelp*. I 2024 vil det trolig bli anbefalt at termin fastsettes ved ultralyd i uke 12 (ikke i uke 18).

Kvinnen må informeres om at ultralydundersøkelsen kan gi mistanke om utviklingsavvik eller andre funn. Det kan sette henne i en vanskelig livssituasjon dersom det er usikkerhet om funn, prognose, videre utredning og ved spørsmål om svangerskapsavbrudd.

Ved ultralyd i uke 18 vil man kunne oppdage 50 prosent av alle alvorlige utviklingsavvik. En engelsk studie har vist at ultralyd i uke 11–14 kan oppdage 25 prosent av utviklingsavvik (1). Det betyr at halvparten av alle alvorlige utviklingsavvik kan oppdages i uke 12. Det må betegnes som en positiv effekt av innføring av ultralyd i uke 12. Kvinner ønsker tidligst mulig beskjed ved funn av alvorlige tilstander hos fosteret.

Etter dagens abortlov må kvinner møte i nemnd ved alle aborter etter utgangen av 12. uke. Før jul kom abortutvalgets utredning *NOU 2023: 29 Abort i Norge – Ny lov og bedre tjenester*. Det vil bli en bred politisk



NIPT er en blodprøve fra mor som brukes til å analysere arvestoff (DNA) fra fosteret.

ILLUSTRASJONSFOTO: COLOURBOX

debatt før det skal behandles i Stortinget. Mange politiske partier har signalert at de vil endre norsk abortlov og fjerne nemndbehandling fram til 18 uker. Innføring av ultralyd i uke 12, og en eventuell endring av grensen for selvbestemmelse i abortloven, vil føre til at svært få kvinner må møte i abortnemnd.

Ved henvisning til ultralyd er opplysning om svangerskapslengde helt nødvendig. Det er vanlig å sette opp time i uke 12–13 ut fra dato for siste menstruasjon. Andre opplysninger om helsetilstand og bakgrunn kan være nyttige, men er ikke strengt nødvendige. Det er ikke nødvendig med ny henvisning til rutineultralyd i uke 18. Denne timen settes opp av sykehuset.

Noen kvinner ønsker ultralyd «så tidlig som mulig». Det er sjelden medisinsk indisert. Kvinnen må tas tilbake i uke 12–13 uansett, og det blir unødvendig dobbeltarbeid.

Mange kvinner ønsker å vite fosterets kjønn så tidlig som mulig. Vi opplyser ikke om fosterets kjønn ved ultralyd uke 12. Fosterets kjønn kan ikke anslås med sikkerhet før ca. 14 uker.

## Noninvasiv prenatal test (NIPT)

NIPT er en blodprøve fra mor som brukes til å analysere arvestoff (DNA) fra fosteret. For å tolke prøvesvaret må man vite svangerskapsalder, om fosteret lever og om det

	ALDER OVER 35 ÅR	ALDER UNDER 25 ÅR
Trisomi 21	97%	73%
Trisomi 18	88%	51%
Trisomi 13	67%	28%

TABELL 1. Positiv prediktiv verdi for trisomi ved NIPT hos kvinner over og under 35 år (2).

er flerligner, og den tas derfor i forbindelse med ultralydundersøkelse. Testen er ufarlig og kan avdekke økt sannsynlighet for at fosteret har trisomi 13, 18 og 21. Blodprøven sendes på spesialrør til en medisinsk-genetisk avdeling. Svartid er 10–14 dager, men kan være kortere.

Gravide som er 35 år eller eldre ved termin, eller gravide som har annen indikasjon for fosterdiagnostikk, får tilbud om NIPT i den offentlige helsetjenesten. Gravide under 35 år som ønsker NIPT, kan få utført testen hos private aktører og betaler denne selv. Prisen varierer, men er ca. 10 000 kroner i 2023. Regjeringen har sendt ut et høringsutkast, som åpner for at kvinner under 35 år kan ta blodprøven i det offentlige mot egenbetaling i forbindelse med ultralyd i uke 12. Ordningen planlegges innført fra 1. juli 2024. Det er sannsynlig at prisen vil være noe lavere ved offentlige sykehus, men dette gjenstår å se.

### Informasjon om NIPT

Testen er svært god, med høy sensitivitet (> 99 prosent) og spesifisitet (> 99,9 prosent) for trisomier. Det er noen feilkilder.

Noen ganger kan ikke prøven besvares (lav føtal fraksjon av DNA). Da anbefales ny blodprøve. Hvis denne heller ikke gir svar, anbefales morkakeprøve eller fostervannsprøve.

Falske positive prøvesvar kan forekomme. Alle positive prøver må derfor bekrefte med en invasiv prøve. Risiko for abort etter fostervannsprøve og morkakeprøve er lik og angis til ca. 0,5 prosent.

Fostervannsprøve (kan tas fra uke 16) anbefales framfor morkakeprøve (kan tas fra uke 11). De fleste kvinner synes det er lenge å vente på en bekreftende fostervannsprøve når NIPT er tatt i første trimester. Problemet er at morkakeprøver undersøker DNA fra placenta, mens fostervannsprøver undersøker DNA fra fosterets celler. Hvis det foreligger placentamosaikk, kan fosteret være friskt selv om morkaken har trisomi (i noen celler). Problemstillingen kan delvis avklares, fordi de fleste fostre med trisomi 13 og 18 har utviklingsavvik som er synlige ved ultralyd i uke 12. Det gjelder ikke for trisomi 21. Bare halvparten av alle fostre

med trisomi 21 har ultralydfunn. Vanlig praksis er at man bekrefter NIPT med morkakeprøve dersom fosteret har ultralydfunn og med fostervannsprøve dersom det ikke er ultralydfunn.

Positiv prediktiv verdi av NIPT varierer med kvinnens alder og type trisomi. Kvinner over 35 år med positiv NIPT for trisomi 21 har høy sannsynlighet for trisomi. Unge kvinner med positiv NIPT for trisomi 13 (og 18) har lav sannsynlighet for trisomi (TABELL 1).

### 'Synes du jeg skal betale for privat NIPT, doktor?'

Spørsmålet er ikke uvanlig. Bioteknologiloven har gitt kvinner under 35 år en rettighet, men om prøvetaking er fornuftig er et annet spørsmål. Faktaopplysninger kan hjelpe kvinner til å ta begrunnede valg.

Normal ultralyd i uke 12 reduserer aldersrisiko for trisomi 21 med 50 prosent. Trisomi 13 og 18 vil oppdages hos over 90 prosent i uke 12 (TABELL 2).

En kvinne på 30 år med normal ultralyd har risiko 1:1250 for trisomi 21 (normal ultralyd reduserer aldersrisiko med 50 prosent). Positiv prediktiv verdi for trisomi 21 er 73 prosent. Spørsmålet hun må stille seg, er om hun vil bruke 10 000 kroner på privat NIPT. Sannsynligheten for trisomi 21 er < 0,1 prosent og en av fire blodprøvesvar vil være falsk positiv. Risiko for trisomi 13 og 18 er tilnærmet null ved normal ultralyd.

### Screening for preeklampsi i uke 12

Det er foreslått å innføre screening for preeklampsi i uke 12 i Norge (3). I dag vurderes risiko for preeklampsi ved første konsultasjon hos fastlege på bakgrunn av risikofaktorer som alder, kroppsmasseindeks, kroniske sykdommer og tidligere svangerskapskomplikasjoner. Den prediktive nøyaktighet av dagens metode er ikke optimal. Dagens metode har deteksjonsrate på 39 prosent for tidlig innsettende og alvorlig preeklampsi som forløses før 37

svangerskapsuker (preterm preeklampsi), med en falsk positiv rate på ti prosent (3).

Forebygging av preterm preeklampsi hos gravide innebærer oppstart med daglig lavdose acetylsyre (aspirin) før 16. svangerskapsuke. Veileder i fødselshjelp fra 2020 anbefaler aspirin fra uke 12 til fødsel. Oppstart etter uke 16 er ikke anbefalt fordi dette ikke har vist forebyggende effekt (4).

### Hva er den nye screeningmetoden?

I en fritt tilgjengelig screeningalgoritme (5) settes risikofaktorene sammen i stedet for å vurderes enkeltvis. Metoden gir en mer persontilpasset tilnærming. I algoritmen inngår maternelle faktorer, gjennomsnittsblostrykk, måling av et angiogenetisk protein i den gravidens blod (PIGF: placenta growth factor) og ultralydmåling av blodstrømmen i livmorarteriene (gjennomsnittlig uterinarterie pulsatilletsindeks). Algoritmen kan benyttes selv om man mangler noen enkeltverdier. Algoritmen gir en risikoskår. Hvis risiko for utvikling av preterm preeklampsi beregnes til over 1:100, anbefales aspirin.

Den prediktive evnen til algoritmen er validert i flere store studier. Deteksjonsratene for preterm preeklampsi og preeklampsi ved termin er henholdsvis 75 prosent og 43 prosent med en falsk positiv rate på ti prosent (6). En systematisk oversikt og metaanalyse fra 2018 med data fra 16 studier og til sammen 18 907 deltakere har vist at forebyggende behandling med aspirin gitt før 16 svangerskapsuker reduserte risikoen for preterm preeklampsi (relativ risiko (RR) 0,62; 95 prosent KI 0,45–0,87) (7).

Folkehelseinstituttet (FHI) har gjort en fullstendig metodevurdering inklusive en helseøkonomisk analyse med data fra medisinsk fødselsregister. I Norge i 2020 var forekomsten av preeklampsi 2,6 prosent, og hos 411 kvinner (0,9 prosent) var tilstanden så alvorlig at de ble forløst før 37 uker (6).

FHI har estimert den direkte kostnaden ved å introdusere et screeningprogram med algoritme til rundt 1175 norske kro-

TABELL 2. Aldersrisiko (bakgrunnsrisiko) for trisomi i uke 12.

MORS ALDER	BAKGR. RISIKO TRISOMI 21 SV. UKE 12	BAKGR. RISIKO TRISOMI 17 SV. UKE 12	BAKGR. RISIKO TRISOMI 12 SV. UKE 12
25	1:946	1:2200	1:6930
30	1:626	1:1456	1:4585
33	1:383	1:891	1:2806
35	1:249	1:580	1:1826
38	1:117	1:272	1:858
40	1:68	1:157	1:495



ILLUSTRASJONSFOTO: COLOURBOX

ner per screening. Med antagelse om at rundt 53 000 gravide screenes, viste FHI analyse at det kan unngås 173 flere tilfeller av preterm preeklampsi årlig sammenlignet med dagens praksis. Dette resulterer i en besparelse for helsetjenesten på omtrent 17 millioner norske kroner per år (6).

FHI rapporten ble oversendt til Beslutningsforum, som bestemmer om nye metoder skal innføres i spesialisthelsetjenesten. Beslutningsforum har i mars 2023 bedt St. Olavs hospital om å gjøre en studie med fokus på de ressursmessige og organisatoriske forhold.

### Veien videre

Studien er i gang ved St. Olavs hospital. Gravide som kommer til ultralyd uke 12, blir invitert til å delta i studien. Det er planlagt å inkludere ca. 3000 kvinner i løpet av ett år. Ca. ti prosent vil få høy risiko ut fra screeningalgoritmen og blir invitert inn i en randomisert kontrollert studie med problemstilling om aspirin må brukes helt fram til fødsel. Resultatene fra screeningstudien skal forelegges Beslutningsforum som deretter vil bestemme om screening for preeklampsi skal innføres i Norge. Det vil ta et til to år før Beslutningsforum kan fatte vedtak i saken.

Innføring av et slikt screeningprogram vil ha organisatoriske konsekvenser, men den mest krevende organisasjonsendringen er allerede gjennomført fordi alle gravide får tilbud om ultralyd i uke 12. Opplæring av helsepersonell og etablering av blodprøveanalyser vil kunne gjennomføres rimelig raskt. Blodprøven kan tas på sykehuset, men også sammen med andre rutinemessige blodprøver ved første svangerskapskontroll i primærhelsetjenesten. Det er imidlertid viktig at blodprøven tas etter 11 uker og før ultralyd i uke 12–13. Det vil kreve god logistikk og godt samarbeid. Forhåpentligvis vil den foreslåtte screeningen kunne øke samhandlingen mellom spesialisthelsetjenesten og primærhelsetjenesten – til beste for gravide kvinner.

