

Utposten

6 2024
ÅRGANG 53

BLAD FOR ALLMENN- OG SAMFUNNSMEDISIN

Terje Johannessen:
Fra idé til legehåndbok

Fibromyalgi
Trygderetten
Førstegangsmødre

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:

Zoltan Tot

DESIGN/LAYOUT:

Morten Hernæs

Aksell

TRYKK:

aksellDu finner Utposten på
www.utposten.no**1** LEDER: Utposten SOS*Njål Flem Mæland***2** UTPOSTENS DOBBELTTIME:**Fra idé til legehåndbok – for et liv!***Terje Johannessen intervjuet av Njål Flem Mæland***8** Redaktørgleden i Utposten*Arild Iversen***10** De russiske genier – og oss*Njål Flem Mæland***13** Fibromyalgi er forklarlig og mulig å gjøre noe med*Anne Marit Meningshoel***16** Fibromyalgi – en oppdatering*Egil Fors***22** Trygderetten – en kilde til læring*Njål Flem Mæland***24** Hva må gjøres av utredning og behandling før vi gir opp?

En uføresak fra Trygderetten

*Njål Flem Mæland***26** Selvhjelpsmedisin*Endre Skjølberg***27** NCGP: Tabletter frem for flydende medicin*Lovisa Nordin og Asthildur Arnadottir***28** Fastlegers rolle i forskning på førstegangsmødre*Maria Ekre, Kjersti Stabell Wiggen, Eva Marie Flaathen, Anne Grete Tøge og Joakim Finne***30** INNPOSTEN: Samhandling om akutt psykisk lidelse*Jan Håkon Juul***34** AFE TROMSØ: Med tverrfaglig blikk på symptomer*May-Lill Johansen***36** Marits øye. NCL**37** Sakset fra forskning. Kompilert av Lisbeth Nilsen**38** LEGEFORENINGENS HJØRNE:**Våger samfunnets 'vi' å bestemme oss for hvem vi ikke skal prioritere?***Tony M. W. Elvegaard***40** BOKANMELDelse: Hva det må ha kostet*«Alle ting vil aldri bli som før» anmeldt av Eli Berg***40** BOKANMELDelse: Hvor er vi på vei, tro?*«Pasientjournalen» anmeldt av Eli Berg***41** BOKANMELDelse: Oppdatering på sitt beste*«Innføring i helse- og sosialpolitikk» anmeldt av Eli Berg***43 FASTE SPALTER**HVA LESER LEGEN **43**TIPS & RÅD **44**RELIS **46**LYRIKKSTAFETTEN **49**

Utposten SOS

Denne lederen er et aldri så lite rop om hjelp – før det er for sent. Men først noen ord om det som er vel og bra, eller kanskje «tøv og tant», om man skal si det med Peer Gynt.

Siden jeg i 1995 bestemte meg for å bli allmennlege, har *Utposten* vært en trofast følgesvenn. Her har jeg følt meg hjemme. I de første og fleste årene som leser, av og til som bidragsyter. I de siste snart fire årene som redaktør. *Utposten* har hatt en plass i min hverdag og en plass i mitt hjerte. Det er jeg ikke alene om. Gjennom 52 år har *Utposten* gledet og opplyst sine lesere. Mange ganger har jeg hørt gode kolleger si at *Tidsskriftet* er vel og bra, men at det er *Utposten* de har mest glede og nytte av.

Tidsskriftet har en annen profil enn oss. Man kan godt si at *Tidsskriftet* er mer seriøst, i den forstand at terskelen for å trykke artikler er høyere. Det kreves mer rigide og gjennomarbeidede artikler. Porten er smalere. Målgruppen er også en annen; *Tidsskriftet* skal favne alle leger. Her ligger vår styrke: Vi og våre skribenter skriver med en løser og friere penn, og kan derfor tillate oss ord mer direkte fra hjerte og hjerne uten så mange filtre. Vi kan også spisse målgruppen og ha allmennlegen og samfunnsmedisineren i våre tanker når vi skriver. Slik blir vi friere i formen og slik treffer vi mer direkte. Igjen et sitat fra Peer Gynt: «Når utgangspunktet er som galest, blir resultatet oftest originalest!»

En ytterligere funksjon *Utposten* har hatt, er å gi utvikling og muligheter. Både skribenter og redaktører har gått videre til nye og andre oppgaver etter å ha fått sin dåp og sin utvikling i *Utposten*. En rask titt på listen over tidligere redaktører vil bekrefte denne påstanden.

Utposten er altså viktig og har en plass. Hvorfor da overskriften om et SOS? Jeg vil ikke gå så langt som å si at alarmen har gått, men jeg er bekymret. Vi har blitt færre hoder og hender i redaksjonen.

Det gir mer oppgaver til hver enkelt. Slik kan det ikke fortsette. Vi har spurt mange om å bli med. De vi spør er gjerne allerede engasjert i mangt og meget, og har gode grunner til å si nei til ytterligere oppgaver. Det er forståelig. Men skal vi fortsette vår ærerike tradisjon, så trenger vi nye redaksjonsmedlemmer. Vi trenger også at våre lesere sender oss bidrag og forslag til artikler!

Hva kan vi love? Et verv er ikke betalt, men gir mening. Det er utviklende og gir nettverk. Det gir et fellesskap – innad i redaksjonen knytter vi sterke bånd både profesjonelt og privat, bånd som varer ut over tiden i *Utposten*. Vi ser alle fram til våre halvårlige fysiske samlinger. Hvert annet år legges en av samlingene utenlands, og *Utposten* har vært i både Alexandria og Edinburgh, for å nevne noe. Som allmennlege kjenner jeg lett på faglig isolasjon. Her er redaksjonsarbeidet en god motvekt.

Derfor denne oppfordringen: Har du noe på hjertet – skriv! Vi vil hjelpe deg i prosessen om du ønsker det. Alle tekster blir bedre med innspill. Magne Nylenna, som blant annet kan titulere seg som forfatter, har nylig skrevet for oss. Selv han ba innstendig om et kritisk blikk på sin artikkel og fikk det!

Hverdagen i samfunns- og allmennmedisinen gir opplevelser og inntrykk som det er verd å skrive om. Mange av oss gjør seg tanker om samfunnet vi lever i. Om du forsker, men ikke er i mål med endelige resultater, så er det likevel mulig å skrive om prosjektet. Mulighetene er mange.

Å bli med i redaksjonen føltes som et stort skritt. Det innebærer arbeid, ja, men med full redaksjon er omfanget overkommelig og det gir tilbake i mangfold. Ta gjerne kontakt!

NJÅL F. MÆLAND
NFLEM@ONLINE.NO

Fra idé til legehånd

Terje Johannessen ■ INTERVJUET AV NJÅL FLEM MÆLAND

Terje gikk av med pensjon ved nyttår 2023, 73 år gammel. Han har lagt bak seg et yrkesliv som er så spinnvilt innholdsrikt at det knapt er til å fatte. Han startet og fullførte storverket Norsk Elektronisk Legehåndbok (NEL), men alt det andre han har gjort ville alene vært nok til et intervju. Det skal bli spennende å høre hva han tenker når han nå tar et tilbakeblikk. Det skulle ikke forundre meg om han er vel så opptatt av å se fremover.



Terje ved skrivebordet hvor han har tilbrakt så mange timer og lagt grunnlaget for det som i dag er et så viktig oppslagsverk.
FOTO: PRIVAT

bok – for et liv!

Mitt første møte med Terje var på 90-tallet. Vi var sammen i komitéen som skulle planlegge det nye, fulle medisinstudiet i Trondheim. Jeg var studentrepresentant, han var allmennlege og professor. I gruppen tok Terje en aktiv rolle, og spesielt husker jeg at han til et møte dukket opp med en tykk perm som han delte ut til hver enkelt i komitéen. Det var et ferdig utkast til studieplan! Jeg visste at han samtidig var allmennlege på Hallset, og at han forsket. Det ante meg at dokumentet måtte ha blitt produsert i kveldstimer og helger. Som ung allmennlege dro jeg noen år senere på Grunnkurs A på Voss. Der dukket Terje opp som foreleser. Noen år etter det igjen ville tilfeldighetene at jeg selv ble fastlege på hans tidligere legesenter på Hallset. Der ble Terje omtalt med stor respekt. Hans slagord for senteret levde videre: Vi skulle være «Best i byen!». Jeg ble på Hallset introdusert for noen disketter som skulle endre mitt liv som fastlege, og fikk høre at også dette var noe Terje sto bak. Senteret abonnerte på legehåndboken, et oppslagsverk som ble matet inn fra CD-plater. Jeg fant raskt ut at jeg ved hjelp av legehåndboken kunne øke kvaliteten på mitt arbeid, og

samtidig spare tid ved å slippe å ringe til sykehusspesialister. Det var en oppdagelse jeg ikke var alene om: I 2011 abonnerte 95 prosent av alle norske allmennleger på legehåndboken!

Dette er små glimt av mine tilfeldige møter med Terje, men det er glimt som viser noe av mangfoldet i legelivet hans. Men hans karriere er mer innholdsrik enn disse glimtene. Jeg gleder meg til å høre mer. Vi har avtalt å møtes på pinseaften kveld. Kveldssolen hviler over hans hjem på Saupstadtoppen, mens jeg sykler opp de siste bakkene.

Rosenborg

Hjemme hos ham treffer jeg ektefelle Bente, som jeg jobbet sammen med i mange år da hun var helsesekretær på Hallset, og sønn Tor Andre, som blant annet har vært redaktør i *Utposten*. De to ser på fotball på TV, Rosenborg møter Tromsø på bortebane, og vi gleder oss over at RBK leder med to mål. En traurig serie med tap ser ut til å være over. Terje tar raskt ordet:

– Jeg er jo født i Trondheim og oppvokst på Bispehaugen, i kjerneområdet for Rosen-

borg-laget. Jeg var fast på Lerkendal og sprang alltid hjem for å se kampen om igjen på Sportsrevyen! Så jeg har alltid vært ihuga RBK-fan.

Da er vi ved starten. Terje forteller videre:

– 20 år gammel dro jeg til Bergen for å studere medisin, og der traff jeg Bente. Etter studiet var jeg luta lei av regn og ville ha vinter. Det fikk vi på Tynset, der jeg var i sykehusturnus. Så ble det et halvt år turnus i distrikt i Stjørdal, før jeg begynte på Hallset legesenter ved nyttår 1978. Jeg var alt kjent med senteret fra sommerjobber der. Jeg tok over etter Geir Jacobsen som gikk over i en stilling som professor. Praksisen solgte jeg ikke før i 1998, men i mange år var det mye vikarbruk. Jeg stortrivdes i mine tjue år som allmennlege, men har likevel ikke savnet pasientarbeidet. Jeg har tenkt at gjennom det jeg gjør i legehåndboken, kan jeg hjelpe tusenvis av pasienter, mens jeg på Hallset bare møtte en om gangen. Utviklingen av legehåndboken ble så meningsfylt for meg at det dempet savnet av pasientene.

Jeg nikker. Dette er forståelig. Mening er viktig og kan om så trumfe innhold. Men vi har ved å snakke om legehåndboken allerede foregrepet begivenhetene. Mens Bente

På 1990-tallet satt Terje her på kvelder og i helger og jobbet med det som skulle bli *Norsk Elektronisk Legehåndbok*.

FOTO: PRIVAT



serverer kaffe og vafler, prøver jeg å strukturere samtalen. Jeg nevner at vi også må snakke om Nidaroskongressen, Nidarosfondet, om forskning og doktorgrad, og ikke minst om hvordan legehåndboken ble til. Hvor skal vi begynne?

Forskning

Terje har funnet en naturlig start og tar selv ordet:

– I 1980 var jeg tre måneder på gastroenterologisk seksjon på RiT (Regionsykehuset i Trondheim, nå St. Olavs hospital) i sykehus-tjeneste som ledd i videreutdanning til spesialiteten allmennmedisin. Der ble jeg kjent med overlege og professor Hermod Petersen. Han var en visjonær kraft. Han var opptatt av hvordan vi kunne få til en god samhandling mellom primær- og sekundærhelsetjenesten. Det er en tankegang som har påvirket meg mye. På hans initiativ dannet vi det vi kalte «Gastrogruppen Trondheim». Der var det to andre gastroenterologer og tre allmennleger. Disse tre var Ingard Løge, Pål Kristensen og meg selv. I 12 år hadde vi ukentlige møter hjemme på omgang hos den enkelte. Vi diskuterte artikler og kom i gang med egen forskning.

– Jeg begynte å skrive på artikler og ga dem til Hermod. Da jeg fikk tilbake mine utkast fra ham, var det gjort så store endringer at det var vanskelig å se hva utgangspunktet hadde vært! Men metoden ga utvikling, og etter hvert ble behovet for input

fra Hermod mindre. Jeg lærte å forske og jeg lærte å skrive selvstendig. Det ene tok det andre, og da vi kom til 90-tallet så Hermod at dette kunne bli en doktorgrad – selv om det aldri hadde vært målet. Slik ble min akademiske karriere til. Da jeg først hadde disputert i 1992, lå det så mye forskning i doktorgraden min at jeg raskt ble professorkompetent. Ganske snart fikk jeg et professorat på Institutt for samfunnsmedisinske fag ved Universitetet i Trondheim (nå NTNU).

Jeg nikker. Det fins mange veier inn i forskning. Terje sin vei gikk altså gjennom et lærer-svinn-forhold med en etablert sykehuslege og professor, mens han var i vanlig praksis som allmennlege. Terje ser på meg.

– Nå må jeg hoppe litt i tid, sier han.

Nidaroskongressen

– Pål Kristensen og jeg var på en rekke kongresser i gastroenterologi. Der så vi hvordan store kongresser ble arrangert. Vi tenkte at det må vi kunne få til i Trondheim også! Det må være mulig å lage slike kongresser for allmennleger i vår by, og slik ble idéen om Nidaroskongressen født. Første kongress ble arrangert i 1990 og så igjen i 1991. Vi kom da til at vi ville arrangere kongressen annethvert år, alternerende med Primærmedisinsk uke i Oslo. De fikk 1992 og så fikk vi 1993, og slik har det fortsatt. Jeg var leder for de tre første kongressene.

Terje stopper litt opp. Han fastslår at han må ta nok et sprang tilbake i tid, og fortsetter:

– På 80- og 90-tallet arrangerte vi høstkurs og vårkurs. Vi hadde, som det var vanlig å ha den gangen, utstillere fra industrien. Vi tenkte at det måtte være bra om penger fra industrien går til noe mer fornuftig enn middager for legene. Vi laget et fond og kanaliserte sponsede midler inn i Fondet for å fremme allmennmedisin i Trøndelag – Nidarosfondet. Fondet skulle få betydning for meg selv senere.

Jeg nikker og kan fortelle at også jeg har fått midler fra fondet. Harald Sundby og mitt eget prosjekt med å lage en enkel lærebok i klinisk kommunikasjon fikk midler derfra. Terje smiler fornøyd og bemerker at det var nettopp slike prosjekter fondet var tiltenkt å finansiere.

Vi må tilbake til doktorgraden din, Terje, sier jeg. Terje fortsetter:

– Doktorgraden var en metodeutvikling: «Controlled single subject trials», også betegnet «N of 1 trials». Randomiserte, kontrollerte forsøk på enkeltpersoner med dyspepsi. Flere av artiklene var rene metodeartikler. Den endelige modellen innebar at pasienten fikk 12 tabletter, seks med placebo og seks med cimetidin. Rekkefølgen av tablettene var parvis randomisert og forsøkene var dobbelt-blinde. Når forsøket var fullført, kunne vi bryte koden sammen med pasienten og der og da avklare om pasienten var en responder på cimetidin med statistisk signifikans.

En ny studieplan

Og med det åpner vi et nytt kapittel: universitet og undervisning, bemerker jeg.

– Ja, sier Terje. En lykke for meg var at universitetet hadde fått et oppdrag fra helseminister Gudmund Hernes om å lage et innovativt, nytt klinisk studium. Vi var flere allmennleger som engasjerte oss i det, blant annet Arne Ivar Østensen og Åge Bjertnes. Vi satte oss ned og diskuterte hvordan vi ville at det nye studiet skulle bli. Jeg hadde lært meg at veien til makt går gjennom å bli sekretær. Erfaringen er nemlig at få endringer blir gjort på det første utkastet! Jeg tilbød meg derfor å skrive et utkast, som så ble et innspill til dekan Kåre Molne. Han likte planene. Ansvarlige for prosjektet med det nye studiet var Helge Bjørnstad Petersen og Ole-Jan Iversen. Sammen med dem var jeg med og studerte problembasert læring på forskjellige universiteter, blant annet Linköping, Maastrecht, Albuquerque, McMaster og Harvard. Min deltakelse ble finansiert av det tidlige-

Terje Johanessen spikret opp doktorgradsavhandlingen på veggen i Institutt for samfunnsmedisin i Trondheim etter disputasen høsten 1992. FOTO: PRIVAT



re nevnte Nidarosfondet. Vi kom hjem som misjonærer som hadde sett lyset. Vel hjemme, møtte vi motstand i fakultetsrådet mot denne typen undervisning. Etter en lang prosess ble likevel problembasert læring vedtatt som bærende for det nye studiet. Etter modell av «Strimman» i Linköping og «Doctor-patient-course» ved Harvard ble jeg inspirert til å utvikle lege-pasientkurset ved det nye studiet i Trondheim. De to første studieårene var studentene annenhver uke hos allmennlege og uken imellom på fakultetets ferdighetslaboratorium. I de to første årene med det nye studiet, fra 1993–95, jobbet jeg med dette kurset, og lå hele tiden to uker foran studentene.

Pilarene i det nye Trondheimstudiet skulle være indremedisin, kirurgi og allmennmedisin.

Lærebok og NHI

Det høres heseblesende ut, bemerker jeg. Og opp i alt dette skjer det noe som skal føre fram til legehåndboken? Terje nikker igjen.

– Det stemmer. Historien er slik: Jeg ble invitert til å bli med i redaksjonskomitéen for den nye læreboken i allmennmedisin. Steinar Hunskaar var redaktør. Vi diskuterte allerede på det første møtet om vi skulle lage boken på papir eller digitalt. Det var fire som stemte for papir, og en som stemte for digitalt. Den ene var meg. Jeg sa kjepphøyt da jeg ble nedstemt, at da skulle jeg selv lage en digital lærebok! Slik skulle det også bli, etter hvert.

I arbeidet med læreboken hadde jeg blant annet ansvar for mage-tarm-delen. Førsteutgaven av den nye læreboken i allmennmedisin ble publisert i 1997. Men tanken om en digital bok levde i meg.

I 1996 var vi seks personer som ble enige om å lage et selskap sammen. Dette selskapet ble NHI, Norsk helseinformatikk. Målet var å lage en digital lærebok. Vi kom i dialog med Sosial- og helsedepartementet og søkte der om midler til å lage et elektronisk oppslagsverk for allmennleger. Sommeren 1997 fikk vi en slik avtale. Vi fikk 700 000 kroner i året i tre år, alt for lite til å drive en slik prosess. Men vi fikk også støtte fra Statens nærings- og distriktsutbyggingsfond (SND). Jeg var da fast bestemt på å gå helt inn for å satse på dette. Jeg gikk over fra professor I til deltidsstilling som professor II ved universitetet, og sluttet helt på Hallset. NHI hadde ikke midler til å lønne meg, men jeg fikk en stilling i SINTEF Unimed som leder for Senter for samhandling, hvor jeg var eneste ansatt. I tre år fikk jeg lønn derfra. Jeg ble utlånt til RiT-2000 prosjektet og til plan-





Terje koser seg med vedlikehold av hus og eiendom, men det blir óg tid til avslapning i eksempelvis Spania, der han og kona har en eiendom. FOTO: PRIVAT

leggingen av nytt sykehus i Follo. Hovedjobben var likevel å skrive på Legehåndboken. SINTEF fakturerte NHI, som i mangel av penger betalte SINTEF i form av aksjer i selskapet. Slik ble fremdriften sikret. Vi fikk også en avtale med forlaget som ga ut læreboken i allmennmedisin, om at vi kunne bruke innhold herfra. I tillegg hadde vi tilgang til flere lokale prosedyrepermer som ble utviklet på 90-tallet, blant annet ledet av Sigurd Førre i Trondheim og Gisle Roksund i Telemark.

Naivitet

– Samholdet mellom oss seks som startet NHI raknet, en etter en falt fra. Til slutt var det bare meg igjen av gründerne. Jeg har tenkt på hvorfor det ble slik. En viktig grunn var nok uenighet mellom oss seks. Men at jeg ble den eneste som fullførte løpet med å utvikle legehåndboken, skyldtes kanskje en av mine fremste egenskaper: naivitet. Jeg tror alt jeg prøver på er oppnåelig. Jeg ser mulighetene, ikke begrensningene. Jeg tror det er mulig å få til ting. Det gjør at jeg står i det og ikke mister troen.