Innføring av screeningprogrammet kan redusere alvorlig sykdom og død. Om et slikt program også kan bidra til å redusere antall svangerskapskontroller i norsk helsetjeneste, er et vanskeligere spørsmål. Årlig utføres ca. 600 000 svangerskapskontroller i Norge. Dagens retningslinje for svangerskapsomsorgen anbefaler at «gravide med et normalt svangerskap bør få et tilbud om et basisprogram med ni konsultasjoner inkludert fosterdiagnostikk» (8). Kampanjen «gjør kloke valg» anbefaler reduksjon av unødvendige helsekontroller,

og muligens kan en mer persontilpasset svangerskapsomsorg i henhold til preeklampsirisiko bidra til nettopp dette.

### REFERANSER

1. Syngelaki A, Hammami A, Bower S, Zidere V, Akolekar R, Nicolaides KH. Diagnosis of fetal non-chromosomal abnormalities on routine ultrasound examination at 11–13 weeks' gestation. *Ultrasound Obstet Gynecol.* 2019; 54: 468–76.
2. Gil MM, Accurti V, Santacruz B, Plana MN, Nicolaides KH. Analysis of cell-free DNA in maternal blood in screening for aneuploides: updated meta-analysis. *Ultrasound Obstet Gynecol.* 2017; 50: 302–14.
3. Salvesen KÅB, Staff AC. Ny og nyttig screening for preeklampsirisiko. *Tidsskr Nor Laegeforen* 2023 Mar 8; 142(13). Doi: 10.4045/tidsskr.22.0784. PMID 36919300.
4. Staff A. Hypertensive svangerskapskomplikasjoner og eklampsi. Norsk gynekologisk forening. Veileder i fødselshjelp 2020.
5. The Fetal Medicine Foundation (FMF). Risk assessment. Risk for preeclampsia. The Fetal Medicine Foundation.
6. Sverre JM, Smedslund G, Stoinska-Schneider AK, Kucuk B, Castaneda MG, Refsdal TI, Brurberg KG. Første trimester-screening for utvikling av preeklampsi med bruk av algoritme: En fullstendig metodevurdering. Rapport 2022. Oslo: Folkehelseinstituttet, 2022.
7. Roberge S, Bujold E, Nicolaides KH. Aspirin for the prevention of preterm and term preeclampsia: systematic review and metaanalysis. *Am J Obstet Gynecol* 2018; 218(3): 287–93.e1.
8. Svangerskapsomsorgen – Helsedirektoratet IS-nummer: IS-2735. ISBN: 978-82-8081-526-2.

■ PEPE.SALVESEN@NTNU.NO

# Pasientstyrt oppfølging ved revmatisk sykdom

■ MARI HOFF

Avdelingssjef revmatologisk avdeling, St Olavs hospital, Professor i revmatologi, NTNU

**Pasientstyrt oppfølging ved revmatisk sykdom (PORS) betyr at pasienter med artritt som er i remisjon på medikamentell behandling, ikke settes opp på faste kontroller hos revmatolog, men følges av fastlege og får vurdering hos revmatolog når de har behov for det. I denne artikkelen beskrives bakgrunnen for at vi måtte endre oppfølgingen av pasienter med artritt, hvordan PORS fungerer og hvilke erfaringer vi har etter ti år.**

Ved revmatologisk avdeling, St. Olavs hospital har vi hatt PORS siden 2013. Bakgrunnen for at vi måtte endre systemet for oppfølging av pasienter med kronisk artritt, var at vi ikke klarte å opprettholde kritisk dato for kontroller, samt at vi også hadde vansker med å vurdere nyhenviste pasienter innen pålagt frist.

Etter år 2000 har det vært en dramatisk bedring av behandlingstilbudet for pasienter med artritt. Innføring av biologisk spesifikk sykdomsmodifiserende behandling, såkalt biologiske DMARDs, har medført at mange pasienter med artritt er i klinisk remisjon. Bedre behandling samt mulighet til å behandle flere tilstander, har også medført betydelig økning i henviste pasienter. I tillegg fikk vi kunnskap som innebar at vi også kunne behandle pasienter med andre sjeldne mere alvorlige immunologiske tilstander.

Vi måtte derfor tenke nytt, og studier fra Storbritannia med såkalt «Patient initiated follow-up» var positive og viste at når pasientene selv bestemte kontrollhyppighet, medførte dette færre kontroller i tillegg til at både pasienttilfredshet, livskvalitet og sykdomsutfall var like bra som ved faste kontroller (1, 2).

Det har også kommet lovfestede pasientrettigheter som medfører større pasientmedvirkning og ansvar for egen sykdom i form av egenbehandling og ansvar for oppfølging

På bakgrunn av dette ble PORS først etablert som et ettårig prosjekt i 2013 og etter det implementert i avdelingen fra 2014. Prosjektgruppen besto av revmatologer, sykepleiere, fastleger, klinikkledelse og merkan-tilt ansatte.

Målet med PORS var følgende: 1) utvalgte pasienter får større innflytelse på oppfølging av sin revmatiske sykdom, og 2) riktige ressurser blir brukt til riktig tid.

Før oppstart var det flere viktige spørsmål som måtte avklares: Hvem kunne inkluderes i PORS-forløp? Hvilke yrkesgrupper kunne inkludere? Hvordan skulle informasjon gis? Hvordan skulle pasientene kontakte avdelingen? Og ikke minst, hvordan skulle de følges opp av fastlegen?

Vi måtte endre rutiner på poliklinikken, slik at alle pasientene ble klassifisert i henhold til sykdom og alvorlighetsgrad. Pasienter med alle typer artritt som var i remisjon eller hadde lav sykdomsaktivitet, kunne overføres til PORS. De første årene var det pasienter i remisjon som brukte Methotrexate eller lignende medisin (cDMARDs) som ble inkludert. Etter hvert ble også pasienter på biologiske DMARDs som for eksempel anti-TNF terapi inkludert i PORS.

Jobbglidning ble innført, slik at også sykepleiere kunne velge ut pasienter til PORS-systemet etter strukturert opplæring med inklusjonskriterier. Dette har medført at sykepleiere på poliklinikken har blitt mer aktive i pasientoppfølging.

For at pasienter skal komme lett i kontakt med avdelingen på telefon er det opprettet Callback. Pasienten ringer til avdelingen og blir kontaktet tilbake av sykepleier etter maksimum tre dager om de har spørsmål om sykdommen eller de har økt sykdomsaktivitet, og etter fem dager om de trenger H-resept. Ved fornyelse av H-resept utfører sykepleier en strukturert samtale angående effekt, bivirkninger og infeksjoner, samt kontrollerer at de tar anbefalte blodprøver. De som trenger vurdering hos revmatolog får tilbud om time innen maksimum fire uker, tidligere ved behov.

Det er utarbeidet skriftlig informasjon som pasienten får ved inklusjon og i tillegg finnes informasjon på vår nettside til både pasienter og fastleger.

Pasientens hovedoppfølging er overtatt av fastlegen. Vi anbefaler at pasienten tar blodprøver hver tredje måned for å kontrollere at de ikke får bivirkninger av den anti-revmatiske medisinen. Fastlege fornyer alle resepter unntatt H-resepter og tar ansvar for alle sykdommer som ikke er revmatiske. Vi anbefaler at pasientene bestiller time til fastlege en gang per år for en klinisk vurdering.

Det er viktig å understreke at PORS er et dynamisk system. Om pasientene får sykdomsoppbluss og må endre medikamentell behandling, tilbakeføres de til regelmessige kontroller. Når de igjen kommer i remisjon føres de tilbake til PORS. Dette er også noe de aller fleste pasienter ønsker.

## Hvordan går det?

Nå har vi ti års erfaring med PORS og har fått luket bort noen utfordringer fra oppstarten. Ved etablering beregnet vi at 500–700 pasienter kunne inkluderes, nå har vi snart 2000.

Dessverre ble det ikke utført en randomisert studie ved oppstart, så vi har ingen sammenlignende studie å fremlegge. Det er også uklart hva vi skal vurdere. Vi kan se på kontakter med avdelingen eller eventuelt på sykdomsaktivitet. Utfordringen er at det er de friskeste pasientene som blir fulgt som PORS, og ved sykdomsoppbluss eller endring av medikamenter blir de fulgt i faste kontroller til de er i remisjon.

Vi har imidlertid data på pasienttilfredshet som er svært gode (3). På en skala fra 1–5 oppga 312 pasienter som hadde vært fulgt i PORS minimum et år, at de klarte å ta ansvar for blodprøvetaking (skåre 4,3), følte seg trygge på medisinene de tok (4,3), fikk kontakt med revmatologisk avdeling når de hadde behov (4,3) og at de ville anbefale PORS til andre (4,2). Vi har planer om å gjenta denne undersøkelsen i 2024 og vi vil også se på hvor hyppig PORS-pasientene tar kontakt med avdelingen. Mange av våre pasienter har lang reisevei, og spesielt disse synes det er fint å komme til kontroll når de trenger det, samt slippe å komme når de føler seg bra. Innføring av PORS har også medført at vi nå klarer å følge opp de sykeste pasientene våre innen fastsatt frist og at ventetiden for nyhenviste har blitt halvert.

De to viktigste premissene for at PORS skal fungere er 1) pasientene får time innen fire uker, og 2) avdelingen samarbeider godt med fastlegene. De siste par årene har vi hatt utfordringer med pandemi og ved vårt sykehus også innføring av nytt journalsystem. Vi har da bevisst prioritert PORS-pasienter på poliklinikken for at pasientene ikke skal bli usikre og misfornøyde. Vi har også hatt møter med fastleger både i

regi av St. Olavs hospitals samhandlingsavdeling og kveldsmøte. Min erfaring er at fastlegene er positive når de får informasjon om hva PORS er og hvordan det fungerer. De må også vite at de kan ta kontakt med avdelingen om de har faglige spørsmål eller det er avvik på blodprøver. En god dialog mellom spesialist og fastlege er nødvendig for at pasientene skal få best mulig behandling. Nå jobber vi med at pasienter i stedet for å ringe CallBack kan ta kontakt digitalt (via HelsaMi). Der kan vi også sende ut spørreskjema for å regelmessig kartlegge sykdomsaktiviteten til PORS-pasientene og ev. fange opp de som bør ha kontroll.

I en ideell verden hadde det vært best å ha nok ressurser til at alle artrittpasientene kunne få regelmessige kontroller til fastsatt frist hos revmatolog. Dessverre er det ikke ressurser til dette og vi må derfor prioritere best mulig. Etter ti års erfaring med PORS opplever vi at denne metoden fungerer bra. PORS-pasientene får hjelp når de trenger det, pasienter med mer alvorlig sykdom får regelmessige kontroller og nyhenviste får vurdering til fastsatt frist.

### REFERANSER

1. Kirwan JR, Mitchell K, Hewlett S, et al. Clinical and psychological outcome from a randomized controlled trial of patient-initiated direct access hospital follow-up for rheumatoid arthritis extended to 4 years. *Rheumatology (Oxford)* 2003; 42: 422–6.
2. Taneja A, Su'a B, Hill AG. Efficacy of patient-initiated follow-up clinics in secondary care: a systematic review. *Intern Med J.* 2014; 44(12a): 1156–1160
3. Grønning K, Lyngvær EK, Magnussen AS, Rødevand E. EULAR 2017-6-17. Patient's satisfaction and self-monitoring of chronic inflammatory arthritis.

*Data fra St. Olavs hospital viser at pasienttilfredsheten ved PORS er svært god.*

ILLUSTRASJONSFOTO: COLOURBOX

■ MARI.HOFF@STOLAV.NO

# NAV og konfundering i rehabiliteringssaker

■ DAG BREKKE • Ph.d., pensjonert overlege, spesialist i arbeidsmedisin og samfunnsmedisin

**Ulike fysiske belastninger, biopsykososiale og kulturelle forhold trekkes frem som årsaker til sykmelding – uten at vi blir vesentlig bedre til å finne løsninger for å redusere disse belastningene. I det følgende omtales noen få artikler knyttet til årsaksforståelse og behandlingsresultat ved langtidssykmelding og uførepensjonering.**

Jeg vil reflektere over noen forhold som NAV vanligvis ikke vurderer i årsaksforståelsen, men som likevel er vesentlig for resultatet. En nylig publisert artikkel i *Utposten* er bakgrunnen (1) for å ta opp problemstillingene. De siste førti årene har vist at det samlede sykefravær for en kohort er overstått etter et halvår, og følger en kurve som her er gjengitt fra en nyere monografi (2). Tilsvarende kurve er publisert i flere andre sammenhenger.

Nasjonale tall for 2012 (N= 1.421.384) viste at seks måneder etter sykmelding var det 93 prosent som var friskmeldt (2), figur 1. Kurven over har praktisk talt ikke endret seg gjennom de siste førti årene, tross ulike tiltak mot sykmelding. Sykdommenes vesen

og det alminnelige helsestell reduserer andelen fortsatt sykmeldte, og etter et halvt år gjenstår ca. sju prosent. De store utfordringene er knyttet til fortsatt oppfølging av disse sju prosentene.

## Hjelper intervensjoner?

Tallrike eksempler viser nesten ingen effekt av spesifikke intervensjoner. De fleste studiene har kort observasjonstid og gjennomføres innenfor det første halvår av sykmelding. I denne perioden blir de fleste friske ved det naturlige forløp slik kurven illustrerer.

En høykompetent tverrfaglig gruppe gjorde intervensjon overfor 420 henviste

langtidssykmeldte, og tre års oppfølging viste lite retur til arbeid (2). Ti års ytterligere oppfølging viste at 53 prosent var blitt uførepensjonerte, ti prosent alderspensjonerte, mens bare 13 prosent av den opprinnelige andel på sju prosent av de sykmeldte fortsatt var i delvis jobb (1). Funnene viste at de som er sykmeldt i mer enn seks måneder sjelden kommer tilbake til jobb, tross intens tverrfaglig intervensjon (2). Dette er også vist tidligere (3). Kvinner blir oftere uførepensjonerte enn befolkningen i Norge som helhet (4).

Et randomisert forsøk over 12 måneder med sykmelding omkring 75 dager, viste ingen bedre rehabilitering for studiegruppen som fikk motiverende intervju enn for kontrollgruppen (5). Intensiv individuell kognitiv terapi gjennom ett år for personer med sosial angst, viste bedre rehabiliteringsresultater enn gruppeterapi og treatment as usual (6). Materialet er lite og oppfølgende resultater ut over ett år mangler.

En tilsvarende effekt er funnet ved studie av følgene av tidlig arbeidsløshet (7). Det å ha blitt sykmeldt noen gang øker risikoen for ny sykmelding og uføretrygd uansett diagnose eller kjønn. Selv etter tjue år slår denne føringen tydelig gjennom (8).

## Har NAVs saksbehandling betydning for resultatet?

Virkingen av NAVs utøvelse av sin formalrolle er lite studert. I den enkelte uføresak fremstår «saksbehandling» som en konstant og homogen størrelse. Vi som har arbeidet med slike saker over år, må medgi at saksbehandlerens tilnærming har varierende innvirkning på forløp og utfall. En fjerdedel av alle saker som kommer i Trykderetten omgjøres. Det er en indikasjon på at NAVs saksbehandling kan forbedres.

Varighet fra oppstått behov til innvilgelse av uførepensjon varierer svært mye (9). Som Stover fremhever er det en høyere terskel for å yte uførepensjon til yngre personer og de som venter perioder med ar-

## EN TIÅRIG KOHORTSTUDIE

Av hundre sykmeldte blir 93 friskmeldt i løpet av første halvåret. Mange av de resterende sju prosent blir uførepensjonerte de kommende ti årene.

**BAKGRUNN:** I 2008–2009 ble 420 langtidssykmeldte behandlet i en tverrfaglig poliklinikk ved Sunnaas sykehus. Intervensjonen ga ingen signifikant bedring av arbeidsevnen i løpet av tre års observasjon. Kohorten er nå fulgt i ytterligere ti år.

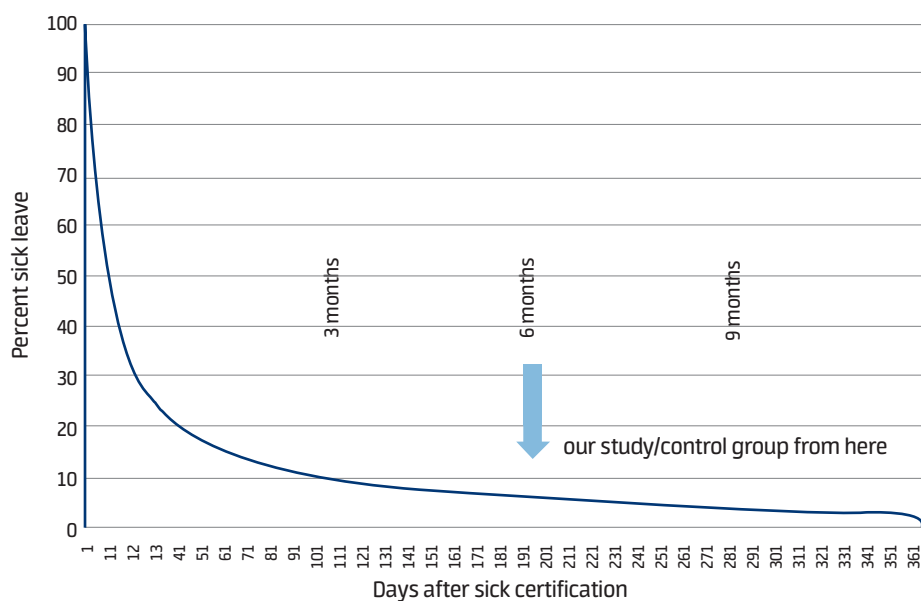
**MATERIALE OG METODE:** Spørreskjemaet som ble brukt ved undersøkelsen to år etter intervensjonen, ble sendt til de samme 420 deltagerne for å finne deres trygde- og arbeidsstatus i 2020, ti år etter. Etter én purring svarte 47 prosent.

**RESULTATER:** Alle som svarte i 2020 hadde fortsatt sykdom, mot halvparten av kohorten i 2010. Andelen som fikk stønader i 2010 var 19 prosent, og andelen var mer enn firedoblet i 2020, til 82 prosent. Av disse var 53 prosent uførepensjonister, ti prosent alderspensjonister og 13 prosent helt eller delvis sykmeldte.

**DISKUSJON:** Personer som ble vurdert ved «Raskere tilbake-poliklinikken» på grunn av langvarig sykmelding hadde dårlig ti års prognose med hensyn til arbeidsevne til tross for intervensjon. I denne undersøkelsen ble antallet som hadde varig stønad firedoblet på ti år, og 53 prosent var blitt uførepensjonerte, ti prosent alderspensjonerte, mens bare 13 prosent av de langtidssykmeldte fortsatt i delvis jobb.

Funnene viste at langtidssykmeldte sjelden kommer tilbake til jobb, tross mer intens tverrfaglig intervensjon.

Se *Utposten* nr. 6/2023, side 28–29.



FIGUR 1. Nasjonale tall for sykmeldte 2012, N= 1.421.384.

beidslidighet. De utvidede rehabiliteringskravene fra NAV for disse gruppene kan virke inn.

Rehabiliteringsperioden for personer med psykiatriske lidelser varer lengre (R= 30–5508 dager) og kan også reflektere manglende felles kunnskap om arbeidsevnen eller tilpassede rehabiliteringstilbud for personer med psykiatriske lidelser (9). Andre sosiale sammenhenger kan også virke inn. Strazdins og Brammer viste at personer i parforhold i en kohort (ett år observasjon), hadde svekket rehabiliteringssevne sammenlignet med enslige (10). Var ulik rolleopplevelse eller ulik oppgavefordeling i ulik sosial kontekst av betydning? Mange påvirkningsfaktorer er dårlig kjente og uspesifisert beskrevet.

Tidligere undersøkelser har vist at regelendringer har begrenset effekt på arbeids- og trygdeatferd (11, 12), og ulike støttetiltak har heller ikke vist god effekt (13, 14). Vår studie (1) har vist at langtidssykmeldte i all hovedsak blir uføretrygdet, selv etter tverrfaglig intervensjon, som også omtalt av andre (15).

Som omtalt foran er det en høyere terskel for å yte uførepensjon til yngre personer og de som venter ledighetsperioder. Det gjenspeiles i de utvidede rehabiliteringskravene for disse gruppene. Dette styres av NAV. Det illustrerer vel også at disse gruppene møter ulike saksbehandlere i NAV. Et uføreløp kan fort omfatte 10–20 saksbehandlere som kommer og går. Manglende fellesforståelse av arbeidsevne og tilpassede rehabiliteringstilbud for langtidssykmeldte personer er problematisk. Innvirkningen fra saksbehandlingen kan virke tilfeldig og vanskelig å beskrive.

### Konfundering

Et aktuelt spørsmål er da: Hvorfor når ikke høykompetent intervensjon mot kjente risikofaktorer frem? Dette bringer tanken hen på temaet konfundering. Å konfundere betyr å blande sammen. Konfundering oppstår ved at den effekten forskeren er interessert i, er blandet sammen med effekten av andre variabler (*Store Norske*). Konfunderingen kan være at en langtidssykmeldt påvirkes av trygderegler, sosiale og kulturelle forventninger, usikkerhet om økonomisk godtgjørelse, ulike behandlingsopplegg, ulike personer som skal gjennomføre de forskjellige opplegg, praktiske fysiske krav, kognitive utfordringer, ulike belastninger over tid, et sykdomsbilde som varierer over tid, personlige familiære forventninger – alt avhengig av hvordan en studie er designet.

Det en forsker kan måle, er resultat i form av gjenopptatt (lønnet?) arbeidsfunksjon. Alt annet nevnt her kan kvalifisere for betegnelsen konfunder. Dvs. alle disse påvirkningsforholdene kan være der, men kan vanskelig studeres isolert og vil ha ukjent innvirkning på resultatet. NAV er involvert i et stort antall av disse usikkerhetene. Derfor kan NAV omtales som en konfunder. Ulike teknikker er utviklet for å nøytralisere innvirkningen av ulike konfundere.

### Basal trygghet nødvendig for vellykket rehabilitering

De langtidssykmeldte føler seg ikke trygge på at de får dekket sine basalbehov som klær, vann, mat, hus, trygghet, omsorg, tilhørighet etc, slikt som skaffes som et resultat av arbeid. For enkelthets skyld kan vi si «bekymringen for det daglige brød». NAV

opererer i en egen verden, noe som er illustrert i avisene gjentatte ganger over flere år, senest nylig der NAVs språk og avslagspraksis ble kritisert (16).

Klinisk erfaring viser at å sikre midler til livsopphold er blitt disse pasientenes hovedfokus på bekostning av å stimulere resterende arbeidsevne. Det bør vurderes om disse bør møtes på en annen måte enn det som skjer i dag? Hva med å legge sikkerheten for det daglige brød i bunnen, og så la arbeidstilvenningen skje gjennom arbeidsgiver? Kanskje løsningen ligger i å engasjere arbeidslivet mer og dempe regelstyringen fra NAV? Det kan være en fremgangsmåte for å unngå NAVs konfundrende virkning.