Arbeidet førte fram, og i 1999 kom førsteutgaven på diskett og senere på CD, og til slutt på nett.

– Et problem var at vi var i forkant av tiden – mange allmennleger hadde ikke engang datamaskin, og var gjerne ikke lesere av disketter og CD-er. Det gjorde at vi slet. På et tidspunkt var det så vidt vi ikke havnet i skifferetten. Fra 2000 til 2004 var vi bare fire ansatte, og vi sprang mer etter investorer og penger enn vi jobbet med selve produktet. Min familie solgte på et tidspunkt et landsted for å investere i NHI. Også andre aksjonærer kom inn og berget driften. Siden 2004 har vi gått i pluss. I 2011 ble vi kjøpt opp av

det svenske forlaget Bonnier. Jeg og min familie er nå helt ute av eiersiden. Hele tiden har det vært en soleklar forutsetning: Legehåndboken skal ikke ha sponning, den skal være helt industriuavhengig.

Da vi markedsførte produktet NEL, ble vi ofte møtt med reaksjoner om at vi var «kommersielle». Vårt svar på det var at vi har vært en del av en statlig støttet næringsutvikling i helsesektoren. Da vi hentet inn private investorer, så var det nettopp fordi det var et klart ønske fra det offentlige at vi skulle få privat kapital inn i et innovativt helseprosjekt.

Omfattende

Jeg oppsummerer: Du har nå fortalt om tilblivelsen til legehåndboken, og også noe om veksten. Kan du si noe mer om omfanget håndboken har fått?

– Ja, det må jeg si noe om. Da vi lanserte legehåndboken i 1999 hadde vi under 800 artikler. I dag har vi 10 000. Hver enkelt artikkel har dessuten et mye større omfang. Det er samtidig et dilemma. Vi ønsker jo et oppslagsverk som er lett å finne fram i. Jo mer vi dytter inn, jo mindre oversiktlig blir det. Håkon Grimstad og jeg besøkte redaksjonen til UpToDate i Boston. De fortalte at deres produkt var et «twenty minutes approach». Til det svarte Håkon at vi har et «twenty seconds approach!». Denne tilnærmingen har vært helt avgjørende for vår suksess. Det må gå raskt å slå opp når man lurer på noe. Samtidig er det slik at dersom vi gjør teksten ultrakort, vil den fort fremstå som «imperativt» – hva du skal gjøre. Medisinen er kompleks og kan derfor ikke alltid forenkles til kategoriske råd. Vi har dessuten ønsket å vise hva som er vitenskapen bak det vi skriver. Vi har

forsøkt å løse det ved å bruke «kollapset» tekst, altså overskrifter som så må åpnes.

– Det var litt om omfanget av selve innholdet. Og så var det utbredelsen, sier jeg.

Terje tar raskt også denne tråden:

– Ja, i 2005 hadde vi 40 prosent av allmennlegene som abonnenter. Vi fikk da en avtale med Helsebiblioteket (som var underlagt Helsedirektoratet) fra 2006 og i tre år. Avtalen var lite lukrativ for oss, men den førte til at vi fikk en avtale også med danske myndigheter. De kjøpte innholdet av oss og oversatte til dansk. Fri tilgang til NEL ga oss også god markedsføring. Da avtalen opphørte i 2010 førte det til et ramaskrik blant legene, og sommeren 2010 tegnet nær 90 prosent av norske allmennleger abonnement. I Sverige er det ikke legen, men landstingene som inngår abonnementsavtaler med Medibas, den svenske utgaven av NEL. For øyeblikket har cirka 70 prosent av svenske allmennleger tilgang til produktet. I Tyskland, Deximed, har vi nærmere 6000 abonnenter, flere enn i Norge. I Danmark er Lægehåndboken nasjonalt oppslagsverk for hele helsetjenesten og alle har fri tilgang.

Jeg nikker:

– Når vi snakker om omfang. Ditt arbeid har også vært omfattende, Terje.

– Ja, de første ti årene var det lange arbeidsdager. Jeg jobbet vanlige dager på kontoret, og så stort sett hver kveld. Det var også lange arbeidsdager hver helg. I flere år var det bare jeg som skrev artikler. Men: Jeg har hatt verdens beste jobb. Jeg har fått sitte der, helt i fronten av den medisinske utviklingen. Jeg har kunnet følge med, lese og lære for så å omsette det til artikler som direkte påvirker arbeidet til hver enkelt allmennlege i Norge. Min misjon har vært å korte ned gapet fra ny kunnskap blir skapt til den inngår i praktisk medisin. Det har vært en sann

glede. Jeg har vært heldig. Jeg har også vært i en posisjon hvor jeg hele tiden får møte fremstående klinikere. Jeg har fått se dem fryde seg over hvordan vårt verktøy bedrer deres arbeidshverdag.

Forsakelse

Jeg nikker, smiler og sier lett leende: Nå spør jeg for en venn, Terje: Oppi alt du har gjort som lege, har du gått glipp av noe?

Terje tenker seg om før han svarer.

– Spør du Bente så har jeg til tider forsømt og vært fraværende fra både henne og barna. Samtidig ser jeg at alle de tre barna våre er begeistret for prosjektet. Alle har jobbet i NHI. Tor Andre jobber fortsatt i redaksjonen. Det samme gjør Merete, som er journalist og redaktør. Bendik har hatt ansvar for videoer i fysikalsk medisin. Så det har vært et familieprosjekt. Fra 2010 har det også blitt bedre, med færre arbeidstimer.

– Og så nå, da, Terje? Du er nå 73 år og likksom pensjonist. Jeg sier liksom, fordi jeg fortsatt ser navnet ditt på nyhetsposter fra NHI ...

– Det stemmer. De siste årene på NHI la jeg meg til vanen med å jobbe fra klokken seks på morgenen. Da var jeg alene og kunne jobbe uforstyrret. Jeg vente meg til å lete fram en medisinsk nyhet hver morgen, for så å lage en sak om det. Jeg vet at nyhetsbrevene fra NHI er mye lest. Mange jeg treffer tilfeldig takker meg for nyhetsbrevene. Jobben med nyhetsbrev har jeg tatt med meg, selv om jeg er pensjonist. Jeg bruker et par timer hver dag på å skrive en nyhet. Det er jo også en grei måte å trappe ned på. Jeg kan gjøre det fra hvor som helst i verden. Ellers koser jeg meg med vedlikehold av hus og eiendom. Om jeg ikke var lege, så

ville jeg vært murer eller snekker. Det positive er å skape noe! Vi har en eiendom i Spania, hvor vi tilbringer mye tid. Ut over det er jeg glad jeg kan spise frokost med kona mi! Jeg er fornøyd med livet mitt.

Fremtiden

Det nærmer seg slutten på vår samtale. Jeg oppsummerer igjen. Du har vært visjonær, Terje, på mange felt. Jeg vil gjerne be deg om å si noe om utviklingen av helsetjenestene i disse årene, fra ditt ståsted.

Terje fortsetter ivrig: Jeg har hatt fem pilarer hvor legehåndboken har bidratt:

- Hvordan sikre og heve kvalitet på helsetjenester?
- Hvordan skaffe likeverdige tilbud til pasienter uavhengig av hvilken lege du går til?
- Hvordan demokratisere helsetjenester slik at pasienter kan bli reelle og opplyste medvelgere?
- Hvordan få til samhandling mellom primær- og sekundærhelsetjenesten?
- Hvordan få til livslang læring for leger i et fag som endrer seg over tid?

For å nå disse fem målene er NEL egentlig et problembasert læringsverktøy: Et problem oppstår, man slår opp og lærer noe der og da. Der jeg tenker det mangler mest, gjelder pilaren om samhandling. Det er trolig også det mest krevende og komplekse.

Fremover tenker jeg at en videreutvikling av NEL må innebære en større grad av integrering i journalsystemer. Her ser jeg for meg at faglige råd dukker opp – at det for eksempel foreslås aktuelle prøver som så er enkle å rekvirere. Altså en tettere integrasjon mellom oppslagsverket og journalverktøyet.

Jeg tenker også at NEL har en plass i spesialisthelsetjenesten. Legehåndboken er utviklet som et allmennmedisinsk verktøy, men mange spesialister har sagt til meg at håndboken er av stor verdi også for dem, spesielt for å se inn i andre fagfelt enn sitt eget. Derfor mener jeg NEL er et verktøy for generell medisin. I framtiden må vi jobbe for en integrasjon med de tallrike retningslinjene som fins. Disse må bli direkte integrert i oppslagsverket. Det må i så fall gjøres på en måte som er tilpasset den enkelte brukers spesialitet, behov og preferanser.

– Hva med kunstig intelligens – KI, skyter jeg inn. Terje nikker ivrig.

– Umiddelbart tenker vi at det ligger en stor konkurrent her. Men det trenger ikke å være slik, det er også muligheter. Jeg ser for meg en integrasjon av KI i legehåndboken – at en bruker kan stille et spørsmål, og så basert på informasjon fra legehåndboken kan man få et svar.

Lokalt er jeg bekymret for Helseplattformen. Den er et blindspor. Det er ille at det bare er ett produkt som skal favne alt. Det er enda verre at det er forankret i USA. En bedre måte å gjøre det på hadde vært å ha flere forskjellige systemer som samhandlet. Nå har vi låst oss til en altfor rigid og for massiv struktur.

Terje blir stille. Det er likevel tydelig at det er noe mer han vil si. Han fortsetter: Det mest grunnleggende er likevel kommunikasjon med pasienten. Jeg vil trekke fram noe så enkelt som Pendeltons lille bok om lege-pasientkommunikasjon. Den ble det akademiske grunnlaget for lege-pasientkurset. Fortsatt ligger svaret på mye i kommunikasjonsferdigheter. I NEL har vi bestrebet oss på å bruke et enkelt språk, også der vi blir lest av leger. Vi håper det har vært et bidrag til å gi bedre kommunikasjon mellom legen som akkurat har lest vår tekst, og som så skal snakke med pasienten.

Vi må avslutte. Språk og kommunikasjon føles som riktig sted å sette strek. Med det er vi tilbake til røttene. Kommunikasjon i mange fasetter kan få stå som en rød tråd gjennom Terje sitt liv.

Jeg sykler hjem og har helt glemt Rosenborgkampen. Det er kanskje like greit. I snøvær i Tromsø har 0–2 blitt til 3–2 og nok et RBK-tap. I mangel av trofeer i fotball får jeg trøste meg med at andre trøndere vinner priser: Terje fikk i 1995 NSAMs forskningspris, i 2001 Nidarosprisen, og i 2009 en nyskappingspris for NEL. Spennvidden i disse tre prisene oppsummerer mangfoldet i Terje sitt faglige liv.

Terje er positiv til KI og ser for seg en integrasjon av KI i legehåndboken.



■ NFLEM@ONLINE.NO

Redaktørgleden i Utposten

■ ARILD IVERSEN • Redaktør i Utposten

LIVET SOM ALLMENNLEGE kan være ensomt. Selv om du treffer pasienter på løpende bånd gjennom arbeidsdagen, er det ofte lite tid til faglig refleksjon og dypdykk i emner du synes er spesielt interessante. Kanskje er det så vidt dere orker å avholde driftsmøtene, rekruttere ny sekretær og ordne med ny telefoniavtale?

Som samfunnsmedisiner kan det være minst like ensomt. Selv om du er omgitt av mange dyktige fagpersoner, er du kanskje den eneste legen i kommuneadministrasjonen. Det faglige fellesskapet må du gjerne skape selv, og det kan være utfordrende å finne noen å kvesse fagkunnskapene dine med. Kanskje er det bare du og sykehjemslegen som er brennende opptatt av samtykkekompetanse?

SLIK VAR DET FOR MEG. Etter de to spesialistutdannelsene var fullført, ble det brått slutt på samlinger med veiledningsgruppene. Det ble slutt på det evige kursjaget sammen med andre utdanningskandidater og de faglige fellesskapene ble færre og sjeldnere. Nå dukket lengselen etter faglige utfordringer sammen med engasjerte kolleger opp.

Der kunne *Utposten* hjelpe meg. De gode samtalen som oppstår i redaksjonen er både inspirerende og opplysende. Diskusjo-

ner om nye artikler, medisinske gjennombrudd, og samfunnsmedisinske utfordringer stimulerer til faglig vekst og personlig utvikling. «Hva skal det neste nummeret handle om?» eller «Er det noen som har fått med seg det siste om ...?» er typiske emner på redaksjonsmøtene.

REDAKSJONSMØTENE er digitale, foruten to redaksjonsmøter årlig. Ett på våren og ett på høsten: husfarferie av beste sort. To dager med idemyldring og slabberas langt inn i de små timer. Terskelen for å bli redaktør er lav, og arbeidsmengden er overkommelig. Det er åtte utgaver i året, med omtrent like mange redaksjonsmøter. De fleste artiklene skriver vi ikke selv, men vi leser korrektur, skriver ledere og bidrar inn i bladet med våre tanker og ideer.

Før du leser videre, må jeg innrømme at jeg nesten alltid leser språkspalten i *Tidsskriftet* og at jeg elsker rettskrivning. Hårene i nakken reiser seg når jeg leser attester fra kolleger, hvor skrivefeilene er så omfattende at de undergraver innholdet. Noen vil hevde at jeg er nerdete, jeg vil heller si at jeg har en svakhet for rettskrivning. Den endeløse kompleksiteten i skriftspråket gjør at det dessverre er en umulig oppgave å beherske alle reglene og levere 100 prosent til enhver tid. Det er litt som i medisi-

nen, vi må strekke oss for å gjøre det beste vi kan til enhver tid, i visshet om at oppgaven i realiteten er umulig.

INVITASJONEN til å være medredaktør i *Utposten* var en velsignelse. Ikke bare kunne jeg nå få delta i et faglig fellesskap med allmennleger og samfunnsmedisinere fra flere deler av landet, men jeg kunne også få utløp for mine smakfulle skrivegleder og sprudlende språkspill.

Jeg oppdaget fort at *Utposten* var mer enn en gjeng med nerdete redaktørspirer som hadde studert medisin. Det var et faglig fellesskap mellom venner!

DET Å VÆRE MEDREDAKTØR i *Utposten* er en unik mulighet til å engasjere seg i hjertet av allmennmedisinen og samfunnsmedisinen. *Utposten* gir rom for personlig og faglig vekst, mulighet til å bidra til viktig kunnskapsdeling, og til å være en del av et dynamisk og støttende fellesskap. Det er virkelig en erfaring som beriker både karrieren og livet. Har du lyst til å forsøke, bør du ta kontakt. Vi trenger flere engasjerte kolleger inn i redaksjonen. Redaktørgleden er som andre typer glede, det blir mer av den om den deles!

■ LEGE.ARILD.IVERSEN@GMAIL.COM



Skann QR-koden for å sette opp et møte med en produktspesialist. Under møtet vil dere diskutere praktisk bruk av Mounjaro og gjennomgå tilgjengelig pasientmateriell.



VEKTKONTROLL

Mounjaro er indisert som tillegg til diett med redusert kaloriinntak og økt fysisk aktivitet for vektkontroll, inkludert vekttap og vedlikehold av vekt, hos voksne med initial KMI (kroppsmasseindeks) på

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



DIABETES TYPE 2

Mounjaro er indisert til behandling av voksne med utilstrekkelig kontrollert diabetes mellitus type 2 som tillegg til diett og mosjon

- som monoterapi når metformin ikke kan benyttes på grunn av intoleranse eller kontraindikasjoner
- i tillegg til andre legemidler til behandling av diabetes.

De hyppigst rapporterte bivirkningene er gastrointestinale sykdommer, inkludert kvalme, diaré, forstoppelse og oppkast.

Mounjaro «tirzepatid» injeksjonsvæske, oppløsning i ferdigfylt penn

▼ Dette legemidlet er underlagt særlig overvåking Reseptgruppe C **Indikasjoner:** Diabetes mellitus type 2: Behandling av voksne med utilstrekkelig kontrollert diabetes mellitus type 2 som tillegg til diett og mosjon. Som monoterapi når metformin ikke kan benyttes pga. intoleranse eller kontraindikasjoner eller i tillegg til andre antidiabetikum. **Vektkontroll:** Som tillegg til diett med redusert kaloriinntak og økt fysisk aktivitet for vektkontroll, inkl. vekttap og vedlikehold av vekt, hos voksne med initial KMI på: ≥ 30 kg/m² eller ≥ 27 kg/m² - < 30 kg/m² ved forekomst av minst én vektrelatert komorbiditet. **Dosering:** Startdose er 2,5 mg 1 gang i uken, deretter skal dosen økes til 5 mg 1 gang i uken. Doseøkning å 2,5 mg kan foretas hver 4. uke om nødvendig. Anbefalt vedlikeholdsdose er 5, 10 og 15 mg, og maks. dose er 15 mg. Kan legges til eksisterende behandling med metformin og/eller SGLT2-hemmer uten doseendring, eller eksisterende behandling med sulfonylurea og/eller insulin, vurder behov for dosereduksjon. Se SPC for glemt dose, endring av doseringsplan, spesielle pasientgrupper og administrasjon. **Kontraindikasjoner:** Overfølsomhet for innholdsstoffene. **Forsiktighetsregler:** Akutt pankreatitt er sett, og pasienter skal informeres om symptomer på dette. Ved mistenkt pankreatitt, skal tirzepatid seponeres, og ikke startes på nytt ved bekreftet pankreatittdiagnose. Kombinasjon med legemidler med effekt på insulinsekresjon (f.eks. sulfonylurea og/eller insulin), kan gi økt risiko for hypoglykemi (se dosering). Gastrointestinale bivirkninger, inkl. kvalme, oppkast og diaré er sett, og kan føre til dehydrering, noe som kan medføre nedsatt nyrefunksjon, inkl. akutt nyresvikt. Pasienter skal informeres om mulig risiko for dehydrering, og ta forholdsregler for å unngå væskeunderskudd og elektrolyttforstyrrelser, spesielt eldre. Forsiktighet skal utvises ved alvorlig gastrointestinale sykdom, inkl. alvorlig gastroparese, pga. manglende erfaring. Forsiktighet skal utvises med egnet overvåking ved ikke-proliferativ diabetisk retinopati som krever akutt behandling, proliferativ diabetisk retinopati eller diabetisk makulaødem. Tilfeller av pulmonal aspirasjon er sett hos pasienter under generell anestesi eller dyp sedasjon. Før igangsettelse av slike prosedyrer, bør økt risiko for resterende mageinnhold pga. forsinket magetømming vurderes. **Graviditet, amming og fertilitet:** **Graviditet:** Ikke anbefalt under graviditet eller til fertile kvinner som ikke bruker prevensjonsmiddel. Pga. den lange halveringstiden skal tirzepatid seponeres minst 1 måned før en planlagt graviditet. Ingen/begrenset human data. Påvist reproduksjonstoksitet hos dyr. **Amming:** Overgang i morsmelk er ukjent. Det må tas en beslutning om amming skal opphøre eller behandling avstås fra, basert på nytte-/risikovurdering. **Fertilitet:** Ikke kjent hos mennesker. **Bivirkninger:** **Svært vanlige:** Hypoglykemi¹, kvalme, diaré, oppkast², abdominalsmerter², forstoppelse². **Vanlige:** Overfølsomhetsreaksjoner, svimmelhet, hypotensjon, dyspepsi, abdominal distensjon, raping, flatulens, gastroesofageal reflukssykdom, alopeci, fatigue, reaksjoner på injeksjonsstedet, økt hjertefrekvens, økt lipase, økt amylase. **Mindre vanlige:** Gallestein, kolecyttitt, akutt pankreatitt, dysgeusi. **Sjeldne:** Anafylaktisk reaksjon, angioødem ¹Svært vanlig ved samtidig bruk av sulfonylurea eller insulin, vanlig ved samtidig bruk av metformin og SGLT2-hemmer og mindre vanlig ved samtidig bruk av metformin. ²Svært vanlig i vektkontrollstudier, og vanlig i studier med diabetes mellitus type 2. **Overdosering/Forgiftning:** **Behandling:** Hensiktsmessig støttebehandling iht. pasientens kliniske tegn/symptomer. **For mer informasjon, se preparatortalen (SPC) Innehaver av markedsføringstillatelsen:** Eli Lilly Nederland B.V. **Kontaktinformasjon:** Telefon: 22881800 E-post: scan_medinfo@lilly.com **Basert på SPC godkjent av DMP/EMA:** 01.09.2024 **Pakninger og priser per 16.09.2024:** 2,5 mg: 4 x 0,5 ml (ferdigfylt penn) kr 3108,70. 5 mg: 4 x 0,5 ml. (ferdigfylt penn) kr. 3108,70. (priser og ev. refusjon oppdateres hver 14. dag). **Utarbeidet** 09/2024

PP-TR-NO-0114 09.2024

De russiske genier – og oss

■ NJÅL FLEM MÆLAND • Redaktør i Utposten

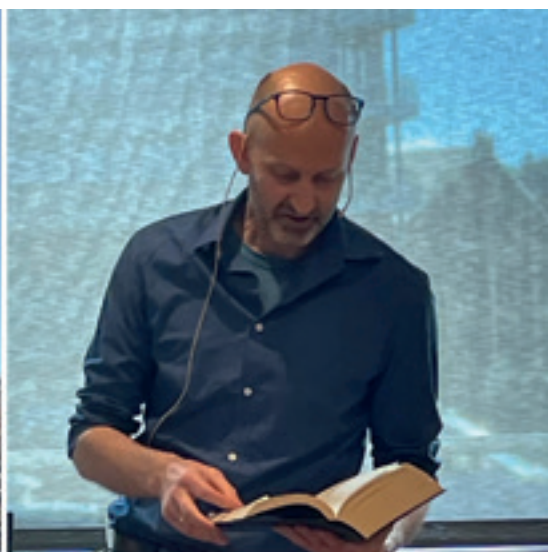
De to store russiske mestrene Fjodor Dostojevskij og Lev Tolstoj skrev sine romaner for snart 150 år siden. Romanene er skattekister som fortsatt inspirerer, også i utøvelsen av legeyrket. Vi kan lære hvordan vi bør og ikke bør utøve vårt yrke ved å lese om møter mellom pasient og lege. Mer overraskende er det at refleksjoner om helsetjenesten sin organisering fortsatt oppleves som relevante.