### REFERANSER

- Brekke D. Langtidssykmeldte blir uføretrygdet – en ti års kohortstudie. *Utposten*. 2023; 2023(6): 50.
- Brekke D. Evaluation of the Project “Rapid Return to Work”. A controlled cohort study and three-year follow-up for persons with musculoskeletal and minor mental disorders. University of Oslo IoHaS, editor. Oslo: Universitetsforlaget; 2017. 164 p.
- Brekke D. Kort tverrfaglig oppfølging virker ikke. *Tidsskr Nor Legeforen*. 2018; 138(12).
- Normann TM. Norway Statistics editor 2018. 2018.
- Aasdahl L, Standal MI, Hagen R, Solbjør M, Bagøien G, Fossen H, et al. Effectiveness of ‘motivational interviewing’ on sick leave: a randomized controlled trial in a social insurance setting. *Scand J Work Environ Health*. 2023; 49(7): 477–86.
- Mortberg E, Clark DM, Sundin O, Aberg Wistedt A. Intensive group cognitive treatment and individual cognitive therapy vs. treatment as usual in social phobia: a randomized controlled trial. *Acta Psychiatr Scand*. 2007; 115(2): 142–54.
- Stover M, Pape K, Johnsen R, Fleten N, Sund ER, Claussen B, et al. Unemployment and disability pension—an 18-year follow-up study of a 40-year-old population in a Norwegian county. *BMC Public Health*. 2012; 12: 148.
- Klein J, Reini K, Saarela J. Sickness Absence and Disability Pension in the Very Long Term: A Finnish Register-Based Study With 20 Years Follow-Up. *Front Public Health*. 2021; 9: 556648.
- Stover M, Pape K, Johnsen R, Fleten N, Sund ER, Claussen B, et al. Rehabilitation time before disability pension. *BMC Health Serv Res*. 2012; 12: 375.
- Strazdins L, Bammer G. Women, work and musculoskeletal health. *Soc Sci Med*. 2004; 58(6): 997–1005.
- NAV. Mottakere av uføretrygd som andel av befolkningen<sup>9)</sup>, etter kjønn og alder. Pr. 30.09.2010–2019. Prosent. [Internet]. 2019.
- Lima IG E. Flere mottar uføretrygd og sosialhjelp Arbeid og Velferd 2020; 2020: 2(1): 1979.
- Uføretrygdene i befolkningen 18–67 år [Internet]. 2020.
- Bragstad T. Vekst i uføretrygding blant unge. *Arbeid og Velferd*. 2018; 2018 (2).
- Nielsen RAM, T. Virker tiltakene? Effektanalyser av virksomhetsinitierte tiltak på ansattes sykefravær og uførepensjonering. *Fafo Report*. 2016; 2016 (12): 42.
- <https://www.abcnyheter.no/nyheter/politikk/2023/11/21/195963593/sivilombud-hanne-harlem-all-forvaltning-skal-bruke-et-sprak-som-mottakeren-forstar>.

# Det er menneskelig å feile

**DET AT MENNESKET GJØR FEIL** er knyttet til Cicero som i sin 12. fillipiske tale (år 43 fvt.) skal ha uttalt: Ethvert menneske gjør feil, men bare en tåpe insisterer på å fortsette å gjøre dem. Dette er allmenngyldig og gjelder også i dag. Så hvorfor er vi blitt så lite tolerante overfor mennesker som er menneskelige.

**ETHVERT MENNESKE** vil gjennom et langt liv lære. Vi lærer av våre foreldre, førskolelærere, lærere og professorer – men fremfor alt lærer vi av å gjøre feil. «Brent barn skyr ilden». Det er noe kraftfullt over den direkte tilbakemeldingen i belønningssystemet vårt når vi oppdager, eller det blir påpekt, at vi har gjort feil. Hjertebank, svetting, kvalme og rødming. Ikke minst tankekjøret, og angsten.

**UTVIKLING AV GODE** ferdigheter kommer gjennom konstant å prøve å gjøre sitt beste, og noen ganger å feile – for så å korrigere basert på den direkte tilbakemeldingen, eller at andre gir meningsfull tilbakemelding på det du gjør. Hvordan du evner å ta tilbakemeldingen, og hvordan den gis, er avhengig av en god læringsprosess – også innen kommunikasjonen rundt det å ha utført noe feil.

**I DAGENS SAMFUNN** ser vi på undersøkelser gjort blant elever i skolen og blant unge voksne at mobbing er et økende og utbredt problem. Netthets og sjikane på sosiale medier er omfattende. Denne typen tilbakemelding er aldri konstruktive, men destruktive. I tillegg kan vi se en tendens

til at mediene har et fokus på å skape konflikt og «skarp» kritikk som ikke er ment slik fra den som uttaler seg.

**VIRKNINGEN** av denne typen tilbakemeldinger på feil av både banal og alvorlig karakter skaper et samfunn som ikke preges av utvikling, læring og glede. Denne måten å kommunisere med hverandre på, gir et stagnert miljø hvor motivasjon og kreativitet forvitrer. Den enkelte utøver av våre fantastiske tjenester agerer ut fra en frykt for å få kritikk uansett hva du gjør – og ikke minst – den gode intensjonen i det man prøver på.

JAN HÅKON JUUL  
Kommuneoverlege i Vågan kommune  
■ JANHAKONJUUL@GMAIL.COM



FRISKEN «CICERO FORORDOMMER CATTILINA» AV CÉSARE MACCARI, MALT 1882–1888

Det som er **spennende**  
og **viktig** for deg – er spennende  
og viktig for **Utposten!**



## Diabetesykepleier kan være nyttig

Norske forskere har sett på hvordan annet helsepersonell og diabeteskompetanse kan påvirke at insulinbehandling hos aktuelle pasienter med type 2-diabetes startes opp i rett tid. Studien er en retrospektiv observasjonsstudie fra allmennpraksis. Den eneste faktoren som så ut til å kunne ha betydning, var legekantorets tilgang til diabetesykepleier. I tiden før pasientene startet med insulin, var median HbA1c på 8,8 prosent, og ble deretter redusert til 7,3 prosent. Etter oppstart med insulin var det 35 prosent av pasientene som nådde målet på HbA1c på under sju prosent. Fastlegekontor med tilgang til diabetesykepleier kunne vise til 2,4 ganger høyere sannsynlighet for å initiere insulinbehandling i det som ble definert som rett tidspunkt.

● Scandinavian Journal of Primary Health Care (I Mdala et al), desember 2023, doi: 10.1080/02813432.2023.2296118

## 18,2 %

av sykmeldte pasienter som under pandemien (november/desember 2020) fikk sykmelding uten fysisk fremmøte hos fastlegen, synes det var lettere å formulere seg når de ikke satt ansikt til ansikt med legen. Det viser en nasjonal web-basert spørreundersøkelse, der 5.429 personer svarte. Snaut 60 prosent hadde fått sykmelding via telefonkonsultasjon, drøyt 12 prosent via videokonsultasjon og over 28 prosent via tekstbasert e-konsultasjon. Mer enn tre av fire pasienter oppga at de var fornøyd med konsultasjon digitalt. Ti prosent mente fastlegen derimot ville fått mer informasjon ved en konsultasjon på legekantoret. Nesten seks av ti pasienter synes de hadde like god tid til å forklare problemene sine over telefon eller video, sammenlignet med en fysisk konsultasjon. De som brukte tekstbasert e-konsultasjon var mest fornøyd, sammenlignet med pasienter som snakket med fastlegen over telefon eller video.

● BMJ Open (P Zanaboni et al), januar 2024, doi: 10.1136/bmjopen-2023-075352

## TESTET UT DIGITAL OPPFØLGING

### Mindre hjemmehjelp, mer fastlegekontakt

Norske forskere har kartlagt effekten av en intervensjon basert på digital oppfølging og vanlig oppfølging av eldre pasienter med kroniske lidelser. Kontrollgruppen ble fulgt opp som vanlig av fastlege/hjemmetjenesten, mens intervensjonsgruppen fikk oppfølging over telefon og ved elektroniske løsninger. Effekten ble målt ved helserelatert livskvalitet, pasienterfaringer og bruken av helsetjenester. Det ble også gjort en kost-nytte-analyse. Studien, som ble gjennomført fra februar 2019 til juni 2020, inkluderer 735 pasienter med gjennomsnittsalder på cirka 70 år. Ett år etter inklusjon, var andelen pasienter i intervensjonsgruppen som mottok kommunale hjemmetjenester redusert, men antallet fastlegekontakter hadde økt, sammenlignet med kontrollgruppen. Deltagerne i intervensjonsgruppen rapporterte bedring av helserelatert livskvalitet og var mer fornøyd med oppfølgingen enn kontrollgruppen. Ifølge kost-nytte-analysene er effekten i stor grad avhengig av hvordan tjenestene utformes og hvordan samfunnet vurderer verdien av pasientsikkerhet og tro på egen mestringssevne.

En mer digitalbasert oppfølging har potensial til å utgjøre en viktig del av fremtidens primærhelsetjeneste, men det forutsetter en effektiv organisering, konkluderer forskerne.

● The European Journal of Health Economics (S Sten-Gahmberg et al), januar 2024, doi: 10.1007/s10198-023-01664-w

ALLE ILLUSTRASJONSFOTO: COLOURBOX



## KNEPROTESE VED ARTRITT

### Dårligere prognose ved mye smerter

Mer alvorlige smerter og mer katastrofetanker om smerter øker sannsynligheten for vedvarende smerter ett år etter kneproteseoperasjon hos personer med kneartrose. Mye smerte preoperativt var også forbundet med mer smerter fem år etter operasjon, ifølge en metaanalyse. Dårligere funksjon ett år etter kneprotese-kirurgi var forbundet med høyere preoperativ kroppsmasseindeks. Personer med mer alvorlig artrose hadde derimot bedre funksjon ett år og fem år etter operasjon. I en prospektiv observasjonsstudie, kom det frem at de med mer alvorlig angst før operasjon hadde dårligere funksjon på grunn av smerter fem år etter operasjon. Menn hadde bedre funksjon enn kvinner. I en kvalitativ studie blant pasienter uten god smertelindring ett år etter knekirurgi, fortalte deltagerne om vedvarende smerte eller psykososial stress i flere år før de ble operert.

● Doktoravhandling Unni S. Johansen Olsen, «Advancing the understanding of preoperative factors and patient experiences related to pain and physical function after total knee arthroplasty», disputas ved Universitetet i Oslo 18. januar 2024



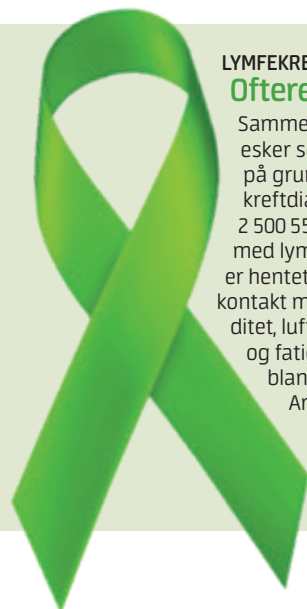
## LYMFEKREFT-OVERLEVERE

### Oftere hos fastlegen i flere år etterpå

Sammenlignet med den generelle befolkningen, har unge menn som er behandlet for lymfekreft økt kontakt med fastlegen på grunn av mange helseplager – i opptil ti år etter at de fikk kreftdiagnosen. Det fremgår av en norske studie med data fra 2 500 557 ungdom og unge voksne, hvorav 1105 var diagnostisert med lymfekreft. Data fra mer enn 50 millioner fastlegekonsultasjoner er hentet fra perioden 2006 til 2020. De vanligste årsakene for å ta kontakt med fastlegen var plager relatert til Hodgkins lymfom, graviditet, luftveissykdom, psykiske problemer, muskel- og skjelettplager og fatigue. Nesten alle helseplagene var signifikant mer utbredt blant dem som hadde hatt kreft, enn i befolkningen generelt.

Artikkelforfatterne understreker viktigheten av god oppfølging av pasientene og god informasjonsflyt mellom sykehus og primærhelsetjenesten.

● Acta Oncologica (RP Upreti et al), desember 2023, doi: 10.1080/0284186X.2023.2273894



## KORONAR CT-ANGIOGRAFI

### Flere fastlegebesøk – uavhengig av funn

Danske forskere har sett på bruken av fastlege hos pasienter som ble henvist til koronar CT-angiografi. Studien inkluderer data fra alle pasienter som gjennomgikk denne undersøkelsen i Vest-Danmark i perioden 2014 til 2022. Som kontrollgruppe var personer i befolkningen med samme alder, kjønn og geografisk tilknytning. Forskerne har data fra alle fastlegebesøk i opptil fem år før undersøkelse og ett år etterpå. Det viste seg at både de personene som fikk påvist forsnævring i årene og de som hadde normale årer, var betydelig oftere hos fastlegen både i årene før, men også etter undersøkelsen, sammenlignet med referansebefolkningen. Median fastlegebesøk året etter at koronar CT-angiografi ble gjort, var 11 hos personer med stenose og ti hos dem uten, mens median konsultasjoner hos fastlegen var seks i referansepopulasjonen.

● European Heart Journal, Quality of Care & Clinical Outcomes (L Nissen et al), januar 2024, doi: 10.1093/ehjqcc/qcad074

# Faggruppen for diabetes

Faggruppen for diabetes ble dratt i gang igjen høsten 2021 etter å ha ligget nede i en del år. Vi var en gjeng som tidligere hadde jobbet en del med diabetes i forskjellige sammenhenger, og noen som var interessert i å jobbe mer med diabetes. Vi er opp-tatt av at kurs og informasjon skal være tilpasset allmennlegers behov. Vi ønsker også å få fram det allmennmedisinske perspektivet i prosesser med andre faggrupper, myndigheter og andre legespesialister.

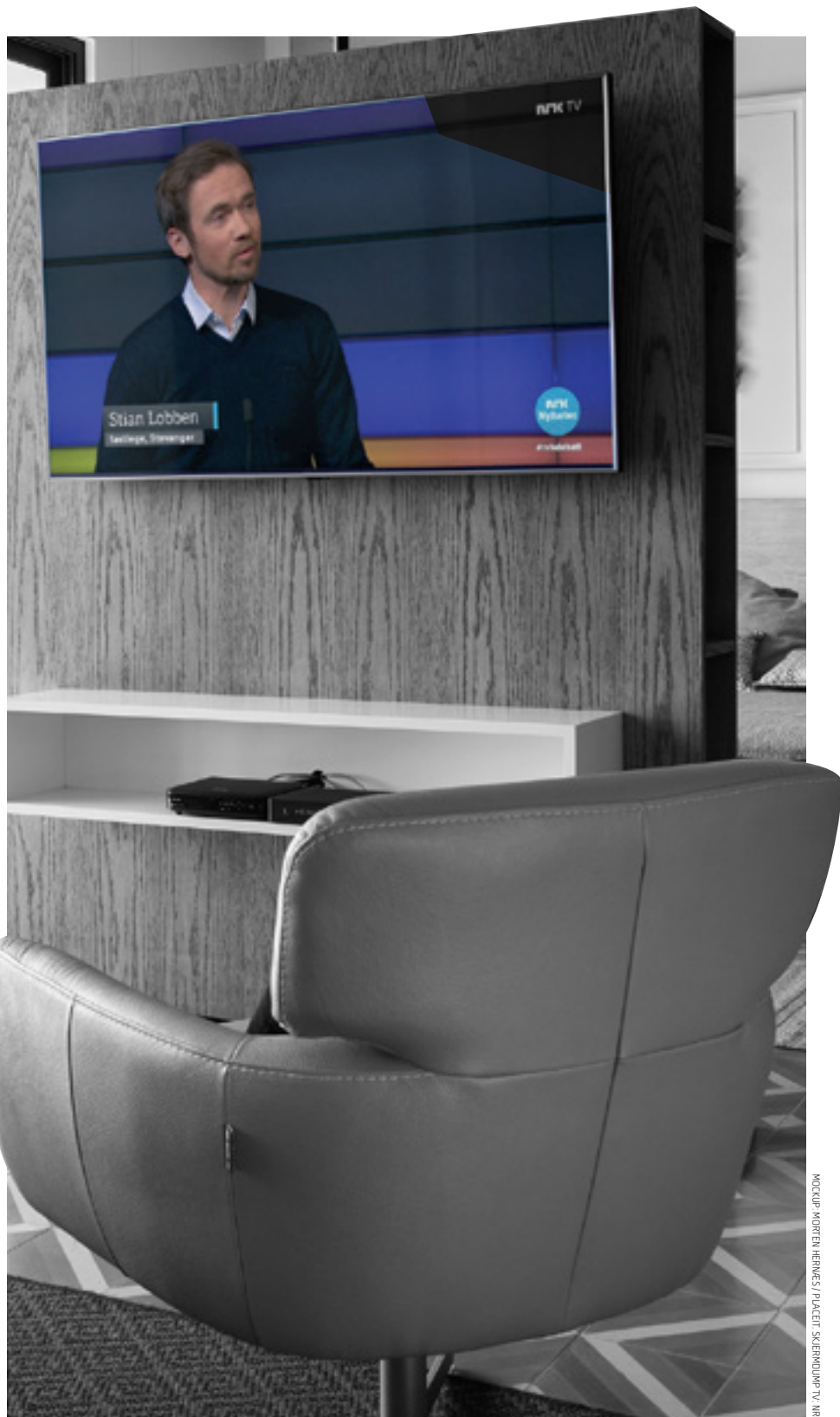
Med unnfangelse under pandemien (og deltakere spredt utover landet) har vi hatt flest zoom-møter, men heldigvis har vi også hatt fysiske møter. Den største og mest arbeidskrevende aktiviteten så langt var å arrangere emnekurs i diabetes for allmennleger på Primærmedisinsk uke i 2022. Hele gruppa var kurskomite og alle bidro med foredrag, kursledelse eller kasuistikker. Kurset var fulltegnet og vellykket med svært gode tilbakemeldinger fra deltakerne, og vi skal på ny arrangere emnekurs på årets PMU. På konferansen Diabetesforum 2023 var faggruppa ansvarlige for en egen sesjon hvor tema var fysisk aktivitet.

Faggruppen har også blitt høringsgruppe for revidering av diabetesretningslinjene som Helsedirektoratet har sendt på høring. De nye retningslinjene skal spisses enda tydeligere mot allmennleger. Helsedirektoratet er interessert i tilbakemeldinger fra oss tidligere i prosessen enn hva som er vanlig ved eksternt høring. Faggruppen ønsker også å påvirke hvordan retningslinjen skal implementeres.

Faggruppen har uttalt seg i en nyhetssak i *Dagens Medisin* om nye internasjonale diabetesretningslinjer, en av oss stilte på *Debatten* på NRK da tema var overveiktsmedisiner, våre medlemmer har vært foredragsholdere på flere konferanser og vi har gitt innspill til Diabetesforbundet om fagpolitiske emner. Sist, men ikke minst: Faggruppen har deltatt på konferansen til Primary Care Diabetes Europe, et nettverk under Wonca Europe som jobber med diabetes i primærhelsetjenesten.

Vi ønsker nye medlemmer velkommen til gruppa, dersom flere har lyst til å engasjere seg!

KJERSTI NØKLEBY ■ Leder av faggruppen  
■ KJERSTI.NOKLEBY@MEDISIN.UIO.NO



MOCUP, MORTEN HERMES / PLACET SKERNDUHP TV, NRK



# Mot lysere tider – også i fastlegeordningen

Krisen i fastlegeordningen har de siste årene med rette fått mye spalteplass. Fra senhøsten 2017 til samme tid 2022 økte antallet innbyggere som ikke hadde fastlege fra ca. 35 000 til over 215 000. Helsemyndighetene har lenge kjent til utfordringene. I Helsedirektoratets rapport fra 2008 om utviklingstrekk i helsesektoren advares det om et kapasitetsproblem som får negative konsekvenser for hele helsetjenesten. Veien frem til tilstrekkelig finansierte tiltak som kunne stoppe den negative utviklingen har vært lang, og det er først nå vi kan begynne å se resultatene av de siste årenes arbeid. Selv om det fortsatt er for mange som mangler fastlege, må vi kunne si at det ser lysere ut enn på lenge.

Handlingsplanen for allmennlegetjenesten med sine 17 tiltak (1) ble lansert i mai 2020 og skulle etter planen vare til 2024. Tiltakene var grundig utredet i samarbeid med både KS og Legeforeningen. Mange ønsket seg nok en langt raskere opptrapping av økonomien enn det planen la opp til. Alle årene med underfinansiering og stadig økte oppgaver hadde fart hardt med ordningen. Rekrutteringen ble etter hvert dårlig, samtidig som flere av de erfarne fastlegene valgte å slutte. Fra høsten 2022 og frem til i dag har denne negative utviklingen stoppet opp. Til tross for en kraftig befolkningsvekst, mye

grunnet krigen i Ukraina, har ikke antall innbyggere uten fastlege økt. Vi ser at rekrutteringen tar seg opp. Basert på tall fra Helfo har veksten i antall fastleger tidligere år ligget på rundt 1,5 prosent, men det siste året er den på hele 4,7 prosent. Det betyr at vi i januar 2024 hadde 239 flere fastleger enn vi hadde i januar 2023.

Målet har vært todelt: Å få ned arbeidsbelastningen gjennom kortere pasientlister og bedre rekrutteringen ved å gjøre spesialisingsløpet mer strukturert. Tilbakemeldingene fra legene er at spesialisingsløpet er mer oversiktlig enn tidligere. Det nasjonale ALIS-tilskuddet bidrar til bedre forutsigbarhet og gir rom for håndterbar arbeidsbelastning, enten legene er ansatt eller jobber som selvstendig næringsdrivende. En rekke kommuner har også iverksatt lokale tiltak som bidrar til å gjøre arbeidsforholdene enda bedre. Den utfordrende arbeidssituasjonen på mange sykehus bidrar nok også til at fastlegeyrket fremstår mer attraktivt enn på lenge. Så bør det nok diskuteres om det er god samfunnsøkonomi i at spesialister fra sykehus, som det har tatt lang tid å utdanne, begynner i spesialisering i allmennmedisin. Vi har stadig mange leger som venter på LIS1, selv om antallet plasser er økt noe.

Regjeringen har varslet at de vil komme med ytterligere tiltak for fastlegeordningen

i juli 2025 (2). De utreder nå endringer både i finansiering og organisering. Helsedirektoratet har fått stramme frister, gitt kompleksiteten i oppdragene. Om vi skal sikre tilstrekkelig rekruttering og klare å beholde de fastlegene vi har, trengs det forutsigbarhet og trygge rammer – ikke store endringer. Fastleger driver små og effektive virksomheter, hvor endringer i regelverk og finansiering kan gi store utslag for den enkelte lege. Regjeringens persontilpassede basistilskudd, som ble innført 1. mai i fjor, viste tydelig dette: Det ga større forskjeller og skapte økt usikkerhet (3). Helsetjenesten fungerer som et maskineri hvor endringer i en del fort får konsekvenser andre steder i systemet. For eksempel vil selv en liten økning av henvisninger fort skape store kapasitetsutfordringer i spesialisthelsetjenesten.

Vi skal selvfølgelig bidra til å utvikle fastlegeordningen i tråd med befolkningens fremtidige behov, men mye fungerer godt i dag og kan bygges videre på. Ikke minst vet vi at flere nasjoner ser til nettopp Norge. De synes vi har fått til en god organisering av primærhelsetjenesten og vil lære av oss.

Tiltakene i Handlingsplanen begynner nå også å vise effekt. Eventuelle ytterligere tiltak må ha tydelige mål og være basert på kunnskap og grundige konsekvensvurderinger før de innføres. Ellers er det høy risiko for utilsiktede negative effekter. Noe bør nok absolutt også testes ut og evalueres i mindre skala før det eventuelt breddes. Slik testing tar tid, men om vi skal unngå utilsiktede negative konsekvenser og opprettholde den positive utviklingen, må riktig retning være viktigere enn tempoet.

#### REFERANSER

1. Handlingsplan for allmennlegetjenesten 2020–2024; Attraktiv, kvalitetssikker og teambasert – regjeringen.no – [www.regjeringen.no/no/dokumenter/handlingsplan-for-allmennlegetjenesten/id2701926/](http://www.regjeringen.no/no/dokumenter/handlingsplan-for-allmennlegetjenesten/id2701926/).
2. Rapport fra ekspertutvalget for allmennlegetjenesten sendes på høring – regjeringen.no. [www.regjeringen.no/no/aktuelt/rapport-fra-ekspertutvalget-for-allmennlegetjenesten-sendes-pa-horing/id2986732/](http://www.regjeringen.no/no/aktuelt/rapport-fra-ekspertutvalget-for-allmennlegetjenesten-sendes-pa-horing/id2986732/).
3. Hvor treffsikkert er pasienttilpasset basistilskudd i fastlegeordningen? (legeforeningen.no) – [www.legeforeningen.no/foreningsledd/yf/allmennlegeforeningen/fastlegen.no/undersokelse-om-persontilpasset-basistilskudd/](http://www.legeforeningen.no/foreningsledd/yf/allmennlegeforeningen/fastlegen.no/undersokelse-om-persontilpasset-basistilskudd/).