Våren 2024 skal jeg holde et innlegg på et kurs om «Bærekraft i medisinen» (1). Kurset i seg selv er en nyskaping, et resultat av engasjement og kreativitet fra Linn Getz og Stefán Hjörleifsson (2). Mitt oppdrag er å si noe om «Bærekraft og språk i journalen», en spennende utfordring. Her må jeg tenke nytt. Jeg har oppgaven med meg i flere måneder, og det drypper inn idéer inspirert av dagligdagse hendelser på legekantoret. Bærekraft handler om å vise edruelighet, om å finne de enkle løsninger, løsninger som ikke belaster miljøet. Typisk vil være å bruke samtalen som verktøy, heller enn billeddiagnostikk, spesialistutredning og medikamentell behandling. En bærekraftig legestil ligger tett opp mot det å ta «kloke valg» (3). Jeg må altså utforske nærmere hvordan jeg i mine journalnotater begrunner at jeg *ikke* gjør avansert utredning. Jeg må utforske hvordan jeg journalfører *samtalen* som verktøy, som diagnostikum og som behandling.

Lev Tolstoj og utmattelsen

En tidlig inspirasjon kommer fra en episode i Lev Tolstoj sitt mesterverk *Anna Karenina*. *Anna Karenina* er en monumental roman på nesten ett tusen sider, med et stort persongalleri og flere parallelle handlinger. Den starter med den berømte setningen: «Alle lykkelige familier ligner hverandre, hver ulykkelig familie er ulykkelig på sin egen måte.» Setningen har en sjelden dybde. Det fins bare en måte å være lykkelig på, men mange veier til ulykke. Er du først ulykkelig, så er det årsaken til ulykken du må gjøre noe med. Det hjelper ikke å bli rikere i penger om kjærlighetsorg er ulykkens rot. Vi skal se nærmere på Kitty sin ulykke, tidlig i romanen.

Kitty er ung, kanskje 18 år. Hun er vakker og kommer fra en rik familie. Den stødige, jordnære, trauste og sjenerte Levin har forelsket seg dypt i henne, og frir. På det tidspunkt har den verdensvante og adelige offi-



BÆREKRAFTIG JOURNALSPRÅK OG ERKLÆRINGSSPRÅK

NJÅL FLEM MÆLAND, FASTLEGE, LEKTOR NTNU,
ROL



Fjodor Dostojevskij (t.h.) og Lev Tolstoj er to russiske forfattere som har inspirert leger og andre med sine verker.

ILLUSTRASJONSFOTO: GETTY IMAGES



ILYA EFIMOVICH REPIN (1844–1930): PORTRETT AV LEV TOLSTOJ (1887)



VASILIJ PEROV (1834–1882): FJODOR DOSTOJEVSKIJ (1873)

seren Vronskij nettopp flørtet med Kitty. Hun er flattert av at han ser henne og gir henne oppmerksomhet. Nyvunnet ungdommelig selvtillit gjør at hun avviser Levin sitt frieri. Like etter treffer Vronskij Anna Karenina og blir besatt av henne. Kitty skjønner at Vronskij er en flyktig flørter, og at hun egentlig elsker Levin. Men nå er det for sent. Fanget i datidens strenge rammer for en kvinne, er hun uten utveier. Hun kan ikke kontakte Levin. Og den beskjedne Levin har forsmådd søkt tilflukt på gården sin, og vil nok aldri fri igjen. Kitty ser ingen utvei, livet er ødelagt. Hun mister matlysten, hun slutter å spise, hun raser ned i vekt.

Kittys foreldre ser sin datter bli utmattet og avmagret. De tilkaller i sin materielle rikdom en hærskare av anerkjente leger, som undersøker Kitty på ydmykende vis (avkledd!). De spekulerer i diagnoser og enes om at hun trolig lider av tæring. De forordner kurer og behandlinger, inkludert kurbadopphold i Tyskland. Tolstoj skriver om Kitty: «Hjertet hennes var knust. Hvorfor ville de helbrede henne med piller og pul-

vere?» Kitty forstår jo selv hva som skjer, og vet hvorfor hun mangler matlyst. Men ingen spør henne om hva hun selv tror er årsaken til hennes tilstand. Ingen av legene interesserer seg for pasientens perspektiv (4). Hennes kjærlighetsorg forblir uoppdaget. I stedet blir hun sendt til Tyskland og til kurbad. Vi kan i vår tid tenke: til en lite bærekraftig reise og behandling. Denne historien passer perfekt inn i mitt prosjekt om samtals kraft og den gode samtalen som veien til bærekraftig medisin! Alt i 1878 beskrev Tolstoj hvordan manglende dialog mellom pasient og lege førte til formålsløs utredning og overbehandling. Jeg planla derfor tidlig i mine forberedelser at jeg ville fortelle om Kittys uoppdagede kjærlighetsorg.

Dostojevskij og pasients kontekst

Man kan ikke bare lese Tolstoj. Det fins jo andre store russiske forfattere fra samme

epoke som også skriver romaner på tusen sider! I tiden før foredraget leser jeg Dostojevskij sin *Brødrene Karamasov*. Jeg leste den første gang i slutten av tenårene, og husker ikke så mye ut over at jeg ble dypt fasinert. Romanen er nærmest en krimroman. En far blir drept – hvem er morderen? Sentralt står de tre sønnene som representerer forskjellige livssyn og livsholdninger. Dypest sett handler romanen om det ondes problem – hvorfor skjer det så mye ondskap? Dersom det fins en god gud – hvordan kan denne guden tillate at mennesker lider? Og om det ikke fins en gud og et liv etter døden – vil ikke da menneskelivet bli en alles kamp mot alle, hvor alt er tillatt og alle bare er opptatt av sin egen nytelse, før døden uansett gjør slutt på alt?

Også hos Dostojevskij er det mye å lære om det å utøve legejobben. Vi møter flere leger i romanen. En av den er en anerkjent og kostbar lege fra Moskva. En rik velgjører

betaler denne legen for å tilse en svært syk og trolig døende gutt, Iljusja, i en lutfattig familie. Legen ankommer med sin hestekortesje, ikledd kostbare klær. Han går inn i den fattige stuen. Her tilser han gutten og gir tydelig beskjed om at håpet er ute og at gutten ligger for døden.

På vei ut fra familiens plankeskur roper den fortvilte faren ut sin bønn: «Er det virkelig ingenting, ingenting som kan redde ham?» Legen svarer: «Hvis du kunne øyeblikkelig og uten nølen sende ham til Syracuse (på Sicilia) kunne det gunstige klimaet virke, og så til doktor Lepelletieres anstalt (i Paris)...» Guttens far blir ytterligere fortvilet, feker med armene og peker på de nakne tømmerveggene i den fattige stuen: «Men kjære dem da, doktor!». Legen forstår hva faren mener, at fattigdommen gjør en slik behandling umulig. Han smiler og svarer: «Ja, det er jo ikke min sak. Jeg ga dem bare det råd som vitenskapen kunne gi, siden De spurte».

Historien er et brutalt eksempel på en «kontekstuell feil». Som leger er vi primært interessert i det som befinner seg innenfor pasientens hud, altså de kroppslige funksjoner og dysfunksjoner. Vår tradisjon og utdanning gjør det til vårt kjerneområde, det er vi trygge på. Men mennesker lever i en kontekst, relasjonelt og sosialt. Dersom legen ikke kartlegger og tar hensyn til denne konteksten i sin helsehjelp, så vil behandlingen ofte ikke lykkes (5, 6). Det er vist i studier at man kan spare betydelige beløp ved å lære opp leger til å fange opp hint om pasienters kontekst, og så ta hensyn til konteksten. I en slik studie ga én dollar brukt på kommunikasjonsundervisning 75 dollar i sparte helseutgifter (7). Besparelsen skjer fordi problemer får sin forklaring uten videre utredning, og fordi behandlingsmål nås i større grad. Spesielt unngås innleggelse.

Igen ser vi tråder til bærekraft: Legen som bryr seg om kontekst sparer seg for henvisninger og utredning, og finner forståelse for og løsning på problemer i pasientens livshistorie og sosiale kontekst. Da trengs ikke miljøbelastende utredning og behandling. Den lille historien om legen som ikke tok hensyn til Iljusja sin fattigdom tjener som en illustrasjon.

Dostojevskij og generalisten

Kvelden før jeg skal holde mitt foredrag nærmer jeg meg slutten av *Brødrene Karamasov*.

Ivan, en av brødrene, er syk og hallusinerer. I sine hallusinasjoner møter han djevelen. Scenen minner om siste akt i Peer

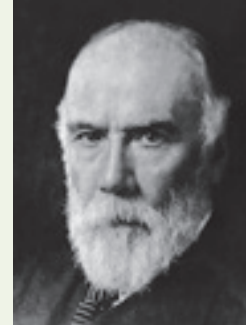
Gynt, hvor Peer møter djevelen i forskjellige forkledninger. Ivan samtaler med djevelen og denne gjør seg refleksjoner rundt sykdom og helse. Her uttaler han seg om legestanden:

«Og så denne maneren deres med å sende folk til spesialister. (...) Reis nå til den eller den spesialist, – han greier sikkert å kurere dem. Den gammeldagse doktoren, han som kurerte for alle slags sykdommer, har visst helt forsvunnet. Nå for tiden fins det bare spesialister, avisene er fulle av annonsene deres. Om du får vondt i nesen, sender de deg til Paris: der har man nemlig en berømt spesialist på neser. Du kommer altså til Paris, og han undersøker nesen din: Jeg kan bare kurere høyre nesebor, sier han, – venstre nesebor beskjefter jeg meg ikke med, det er ikke min spesialitet. Men når jeg er ferdig med Dem kan De bare reise videre til Wien, der vil en annen spesialist ta seg av Deres venstre nesebor. Ja, hva skal du gjøre? Jeg tok min tilflukt til folkemedisinen.»

Dette er jo så gjenkjennelig – tenk at dette ble skrevet for 150 år siden! Det er som skrevet inn i vår tids debatt om fastelegekrise og om generalisten sin plass i helsetjenesten. Hos Dostojevskij formulert med utsøkt humoristisk nese-bor-sans. Dostojevskij etterlyser landsbylegen. Vi ser det samme i vår tid. Også internt i andrelinjetjenesten har spesialiseringen gått så langt at generalisten etterlyses (8). Vi har forskning bak vårt rop etter generalisten (9, 10). Denne kunnskapsbasen tilhører nyere tid, men Dostojevskij forsto det likevel: Det bærer galt av sted når kroppen deles opp i småbiter som undersøkes uavhengig av hverandre. Dostojevskij forsto at det fører til frustrerte pasienter – som vender seg mot «folkemedisinen», altså det vi i dag vil kalle alternativ behandling.

Livet har merkelige tilfeldigheter. At jeg skulle oppdage Dostojevskijs betraktninger om generalisten og spesialisten kvelden før mitt innlegg om språk og bærekraft er en slik merkverdighet. Her er jo Dostojevskij ved kjernen av et så moderne begrep som bærekraft: hele mennesket. Det handler om å gjøre det enkle, uten annonser og jåleri, uten unødvendig teknologi. Løsningen på de fleste helseproblemer ligger i en god anamnese, en enkel klinisk undersøkelse, og en god samtale hvor pasientens kontekst og eget perspektiv er det sentrale. Det skjer helt uten CO₂ utslipp.

Kvelden før mitt innlegg bestemte jeg meg derfor: Jeg kan ikke snakke om bærekraftig språk i journaler, uten å referere til både Tolstoj og Dostojevskij. I attenhundretallets Russland finner jeg nødvendig inspirasjon til en samtale om vår tids problemer.



James Mackenzie sitt profetiske utsagn

Noen tiår etter Dostojevskij skrev skotten James Mackenzie en setning som senere skulle bli berømt og hyllet som profetisk. Mackenzie ble født i 1853 og regnes som en gigant både i allmennmedisin og i kardiologi. Han deler sin bekymring for den økende spesialiseringen:

I fear the day may come when a heart specialist will no longer be a physician looking at the body as a whole, but one with more and more complicated instruments working in a narrow and restricted area of the body – that was never my idea.

Trolig er dette skrevet tidlig på nittenhundretallet. Mange år senere, i 1963, fikk Edinburgh ikke bare sin, men verdens første professor i allmennmedisin, Richard Scott. Professoratet ble oppkalt etter nettopp James Mackenzie. Allmennlegen, eller landsbylegen som Dostojevskij kaller ham, har jo vært der siden medisinen opprinnelse, men er altså bare helt nylig blitt et fag.

REFERANSER

- <https://www.legeforeningen.no/kurs/2024/1/35928/> lest 14.05.24.
- Bærekraft på fastlegekontoret, Utposten nr. 3, 2024.
- <https://www.legeforeningen.no/kloke-valg/>, lest 14.05.24.
- McWhinney IR. The need for a transformed clinical method. I: Stewart M, Roter D, red. Communicating with medical patients. London: Sage, 1989.
- Listening for What Matters, Weiner SJ, Schwartz A, Oxford University Press, 2016.
- Contextualizing care: An essential and measurable clinical competency, Saul J. Weiner, Patient Education and Counseling, 2022 Mar; 105(3): 594–598.
- Weiner S, Schwartz A et al, Evaluating a patient-collected audio audit and feedback quality improvement program on clinical attention to patient life context and health care costs in the veterans affairs health care system. JAMA Netw Open 2020; 3(7): 209644.
- <https://www.dagensmedisin.no/det-trengs-breddekompetanse-i-sykehusene/625684>, lest 14.05.24.
- Hogne Sandvik et al: Continuity in general practice as predictor of mortality, acute hospitalisation, and use of out-of-hours care: a registry-based observational study in Norway, British Journal of General Practice, 2022; 72 (715): e84–e90.
- Stange Kurt C, The Paradox of Primary Care, Ann Fam Med 2009 Jul; 7(4): 293–299.

Fibromyalgi er forklarlig og mulig å gjøre noe med

■ ANNE MARIT MENGSHOEL • Fysioterapeut/manuellterapeut, professor emerita
Avd. for tverrfaglig helsevitenskap, Institutt for helse og samfunn, Medisinsk Fakultet, Universitetet i Oslo

Pasienter med fibromyalgi oppfattes ofte som krevende av helsepersonell. Tilstanden sees på som uforklarlig, og mange har et pessimistisk forhold til hva som kan oppnås med behandling. På sin side kan pasientene oppleve seg mistrodd av helsepersonell og føle seg mistenkeligjort for ikke å ville gjøre det som kreves for å bli bedre. I dag viser forskning at tilstanden kan forklares. Videre ser vi at dersom pasienter får hjelp til å skape mening av levde plager og hvordan han eller hun best mulig kan leve med dem, så kan mange bli bedre.

Karakteristisk for fibromyalgi (FM) er generelt utbredte smerter i kroppen, som varierer i både intensitet og hvor det er mest vondt. En dag kjennes det verst ut i skulder eller kne, mens en annen dag er det hodepine som dominerer. I tillegg kan pasienter rapportere uttalt tretthet, fordøyelsesproblemer, søvnforstyrrelser, kognitive vansker og nedstemthet. Det er også vanlig å erfare overfølsomhet for stimuli, eksempelvis palpasjonstrykk, lys og lyd.

Fibromyalgi – et stebarn innen medisin og helsefag

Ifølge Helsedirektoratets oppdaterte prioriteringsveileder i 2024 ligger diagnose- og behandlingsansvar for pasienter med fibromyalgi i primærhelsetjenesten. Norske leger har rangert fibromyalgi på bunn i et diagnosehierarki (1), og en britisk studie har den treffende tittelen «No-one wants to look after the FM patient» (2). Pasientene oppfattes ofte som krevende og at ingen be-

handling nytter (3). Jeg har hørt helsepersonell si at pasientene «har vondt i viljen». Det reises med det tvil om hvorvidt pasienters plager er reelle, og om pasientene er villige til å gjøre det som kreves for å bli bedre. Pasientene på sin side erfarer at de ikke tas på alvor, og at de ikke får behandling som hjelper (4). Min erfaring er at pasienter både vil og er villige til å prøve det meste for å få det bedre. I denne artikkelen settes søkelys på betydning av pasienters erfaringer og eget bedringsarbeid.

Pasienters erfaringer med diagnose og diagnostisk prosess

Plagene knyttet til fibromyalgi kan ikke bekreftes ved funn på blodprøver eller røntgen, og diagnosen settes på grunnlag av pasienters selvrappoterer (5, 6). Manglende biologiske funn fører ofte til at både pasienter og leger kan bli usikre på om andre sykdommer er oversett. Imidlertid har vi nylig vist at det er godt samsvar mellom fibromyalgidiagnose satt av norske leger i primærhelsetjeneste og i revmatologisk spesialisthelsetjeneste (7). Det har dessverre vist seg at det ofte tar lang tid før diagnosen settes. Medlemmer i Norges Fibromyalgi Forbund anga i gjennomsnitt at det hadde tatt 13 år før de fikk diagnosen. Pasientene hadde i disse årene vært til utredning hos en rekke medisinske spesialister (8). En metasyntese



ILLUSTRASJONSFOTO: GETTY IMAGES/INSTA_PHOTOS. ILLUSTRASJON VED TITTEL: GETTY IMAGES/JULIA AUGUST

av kvalitative internasjonale studier viste at når det ikke ble funnet noe tegn på sykdom på blodprøver og røntgen, ble pasienter sendt videre til spesialister (9). Når heller ikke de fant tegn på sykdom, kunne pasienter bli beskyldt for å overreagere på det helsepersonell mente var vanlige hverdagsplager, eller at de ble sett på som hypokondere. Å få diagnosen gjorde at pasientene ble lettet over at de verken hadde en dødelig sykdom eller ville ende opp i rullestol. Lettelsen viste seg imidlertid å være kortvarig, for så startet en runddans for å finne effektiv behandling. Når ikke behandling hjalp, erfarte pasienter at helsepersonell enten mistet interessen for dem, eller beskyldte dem for ikke å følge opp behandling (9).

Fibromyalgi kan forklares og pasienter forstås

Fibromyalgi omtales ofte som «medically unexplainable pain symptom» (MUPS). Men en omfattende forskning på patogenese siden 1980-tallet har resultert i at det i dag synes å være enighet om at plagene ved fibromyalgi kan forklares ved interaksjoner mellom flere biologiske mekanismer, som overreaksjon på vanlige stimuli og manglende hemming av dem i sentralnervesystemet, endring i nevroendokrine mekanismer og autonome nervesystem (blant annet stressregulering) og genetisk disposisjon (10, 11). Årsak til fibromyalgi er ukjent, men pasienter selv mener at fibromyalgi kan utløses av fysiske og psykiske traumer, eller at det skyldes å ha levd i stressende livssituasjoner over lengre tid (12). Pasienter forteller gjerne en historie om episodiske og ubehandlete lokaliserte smerter som etter hvert ikke går over av seg selv, men sprer seg til hele kroppen (13). For å få innblikk i utvikling av fibromyalgi og pasientenes egen forståelse, er det god klinisk praksis å be pasienten fritt fortelle sin historie fra det tidspunkt det hele startet. Behandleren viser med det interesse for hva som har skjedd undervegs, hvorfor pasienter selv tror det har endt opp slik det er i dag, og hva som nå står på spill for den enkelte. På denne måten tas pasienters erfaringer på alvor, og legen får en forståelse av pasientens lidelse, på hvilke måter plagene gir/ikke gir mening for pasienten og hvordan plagene forstyrrer deres hverdagsliv. Det gjør at pasient og lege sammen kan utvikle en felles forståelse av hva det dreier seg om og sammen kan finne måter å bedre pasientens situasjon på. En sammensatt, langvarig

lidelse kan ikke tilnærmes stykkevis og delt, men må forstås i sin helhet og tilnærmes individuelt (14, 15).

Erfaringer fra pasienter som er blitt friske igjen

Det fins en rekke medikamentelle og ikke-medikamentelle behandlinger som har en viss, men kortvarig effekt. Basert på meta-analyser i europeiske retningslinjer anbefales kondisjons- og styrketrening, samt ved depresjon kognitiv adferdsterapi. I tillegg foreslås at det kan vurderes varmtvannstrening, akupunktur og «mind-body» bevegelsesterapier som qigong, yoga og tai chi (16). Imidlertid kan pasienter erfare at trening gjør dem verre, og de kan også få bivirkninger eller være redde for å bli avhengige av medikamenter (4).

Til tross for manglende kurativ eller langtidsvirkende effektive behandlinger, har en norsk populasjonsstudie vist at bare 53 prosent av dem som hadde generelt utbredte smerter ved baseline fortsatt hadde det etter elleve år, noe som betyr at nesten halvparten var blitt betydelig bedre (17). I en oppfølging av mitt kliniske utvalg på slutten av 1990-tallet fant jeg at åtte prosent ikke lenger hadde fibromyalgi etter seks–sju år. Dette førte til at jeg ble spesielt interessert i å finne ut hva disse hadde gjort for å bli bedre. Et fellestrekk var at de fortolket forverring av smerter som uttrykk for at det hadde vært for mye stress i løpet av en dag eller over tid, og at det hjalp dem til å justere dagliglivet og til å reversere plager når de dukket opp igjen (18). I senere studier av eks-pasienters erfaringer har vi utforsket bedring som prosess, og informantene fortalte om hvordan de prøvde og feilet for å finne ut hvordan plager og hverdagsaktiviteter hang sammen.

De lærte seg å lytte til og å ta hensyn til kroppen. De tilpasset måten å leve på til det de kunne tåle, og hverdagen ble da etter hvert mer forutsigbar. Undervegs i prosessen avtok plagene gradvis, og de kunne tåle mer (19).

Klinisk tiltak basert på tidligere pasienters erfaringer

Gjennom samarbeid mellom et tverrfaglig rehabiliteringsteam ved Revmatismesykehuset på Lillehammer og to forskere ved Universitetet i Oslo ble det i 2017/18 utviklet og prøvd ut et nytt tverrfaglig pasientundervisningsopplegg (20). I utviklingsprosessen så vi på tvers av klinikeres behandlingserfaringer, kvantitative studier om patogenese og behandlingseffekt, og kvalitative studier om pasienters sykdoms- og bedringserfaringer. Opplegget vi utviklet bestod av at lege underviste pasientene om den sammensatte patogenesen ved fibromyalgi – informasjon om at vi kjente til at noen hadde blitt friske igjen, at stress kan vedlikeholde plagene og at medikamenter ikke er en varig løsning, men kan være til noe hjelp i perioder. De andre yrkesgruppene tematiserte søvnhygiene, kostholdets betydning for å få energi, lytte og forstå kroppens signaler (ikke som fare, men som at tålegrense for stress var overskredet) og prioritering av hva som var viktig og hva som var uviktig for dem i hverdagen. Det ble benyttet ulike øvelser for at pasientene skulle utforske hva som skaper stress i egen hverdag. Pasienten fikk hjelp til å sortere hva en må gjøre, ikke trenger gjøre og hva en ønsker



gjøre, dessuten hva som gir og hva som tapper energi. Disse erfaringene ble så brukt til å justere dagliglivet. Det den enkelte syntes var utfordrende i hverdagen, ble diskutert med helsepersonell og med de andre pasientene i gruppen. Det innebar både å utforske egne behov, hvordan symptomene forstyrrer hverdagen og hvordan hverdagen forverrer symptomer.

Lovende resultater – flere gode dager ett til ett og et halvt år etterpå

Halvannet år etterpå ble pasienter som hadde deltatt på kurset, intervjuet. De fortalte at de nå hadde flere gode dager enn før, det vil si dager hvor plagene ikke forstyrret dagliglivet i nevneverdig grad. Typisk var at de nå hadde utviklet en forståelse av hvorfor de var blitt syke ved å se sammenheng mellom egne livserfaringer, fibromyalgi og tidligere pasienters erfaringer. Dette førte til at de innså at de ikke kunne fortsette å leve som før, men tok hensyn til seg selv ved å justere hverdagen slik at den ble levelig. De hadde gjort både store og mindre endringer i dagliglivet, de tok pauser for å restituere seg i løpet av dagen, de deltok i aktiviteter som ga glede og energi, og flere hadde kommet helt eller delvis tilbake i arbeid. De var stolte over det de hadde klart å få til, og de hadde tro på at de kunne bli enda bedre. Fortsatt hadde de dårlige dager. Det de tålte en dag, tålt ikke nødvendigvis neste dag. Men de visste nå at dårlige dager gikk over dersom de tok det litt med ro noen dager. De trodde også at de kunne lære av dårlige dager, slik at de etter hvert kunne finne sin tålegrense. Med andre ord hadde de flyttet søkelyset fra hva som feilte dem, til å bruke ressursene sine til å bygge seg og sitt liv opp igjen (artikkel innsendes september 2024). En kan si at de hadde utviklet en løsningsorientert tilnærming til fibromyalgi. Endret tankegang medførte også at samarbeid med for eksempel fastleger og veiledere på NAV hadde blitt mer målrettet og meningsfullt. Pasientene mente at deres erfaringer ble sett på som betydningsfulle av hjelperne, og det hadde blitt enklere for dem å drøfte ting med dem. Å sette søkelys på hverdagen gjorde det mulig for pasientene å oppdage konkrete forbedringer, for eksempel «i fjor vinter kunne jeg ikke gå ut og hente posten da jeg var redd jeg ikke klarte å komme inn igjen. Men i år kan jeg måke trappa og veien helt ned til postkassa». De aksepterte at bedring ikke var en quick fix, men at det krevde tid og innsats. Deres erfaringer ser derfor ut til å følge et tilsvarende mønster som hos de som er blitt friske igjen.

Kan tverrfaglig tilnærming omsettes til et fastlegekontor?

I vårt opplegg deltok lege, ergoterapeut, fysioterapeut, psykolog, sosionom og kostveileder. Men resultatene fra oppfølgingsintervjuene med pasientene tyder på at det ikke er nødvendig med så omfattende opplegg. For pasienter var det viktig at helsepersonell anerkjente plagene som reelle, og at deres erfaringer ble lyttet til og tatt på alvor. Videre var det viktig at de fikk en forklaring på hva fibromyalgi er og innblikk i tidligere pasienters bedringserfaringer, for slik å forstå egne livserfaringer. De hadde nå utviklet en forståelse av hvorfor de hadde fått fibromyalgi. Dette la et grunnlag for å finne muligheter til å gjøre noe med egen situasjon. I programmet utforsket de sammen med helsepersonell og medpasienter hvilke mulige endringer de kunne gjøre. Dette kan også være en strategi fastleger kan benytte seg av. Vår erfaring er at pasienter selv finner relevante løsninger, men de har behov for å få råd og reflektere med noen om løsningene er adekvate. Legens rolle blir derfor å informere, igangsette, følge opp og støtte pasientens prosess.

Avslutningsvis

Pasienters erfaringer har fått meg til å forstå hvor inngripende det er å tape hverdagslivet sitt til fibromyalgi, for så å bli mistenkelig gjort for å overdrive eller «fake» plagene. De jeg har møtt, har ikke «vondt i viljen» eller er «ute etter uføretrygd». Snarere tvert imot, de ønsker å få tilbake livene sine og å fortsette å leve mest mulig som før – slik som andre i samfunnet (21). Uforståelige og uforutsigbare plager skaper bekymring for fremtiden både når det gjelder arbeid, økonomi, familie og sosialt liv. Når fibromyalgi blir forståelig, blir tilstanden også mer håndterlig. Imidlertid finnes det dessverre fortsatt ikke en «quick fix», og vi kan ikke love at pasienter blir friske igjen. Men det er mulig å gjøre noe, slik at pasientene får det bedre.

REFERANSER

- Album D, Westin S. Do diseases have a prestige hierarchy? A survey among physicians and medical students. *Soc Sci Med*. 2008; 66(1): 182–8.
- Doehl S, Macfarlane GJ, Hollick RJ. “No one wants to look after the fibro patient”. Understanding models, and patient perspectives, of care for fibromyalgia: reviews of current evidence. *Pain*. 2020; 161(8): 1716–25.
- Roitenberg N, Shoshana A. Physiotherapists’ accounts of fibromyalgia: role-uncertainty and professional shortcomings. *Disabil Rehabil*. 2021; 43(4): 545–52.
- Climent-Sanz C, Hamilton KR, Martínez-Navarro O, Briones-Vozmediano E, Gracia-Lasheras M, Fernández-Lago H, et al. Fibromyalgia pain management effectiveness from the patient perspective: a qualitative evidence synthesis. *Disabil Rehabil*. 2023 (ahead of print), 1–16.

- Wolfe FMD, Clauw DJMD, Fitzcharles M-AMD, Goldenberg DLMD, Häuser WMD, Katz RLMD, et al. 2016 Revisions to the 2010/2011 fibromyalgia diagnostic criteria. *Semin Arthritis Rheum*. 2016; 46(3): 319–29.
- Fors EA, Wensaas KA, Eide H, Jaatun EA, Clauw DJ, Wolfe F, Helvik AS. Fibromyalgia 2016 criteria and assessments: comprehensive validation in a Norwegian population. *Scand J Pain*. 2020; 20(4): 663–672.
- Mengshoel AM, Brandsar NL, Natvig B, Fors EA. Concordance between clinician- and 2016 criteria-based diagnoses of fibromyalgia. *Scand J Pain*. 2022; 22(1), 59–66.
- Wigers SH, Veierød MB, Mengshoel AM, Forseth KØ, Dahli MP, Juel NG, Natvig B. Healthcare experiences of fibromyalgia patients and their associations with satisfaction and pain relief. A patient survey. *Scand J Pain*. 2024; 24(1).
- Mengshoel AM, Sim J, Ahlsen B, Madden S. Diagnostic experiences of patients with fibromyalgia – A meta-ethnography. *Chronic Illness*. 2018; 14(3): 194–211.
- Chinn P, Caldwell W, Gritsenko K. Fibromyalgia pathogenesis and treatment options updates. *Curr Pain Headache Reports*. 2016; 20(4): 25–25.
- Clauw DJ, Crofford LJ. Chronic widespread pain and fibromyalgia: what we know and what we need to know. *Best Pract Res Clin Rheumatol*. 2003; 17(4): 685–701.
- Furness PJ, Vogt K, Ashe S, Taylor S, Haywood-Small S, Lawson K. What causes fibromyalgia? An online survey of patient perspectives. *Health Psychol Open*. 2018; 5(2): 2055102918802683.
- Mengshoel AM. A long, winding trajectory of suffering with no definite start and uncertain future prospects – narratives of individuals recently diagnosed with fibromyalgia. *Int J Qual Stud Health Well-being*. 2022; 17(1): 2056956.
- Cassell EJ. *The Nature of Suffering*. 2 ed: Oxford University Press; 2004.
- Cassell EJ. *The nature of healing : the modern practice of medicine*. Oxford: Oxford University Press; 2013.
- Macfarlane GJ, Kronisch C, Dean LE, Atzeni F, Hauser W, Fluss E, et al. EULAR revised recommendations for the management of fibromyalgia. *Ann Rheum Dis*. 2017; 76(2): 318–28.
- Mundal I, Gråwe RW, Bjørngaard JH, Linaker OM, Fors EA. Prevalence and long-term predictors of persistent chronic widespread pain in the general population in an 11-year prospective study: the HUNT study. *BMC Musculoskelet Disord*. 2014; 15(1): 213–.
- Mengshoel AM, Heggen K. Recovery from fibromyalgia – previous patients’ own experiences. *Disabil Rehabil*. 2004; 26(1): 46–53.
- Eik H, Kirkeveld M, Solbrække KN, Mengshoel AM. Rebuilding a tolerable life: narratives of women recovered from fibromyalgia. *Physiother Theory Pract*. 2022; 38(9): 1–1197.
- Mengshoel AM, Skarbo Å, Hasselknippe E, Peterson T, Brandsar NL, Askmann E, et al. Enabling personal recovery from fibromyalgia – theoretical rationale, content and meaning of a person-centred, recovery-oriented programme. *BMC Health Serv Res*. 2021; 21(1): 339.
- Sallinen M, Mengshoel AM. “I just want my life back!” – Men’s narratives about living with fibromyalgia. *Disabil Rehabil*. 2019; 41(4): 422–9.

■ A.M.MENGSHOEL@MEDISIN.UIO.NO

Fibromyalgi

– en oppdatering

■ EGIL FORS • Professor i allmennmedisin og smerteforsker, NTNU

Fibromyalgi er en vanlig og til dels dårlig forstått tilstand som gir stor invaliditet, og derfor har stor samfunnsmessig betydning. Definisjonen av tilstanden har variert opp gjennom historien, og dagens kriterier skiller seg vesentlig fra dem mange leger er blitt opplært i. Siden tilstanden er så vanlig er det naturligvis viktig at leger er oppdatert på diagnosen og på behandlingsmuligheter.

Fibromyalgi (FM) har lenge vært en kontroversiell diagnose som har forårsaket mye forvirring (1). Dette har resultert i minst fire nye kriteriesett de siste ti årene (2). Denne uklarheten og uenigheten har vært uheldig for pasientene og medført lav status hos mange leger (3). Fibromyalgi har også blitt forstått og definert forskjellig gjennom historien (4). Uforklarte smerter har vært kjent til alle tider som en del av livet, og er beskrevet i historiske kilder fra oldtiden hvor de ble tolket som symptomer fra guders vrede. Det har vært større forståelse for åpenbare sammenhenger som for eksempel mellom det å ha en pil i skulderen og å kjenne smerte (5).

Bakgrunn og historikk

I 1592 brukte den franske legen Guillaume de Baillou begrepet «revmatisme» for å beskrive det vi i dag mener med fibromyalgi,

det vil si «muskelsmerter som ikke kom fra noen kjent skade». I 1816 påviste den skotske kirurgen William Balfour at disse pasientene var veldig følsomme for mekanisk trykk i visse områder, såkalte «tender-punkter». Senere på 1880-tallet hevdet den franske legen François Valleix at disse ømme punktene til sammen dannet nevrale systemer som forårsaket utbredte smerte i kroppen. I 1904 fikk nevrologen William Gowers gjennomslag for å oppfatte tilstanden som en inflammatorisk revmatologisk sykdom og kalte den «fibrositt» (6). Dette narrativet ble hengende igjen lenge og førte til at fibromyalgi tradisjonelt har vært håndtert av revmatologer. Hugh Smythe la etter hvert grunnlaget for den moderne fibromyalgiforskningen. I 1972 definerte han fenotypen for fibromyalgi som en tilstand med både utbredte smerter og trykkømme punkter som essensielle egenskaper. I 1976 ble «fibrositt»-betegnelsen endret til «fibromy-

algi» etter et paradigmeskifte (7), og ble altså ikke lengre forstått som en betennelsestilstand.

Kriteriedebatten resulterte senere i en konsensus med de såkalte ACR 1990-kriteriene. Disse «American College of Rheumatology»-kriteriene definerte fibromyalgi som en kronisk, utbredt smerte av ukjent årsak med minst 11 av 18 smertefulle trykkpunkter målt ved et tommeltrykk på under fire kg/cm² (8). ACR 1990-kriteriene fungerte en stund og ble akseptert i mange år, men ble fra omtrent ved årtusenskiftet mer og mer kritisert, både i klinisk praksis og forskning. Man gikk derfor etter hvert bort fra dem. Det viste seg at leger ikke forsto hvordan de skulle undersøke tenderpunktene skikkelig, de målte veldig ulikt, eller nektet å gjøre det. I tillegg ble de ømme punktene oftest tolket som muskelskade, mens moderne forskning i stedet har konkludert med at smertene forårsakes av funksjonelle endringer av smerteregu-

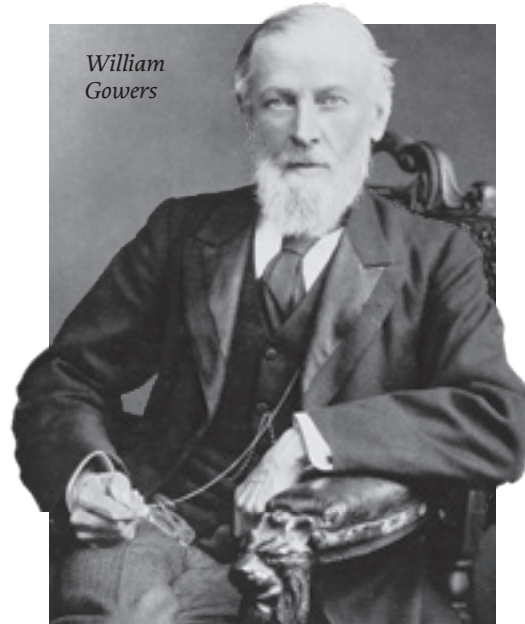
William Balfour



Guillaume de Baillou



William Gowers





leringssystemene i CNS og i det perifere nervesystemet. En annen begrensning med de gamle ACR 1990-kriteriene var at de ignorerte andre symptomer enn smerte, som for eksempel tretthet, søvnforstyrrelser, hukommelsesplager, hodepine, irritable tarm, hyppig vannlatning og depressive symptomer. De skalerte heller ikke alvorlighetsgraden av FM-symptomene. Dermed var det vanskelig å måle «hvor mye» fibromyalgi man hadde. Det var heller ikke mulig å evaluere endringer over tid.

De gamle ACR1990-kriteriene definerte også fibromyalgi som en eksklusjonsdiagnose, mens dette kravet om at pasienten ikke kunne ha andre tilstander som kunne forklare smertene ble fjernet i 2016-kriteriene. Man er nå enig om at andre diagnoser kan opptre samtidig med fibromyalgi, for eksempel leddgikt, Bechterew, migrene og andre.

Fibromyalgi ble tidligere klassifisert som en muskel-skjelett-tilstand i ICD-10. Nå har man gått bort fra dette ved introduksjonen av begrepet «primær smerte» i ICD-11 fra 2015 (9). Med «primær smerte» menes «smerter som en sykdom i seg selv uten sikker etiologi», altså en tilstand uten primær muskel-skjelettetiologi (9). Det er for øvrig problematisk at ICPC og ICD klassifiserer fibromyalgi forskjellig, men det er gjort komparative studier som gjør at de kan brukes om hverandre (10). Den internasjonale smerteforeningen (IASP) deler smerter inn etter tre hovedkategorier, nociceptive (smerter forårsaket av vevsskade), nevropatiske (smerter forårsaket av strukturelle nerveskader) og såkalte «nociplastiske» smerter (11), det vil si funksjonelle endringer i de nevrogene smertesystemene. Fibromyalgi regnes som en nociplastisk smertetilstand. Smerter

ved fibromyalgi er utbredte, karakteriseres gjerne som brennende og flytter ofte på seg. Smertene skal ha en varighet på minst tre måneder og være ledsaget av andre symptomer som utmattelse (fatigue), søvnproblemer (våkner ikke uthvilt om morgenen), konsentrasjons- og hukommelsesvansker («hjernetåke»), irritable tarm, hodepine og depressive symptomer i perioder. Man måler ikke lengre mekanisk trykkøhet eller tenderpunkter.