NILS KRISTIAN KLEV ■ Leder, Allmennlegeforeningen  
■ NILS.KRISTIAN.KLEV@LEGEFORENINGEN.NO

Styret i Allmennlegeforeningen. Nederst fra venstre: Christine Agdestein, Nils Kristian Klev og Bernard Holthe. I midten: Gudmund Noddeland Myhren og Else Worren Nygård. Øverst fra venstre: Hans-Christian Myklestul, Marit Tuv og Torstein Sakshaug.



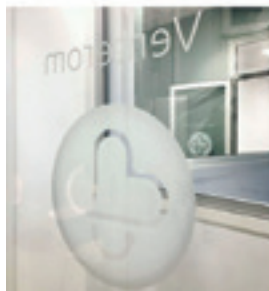
# Fra legestudent til lege

For 15 år siden slet vi ved Hallset legesenter med sekretærdekning gjennom året, spesielt ved ferieavvikling og ved sykdom. Vi opplevde varierende kvalitet på innleide sommervikarer. Dessuten hadde legene altfor travle og lange arbeidsdager under avvikling av sommerferien. Så fikk vi en god idé som løste begge problemene.

Legesenteret har siden 90-tallet hatt første- og andreårs legestudenter fra NTNU i det såkalte LegePasientKurset (LPK). Dette er altså ferske legestudenter, engasjerte og lærevillige, som vi over to år blir godt kjent med. Den gode idéen var i all enkelhet: Hva om vi lærer opp én eller to av førsteårsstudentene til å bli sekretærer ved senteret? De kunne da jobbe først som sekretær, og så senere som legestudent med lisens!

Som tenkt, så gjort. Vi valgte ut en student vi syntes hadde de rette egenskapene, gjerne en med tilknytning til byen, som muntlig lovet å jobbe hos oss ut studietiden, hver sommer og ellers ved behov og mulighet. Det viste seg lett å lære studentene sekretær oppgaver, først på laboratoriet, senere på skiftestuen og i luken. Slik fikk vi glede av samme student som sekretær gjennom fire år, hver sommer, og av og til ved behov gjennom året. Studentene ble da godt kjent med alle på senteret, med vårt datasystem, og med våre rutiner. De opplevde dette som relevant arbeid, samtidig som de fikk svært nyttig praksis.

Disse studentene får, fra femte studieår, så tilbud om å vikariere om somrene som leger med lisens. Vi sikrer oss slik avlastning om sommeren fra en vi kjenner godt,



og som kjenner alle senterets rutiner og mange av pasientene. Flere av studentene har også jobbet som lege med lisens ellers på året, når vi har hatt behov for avlastning.

Dette har vært en vinn-vinn-løsning vi og studentene (etter hvert legene) har hatt

glede og nytte av i femten år. Vi har derfor gjentatt det med stadig nye studenter. Anbefales!

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

**UTPOSTEN**  
- en viktig arena for  
utvikling av primærmedisinen

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

# HVA LESER..

## Rune Dahl?



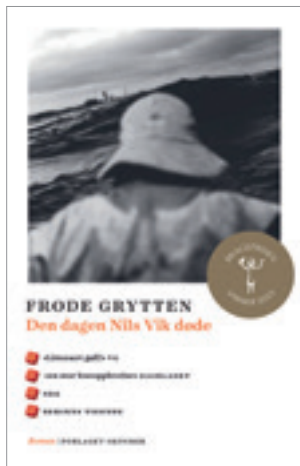
### Hva leser du nå?

Jeg har ofte parallelle løp med en papirbok og en lydbok.

Den ganske nylig påbegynte lydboken er *Noen av oss har snakket sammen – historien om hvordan samarbeidet mellom Arbeiderpartiet og LO formet Norge* av Stein Aabø. Tittelen er selvsagt klarere, og boken beskriver hvordan den myteomspunne Samarbeidskomiteen har vært sentral i samfunnsutviklingen siden 1927. Foreløpig er det kanskje skuffende lite røverhistorier, men den gir et interessant innblikk i nær politisk historie.

Papirboken jeg er i ferd med å avslutte er *Den dagen Nils Vik døde* av Frode Grytten. Den liker jeg veldig godt. Vi får være med på den aldrende skyssbåtføreren Nils Viks siste reise. Det er en stillferdig fortelling om liv og død. Et ikke ukomplisert ekteskap beskrives kjærlig, og vi møter mange mennesker han har skyttet i ulike situasjoner gjennom sitt yrkesliv. Han blir godt kjent med disse og minnes de ulike historiene de bar med seg. I så måte vandret tankene mine til det å være fastlege. Jeg kan se for meg at man har mange historier og skjebner å minnes etter et langt fastlegeliv. Jeg synes allerede jeg har noen etter «bare» ti år i virket.

Det er bonus å lese nynorsk, som jeg gjør for sjeldent, og å få glede seg over omslagsfotografiet av Kåre Kivijärvi.



### Hvorfor leser du disse bøkene?

Lydboken ble valgt litt tilfeldig da jeg lette etter neste aktuelle i Storytel. Jeg var antagelig litt påvirket av samtidig konsum av serien *Makta* på NRK. Derav kanskje litt høye forventninger om røverhistorier.

Gryttens bok leste jeg strålende anmelder av i høst, og da en kompis var begeistret og ville låne meg boken, var valget enkelt.

### Hvor leser du?

Jeg vil kalle meg en periodeleser, men jeg har det best når jeg er i leseperioder, og siste år har vært ganske bra. Til hverdags blir det mest kveldstid og på senga, men i ferier kan jeg noen ganger lese mer sammenhengende. Det er en viktig del av feriefølelsen for meg.

Lydbok gir mer fleksibilitet. Det kan kombineres med trening og hus- og hagearbeid. Det fører dog til dårligere konsentrasjon og gir føringer med hensyn til valg av bøker. Når det er sagt, har jeg også hatt fine stunder på ski i Nordmarka med lydbok på øret. Passasjer i lydboken kobles da vakkert i minnet til for eksempel sola over Glåmene.

### Hvilke bøker vil du helst lese?

Jeg leste nylig en sak i *Klassekampen* om hva lydmediets inntog i litteraturen kan bety på flere plan. Noe av det jeg kjente meg igjen i, var de som beskrev lytting som en mer passiv aktivitet hvor innlevelsen kan bli annerledes. Kanskje har jeg ubevisst selv tenkt i de samme baner, da jeg med tiden heller velger lydbøker i sjangerne krim, historie og biografier med mer direkte språk og fortelling. Bøker hvor jeg føler jeg må konsentrere meg mer om språket og/eller historien, foretrekker jeg i papirform. Jeg liker best å lese papirbøker, så det blir kanskje en selvopplyllende profeti når jeg tenker meg om.

Hvilke bøker jeg leser kommer fra en løst liste i eget hode over bøker jeg har lyst til å

lese. Listen oppstår gjennom bøker jeg leser om og anbefalinger fra venner. Da kan jeg kjøpe eller ønske meg bøker fra listen, og de havner i bokhylla. Derfra kan det være tilfeldig når jeg finner ut at det akkurat nå er riktig tidspunkt til å hente den ned fra hylla.

### Har du en anbefaling til *Utpostens* lesere?

Papirboken jeg nå leser liker jeg så godt at den kvalifiserer til en anbefaling.

Videre vil jeg anbefale to bøker fra siste års gode leseperiode. *Stoner* av John Williams var en «glemte» bok utgitt i 1965, som fikk mye oppmerksomhet da den ble relansert etter forfatterens død. Jeg leste anbefalinger om den som en moderne amerikansk klassiker og kjøpte den for noen år siden. Innfallet tilsa at jeg skulle hente den fra hylla i fjor sommer, og på tross, eller kanskje på grunn av det langsomme, ble jeg raskt sugd inn i historien. Den var nesten umulig å legge fra seg. Hva som grep sånn fatt i meg, er vanskelig å definere. Særlig når handlingen helt enkelt kan beskrives som fortellingen om det uperfekte livet til en veldig vanlig mann som gjør så godt han kan.

Til sist anbefaler jeg nok en stillferdig bok. Jeg aner selv en rød tråd. *Fiskehuset* av Stein Torleif Bjella fikk jeg av min gode venn og kollega Kari T. Kogstad. Vi deler begge gleden av Bjellas musikk og tekster, så hun ante at det neppe ble helbom. Her er språket mer lettbeint og det skrives underholdende om livets alvor. Handlingen finner sted i ei enkel fiskekoie på fjellet, hvor en enslig voksen mann er med sin tverre og påståelige onkel i ei uke for å lære å ta over huset. Onkelen er ikke redd for konfrontasjon, og kjente Bjellatemaer som ensomhet og det vanskelige med å nærme seg andre, er sentrale.

RUNE DAHL

Fastlege Gjerdrum legesenter

■ RUNEDAHL77@GMAIL.COM

# Lever-skade som uventet bivirkning av legemidler

**Leverbivirkninger er vanskelige å forutse og utfordrende å diagnostisere. Her presenteres hjelpemidler til initial utredning og håndtering av idiosynkratisk drug-induced liver injury (DILI).**

Med et stigende forbruk av legemidler i befolkningen øker også forekomsten av uønskede virkninger. Legemiddelindusert lever-skade, på engelsk DILI (drug-induced liver injury), er en sjelden, men potensielt alvorlig bivirkning av mange forskjellige legemidler. Leverskade er en hyppig årsak til at nye legemidler ekskluderes fra videre utprøving og markedsføring. Allikevel rapporteres DILI ved bruk av legemidler uten kjent potensiale for leverskade etter godkjenning. Den største undergruppen til DILI, idiosynkratisk DILI, er særlig utfordrende da den kan etterligne i prinsipp alle andre leversykdommer.

## Hva er idiosynkratisk DILI?

Noen legemidler, for eksempel paracetamol, har et forutsigbart levertoksisk potensiale. Leverskade forårsaket av paracetamol er doserelatert, og vil kunne oppstå etter kort tid med lignende klinisk bilde hos alle som utsettes for tilstrekkelig høye

doser (1, 2). Slike leverskader klassifiseres gjerne som toksisk DILI.

I motsetning til toksisk DILI forårsakes idiosynkratisk DILI av legemidler eller metabolitter uten direkte levertoksitet (1, 2). Leverskaden medieres sannsynligvis via metabolske eller immunologiske mekanismer (2). Tilstanden er sjelden, gir variabel klinikk og oppstår gjerne lengre tid etter eksponering. Noen ganger kan leverskaden oppstå en tid etter avsluttet behandling, hvilket kan så tvil om årsakssammenheng (3). Tabell 1 oppsummerer noen av de vesentligste forskjellene mellom toksisk og idiosynkratisk DILI (2, 3).

I senere tid er indirekte DILI foreslått som en tredje kategori, i tillegg til toksisk og idiosynkratisk. Indirekte DILI innebærer at legemidlets biologiske effekt indirekte fører til leverskade, som regel gjennom moduleringer av immunforsvaret. Et eksempel er immunmediert hepatitt ved behandling med immunologiske legemidler (3).

## Klinikk

Idiosynkratisk DILI blir ofte oppdaget tilfeldig ved funn av forhøyede leverenzymmer i blodprøver. Pasientene er som regel asymptomatiske, men kan også ha mer eller mindre uttalte ledsagersymptomer, slik som kvalme, feber, oppkast, trøtthet, sykdomsfølelse, ikterus, avfarget avføring, mørk urin og kløe. Hos 25 prosent kan man se feber, utslett og andre hypersensitivitetssymptomer. Noen pasienter kan til og med ha symptomer og funn forenlig med en fulminant leversvikt (2–4).

## Forekomst

Idiosynkratisk DILI er en uvanlig bivirkning og oppdages derfor ikke alltid i kliniske studier før markedsføring av et nytt legemiddel (2, 4). Studier har estimert en årlig forekomst på under 20 personer per 100 000 i den generelle befolkningen, og opptil en prosent hos inneliggende pasienter (2, 4–8). Den reelle insidensen er dog fortsatt ukjent.

Det er rapportert stor geografisk variasjon i forekomsten av idiosynkratisk DILI (2, 8). Dette skyldes blant annet ulik demo-

TABELL 1. Forskjeller mellom toksisk og idiosynkratisk DILI (2, 3)

	TOKSISK DILI	IDIOSYNKRATISK DILI
Insidens	Vanlig, forutsigbar	Uvanlig, uforutsigbar
Latens	Kort latens, timer til dager	Variabel latens, dager til måneder (sjelden mer enn seks måneder)
Dose	Doseavhengig	Mer uavhengig av dose
Leverpatologi	Distinkt leverpatologi	Variabel leverpatologi
Assosiert symptomatologi	Akutt leversvikt	Hypersensitivitetssymptomer (utslett, feber og eosinofili) hos 25 prosent
Eksempel	Paracetamol (overdose)	Amokisillin-klavulansyre
Alvorlighetsgrad	Høy	Variabel

## HOVEDBUDSKAP

- Overvei DILI ved funn av patologisk mønster i biokjemiske leverprøver
- Vurder sannsynligheten ved hjelp av LiverTox og R-verdien
- Seponer mistenkt legemiddelbehandling, kosttilskudd eller naturmedisin
- Diskuter gjerne med gastroenterolog, klinisk farmakolog eller RELIS
- Meld relevante leverrelaterte bivirkninger til RELIS via [melde.no](mailto:melde.no)



ILLUSTRASJONSFOTO: COLOURBOX

grafi, genetikk og legemiddelbruk, men også forskjeller i diagnostiske kriterier og rapportering (8).

I Asia er forekomsten av DILI generelt høyere enn i Vesten. Ut over ovenstående årsaker kan dette også bero på at en stor andel av DILI-tilfellene i Asia skyldes bruk av tradisjonell urtemedisin. Denne undergruppen til DILI benevnes ofte som herb-induced liver injury (HILI), og er et voksende problem også i vår del av verden (8, 9).

### Legemidler som kan gi idiosynkratisk DILI

Idiosynkratisk DILI forårsakes hyppigst av antibiotika, ikke-steroid antiinflammatoriske legemidler (NSAID) og antiepileptika (2, 4). Blant enkeltlegemidler står amoksisillin-klavulansyre for flest tilfeller, fulgt av diklofenak, azatioprin, infliksimab, nitrofurantoin, isotretinoin, atorvastatin, isoniazid og doksosyklin (2, 4, 7). En vesentlig andel, opp mot 20 prosent, skyldes HILI (8).

Den amerikanske databasen LiverTox oppsummerer DILI-potensialet for over 1200 legemidler og et økende antall urtepreparater og kosttilskudd (10). Legemidlene kategoriseres fra A (sannsynlig årsak til leverskade) til E (usannsynlig årsak til leverskade) med bakgrunn i eksisterende litteratur. Ut over dette beskrives sannsynlig mekanisme, klinisk bilde, biobiokje-

misk mønster og histopatologiske funn. LiverTox er en gratis, søkbar database som kan brukes av alle.

### Risikofaktorer

Man kan sjelden forutse hvem som kommer til å utvikle idiosynkratisk DILI. Årsaken er sannsynligvis et komplekst samspill mellom pasient- og legemiddelrelaterte faktorer (4).

Genetiske variasjoner i legemiddelmetabolisme og immunologiske faktorer spiller sannsynligvis en rolle. Man har blant annet funnet assosiasjoner mellom noen varianter av human leukocyte antigen-gener (HLA), cytokrom P450-enzymet (CYP) og idiosynkratisk DILI (2, 11). Dette er dog fortsatt et område som er relativt lite forstått.

Høy alder og kvinnelig kjønn har vært postulerte som pasientrelaterte risikofaktorer for DILI, men det finnes ikke klar evidens for dette. Det samme gjelder for de med eksisterende leversykdom (for eksempel ikke-alkoholisk fettlever og leverbetennelse), komorbiditeter, graviditet og kronisk alkoholoverforbruk. Noen av disse tilstander ser dog ut til å kunne betraktes som risikofaktorer i kombinasjon med bestemte legemidler (11).

Selv om eksisterende leversykdom eller komorbiditeter ikke er generelle risikofak-

torer for utviklingen av DILI kan de tilsi et mer alvorlig forløp (11). Det kan dessuten gi differensialdiagnostiske utfordringer.

Blant legemiddelrelaterte risikofaktorer har man sett at høyere doser, høy fettløselighet, uttalt hepatisk metabolisme og dannelse av reaktive metabolitter kan være assosiert med økt risiko for leverskade (11). En annen risikofaktor er polyfarmasi på grunn av mulige farmakodynamiske og farmakokinetiske interaksjoner (2, 11).

### Diagnose

Per i dag finnes ingen spesifikke biomarkører eller andre sikre diagnostiske tester for idiosynkratisk DILI. Diagnosen bygger derfor i høy grad på sannsynlighetsvurdering og utelukkelse av andre årsaker til leverskade.

I noen tilfeller sammenfaller leverenzyminnstigning med oppstart av et legemiddel og remisjon med seponering slik at ytterligere diagnostikk ikke er nødvendig. I andre situasjoner kan det være betydelig vanskeligere å finne ut av årsaken.

Seponering kan ha både diagnostisk og behandlingsmessig verdi. Det er derfor viktig å inkludere DILI som differensialdiagnostisk overveielse helt fra starten av. Nøye kartlegging av pasientens bruk av legemidler, samt eventuelle bruk av rusmid-

i)	ALAT $\geq$ 5x øvre referansegrense (ref.) eller ALP $\geq$ 2x øvre ref. ved to separate tilfeller
ii)	Forhøyet ALAT eller ALP ledsaget av total s-bilirubin $\geq$ 43 ug/ml (eller $\geq$ 2 x øvre ref.)
iii)	Forhøyet ALAT eller ALP ledsaget av INR $\geq$ 1,5

TABELL 2. Biokjemiske kriterier (2, 12).

ler, naturmedisin og kosttilskudd, er derfor helt sentralt i anamnesen med fokus på den tidsmessige sammenhengen.

### Biokjemi

Alanin aminotransferase (ALAT), alkalisk fosfatase (ALP), bilirubin og INR er særlig relevante prøver i forbindelse med diagnostisering og oppfølging av mistenkt DILI. Verdiene kan både si noe om alvorlighetsgrad og type leverskade, og kan suppleres med annen relevant biokjemi, for eksempel gamma-glutamyltransferase (GGT) for å sikre leveretiologi. Generelt er høy bilirubin og påvirket syntesefunksjon (høy INR og lav albumin) større faresignaler, enn ALAT- og ALP-stigning alene.

Tradisjonelt har det manglet samstemte diagnostiske kriterier for DILI. Drug-induced Liver Injury Network (DILIN) har derfor foreslått følgende biokjemiske diagnostiske kriterier (TABELL 2).

Mønsteret i de biokjemiske prøvene kan avsløre om leverskaden er hepatocellulær, kolestatisk eller blandet. Hepatocellulær leverskade, som er forbundet med et noe mer alvorlig forløp, fører primært til stigning i ALAT, mens kolestatisk skade primært fører til stigning i ALP (2). Hvis det er vanskelig å avgjøre hvilken type skade det dreier seg om kan man beregne den såkalte R-verdien, som er forholdet mellom pasientens ALAT- og ALP-stigning ut fra de øvre referansegrensene (TABELL 3) (2, 12). I LiverTox beskrives de biokjemiske mønstrene man kan se ved DILI for hvert enkelt legemiddel, hvilket kan være til hjelp ved sannsynlighetsvurderingen av diagnosen.

### Annen utredning

I mer alvorlige tilfeller eller der hvor det er stor usikkerhet omkring hva som er den utløsende årsaken til avvikende leverprøver, vil deler av utredningen foregå i samarbeid med eller i regi av spesialisthelsetjenesten.

Ultraljdsundersøkelse anbefales av flere veiledere som rutineundersøkelse ved mistanke om DILI (12–14).

Få får utført leverbiopsi. Leverbiopsi er ikke nødvendig for å sette en diagnose, men det kan være relevant ved langtrukne eller atypiske forløp (2, 12–14). Det histologiske mønsteret er i seg selv ikke diagnostisk, men kan styrke sannsynlighetsvurderingen.

Endelig og sikker diagnose av idiosyn-

kratisk DILI krever sannsynlighetsvurdering på alle ovenstående trinn parallelt med utelukkelse av andre årsaker til leverskade. Dette kan være en omfattende og tungvint prosess. Ut over LiverTox finnes også Roussel Uclaf Causality Assessment (RUCAM)-skalaen (15), et hjelpeverktøy utviklet til trinnvis sannsynlighetsvurdering av DILI. Denne finnes også tilgjengelig i en digital versjon (ReCAM) (16).

### Håndtering

Ved mistanke om legemiddelutløst leverskade skal legemidlet som utgangspunkt seponeres og pasienten følges videre for å sikre remisjon (2, 12–14). I de fleste tilfellene normaliserer prøvene seg spontant i løpet av uker til måneder. Ikterus er et dårlig prognostisk tegn, og disse pasienter bør henvises til spesialisthelsetjenesten (2, 12–14).

Ved asymptomatisk lett leverenzymstigning som ikke oppfyller DILI-kriteriene, for eksempel ALAT  $\leq$  to til tre ganger øvre ref., trenger man ikke nødvendigvis å endre legemiddelbehandlingen. Noen legemidler kan gi en forbigående stigning i leverenzymmer i oppstartsfasen, før leveren har adaptert seg til den nye behandlingen (12, 14). Man kan derfor velge å følge disse pasientene for å forsikre seg om at leverenzymstigningen ikke er vedvarende eller at den forverres.

Det finnes ingen absolutt konsensus for når et legemiddel bør seponeres eller når man bør henvises til spesialisthelsetjenesten. Man bør i hvert enkelt tilfelle gjøre en individuell vurdering ut fra hvilket legemiddel det dreier seg om, indikasjonen for legemidlet, sannsynligheten for DILI, alvorlighetsgraden av leverskaden og pasientens sårbarhet (14). Ved behov for drøfting kan man med fordel konferere med en spesialist innen enten gastroenterologi eller klinisk farmakologi, eller henvende seg til RELIS.

### Nytt behandlingsforsøk?

Som utgangspunkt anbefales ikke å gjenopptatte et legemiddel som har ført til idiosynkratisk DILI, da det finnes rapporter om kraftige immunreaksjoner og alvorlig leverskade ved ny eksponering (2, 12–14). Hvis man etter en nøye nytte-risikovurdering likevel velger å gjenoppta behandlingen, bør terskelen være lav for å avbryte ved tegn på

$R = (s\text{-ALAT}/\text{ALAT øvre ref.})/(s\text{-ALP}/\text{ALP øvre ref.})$	
$R \geq 5$	Hepatocellulært mønster
$R \leq 2$	Kolestatisk mønster
$R = 2\text{-}5$	Blandet mønster

TABELL 3. Biokjemisk mønster og R-verdien (2, 12).

ny leverpåvirkning. De fleste veiledere på området setter her en grense på ALAT  $\geq$  tre ganger øvre ref.