Diagnostikk

I 2016 ble fibromyalgikriteriene revidert igjen, og det er disse kriteriene som gjelder i dag (12). For å komme fram til diagnosen skal pasienten fylle ut et spørreskjema i samarbeid med lege for å kartlegge smertebredelse samt seks komorbide symptomer. Dette blir til sammen «fibromyalgi-skåren» (FS). Legen sjekker også annen relevant bakgrunn og sykehistorie. Med de nye ACR 2016-kriteriene kan pasienten nå skåre utbredte smerter på en gradert skala (widespread pain index) fra 0 til 19, og andre symptomer (symptom skåre-skala, SSS) fra 0 til 12. Begge disse summeres til en 0–31 «Fibromyalgiskåre» i et spørreskjema. Dermed kan man skalere fibromyalgi inn i ulike intensiteter: Mild, Moderat, Uttalt («alvorlig») eller «Veldig uttalt» fibromyalgi.

TABELL 1. Tabellen viser hvordan fibromyalgi nå kan graderes ut fra «Fibromyalgi-skåren» (FS), også kalt «polysymptomatisk distress skåre» (PDS).

Skåre	Remisjon	Mild	Moderat	Uttalt	Veldig uttalt
PDF	0–5	6–15	16–20	21–25	>25

Slik skåres fibromyalgi nå:

- 1 Smerten må være til stede i minst sju av nitten kroppsområder («utbredt smerte indeks» eller på engelsk «widespread pain index» (WPI ≥ 7). I tillegg må symptom-skala-skåren (SSS) være minst fem av tolv poeng (SSS-score ≥ 5). (Alternativt WPI = fire til seks med SSS-score ≥ 9).
- 2 Smertene må være utbredte; definert som smerte i minst fire av fem regioner (venstre/høyre øvre kvadranter, venstre/høyre nedre kvadranter og nakke/rygg-søylen).
- 3 Symptomene må ha vært stabile i minst tre måneder.

Summen av WPI + SSS kalles altså for fibromyalgi-skåre (FS), men også såkalt «polysymptomatisk distress skåre» (PDS), fordi den kan brukes generisk ved andre tilstander som f.eks. CFSME, kreft etter cellegift, strålebehandling og kirurgi, post covid-19 og PTSD (13). Det er verdt å merke seg at det ikke er en absolutt fibromyalgi cutoff på FS-skåren. Fibromyalgi diagnostiseres bare hvis punktene 1, 2 og 3 (se over) er oppfylt. Man kan for eksempel ha et tilfelle hvor WPI = 8, SSS = 5 og dermed FS (PDS) = 13 mens antall smerteregioner bare er tre av fem, så pasienten har dermed ikke fibromyalgi (EKSEMPEL 1, SIDE 18), mens den samme FS-skåren kunne ha gitt en fibromyalgi-diagnose hvis smertene hadde vært tilstede i flere enn tre regioner. Pasienten i eksempel 2 på side 19 skårer WPI = 10, SSS = 6, smerte er til stede i alle regioner (5/5) og symptomene har vedvart i minst tre måneder. Denne pasienten har dermed fibromyalgi med en FS-skåre = 16 (dvs. «moderat», på grensen til mild).

De nye 2016-kriteriene kan brukes i både forskning og klinisk diagnostikk på legekontoret, og er validert og kvalitetssikret på norsk (2). Det betyr at de er sammenlignbare med de gamle fibromyalgikriteriene fra 1990 og bør brukes i stedet for dem, selv om det er noen nyanser. I et likt klinisk utvalg hadde fibromyalgi-pasienter vurdert med ACR1990-kriteriene lavere prevalens enn ACR2016-kriteriene, og ACR1990 skilte ikke mellom «case og control» for angst/depresjons-symptomer, noe ACR2016 gjorde (14). 2016-kriteriene er derfor et bedre verktøy for å identifisere fibromyalgitilfeller i klinisk praksis og forskning. 2016-krite-

EKSEMPEL 1 ►

riene plukker også opp andre symptomer enn smerte og graderer fibromyalgi på en kontinuerlig skala, ikke «enten – eller» som nevnt over. Kvinne: mann ratio er for øvrig lavere ved bruk av 2016-kriteriene enn med 1990-kriteriene, faktisk redusert fra 9:1 til 2:1 (15–17). Prevalensen av fibromyalgi generelt regnes å være to til fire prosent (16), men opptil 35–40 prosent, hvis assosiert med for eksempel Mb Bechterew (18) eller RA (19).

Årsaker og mekanismer

Forut for de nye diagnose- og kriterieskemaene, har det vært en endring i oppfatningen av årsaksmechanismene til fibromyalgi. Pasienter forteller av og til om enkelte leger som sier at «fibromyalgi ikke eksisterer» eller bare er en sekkebetegnelse på «alt som er vanskelig», og som man ikke kan tilby hjelp for. Den internasjonale smerteforeningen (IASP) mener imidlertid at fibromyalgi er en reell og viktig tilstand, og løfter den opp som et av hovedtemaene i den kommende europeiske smertekonferansen EFIC2025 i Lyon. Fibromyalgi klassifiseres som prototypen på såkalte nociplastiske smerter, altså smerter som skyldes funksjonelle endringer i smertereseptorene perifert samt i smertereguleringsystemene i CNS (20). Sykdommen skal behandles symptomatisk som strukturelle nerveskadesmerter, med biopsykososal smertebehandling og eventuelt rehabilitering ved de mest uttalte tilfellene. Fibromyalgi er ikke en primær muskelsykdom, heller ikke en inflammatorisk revmatologisk sykdom. De viktigste hypotesene om årsak er knyttet til genetikk, epigenetikk, livsstil, traumer og immunologi. Polli og medarbeidere har oppsummert sammenhengen mellom disse faktorene i en modell, hvor genetikk forårsaker epigenetiske endringer moderert av livsstilsfaktorer og miljømessige faktorer – som igjen fører til systemiske responser med kortisol-frigjøring samt nevrogene og immunologiske systemresponser (21). Traumeteorien står sterkt, spesielt fra overgrep og mishandling i barnealder (22), seksuelle og andre fysiske overgrep, medisinske traumer, ulykker, emosjonelle overgrep og andre livstidstraumer (23) samt krigstraumer (24). Det er åpenbart at immunologiske mekanismer også har betydning, men her er vanskelig å få god oversikt. I 2021 publiserte Goebel og medarbeider en artikkel som vakte oppsikt. Den viste at det var mulig å overføre fibromyal-

Fibromyalgi - 2016 kriteriene (validerte)

I. Bruk følgende skala for å angi alvorlighetsgrad for hvert problem i løpet av siste uke. Sett kryss i riktig boks

0: Ikke noe problem
 1: Lett eller middels problematisk; stort sett milde som kan komme og gå
 2: Moderat; betydelig problem; ofte tilstedeværende og/eller på et moderat nivå
 3: Alvorlig; Kontinuerlig, problemene forstyrrer livsutfoldelsen i stor grad

Utmattelse	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input checked="" type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
Problemer med å tenke og huske	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input checked="" type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
Våkner opp trett (ikke uthvilt)	<input type="checkbox"/> 0	<input checked="" type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3

II. Har du vært plaget med noen av de følgende symptomene i løpet av de siste 6 månedene?

Smerte/krampe nedre del av magen	<input type="checkbox"/> Ja	<input checked="" type="checkbox"/> Nei
Depresjon	<input type="checkbox"/> Ja	<input checked="" type="checkbox"/> Nei
Hodepine	<input checked="" type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nei

III. Vennligst angi om du har hatt smerte eller ømhet på hvert område som er listet opp nedenfor i løpet av de siste 7 dager. Sett et kryss i boksen hvis du har hatt smerte eller ømhet. Sørg for å markere høyre side og venstre side hver for seg.

<input type="checkbox"/> Skulder, venstre	<input type="checkbox"/> Lår/ kne, venstre	<input type="checkbox"/> Korsrygg
<input checked="" type="checkbox"/> Skulder, høyre	<input type="checkbox"/> Lår/ kne, høyre	<input checked="" type="checkbox"/> Øvre del av ryggen
<input checked="" type="checkbox"/> Hofte, venstre	<input type="checkbox"/> Legg/ fot, venstre	<input checked="" type="checkbox"/> Nakke/ hals
<input type="checkbox"/> Hofte, høyre	<input type="checkbox"/> Legg/ fot, høyre	<input type="checkbox"/> Ingen smerte i noen av disse
<input type="checkbox"/> Overarm, venstre	<input checked="" type="checkbox"/> Kjeve, venstre	
<input type="checkbox"/> Overarm, høyre	<input type="checkbox"/> Kjeve, høyre	
<input type="checkbox"/> Underarm, venstre	<input checked="" type="checkbox"/> Brystkasse	
<input checked="" type="checkbox"/> Underarm, høyre	<input type="checkbox"/> Buk/ mage	

IV. Alt i alt, har symptomene nevnt over i del I - III vært tilstede i minst 3 måneder?

Ja Nei

Handwritten notes: 5, 6/12, 7/19, WPI = 7, R = 3/5, FS = 13/31

Eksempler på utfylling av spørreskjema som brukes for å stille diagnosen fibromyalgi, se tekst for forklaring. Akkurat denne pasienten har smerter i tre av fem regioner, og derfor ikke fibromyalgi.

Link til det valide fibromyalgi-skjemaet med skåringsmanual finnes her:

<https://www.ntnu.no/documents/10297/1291209197/x+FM2016-kriteriene+med+sk%C3%A5ringsmanual.pdf/62640987-514a-3004-944f-5305ce1dece8?t=1576844333199>. Skjemaet finnes også i NEL, som snart også kommer med en elektronisk utgave av skjemaet.

gi-symptomer fra menneske til mus ved injeksjon av antistoffer fra fibromyalgi-pasientene (25, 26).

Litt om behandling

Mange allmennleger har sikkert følt avmakt for denne pasientgruppen og har hatt

EKSEMPEL 2

Fibromyalgi - 2016 kriteriene (validerte)

I. Bruk følgende skala for å angi alvorlighetsgrad for hvert problem i løpet av siste uke.
Sett kryss i riktig boks

0: Ikke noe problem

1: Lett eller middels problematisk; stort sett milde som kan komme og gå

2: Moderat; betydelig problem; ofte tilstedeværende og/eller på et moderat nivå

3: Alvorlig; Kontinuerlig, problemene forstyrrer livsutfoldelsen i stor grad

- | | | | | |
|---------------------------------|----------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|----------------------------|
| Utømmelse | <input type="checkbox"/> 0 | <input checked="" type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 |
| Problemer med å tenke og huske | <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 1 | <input checked="" type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 |
| Våkner opp trett (ikke uthvilt) | <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 1 | <input checked="" type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 |

II. Har du vært plaget med noen av de følgende symptomene i løpet av de siste 6 månedene?

- | | | |
|----------------------------------|--|---|
| Smerte/krampe nedre del av magen | <input type="checkbox"/> Ja | <input checked="" type="checkbox"/> Nei |
| Depresjon | <input type="checkbox"/> Ja | <input checked="" type="checkbox"/> Nei |
| Hodepine | <input checked="" type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nei |

III. Vennligst angi om du har hatt smerte eller ømhet på hvert område som er listet opp nedenfor i løpet av de siste 7 dager. Sett et kryss i boksen hvis du har hatt smerte eller ømhet. Sørg for å markere høyre side og venstre side hver for seg.

- | | | |
|---|--|--|
| <input checked="" type="checkbox"/> Skulder, venstre | <input type="checkbox"/> Lår/ kne, venstre | <input type="checkbox"/> Korsrygg |
| <input checked="" type="checkbox"/> Skulder, høyre | <input type="checkbox"/> Lår/ kne, høyre | <input checked="" type="checkbox"/> Øvre del av ryggen |
| <input type="checkbox"/> Hofte, venstre | <input checked="" type="checkbox"/> Legg/ fot, venstre | <input checked="" type="checkbox"/> Nakke/ hals |
| <input type="checkbox"/> Hofte, høyre | <input checked="" type="checkbox"/> Legg/ fot, høyre | <input type="checkbox"/> Ingen smerte i noen av disse |
| <input checked="" type="checkbox"/> Overarm, venstre | <input type="checkbox"/> Kjeve, venstre | |
| <input checked="" type="checkbox"/> Overarm, høyre | <input type="checkbox"/> Kjeve, høyre | |
| <input checked="" type="checkbox"/> Underarm, venstre | <input type="checkbox"/> Brystkasse | |
| <input checked="" type="checkbox"/> Underarm, høyre | <input type="checkbox"/> Buk/ mage | |

IV. Alt i alt, har symptomene nevnt over i del I - III vært tilstede i minst 3 måneder?

- Ja Nei

FIBROMYALGI-SKÅRING

Fibromyalgi positiv: WPI ≥ 7 og SS ≥ 5 (eller: WPI 4-6 og SS ≥ 9) ? +

Smerte i minimum fire av fem regioner = +

Varighet i > tre måneder?

lite i verktøykassa. Det er ikke blitt bedre av at fibromyalgi som hovedregel ikke kan henvises videre til behandling, ettersom disse pasientene ikke har rettigheter i spesialisthelsetjenesten ved for eksempel revmatologiske avdelinger. Et prinsipp i moderne håndtering av fibromyalgi er at diagnostikk og behandling er gradert. Som nevnt under «diagnostikk» gjelder ikke lengre «case» versus «non-case» paradigmat, men fibromyalgi skal skaleres fra mild til svært uttalt/alvorlig grad. Behandlingen følger også prinsippet om gradering. Det finnes anbefalinger fra den europeiske revmatologiorganisasjonen EULAR (27) og en kortutgave på norsk: https://www.diakonhjemmetsykehus.no/498d3c/siteassets/seksjon/nkrr/documents/eularoppsum_anbefaltbehandling-fibromyalgi_2019.pdf.

I Norge er det flere interessante prosjekter på gang for behandling av fibromyalgi i allmennpraksis. Et slikt eksempel er «Nomed-prosjektet» på St. Olavs hospital, omtalt i siste utgave av *Utposten*, nummer 5, 2024. Cathrine Abrahamsens prosjekt ICIT er også tidligere omtalt i *Utposten* (23). Det er også verd å nevne ryggsmerte-prosjektet til allmennlege, forsker og AFU-stipendiat ved UiO Andreas Pahle som bruker «Pain Re-processing Therapy» i behandlingen. Foreløpig er disse prosjektene i startfasen.

Internasjonalt er følgende ikke-medikamentelle tiltak best dokumentert ved fibromyalgi: Aerob (subterskel) trening, psykoedukasjon, søvnhygiene og kognitiv atferdsterapi (forskjellige typer, blant annet ACT), stresshåndtering «mind-body»-øvelser med flere (28). I mange kommuner bygges det også ut lokale behandlingstilbud gjerne organisert under frisklivsentraler. Det er fremdeles mulig å henvise fibromyalgi/kronisk smertepasientene til rehabilitering, for eksempel: <https://unicare.no/coperio/vare-klinikker/trondheim/>.

Det er også noe å hente ved medikamentell behandling. Dette blir i så fall som et supplement til de ikke-medikamentelle tiltakene. Ved den medikamentelle smertebehandlingen er det viktig å huske på at siden fibromyalgismarter er nociplastiske eller fenotypisk nevropatiske, slik som eksempelvis diabetisk nevropati, må man bruke medisiner som ved nevropatiske smerter. NSAIDs og paracetamol har ingen plass ved behandling av fibromyalgi per se, men kan brukes hvis andre smerter foreligger i tillegg (f.eks. vevskader, entesopatier, artrose, inflammatoriske revmatologiske lidelser med flere). Følgende medikamenter anbefales ved fibro-

FIBROMYALGI
- en innføring for helsepersonell
Professor dr med Egil A Fors

myalgi: Duloxetin (Cymbalta), amitriptylin (Sarotex), eventuelt pregabalin (Lyrica), gabapentin (Neurontin), nortriptylin (Noritren) og Lavdose naltrekson (LDN). Opioider frarådes! Se detaljer og dosering i fibromyalgi-brosjyren for helsepersonell: https://fibromyalgi.no/wp-content/uploads/2023/12/Fibromyalgi_NTNU_brosjyre_A5_web-1.pdf.

Amitriptylin og duloxetin kan foreskrives på blå resept under visse forutsetninger. Det er da et krav at TCA som for eksempel amitriptylin forsøkes først, noe som er ulogisk i og med at duloxetin regnes som et førstevalg. Det er også mulig å foreskrive gabapentin på blå resept, mens det må søkes om pregabalin – og et krav her er da at gabapentin er forsøkt først.

Trygdeforhold og NAV

Når man skriver legeerklæring til NAV om en pasient med fibromyalgi, er det viktig å huske på at det «ved tilstander med manglende objektive funn stilles større krav til dokumentasjon». Det er spesielt viktig med en helhetlig funksjonsvurdering i et biopsykososialt perspektiv. Behandlingen ved fibromyalgi er tverrfaglig og sammensatt og derfor ofte krevende å gjøre rede for.

Her er en link til sykmelderveileder for fibromyalgi (HDir): <https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/sykmelderveileder>.

Veileder for sykmelder gir nyttige råd ved spørsmål om sykmelding av pasienter med fibromyalgi.

REFERANSER

1. Quintner JL and Cohen ML, Fibromyalgia falls foul of a fallacy. *Lancet*, 1999. 353(9158): p. 1092–4.
2. Fors EA et al., Fibromyalgia 2016 criteria and assessments: comprehensive validation in a Norwegian population. *Scand J Pain*, 2020.
3. Album D and Westin S, Do diseases have a prestige hierarchy? A survey among physicians and medical students. *Soc Sci Med*, 2008. 66(1): p. 182–8.
4. Inanici F and Yunus MB, History of fibromyalgia: past to present. *Curr Pain Headache Rep*, 2004. 8(5): p. 369–78.
5. Fors EA, Hva er smerte. 2012, Oslo: Universitetsforlaget.
6. Gowers WR, A Lecture on Lumbago: Its Lesions and Analogues: Delivered at the National Hospital for the Paralyzed and Epileptic. *Br Med J*, 1904. 1(2246): p. 117–21.
7. Hench, P., Nonarticular rheumatism, 22nd rheumatism review: review of the American and English literature for the years 1973 and 1974. *Arthritis Rheum* 1976. 19(suppl): p. 1081–1089.
8. Wolfe F et al., The American College of Rheumatology 1990 Criteria for the Classification of Fibromyalgia. Report of the Multicenter Criteria Committee. *Arthritis Rheum*, 1990. 33(2): p. 160–72.
9. Treede RD et al., A classification of chronic pain for ICD-11. *Pain*, 2015. 156(6): p. 1003–1007.

10. Smith BH et al., The IASP classification of chronic pain for ICD-11: applicability in primary care. *Pain*, 2019. 160(1): p. 83–87.
11. Shraim MA, et al., Features and methods to discriminate between mechanism-based categories of pain experienced in the musculoskeletal system: a Delphi expert consensus study. *Pain*, 2022. 163(9): p. 1812–1828.
12. Wolfe F et al., 2016 Revisions to the 2010/2011 fibromyalgia diagnostic criteria. *Semin Arthritis Rheum*, 2016. 46(3): p. 319–329.
13. Upadhyaya SK et al., Fibromyalgia and mental health in rheumatoid arthritis: a cross-sectional prevalence study from the COVID-19 pandemic. *BMJ Open*, 2023. 13(6): p. e069014.
14. Fors EA, Wensaas KA and Helvik AS, Prevalence and characteristics of fibromyalgia according to three fibromyalgia diagnostic criteria: A secondary analysis study. *Scandinavian Journal of Pain*, 2024. 24(1).
15. Tunks ER, Crook J and Weir R, Epidemiology of chronic pain with psychological comorbidity: prevalence, risk, course, and prognosis. *Can J Psychiatry*, 2008. 53(4): p. 224–34.
16. Clauw DJ, Fibromyalgia: a clinical review. *Jama*, 2014. 311(15): p. 1547–55.
17. Arout CA et al., Gender Differences in the Prevalence of Fibromyalgia and in Concomitant Medical and Psychiatric Disorders: A National Veterans Health Administration Study. *J Womens Health (Larchmt)*, 2018. 27(8): p. 1035–1044.
18. Shapoval, I and Stanislavchuk M, Comparative characteristics of ACR 1990, mACR 2010, ACR 2016 and AAPT 2019 criteria for diagnosing fibromyalgia in patients with ankylosing spondylitis. *Rheumatol Int*, 2022.
19. El-Kasbi H et al., The Prevalence of Fibromyalgia in Rheumatoid Arthritis Patients Using the Fibromyalgia Assessment Screening Tool (FAST 4) Based on the Multidimensional Health Assessment Questionnaire (MDHAQ). *Cureus*, 2024. 16(7): p. e64011.
20. Clauw DJ, From fibrositis to fibromyalgia to nociplastic pain: how rheumatology helped get us here and where do we go from here? *Ann Rheum Dis*, 2024.
21. Polli, A et al., Linking Lifestyle Factors to Complex Pain States: 3 Reasons Why Understanding Epigenetics May Improve the Delivery of Patient-Centered Care. *J Orthop Sports Phys Ther*, 2019. 49(10): p. 683–687.
22. Vera Cruz G et al., Machine learning reveals the most important psychological and social variables predicting the differential diagnosis of rheumatic and musculoskeletal diseases. *Rheumatol Int*, 2022. 42(6): p. 1053–1062.
23. Kaleycheva N et al., The role of lifetime stressors in adult fibromyalgia: systematic review and meta-analysis of case-control studies. *Psychol Med*, 2021. 51(2): p. 177–193.
24. Lawrence-Wolff KM et al., Prevalence of Fibromyalgia Syndrome in Active-Duty Military Personnel. *Arthritis Care Res (Hoboken)*, 2023. 75(3): p. 667–673.
25. Goebel A et al., Passive transfer of fibromyalgia symptoms from patients to mice. *J Clin Invest*, 2021. 131(13).
26. Tracey KJ, From human to mouse and back offers hope for patients with fibromyalgia. *J Clin Invest*, 2021. 131(13).
27. Sarzi-Puttini P et al., Diagnostic and therapeutic care pathway for fibromyalgia. *Clin Exp Rheumatol*, 2021. 39 Suppl 130(3): p. 120–127.
28. Kundakci B et al., International, multidisciplinary Delphi consensus recommendations on non-pharmacological interventions for fibromyalgia. *Semin Arthritis Rheum*, 2022. 57: p. 152101.