### REFERANSER

- Norsk legemiddelhåndbok. T12.3.2.1 Legemiddelinduserte leverskader. <https://www.legemiddelhandboka.no/> (Publisert: 20. januar 2021).
- Larson, AM. Drug-induced liver injury. Version 37.0. In: UpToDate. <https://www.helsebiblioteket.no/> (Sist oppdatert: 14. april 2023).
- Hoofnagle JH, Björnsson ES. Drug-Induced Liver Injury – Types and Phenotypes. *N Engl J Med.* 2019; 381(3): 264–273.
- Björnsson HK, Björnsson ES. Drug-induced liver injury: Pathogenesis, epidemiology, clinical features, and practical management. *Eur J Intern Med.* 2022; 97: 26–31.
- Meier Y, Cavallaro M et al. Incidence of drug-induced liver injury in medical inpatients. *Eur J Clin Pharmacol.* 2005; 61(2): 135–43.
- Sgro C, Clinard F et al. Incidence of drug-induced hepatic injuries: a French population-based study. *Hepatology.* 2002; 36(2): 451–5.
- Björnsson ES, Bergmann OM et al. Incidence, presentation, and outcomes in patients with drug-induced liver injury in the general population of Iceland. *Gastroenterology.* 2013; 144(7): 1419–25, 1425.e1–3; quiz e19–20.
- Li M, Wang Y et al. Mapping the incidence of drug-induced liver injury: A systematic review and meta-analysis. *J Dig Dis.* 2023; 24(5): 332–339.
- Larson, AM. Hepatotoxicity due to herbal medications and dietary supplements. Version 34.0. In: UpToDate. <https://www.helsebiblioteket.no/> (Sist oppdatert: 29. mars 2023).
- National Library of Medicines. National Institute of Diabetes and Digestive and Kidney Diseases. LiverTox. <http://livertox.nih.gov/>.
- Li X, Tang J, Mao Y. Incidence and risk factors of drug-induced liver injury. *Liver Int.* 2022; 42(9): 1999–2014.
- Fontana RJ, Liou I et al. AASLD practice guidance on drug, herbal, and dietary supplement-induced liver injury. *Hepatology.* 2023; 77(3): 1036–1065.
- Chalasan NP, Maddur H et al; Practice Parameters Committee of the American College of Gastroenterology. ACG Clinical Guideline: Diagnosis and management of idiosyncratic drug-induced liver injury. *Am J Gastroenterol.* 2021; 116(5): 878–898.
- European Association for the Study of the Liver. EASL Clinical Practice Guidelines: Drug-induced liver injury. *J Hepatol.* 2019; 70(6): 1222–1261.
- National Library of Medicines. National Institute of Diabetes and Digestive and Kidney Diseases. LiverTox. Roussel Uclaf causality assessment method (RUCAM) in drug induced liver injury. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK548272/> (Sist oppdatert: 04. mai 2019).
- Hayashi PH, Lucena MI, Fontana RJ. RECAM: A New and Improved, Computerized Causality Assessment Tool for DILI Diagnosis. *Am J Gastroenterol.* 2022; 117(9): 1387–1389.

Relis Vest  
KATJA LUNDQUIST • Lege  
HEIDI EIKELAND • Farmasøyt  
JAN SCHJØTT • Overlege





# SHINGRIX

VAKSINE MOT HELVETESILD  
(REKOMBINANT, MED ADJUVANS)

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

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



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

**Ca. 94 % av dine pasienter over 50 år har allerede viruset som forårsaker helvetesild i kroppen, og 1 av 3 personer vil få sykdommen i løpet av livet.<sup>3,4</sup>**

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

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

### UTVALGT SIKKERHETSINFORMASJON:

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

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

Pris: 1921,40 kr per sett (1 hetteglass pulver til injeksjonsvæske, 1 hetteglass 0,5 ml suspensjon til injeksjonsvæske). Shingrix er en ikke-levende vaksine

\*To fase III-, placebo-kontrollerte, observatør-blindede effektstudier med Shingrix ble utført hos voksne  $\geq 50$  år med 2 doser administrert med 2 måneders mellomrom:<sup>2</sup>

- ZOE-50: Totalt vaksinerte kohort (TVC) på 15 405 voksne  $\geq 50$  år som fikk minst én dose av enten Shingrix (n=7 695) eller placebo (n=7 710).

Alder  $\geq 50$  år: vaksineeffekt 97,2 %, 95 % KI [93,7; 99,0]. Median oppfølgingsperiode 3,1 år.

- ZOE-70: TVC på 13 900 voksne  $\geq 70$  år som fikk minst én dose av enten Shingrix (n=6 950) eller placebo (n=6 950).

Alder  $\geq 70$  år (ZOE-50 og -70 samlet): vaksineeffekt 91,3 %, 95 % KI [86,8; 94,5] Shingrix (n=8 250) vs. placebo (n=8 346). Median oppfølgingsperiode på 4,0 år.

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

**Referanser:** 1. Strezova A, et al. Long term protection against herpes zoster by the adjuvanted recombinant zoster vaccine: interim efficacy, immunogenicity, and safety results up to 10 years after initial vaccination. Open Forum Infect Dis 2022 Oct 23;9(10):ofac485. doi: 10.1093/ofid/ofac485 2. Shingrix preparatomtale (12/2022).

3. Rimseliene G et al. Varicella-zoster virus susceptibility and primary healthcare consultations in Norway. BMC Infect Dis. 2016 Jun 7;16:254. doi: 10.1186/s12879-016-1581-4. 4. Sæther EM. Helvetesild i et samfunnsperspektiv. Oslo Economics, mai 2023 (sykdomsinfo.no/samfunnsperspektiv)



For mer informasjon om Shingrix,  
scan QR-koden eller gå inn på [shingrix.no](http://shingrix.no)

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

**GSK**

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

Velkommen og lykke till!  Tove Rutle – lagleder

# Tilgivelse og sokker...

Min mormor var en klok kvinne med et godt hode, som likte å lære seg vers og dikt. Det gjorde stort inntrykk på meg da hun langt opp i 80-årene deklamerte hele Terje Vigen (43 vers) utenat. Jeg synes Terje Vigen er et nydelig dikt som først og fremst forteller om forsoning og tilgivelse. Jeg ønsker å dele et vers fra dette episke diktet som jeg liker spesielt godt. Jeg tror det er mye «uforløst» god helse som kan komme fram ved å ta til seg disse begrepene.

Så vil jeg også dele et dikt som handler om noe så helt vanlig som å finne riktig par sokker i en travel morgenstund...

## Forståelig

Eg er ikkje så oppteken av sokkepar om morgenen eller kvelden for den saks skuld.  
Det held at den eine sokken liknar den andre at dei er nesten svarte eller går i tonar av grått.  
Det blir enklere då, livet, når du slepp leite etter den eine som på ufattelig vis ikkje let seg finne.  
Men forsvinninga har si forklaring, tenk deg 14 sokkar som ligg i ein ring – matematikken.  
Kva finst av moglege kombinasjonar  
1X2X3X4X5X6X7X8X9X10X11X12X13X14...

87 milliarder kombinasjonar av 14 sokker i ein ring, ein stjernehimme av moglegheiter, ufatteleg og forståeleg på same tid...

PER HENNING UPPSTAD

## Terje Vigen (vers nr 40)

Lorden kom, og mylady med,  
Og mange, mange med dem;  
De rysted hans hånd til farvel og Guds fred,  
Der de stod i hans ringe hjem.  
De takked for frelsen, da stormen peb,  
For frelsen fra sjøgang og skær;  
Men Terje strøg over barnets slæb:  
«Nej, den som frelste, da værst det kneb,  
Det var nok den lille der!»

HENRIK IBSEN

Jeg vil utfordre Kari Hilde Juvkam til neste utgave av *Utpostens* lyrikkspalte. Hun har vært dedikert allmennlege i Grimstad fra 1983 til 2020. Siden 2020 har hun hjulpet pasienter med lettere psykiske plager og uvaner, blant annet ved bruk av klinisk hypnose. Pensjonist fra 1. februar 2024.

Hilsen fra  
GUNNAR MOLLESTAD



# Utposten

## annonseinfo 2024

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

**ABONNEMENT:** Papir- og nettg.: kr. 850,- årlig / Kun nettg.: kr. 690,-

### TEKNISK

**ANNONSEANSVARLIG:** Karianne Rutle

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

### MATERIELL:

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

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

**SATSFLATE:** 185 x 249,5 mm 3 spalter

**TRYKKERI:** Aksell, Aurveien 14, 1930 Aurskog. [www.aksell.no](http://www.aksell.no)

**KONTAKTPERSON:** Morten Hernæs

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

UTGAVE	BESTILLINGSFRIST	MATERIELLFRIST	UTSENDELSE
①	8. januar	17. januar	29. januar
②	14. februar	28. februar	11. mars
③	10. april	24. april	6. mai
④	22. mai	5. juni	17. juni
⑤	14. august	28. august	9. september
⑥	25. september	9. oktober	21. oktober
⑦/⑧	6. november	27. november	9. desember

### ANNONSEINFO

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

\* +3 mm for utfallende alle sider

**BILAG:** Pris ved forespørsel.

WEB

## annonser på Utposten<sub>s</sub> nettsider

### FORMAT OG PLASSERING

Annonsene vil vises gjennomgående på alle sider på [utposten.no](http://utposten.no).

Ta kontakt for info vedrørende formater og plassering.

### STANDARDPRIS

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

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

### DATO FOR UTLEGGING PÅ NETT:

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

### WEB ANNONSEANSVARLIG:

Karianne Rutle

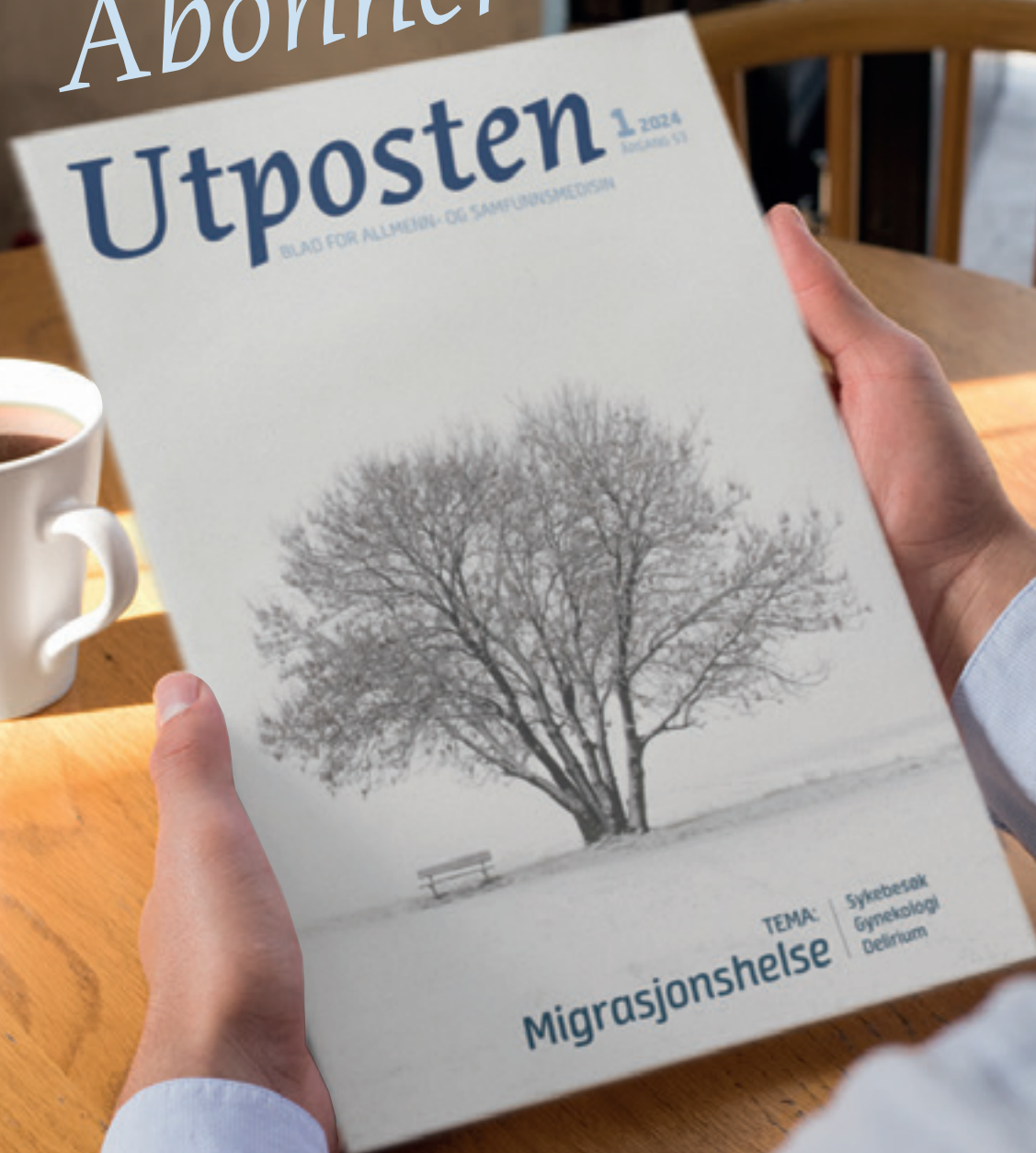
☎ 913 08 747

✉ karianne.rutle@gmail.com

[WWW.UTPOSTEN.NO](http://WWW.UTPOSTEN.NO)

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

Abonner



[www.utposten.no](http://www.utposten.no)