EGIL.A.FORS@NTNU.NO

FIBROMYALGI

(L18 Utbredte muskelsmerter/fibromyalgi)

- **Sykmelding er vanligvis ikke hensiktsmessig, men alle tilstander må vurderes individuelt.** Variert fysisk aktivitet og mestringsopplevelser gjennom arbeidsplassknytning anbefales understøttet så langt det er mulig. For å oppnå dette kan det være nødvendig å tilpasse arbeidet. **Avventende sykmelding** kan fremme tilrettelegging og benyttes som et første tiltak alternativt til vanlig sykmelding.
- **Kortvarig sykmelding eller egenmelding inntil en til to uker** kan være en nødvendig tilpasning til perioder med smerter og nedsatt funksjon. Velg gradert sykmelding – og sett et mål for når sykmeldingen skal avsluttes.
- **Sykmelding – alltid en plan mot et mål.** Der hvor det er mulig, rask opptrapping av sykmelding mot vanlig aktivitet. Vurder sykmeldingslengden nøye mot negative konsekvenser av fortsatt sykefravær. Full sykmelding bør være kortvarig. Sett et mål.
- **Gradert sykmelding** gir mulighet for opptrapping av belastning, og tid til behandling og opptrening, men grader i henhold til en plan hvor målet er tydelig. I noen tilfeller vil målet være en varig reduksjon av arbeid.
- **Ved behov for sykmelding lengre enn fire uker** vurder tilstand og situasjon. **Samarbeid** med arbeidsgiver, andre behandlere, bedriftshelsetjeneste og NAV er særlig viktig ved lange forløp. Vurder henvisning til tverrfaglig arbeidsrettet rehabiliteringsprogram.
- **Alle tilstander må vurderes individuelt.**

KILDE: HELSEDIREKTORATET.NO

DU KAN NÅ VAKSINERE MOT RSV MED AREXVY

Eldre voksne har økt risiko for
 alvorlig RSV-infeksjon²

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

82,6%

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

PRIMÆRT ENDEPUNKT*

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

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

94,6%

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

SEKUNDÆRT ENDEPUNKT*

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

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

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

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

*Median oppfølgingstid 6,7 måneder

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

Arexvy kan koadministreres med vanlig influensavaksine

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

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

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

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

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

Trygderetten

– en kilde til læring

■ NJÅL FLEM MÆLAND • Redaktør i Utposten

I 1967 trådte lov om folketrygd i kraft. Som en del av folketrygdens forvaltning ble samtidig Trygderetten opprettet. Trygderetten bidrar til rettssikkerhet gjennom enhetlig praktisering av lovverket knyttet til trygd. I denne artikkelen gjøres det rede for Trygderettens virksomhet.

Et naturlig spørsmål før man leser videre: Hvorfor er det nyttig å kjenne til Trygderettens virksomhet? Det er flere grunner til at kunnskap om Trygderetten kan komme til nytte. Vi kan oppleve at våre pasienter får sine saker behandlet i Trygderetten. Sakene som behandles av Trygderetten er ofte av stor betydning for den enkelte. Som leger kommer vi i tett berøring med mennesker som er avhengige av trygdens avgjørelser. Vi er også gjennom våre legeerklæringer premissleverandører for slike rettslige beslutninger. Kjennskap til hvordan retten fungerer kan hjelpe oss til å skrive bedre erklæringer. Vi kan dessuten bruke Trygderettens sine prinsippkjennelser til å forstå hvordan lovverket skal forvaltes. Når kan vi og når kan vi ikke sykemelde en pasient som er i en konfliktsituasjon på arbeidsplassen? Hva er «alvorlig sykdom» når det skal vurderes om en ufør har rett til «ung ufør»? Hva kreves før en pasient med ryggvondt er «hensiktsmessig behandlet» i en uføresak? Hvordan vet man om en sykdom er «varig» i en uføresak? Slike spørsmål kan man bli klokere på ved å studere Trygderettens avgjørelser.

Veien til Trygderetten

Dersom en person som får avslag på en ytelse hos NAV er uenig i vedtaket, kan denne personen klage på avslaget. Saken vil da bli behandlet en gang til i samme NAV-enhet som ga avslaget. Dersom denne NAV-enheten fortsatt gir avslag, vil saken bli sendt til NAV Klageinstans for ny behandling. Klageinstansen er en selvstendig enhet som vurderer saken på nytt (1). Ved fortsatt avslag er det mulig å anke saken en gang til. Den vil da først bli behandlet enda en gang i klageinstansen. Dersom NAV Klageinstans opprettholder avslaget, vil saken bli sendt Trygderetten, som er et domstollignende forvaltningsorgan.

Ved avslag også i Trygderetten kan den «ankende part» velge å gå til søksmål mot staten. Saken vil da komme opp i den alminnelige domstolen, og først i lagmannsretten. Dette er et større steg å gå til, blant annet fordi man må dekke advokat og andre kostnader selv. Klageadgangen fram til den alminnelige domstolen er uten kostnad for den som klager.

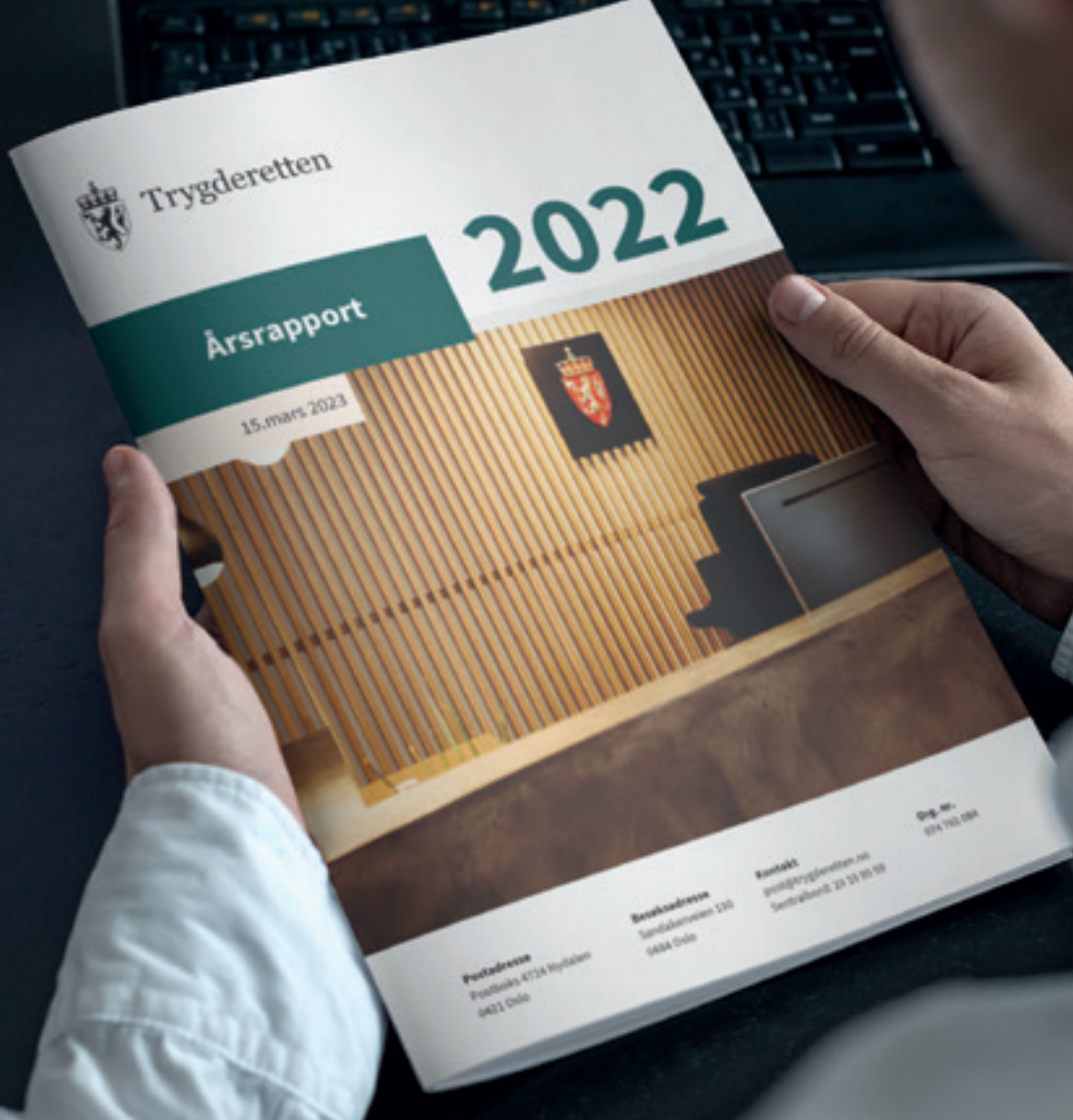
Trygderettens virksomhet

Trygderetten behandler mange saker. I 2022 behandlet den 4114 enkeltsaker, en økning på 20 prosent fra året før (2). Det er om lag 70 årsverk knyttet til Trygderetten, de fleste er jurister og fagkyndige, den siste gruppen er gjerne leger. Saksbehandlingstiden i Trygderetten er i gjennomsnitt på litt over 400 dager. De fleste vedtak blir stående etter behandling i Trygderetten, men i 20 prosent av sakene blir tidligere vedtak helt eller delvis omgjort. Det betyr at om lag 800 saker hvert år blir endret til gunst for en person som tidligere har fått avslag gjentatte ganger i NAV-systemet.

Litt over ett tusen av de fire tusen sakene som behandles gjelder uføretrygd. Ellers fordeler sakene seg på en rekke områder: dagpenger, sykepenger, arbeids- og avklaringspenger, grunn- og hjelpestønad, ytelser til enslig forsørger, yrkesskader, beregning av pensjon, stønad ved helsetjenester med mer. Noen av sakene avgjøres av kun juridiske medlemmer. Saker som gjelder ytelser ved sykdom, slik som uførhet, AAP og sykmelding, krever oftest at det også er fagkyndige rettsmedlemmer. Disse sakene er derfor mer ressurskrevende. Normalt settes Trygderetten med to medlemmer. Noen få saker hvert år behandles enda mer utførlig, med



ILLUSTRASJONSFOTO: GETTY IMAGES / FREDEXB



ILLUSTRASJONSFOTO: MOCKUP / PLACEIT

fem medlemmer i retten (3). Det gjelder saker som får spesielt stor prinsipiell betydning, «tilfeller hvor det må antas at rettens avgjørelse kan bli bestemmende for praksis på et saksområde.»

Juridisk presedens

En dom i en rettsinstans kan få større betydning enn for akkurat den aktuelle saken. Det skyldes at forvaltningen er forpliktet til å behandle alle saker likt. En avgjørelse i Trygderetten vil derfor ha betydning for senere avgjørelser i NAV i lignende saker. På samme måte må forvaltningen og retten alltid se til lignende saker som allerede har vært behandlet. Begrepet juridisk presedens brukes om det at en avgjørelse får prinsipiell betydning også i andre saker. En avgjørelse fra Høyesterett veier her tyngst. Når Trygderetten behandler en sak med fem rettsmedlemmer, får også en slik sak presedens for andre tilsvarende saker.

Jeg kan derfor som praktiserende lege søke informasjon om hva som er riktig rettspraksis. La oss tenke oss at jeg lurar på om det er riktig å sykemelde en pasient som er i konflikt med arbeidsgiver. Jeg kan da se om tilsvarende saker har vært behandlet i

Høyesterett. På nettet kan jeg for eksempel søke: «sykmelding arbeidskonflikt Høyesterett», og jeg vil da finne eksempler på saker hvor Høyesterett har omgjort legers sykmeldinger med diagnose P02 «psykisk ubalansede situasjonsbetinget». Høyesterett legger i slike saker vekt på «begivenhetsnære beviser», i praksis legens journalnotater. Det betyr at informasjon fra legen eller pasienten som kommer senere ikke blir like mye vektlagt. Jeg vil også finne at symptomer knyttet til konflikt ikke oppfattes av Høyesterett som «sykdom» i lovens forstand (4).

Tilsvarende kan man søke i trygderettens kjennelser og der lete etter saker som ligner den man står overfor. Trygderetten har ikke samme grad av «tyngde» eller presedens som rettskilde som det Høyesterett har. Fordelen med å søke i Trygderetten er at antall saker er mye større. Det er derfor lettere å finne saker som ligner den problemstillingen man står overfor. På lovdata.no er det enkelt å søke i Trygderettens kjennelser (5).

Det har vært diskutert om NAV i sin praksis bør være en anelse strengere enn Trygderetten. Tanken bak er en frykt for at praksis i NAV skal bli for liberal.

Komplisert lovverk

Lovverket som regulerer NAV sine ytelser er komplisert. Mange begreper er vanskelige å forstå, selv et så enkelt begrep som «sykdom» skaper forvirring og usikkerhet. Det er et stort antall saker som havner i Trygderetten og en høy andel saker som tross gjentatt behandling i NAV-systemet ender med å omgjøres. Det berettiger kritiske spørsmål om rettsikkerhet: Er lovverket rett og slett for komplisert? Er departementene som skal forklare hvordan lovverket skal anvendes for vage og uklare i sine beskrivelser? Eller er det for dårlig opplæring av oss leger og av NAV som anvender og forvalter lovene?

REFERANSER

1. <https://www.nav.no/klagerettigheter> lest 02.04.24.
2. Trygderettens årsrapport 2022.
3. <https://trygderetten.no/nb/prinsipielle-kjennelser> lest 02.04.24.
4. HR-2018-2344 A, se <https://www.domstol.no/globalassets/upload/hret/avgjorelser/2018/avgjorelser-desember-2018/hr-2018-2344-a.pdf>.
5. <https://lovdata.no/register/trygderetten>.

■ NFLEM@ONLINE.NO

Hva må gjøres av utredning og behandling før vi gir opp?

En uføresak fra Trygderetten

■ NJÅL FLEM MÆLAND • Redaktør i Utposten

En mann på 33 år med sammensatte fysiske og psykiske vansker har søkt om uføretrygd. Han har fått avslag lokalt og i klageinstansen flere ganger. Nå kommer saken opp i Trygderetten, hvor de sentrale spørsmålene er: Er det gjort nok medisinsk utredning? Er det gjort nok innsats i behandlingsmessig til å si at det ikke er mulighet for bedring?

Vi skal se nærmere på en sak fra Trygderetten, en av over fire tusen saker denne domstolen behandler hvert år. Hensikten med å se på en slik sak er læring. Tilstanden mannen har er vanlig og spørsmålene som stilles er sentrale i enhver uføresak. En studie av saken kan derfor hjelpe oss til å se hvor «listen ligger» når lov om folketrygd anvendes på et konkret tilfelle. Saker fra Trygderetten er enkle å søke opp. Kjennelsen har et saksnummer, TRR-2033-1248. Dersom du går inn på nettsiden lovdata.no og søker med dette nummeret, kan du lese saken i sin helhet (1). Denne artikkelen er i grunnen en forenklet omskrivning av kjennelsen slik du der finner den publisert. Jeg fant saken ved å søke på nettsidene til Trygderetten, trygderetten.no. Her kan du søke med stikkord, alt etter hva du er ute etter å lære mere om, for eksempel: «Ung ufør», «AAP», «sykepengers konflikter» og så videre.

Sykehistorien

Den aktuelle saken behandles i februar 2024. Kravet om uføretrygd ble fremsatt i februar 2022. Det betyr at det har tatt to år med gjentatt saksbehandling før vi nå har et endelig avslag fra Trygderetten. Mannen det gjelder er 33 år gammel når saken behandles. Han har vært ute av arbeidslivet siden 2013. Han har et sammensatt sykdomsbilde med fysiske og psykiske vansker. Han fikk diagno-

sen fibromyalgi ved en fysikalsk medisinsk avdeling i august 2020. Han hadde da en mangeårig smertehistorie og fremviser sentral sensitivisering for smerte. Det er sterk reduksjon av daglig fungering. Han går turer på opp mot en time en til to dager i uken, men er etterpå utmattet og får smerter i hele kroppen. Ved større fysisk aktivitet kan han være sengeliggende i to til tre dager. Han har selv forsøkt å trene styrke to ganger i uken, men opplever økte smerter av treningen. I epikrisen fra fysi-

kalsk medisinsk avdeling anbefales behandling med Sarotex og Cymbalta. Videre beskrives nøye fordeler med langvarig fysisk trening kombinert med avspenning, meditasjon og tøyingsøvelser. Det anbefales at slik behandling foregår i grupper, daglig og regelmessig, og over lang tid.

Pasienten har også diagnosene angst og depresjon. I 2021 ble han vurdert av psykiater ved et DPS. Han hadde da selv et ønske om EMDR-behandling. Han mente at han trengte slik behandling fordi han hadde opplevd en søvnløs natt som et traume. I samtalen med psykiateren fremkommer det at han har et alternativt syn på helse og behandling, og føler seg lite forstått i møtet med det tradisjonelle helsevesenet. Psykiateren skriver at «pasientens grunnsyn og forståelsesmodeller vil komme i konflikt med den medisinske modell som praktiseres og en er pålagt i det offentlige helsevesen. Dermed er det stor risiko for at pasienten ikke vil oppleve seg forstått og respektert». På den bakgrunn startes det ikke et behandlingsløp i spesialisthelsetjenesten.

Lowverket

Trygderetten starter sin behandling av saken med å sitere Folketrygdloven §12-5, som blant annet lyder: «Det er et vilkår for rett til uføretrygd at vedkommende har gjennomgått hensiktsmessig behandling for å bedre inntektsevnen». En tidligere dom fra Eidsivating lagmannsrett siteres. Her rede-



SPYNDRE/ISTOCK/ALAMY

ing og ?



ILLUSTRASJONSFOTO GETTY IMAGES / LIGHTFIELDSTUDIOS

gjøres det for hvordan behandlingstvilkåret skal forstås. Det står blant annet at vilkåret må forstås strengere jo yngre personen er. Vilkaeret må forstås slik at alle tiltak som fremstår hensiktsmessige må være forsøkt. Det trenger ikke å være sannsynlighetsovervekt for at tiltaket gjør pasienten frisk eller øker arbeidsevnen til over 50 prosent, men det må være en mulighet for bedret arbeidsevne. Behandlingstvilkåret tolkes også som et krav om at all hensiktsmessig utredning må være gjennomført.

Retten vurderer så dette kravet opp mot anbefalt behandling ved fibromyalgi. Det understrekes at det ikke må være en behandling som krever institusjonsopphold, men at det kan organiseres og følges opp i kommunehelsetjenesten. Slik behandling innebærer trening, fysioterapi, medikamentell behandling, kognitiv terapi og smertemestring, med nær oppfølging av fastlege. Et slikt behandlingssopplegg må gå over lengre tid, hvor det underveis vurderes om arbeidsaktivitet kan prøves. Det ansees ikke sannsynliggjort at en slik anbefalt behandling her er gjennomført.

Videre forstår retten uttalelsene fra psykiateren som at det ikke var aktuelt å starte utredning og behandling i spesialisthelsetjenesten på grunn av pasientens ønske om alternativ behandling. Retten presiserer at motivasjon og tro på behandling som tilbys i offentlig helsetjeneste ikke har avgjørende betydning ved vurdering av om behandlingstvilkåret er opp-

fylt. Retten mener at en videre utredning av psykisk helse kan gi behandlingsmuligheter.

Kjennelsen

Trygderetten er etter dette ikke i tvil. Det gjenstår både utredning og behandling som kan forbedre funksjonsevnen og etter hvert også inntektsevne. Selv om det er usikkert om det vil gi økt arbeidsevne, så må det forsøkes før behandlingstvilkåret er oppfylt. Det legges videre vekt på at han bare er 33 år, som er ungt i uføresammenheng. At det er mange år igjen til pensjonsalder taler tungt for at han prøver ytterligere utredning og behandling med sikte på å bedre inntektsevnen.

Konklusjon

Vi har nå sett på en typisk sak fra Trygderetten i den hensikt å lære av saken. Hva kan vi lære? Vi ser at spesielt hos en ung person praktiseres kravet om utredning og behandling strengt. Det er også verd å merke seg at det ved tilstanden fibromyalgi ikke settes et absolutt krav om at behandling skal foregå ved institusjon i spesialisthelsetjenesten. Det forutsetter dog at behandling gitt lokalt er omfattende, sammensatt og gis over lang tid. Alle med klinisk erfaring forstår at prognosen påvirkes negativt av årene som har gått uten at han har kommet i arbeid. Vi ser at heller ikke dette vektlegges, det er uan-

sett et krav at han skal få behandling som ansees «hensiktsmessig». Pasientens egen oppfatning om hva som er best behandling tillegges i denne saken liten vekt. Det gjelder selv om det aner oss at pasienten har holdninger som gjør samarbeid mellom ham og helsevesenet vanskelig.

Det er tankevekkende at pasienten etter å ha vært ute av arbeidslivet siden 2013 enda ikke er gitt anerkjent behandling, og fortsatt ikke har fått avklart sin arbeidsevne. Det kan henge sammen med at han fikk en endelig diagnostisk avklaring først i 2020. Dette reiser et spørsmål om hva som foregikk i årene mellom 2013 og 2020. I dokumentene sies det ingenting om det. Det kan være så enkelt som at det ikke fins medisinske opplysninger for dette tidsrommet. Vi merker oss at retten ikke gjør grep for å hente inn slike opplysninger, men forholder seg til det som faktisk foreligger av dokumentasjon.

Det er sannsynlig at en tidlig diagnose og tidlig behandling kunne ha gitt et bedre forløp med større sannsynlighet for et godt helsemessig utfall. Et spørsmål jeg også stiller meg når det tar så lang tid før han får diagnosen fibromyalgi, er om denne diagnosen ville blitt stilt tidligere hos en kvinne med tilsvarende symptombylle.

REFERANSE

- <https://lovdata.no/dokument/TRR/avgjorelse/trr-2023-1248?q=hensiktsmessig%20behandling>.

■ NFLEM@ONLINE.NO

Selvhjelpsmedisin

■ ENDRE SKJØLBERG • Fastlege, Molde kommune

JEG OPPLEVER at kjernepublikumet mitt er damer, helst over 70 år. Årsaken til dette er svært enkel. Jeg tror menn sliter med å komme forbi sportssidene i avisen og etter et dypdykk i fotballtriumfer og korsbåndskader, så tror jeg grensen for hva en mannlig hjerne orker å ta inn over seg er nådd. De makter rett og slett ikke mine grublerier over livet. Jeg har stor forståelse for det. Jeg blir lei av meg selv også.

PROBLEMET er at denne er artikkelen er skrevet for alle som har en partner. Det betyr at alle menn må komme seg forbi knuste kneskåler og fotbollsjelet for å bruke noen minutter på noe som kan være nyttig. Jeg tenkte at jeg skulle hjelpe litt i hverdagen til mennesker, for at man ikke skal komme i hverdagstrøbbel.

JOBBER TIL EN FASTLEGE

er å finne ut hva som feiler pasientene og gi rett kur mot det vonde. Det er like viktig med forebyggende medisin. Altså det å unngå sykdom og gjøre noen kloke valg slik at fremtiden ikke er så mørk. Her er det lett å trøfeil. Det er lettere å ramle inn i trøbbel enn å svinge unna, for å si det slik. Sagt med andre ord; forebyggende medisin er å unngå å få ei stekepanne i bakhodet.

NOEN ORD OG SETNINGER er farligere enn andre. For hva med disse fryktinngytende ord: – Vi må ha en prat! Verre fins knapt eller hva? Ord som gjør at blodet fryser til is og gir akutt kneskjelv og tankemylder: Hva har jeg gjort nå? Har jeg ikke tatt ut av oppvaskmaskinen? Har jeg vært fæl mot svigermor igjen? For mye fotball? For lite kyssing? Glem et barn i barnehagen?

ELLER HVA MED DISSE ORDENE: – Overrask meg! Ordene hver for seg kan virke så enkle og banale, men her må varsellampene

blinke som Rudolfs nese. Det kan virke uskyldig i det ordene kommer ut av munnen, men betyr så uendelig mye.

HVIS ORDENE 'OVERRASK MEG' kommer fordi en bursdag nærmer seg, så betyr det ikke at du skal overraske partneren i det hele tatt. De vil ha en skikkelig gave med mye hjerte bak. Basta! Hvis ordene kommer i det du skal lage en middag, så krever det mer enn pølse med brød. Hvis ikke så blir ikke bare partneren overrasket, men også du som ikke skjønnte båret og tegningen i det hele tatt.

satte: – Det er utrolig viktig med en svært fin julegave som er nøye gjennomtenkt og som det ligger utrolig mye kjærlighet bak. Jeg anbefaler å dikte opp en heltehistorie om hvor harde strabaser det var for å få tak i akkurat den gaven. Diktning og litt løs historiefalskning er på sin plass. Køl på! Legg gjerne inn hvor mange grizzlybjørner du måtte nedkjempe og hvor mange fjell du måtte bestige for å få tak i den helt unike gaven.

NOEN GANGER kan det være vanskelig å dikte opp en heltehistorie bak en ektefølt gave. For hva med han som gav en luftfukter til kona si? Hva skal man egentlig si da? Eller for kompisens min som kjøpte et takvindu i julegave til samboeren sin?

HVA MED DISSE hverdagsmedisinske rådene? La aldri sjansen gå fra deg til å gi en gave til den du har mest kjær. En kinotur på Valentinsdagen, en blomst og et kyss på en mandag. Ikke glem en bursdag, men overrask heller partner med en gave og et fint kort der du forteller hvor viktig hun eller han er for deg. Unngå stekepanner som gave, utrolig vond å få i bakhodet i etterkant!

HER TREKKER JEG INN PUSTEN

og smeller til: For deg, Hege-Beate, vil jeg bekjempe alle bjørner i hele verden, jeg vil klatre alle de høyeste fjell for deg, jeg vil holde rundt deg når livets nattemørke kommer og le med deg når dagene er lyse. Jeg er håpløs, men ikke så håpløs at jeg ikke forstår at jeg er håpløst forelsket i deg. Gratulerer med dagen! Jeg elsker deg!

BLE PARTNEREN SUR

etter julegaven? Du gikk fem på med setningen: – Det er ikke så farlig med julegave i år. Pinlig, folkens! Det er farlig med julegave, både for partner og deg. I hvert fall med tanke på å berge ekte-skap og livet. Ordene som sies, betyr det mot-



■ ENDRE.SKJOLBERG@GMAIL.COM

11-14 JUNE 2024
LOGOMO, TURKU, FINLAND

Utpostens lesere fikk forrige nummer stifte bekjentskap med søta bror som var å treffe på Nordisk kongress i Finland i juni i år. Bekjentskapet resulterte i at vi fikk trykke en liten vekkelsestekst som lovpriste allmenmedisinen som det største av alt. Vi forsetter med de store tankene som ble delt på kongressen, og i dette nummeret er det våre nye danske venner som får slippe til. Her er det legen med de grønne fingrene, på jobb for vern av moder jord, som får spalteplass. Artikkelen har allerede vært trykket i mai 2024 i det danske tidsskriftet *Practicus*, medlemsbladet til Dansk Selskab for Almen Medicin. Teksten illustrerer det store i det lille. Bærekraftbølgen som er over oss forteller oss det samme som denne teksten illustrerer: De små vegvalgene er det mange av, og summen av utallige bevisste og enkle handlinger – kan utgjøre en forskjell. I hvilken grad klimahensyn styrer den faktiske reseptfor skrivel sen er *Utpostens* lesere her ved utfordret til å sende oss både korte og lange tekster om!

Kari Thori Kogstad, redaktør

GRØNT TIP

Tabletter frem for flydende medicin

Som en del af et bæredygtigt sundhedsvæsen må vi som læger forholde os til, hvordan lægemidler påvirker klima og miljø. Selv om det er komplekst. Vi mangler fortsatt gennemsigtighet fra medicinalfirmaerne om den samlede miljøbelastning og klimaaftrykk fra deres produkter. Men evidensen på området stiger.

Medicin tynger i klimaregnskabet

Vi ved nu, at medicin står for 25 procent af de danske hospitalers samlede klimaaftrykk. Klimaaftrykket fra medicin, som er ordineret fra almen praksis i Danmark, kendes ikke endnu, men tal fra National Health Service i England har vist, at receptpliktig medicin står for over 65 procent af det samlede aftrykk i almen praksis.

Flydende medicin forurener mere

Et studie har sammenlignet klimaaftrykket ved produksjonen af paracetamol i flydende form versus tablett. De finder, at produksjonen af flydende paracetamol forurener mere end tablettproduksjonen på otte ud af elleve målelige parametre, f.eks. er utledningen av fossile brændstoffer femten gange større ved produksjonen av flydende paracetamol sammenlignet med produksjonen av paracetamol i tablettform.

De samme data er ikke tilgjengelige for penicillin, men forventes at være tilsvarende.

Lovisa Nordin, spesiallæge i almen medicin
Asthildur Arnadóttir, HU-læge i almen medicin
■ asthildur.arnadottir@sund.ku.dk

Hvor kan du ordinere tabletter i stedet for flydende medicin?

Børn og paracetamol: Børn på 20 kg kan få 250 mg x 4 daglig, hvilket svarer til en halv tablett, som kan knuses og indtages med yoghurt eller grød. Hvis barnet vejer under 15 kg, anbefales flydende paracetamol doseret etter vøgt (50 mg x vøgt, fordelt på 3-4 doser)

Børn og penicillin: Flydende Imacillin bliver ofte valgt som alternativ til flydende V-penicillin på grund af smagsforskellen. Men V-penicillin kan på like fod gives i tablettform, som gerne må knuses. Her er bonus endda, at du undgår at skifte til et mere bredspektret antibiotika.



Fastlegers rolle i forskning på førstegangsbarn

■ MARIA EKRE • Forskningsassistent | KJERSTI STABELL WIGGEN • Prosjekttrådgiver
EVA MARIE FLAATHEN • Prosjektmedarbeider | ANNE GRETE TØGE • Prosjektleder | JOAKIM FINNE • Prosjektmedarbeider

I skrivende stund pågår Mor i Norge-studien, Norges største og kanskje viktigste studie av et tiltak rettet mot førstegangsmødre som har behov for ekstra oppfølging i svangerskapet og småbarnsperioden. Dette er en gruppe som det trengs mer kunnskap om. Samtidig kan det være vanskelig å nå disse kvinnene, både for helsepersonell og for forskere. For å få tak i denne gruppen og få kunnskap om deres behov, er blant annet fastleger viktige nøkkelpersoner.



ILLUSTRASJONSFOTO: MONTEIN HERNANDEZ / ANTONIUP

Tiltaket det forskes på, «Sammen på vei», er den norske utgaven av «Nurse-Family Partnership» (NFP): et hjemmebesøksprogram levert av familiesykepleiere (jordmor/ helsesykepleier) i løpet av svangerskapet og frem til barnet er to år. Formålet med tiltaket er å forebygge vold og sosial ulikhet gjennom å styrke kvinnene i omsorgsrollen spesielt, og helse- og livssituasjonen generelt. Tiltaket kan dermed få positiv innvirkning på barnets utvikling og oppvekstvilkår.

I 2015 startet Barne-, ungdoms og familiedirektoratet (Bufdir) og Regionsenter for barn og unges psykiske helse Øst og Sør (RBUP) prosessen med å implementere NFP. Implementeringen av programmet er et viktig ledd i strategien om å forebygge barnemishandling og sosiale forskjeller. NFP ansees som et program som er lett å tilpasse deltakernes ulike behov, ut ifra deres ulike og sammensatte utfordringer. Samtidig treffer programmet en målgruppe som man ellers sliter med å hjelpe, og som kan være vanskelig å nå med andre tiltak.

Fire trinn

Som et lisensbasert program innebærer implementering av NFP-programmet fire ulike trinn:

- 1 tilpasning av programmet
- 2 pilotering for tilstrekkelig gjennomførbarhet
- 3 effektevaluering av programmet
- 4 nasjonal implementering av programmet.

mødre



ILLUSTRASJONSFOTO: GETTY IMAGES/VADIMGUZHVA

Mor i Norge-studien utgjør trinn 3 av den prosessen, og gjennomføres av forskere ved Arbeidsforskningsinstituttet ved Oslo-Met (AFI). Med spesialtrente familiesykepleiere i spissen gjennomfører forskerne ved AFI derfor en randomisert studie for å teste effekten av NFP i en norsk kontekst. Studien inkluderer 38 kommuner fordelt på Agder, Rogaland, Trøndelag, Vestland og Oslo. Gravide kvinner har mulighet til å selv ta kontakt med studien, men de aller fleste blir henvist til studien fra fastlege eller jordmor. Noen blir også henvist fra instanser som DPS, NAV eller barnevern.

Studien er en effektevaluering av et forebyggende tiltak rettet mot kvinner som skal bli mor for første gang, og som har utfordringer som gjør at de kan trenge ekstra oppfølging i svangerskapet og i småbarnsperioden. Dette er for eksempel kvinner som har erfaringer med vold i nære relasjoner, har lite sosial støtte og familienettverk, opplever konflikter i parforholdet, har vanskeligheter med å bruke helsetjenester, har hatt kontakt med barnevernet i egen oppvekst, står utenfor jobb/studier, har lavere utdanning, lav inntekt eller økonomiske problemer, opplever mentale helsetilstander, rusrelaterte problemer, eller

er ung mor (under 22 år). Minst to av kriteriene må være oppfylt for at deltakeren er i målgruppen for studien.

Rekruttering

Personer som er tilbøyelige til å delta i studier har ofte høyere utdanning, er mer ressurssterke, skårer høyere på IQ-tester, og framstår som mer motiverte og mer tilpassningsdyktige (1). Med andre ord kan vi anta at det er lavere sannsynlighet for at kvinner som oppfyller studiens inklusjonskriterier oppsøker studien selv. Fastleger, jordmødre og andre henvisende instanser som møter disse kvinnene i første linjen er dermed svært viktige for rekrutteringen til studien, og for at kvinnene skal få den støtten de har behov for.

Rekrutteringen til studien startet i juni 2023. Så langt ser vi at kvinnene som deltar i studien i gjennomsnitt oppfyller flere av inklusjonskriteriene, som for eksempel dårlig psykisk helse, vanskelig oppvekst, erfaringer med vold i nære relasjoner, lite nettverk og sosial støtte, og økonomiske problemer. Dette understreker viktigheten av å ha en bred tilnærming til henvisning til studien: Fastleger, jordmødre, og andre henvisende instanser kan med fordel hen-

vise kvinner til studien selv om de er usikre på om flere av kriteriene er oppfylt, da sannsynligheten for å ha flere av utfordringene er stor dersom man har én. Alle som blir henvist får en utforskningssamtale med en familiesykepleier, hvor det i trygge rammer blir kartlagt om kvinnene tilhører målgruppen for studien. Familiesykepleierne er spesialtrente til å avklare kriteriene gjennom grundige samtaler, og det er derfor ikke nødvendig for henviser å ta stilling til om kriteriene er oppfylt før henvisning. En mistanke er tilstrekkelig for å starte prosessen, og sikrer at flere aktuelle kvinner blir identifisert og inkludert i studien.

Innvandrerbakgrunn

Så langt er kvinner med innvandrerbakgrunn underrepresentert i studien, og vi jobber nå for å nå ut til flere grupper. Innvandrerkvinner møter ofte spesifikke utfordringer som lav inntekt, lav utdanning, arbeidsledighet og psykiske helseproblemer. Dette gjør dem til en viktig målgruppe for studien, da de kan ha behov for ekstra støtte i svangerskapet og småbarnsperioden. For å sikre at vi når ut til denne gruppen, er det essensielt å øke bevisstheten om studien blant helsepersonell og an-

dre relevante instanser som møter minoritetskvinner i sitt arbeid. Vi oppfordrer derfor fastleger, jordmødre og andre henvisere til å være spesielt oppmerksomme på å identifisere og å henviser innvandrerkvinner, selv om det kan være utfordrende. Dette vil bidra til en mer representativ deltakerbase og sikre at studiens resultater blir relevante for alle som kan ha nytte av tiltaket.

Selv om Norge har et godt velferdstilbud, er det viktig å spørre seg om det dekker behovene til alle grupper i samfunnet, spesielt de som er mer utsatte. Siden «Sammen på vei» er et omfattende og kostbart tiltak, er det avgjørende at vi har solid dokumentasjon på at ressursene benyttes effektivt og at tiltaket faktisk gir ønsket effekt. Uten en grundig evaluering av tiltakets resultater kan vi ikke være sikre på at det gir den nødvendige støtten til alle som trenger det. Lisensieringen av NFP-programmet krever en randomisert kontrollstudie før en eventuell nasjonal implementering. Denne tilnærmingen gir oss en objektiv evaluering av tiltakets effekt, men den reiser også etiske spørsmål.

Etiske hensyn

Randomisering innebærer at deltakerne tilfeldig fordeles til ulike grupper, og etiske hensyn er alltid viktige når man gjennomfører slike studier. Deltakerne i studien blir tilfeldig fordelt til en av to grupper. Den ene gruppen får tilbud om oppfølging gjennom tiltaket «Sammen på vei», som inkluderer regelmessige hjemmebesøk fra familiesykepleiere i løpet av svangerskapet og frem til barnet er to år. Den andre gruppen mottar en informasjonssamtale med en familiesykepleier, som gir veiledning om andre tilgjengelige hjelpetilbud i kommunen basert på den enkeltes behov. Alle potensielle deltakere kartlegges grundig, slik at familiesykepleieren kan gi relevant informasjon om lokale ressurser. I tillegg vil alle deltakerne få oppfølging fra det ordinære helsetilbudet i kommunen. Denne tilnærmingen sikrer at alle deltakerne får støtte, enten gjennom «Sammen på vei» eller via andre passende tilbud i kommunen.

Denne utformingen av studien søker å balansere behovet for vitenskapelig nøyaktighet med etisk ansvarlighet. Det er avgjørende at deltakerne føler seg godt ivaretatt og informert gjennom hele prosessen, og at deres velferd alltid står i sentrum. Dette sikrer at fors-

kningen kan gjennomføres på en måte som både gir pålitelige resultater og respekterer deltakerne som medmennesker med reelle behov og bekymringer. Alle deltakerne i studien blir også oppringt av en jordmor i forskerteamet ved OsloMet uken etter at de har takket ja til å delta i studien. Der snakker vi med dem om deres deltakelse i studien, og åpner for alle typer spørsmål de måtte ha om studien eller livssituasjonen for øvrig.

Konklusjon

Vi har begrenset kunnskap om mødre med behov for ekstra støtte og veiledning i svangerskapet og småbarnsperioden i Norge. Det er mangel på informasjon om hvor mange de er, hvilke spesifikke utfordringer de står overfor, hvilken type støtte de trenger, og hvordan deres situasjon utvikler seg, både for dem selv og for barna deres.

Følgforskningen etter den første implementeringen av NFP i Norge viste et klart behov for tiltaket, samt at det har god effekt. Totalt ble åtti familier fulgt opp av fem familiesykepleiere. Gjennom studieperioden rapporterte familiesykepleierne at de hadde forhindret to omsorgsovertakelser, der barna ellers ville ha blitt plassert i fosterhjem eller barnevernsinstitusjoner. Hvis dette stemmer, har tiltaket allerede betalt seg selv tilbake økonomisk, bare gjennom disse to tilfellene.

Studien vil kunne gi svar på om eksisterende oppfølgingstilbud under graviditet og i småbarnsperioden er tilstrekkelig for kvinnene som har behov for ekstra støtte, og i hvilken grad det vil nyttiggjøre seg å iverksette tiltaket «Sammen på vei» nasjonalt. Fastleger og andre henvisere kan spille en viktig rolle i å nå frem til aktuelle deltakere til studien, og dermed sikre et godt kunnskapsgrunnlag om en gruppe som ellers fort kan overses.

Ønsker du å henvise noen til studien?

Se nettsiden vår for mer informasjon og kontaktinformasjon til de ulike teamene: <https://uni.oslomet.no/mins/informasjon-til-henvisere/>

REFERANSE

- Rosenthal, R., & Rosnow, R. L. Artifacts om behavioral research: a re-issue of Artifact in behavioral research, Experimenter effects in behavioral research and The volunteer subject. New York: Oxford University Press; 2009.

■ MAEKR2889@OSLOMET.NO



Det er paradoksalt at vi ikke klarer å samhandle bedre når det gjelder en av de mest sårbare og komplekse pasientgruppene – personer med akutt psykisk sykdom. Mange av disse pasientene, som kan være til fare både for seg selv og andre, opplever lange ventetider og lav prioritering i helsevesenet. Dette står i sterk kontrast til hvordan somatiske akutte tilstander håndteres.



Samhandling om akutt psykisk lidelse

Et eksempel på hvordan samhandling kan fungere, er prosjektet «Trygg akuttmedisin». Dette er et samhandlingsprosjekt i Universitetssykehuset Nord-Norges opp-taksområde, initiert av en engasjert kommunelege og drevet frem av dedikerte anestesileger. Målet med prosjektet er å redusere tiden det tar før pasienter med alvorlige somatiske tilstander som blodforgifning, hjerteinfarkt eller hjerneslag får nødvendig behandling. Takket være solid finansiering fra Helse Nord har prosjektet blitt vellykket gjennomført, og responsen har vært så god at det nå utvides til Nordlandssykehusets opptaksområde.

Når det gjelder transport av akutt psykisk syke pasienter, er situasjonen en helt annen. Legevaktsleger og kommuneoverleger i Lofoten og Vesterålen (LOVE) har i over 20 år etterlyst en bedre løsning for transport av slike pasienter til Nordlandssykehuset. Denne problemstillingen gjelder ikke bare LOVE-området, men også leger i Finnmark og på Helgeland opplever de samme utfordringene. I 2019 førte disse diskusjonene til at ledelsen ved Nordlandssykehuset, representanter fra kommunene og Statsforvalteren møttes. Sykehusets egne undersøkelser viste at pasienter med akutt psykisk sykdom i LOVE-området og på Helgeland måtte vente i gjennomsnitt seks til åtte timer på transport, og i noen tilfeller opptil 72 timer. Nordlandssykehuset pekte på Helse Nord, som har ansvar for lufttransport, og sendte en bekymringsmelding til Helsetilsynet.

Helsetilsynets rapport var tydelig i sin kritikk av Helse Nord. De konkluderte med at tjenesten for lufttransport for denne pasientgruppen ikke var forsvarlig. Gjennomsnittlig ventetid for transport var på ti og en halv time, og det ble dokumentert at hastegradene ofte ble nedjustert underveis, uten at det var noen medisinsk begrunnelse for dette. Den lange ventetiden medfører betydelig risiko for pasientskade og økt bruk av tvangsmidler fra politiets side. Spesielt for pasienter med psykotiske vrangforestillinger, som ofte lider av alvorlig angst og paranoia. Rask medisinerings under kontrollerte

og trygge forhold er den beste løsningen for disse pasientene. Men det er kun Nordlandssykehuset i Bodø og Universitetssykehuset i Tromsø som har godkjenning til å utføre tvangsbehandling og er akuttpsykehus for pasientgruppen.

Manglende samhandling og risiko for pasientene

Transporttiden fra sentrale områder i Lofoten til Nordlandssykehuset i Bodø er over seks timer med bilambulans, inkludert ferge. Fra Vadsø til Universitetssykehuset i Tromsø er transporttiden mer enn ti timer. Dette er uholdbart for pasienter med akutt psykisk sykdom som har behov for rask hjelp. Helsetilsynets rapport har ført til at Helse Nord nå har startet et prosjekt for bedre samhandling og utvikling av rutiner for transport av akutt psykisk syke. Det paradoksale er at kommunehelsetjenesten ikke er involvert i dette prosjektet, til tross for at de spiller en sentral rolle i håndteringen av slike pasienter. Rapporten ble sendt på høring i juni 2023 med frist i september, og mange har levert sine høringssvar. Men enda har ikke rapporten blitt ferdigstilt.

Medisinsk indeks fastslår at alvorlige selvmordsforsøk, trusler om selvmord og fare for alvorlig vold kvalifiserer for rød (akutt) hastegrad. Likevel viser rapporten at AMK Tromsø rutinemessig nedjusterer hastegraden til gul for luftambulansoppdrag som involverer psykisk syke pasienter. Dette er et eksempel på hvordan denne pasientgruppen blir systematisk nedprioritert.

Nordlandssykehuset mener at psykisk syke pasienter kan vente i kommunale øyeblikkelig hjelp-døgnplasser (ØHD), mens de venter på transport. Dette til tross for at Helsedirektoratets veileder for ØHD klart sier at disse pasientene ikke er aktuelle for slike plasser. Veilederen understreker også at alvorlig psykisk syke kan legges inn på somatiske avdelinger i påvente av transport, og at DPS (Distriktpsikiatriske senter) har team som kan tilby akuttbehandling. I LOVE-området er imidlertid spe-

sialisthelsetjenesten innen psykiatri bare tilgjengelig fra 08.00 til 15.30 på hverdager. Medisinsk avdeling ved Nordlandssykehuset Lofoten har også rutiner som sier at de ikke skal ta imot pasienter med alvorlig psykisk sykdom.

Et akutt eksempel på dårlig samhandling

For kort tid siden ble en pasient i Lofoten med selvmordstrusler hentet av ambulansetjenesten og politiet. Pasienten ble levert til legevakten, men ambulansespersonellet forlot raskt stedet da det ble klart at det ville ta tid før luftambulansen kunne komme. AMK hadde informert ambulansespersonellet om at dette ikke var deres ansvar, men et kommunalt problem. Dette er en situasjon som aldri oppstår når det gjelder pasienter med hjerteinfarkt, blodforgifning eller hjerneslag. For disse tilstandene er vi svært opptatt av å redusere responstiden med hvert eneste minutt. Men for akutt psykisk syke er det tilsynelatende akseptabelt at de kan vente i flere timer, eller til og med døgn, før de får hjelp.

Veien videre

Dette må endres. Transport av psykisk syke pasienter i akutte krisesituasjoner krever samme prioritering og samhandling som vi ser ved somatiske akutte tilstander. Vi trenger bedre rutiner, tydeligere ansvarlinjer og en mer samordnet innsats mellom kommunehelsetjenesten, spesialisthelsetjenesten og AMK. Akutt psykisk sykdom er like livstruende som somatiske akutte tilstander, og det er på høy tid at systemet reflekterer dette.

JAN HÅKON JUUL
Enhetsleder Vågan medisinske senter
og tidligere redaktør i Utposten
■ JANHAKONJUUL@GMAIL.COM

▼ Rybelsus®

Semaglutid i tabletter



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

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

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

Slik tar du Rybelsus®



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



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



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

Rybelsus® (semaglutid): Utvalgt sikkerhetsinformasjon²

Les fullstendig preparatomtale før forskrivning

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

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

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

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

Refusjonsvilkår og pris³⁻⁵

ATC-kode: A10B J06 (Glukagonlignende peptid-1 (GLP-1) -analoger)

Refusjon^{4,5}

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

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

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

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

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

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

AFE TROMSØ: Med tverrfaglig blikk på symptomer

■ MAY-LILL JOHANSEN • Førsteamanuensis i allmennmedisin og leder ved AFE, UiT

**AFE Tromsø er den allmenn-
medisinske forskningsenheten
for hele Nord-Norge – derfor
kaller vi oss gjerne AFE Nord.
Vårt slagord er «Klinisk og
kvalitativ helseforskning til
nytte for allmennpraksis».
Denne reportasjen er både et
tilbakeblikk og et innblikk
i dagens situasjon.**

AFE Nord har fra starten i 2006 forsket på hvordan symptomer håndteres i allmennpraksis. AFE Nord sin første leder, professor i allmennmedisin Hasse Melbye, var opptatt av tung pust, hoste og lungelyder. Han bygget opp et lokalt forskningsmiljø som samarbeidet med internasjonale nettverk. Dette gjorde at AFE Nord raskt ble med i et EU-finansiert prosjekt om antibiotikabruk ved nedre luftveisinfeksjoner. Som spin-off derfra ble det startet flere internasjonale studier, og også nasjonale prosjekt, for eksempel om håndtering av kols-forverringer. Det ene flotte akronymet avløste det andre, og mange allmennleger fikk prøvd seg som forskerspirer. Astri Medbø, fastlege i Tromsø, fikk i 2012 æren av å bli den første som disputerte med veiledning fra AFE Nord. Temaet håndtering av kols-forverringer ble landet i 2017, med doktorgrad til allmennlegen Johanna Laue.

Tverrfaglighet

Et annet kjennetegn ved AFE Nord er tverrfaglighet. Medisinsk antropolog Mette Bech Risør fra Danmark entret AFE i 2009, og fikk snart rollen som nestleder. Med



Hasse Melbye takkes av og May-Lill Johansen overtar som leder høsten 2020. FOTO: MARIA F. KVAMME

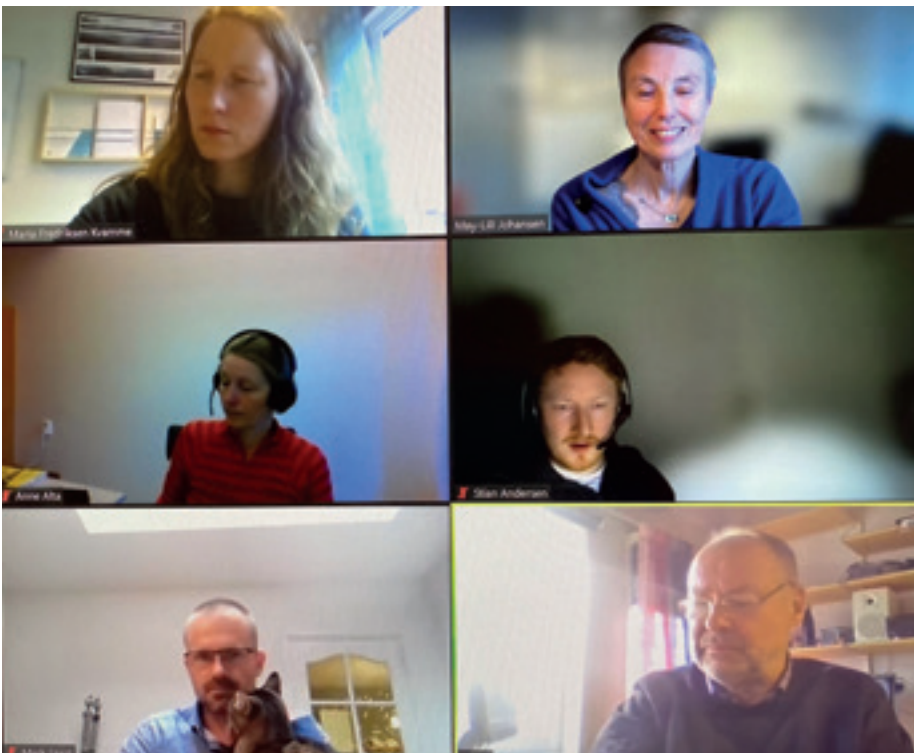
henne kom et annet og nytt blikk på symptomer, som utfordret og utfylte det kliniske blikket. Blikket ble også rettet mot nye symptomer. Sammen med allmennlegen Nils Kolstrup ledet Mette et NFR-prosjekt (Norges forskningsråd) om kognitiv netterapi for angst og depresjon med oppfølging i allmennpraksis. Tromsø-legen Maja

Wilhelmsen var stipendiat i prosjektet, og ble i 2015 nummer to fra AFE Nord som tok doktorgrad.

Hvordan merkes sykdom i hverdagslivet av folk som har eller har hatt kreft? I samarbeid med antropolog Nina Foss, da ved Nasjonalt Forskningscenter innen komplett- og alternativ medisin (NAFKAM),



Hasse Melbye (til høyre) var leder av AFE Tromsø til høsten 2020, mens Mette Bech Risør (til venstre) var nestleder til sommeren 2021. FOTO: MARIA F. KVAMME



AFE startet med nettsamlinger under pandemien, og har fortsatt fordi de fleste ansatte ikke bor i Tromsø.

ledet Mette Bech Risør et NFR-støttet prosjekt der to antropologer gjorde feltarbeid i en liten nordnorsk kommune. Tone Seppola Edvardsen var en av dem. I 2017 ble hun den første antropologen som tok doktorgrad ved AFE Nord.

Medisinsk uforklarte plager og symptomer (MUPS) egner seg spesielt godt for et

tværfaglig blikk. Mette Bech Risør samarbeidet med psykolog Catarina Wang og visuell antropolog Trond Waage i et prosjekt om kommunikative utfordringer rundt ungdom med MUPS. Det ble laget filmer og artikler. Visuell antropolog Maria Fredriksen Kvamme disputerte til en doktorgrad om dette temaet i 2020.

Verdens største på hjerte- og lungelyder

Ved Tromsøundersøkelsen i 2015–2016 ble det samlet inn en rekke relevante data for AFE, som lungelyder, hjertelyder, spirometri og ultralyd av hjertet. Etter vårt kjennskap har AFE den største samlingen i verden av hjerte- og lungelyder. Den inneholder lungelyder fra 6000 deltakere, spirometri av 3700, samt hjertelyder, EKG og hjerteultralyd av 2100 deltakere. Det trengtes både flere allmennlege-stipendiater (Juan Carlos Aviles, Anne Davidsen og Stian Andersen) og samarbeid med Institutt for informatikk for å analysere denne datamengden.

Stipendiatene har blant annet undersøkt hvor presise leger er i sin tolkning av hjerte- og lungelyder, og dermed gitt viktige bidrag til diskusjonen om nytten av å lytte på hjerte og lunger med stetoskop.

Da Juan Carlos Aviles disputerte i 2020 var et viktig spørsmål om lungeauskultasjon har en framtid i medisinsk praksis. Vil vi fortsatt bruke stetoskopet på samme måte om 20 år? Et motspørsmål fra kandidaten var: Vil vi fortsette å spørre pasienter om de er tunge i pusten? Vi kan ikke stille en sikker diagnose med stetoskopet, men vi får klinisk informasjon som kan være like nyttig som et symptom pasienten forteller om. Både symptomer og lungelyder er brikker i et diagnostisk puslespill.

For å dra praktisk-klinisk nytte av det store lyd-biblioteket, innledet Hasse Melbye et produktivt samarbeid med Lars Ailo Bongo, professor i informatikk ved UiT. Bongo fikk i 2021 UiTs innovasjonspris sammen med stu-

dentbedriften Medsensio AS for idéen om å bruke dataalgoritmer og maskinlæring for å klassifisere lungelyder. Algoritmene er basert på AFE sin datasamling fra Tromsø-undersøkelsen. Bongo og hans kolleger har samarbeidet både med AFE-forskere og internasjonale forskere om lungelydene, og sammen har de utviklet en app for studenter og leger som vil lytte på og lære om fremmedlyder på lungene og bilyder på hjertet.¹

AFE Nord i dag

I 2020 fylte Hasse Melbye 70 år, og May-Lill Johansen overtok som leder. Hennes styrke er kvalitativ forskning, en kompetanse det er knapphet på i norske medisinske forskningsmiljø, inkludert de allmennmedisinske. Ved overtakelsen arrangerte vi et fremtidsverksted, som staket ut en nokså uendret kurs videre, med både et klinisk-epidemiologisk og et kvalitativt spor.

Nord-Norge har et begrenset antall fagfolk som både har forskningskompetanse og kunnskap om primærhelsetjenesten. For AFE Nord har det siden starten derfor vært viktig å knytte til oss seniorforskere fra andre land med sterk tradisjon for allmennmedisinsk forskning, som Danmark og Nederland, og å samarbeide i mange nettverk.

Et viktig nettverk for AFE Nord er *Symptom research in primary care* (SymPCa). I 2023 arrangerte vi den fjerde internasjonale, tverrfaglige konferansen om symptomforskning i primærhelsetjenesten, med 50 deltakere fra åtte land. I 2022 startet vi selv et nasjonalt nettverk om overdiagnostikk og bærekraft i helsetjenestene, med professor i allmennmedisin John Brodersen som leder. Planen er å samarbeide om forskning og formidling av kunnskap om disse viktige temaene.

Høsten 2024 var det på tide å samle AFE Nord til et nytt framtidswerksted. Det ble klart at vi trenger å knytte nærmere kontakt og samarbeide mer med nordnorske kommuner og allmennlegekontor. Vi har forskningsbasert kunnskap innen flere temaer å tilby, og vi ønsker innspill om hvilke spørsmål fastleger, kommuneoverleger og andre helseledere trenger mer kunnskap om.

Hvis du, kjære leser, har spørsmål om eller idéer til allmennmedisinsk forskning, ikke nøl med å ta kontakt! Gjennom Allmennmedisinsk Forskningsutvalg (AFU) er det mulig å søke midler til små prosjekter i egen praksis eller kommune – som for eksempel kan bli til en artikkel i *Utposten*. Hvis du vil lese mer om AFE Nord, kikk gjerne på nettsiden vår: <https://uit.no/project/afe>.

■ MAY-LILL.JOHANSEN@UIT.NO

¹ Lenke til appen: <https://lung-heart.medsensio/>

Marits øye

Jeg hadde startet i ny legepraksis med gode kollegaer og ypperlig personale. En fredag kom det en høygravid kvinne inn til meg med sin lille datter på knapt to år.

Jeg undret meg litt, fordi den høygravide kvinnen vanligvis konsulterte min høykompetente kollega, og jeg var derfor litt på vakt. Moren startet med å si: – Det er sikkert ikke noe alvorlig doktor, men når jeg ser inn i Marit sitt øye, synes jeg at jeg kan se bakveggen i selve øyet.

Jeg hadde hatt god undervisning i øyesykdommer på medisinstudiet i Aarhus, og fikk med en gang mistanke om at det kunne være et retinoblastom. Med oftalmoskopet i mydriasis så jeg inn på en diger tumor. Jeg ba moren og jenta sette seg på venterommet, og jeg forklarte at jeg måtte snakke med øyeavdelingen på det lokale sykehuset.

Mens moren og vesle Marit ventet, sa jeg til overlegen på øyeavdelingen at jeg var helt sikker på at jeg hadde et barn med et retinoblastom. Han ba om at de omgående måtte kjøre til sykehuset som var en 50 kilometer kjøretur unna legekontoret. Marit ble innlagt på Rikshospitalet via lokalsykehuset to dager senere, og operert mandagen etter med enokulasjon av øyet.

Foreldrene takket meg senere for hurtig reaksjon, men det var morens atferd og hennes observasjoner som ga meg diagnosen på et sølvfat.

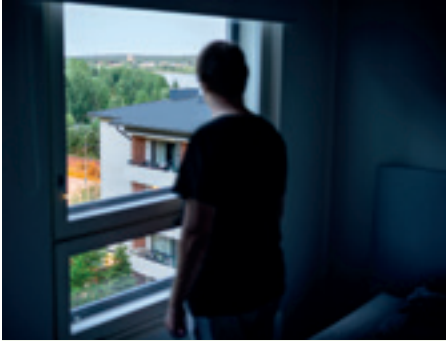
Marit er i dag ca. 35 år og har gjennomført en lang akademisk utdanning. Hun har kun et øye – men mann og to barn.

NCL

(Utposten kjenner forfatterens identitet)



ILLUSTRASJONSFOTO: KI – ADOBE FIREFLY. PERSONENE PÅ BILDET HAR INGEN TILKNYTNING TIL INNHOLDET I ARTIKKELEN



ARBEIDSLEDIGHET

Depresjon øker dødeligheten

Arbeidsledighet i seg selv ser ikke ut til å øke risikoen for død så lenge man ikke også er deprimeret. Derimot så har folk ute av arbeid, og som samtidig har tegn på depresjon, nær 3,6 ganger høyere risiko for død av alle årsaker sammenlignet med ikke-depressive personer som er i jobb. Det er ett av hovedfunnene til finske forskere. Deltagerne ble rekruttert fra et opplegg for forebygging av hjerte- og karsykdom i allmennpraksis i to finske byer fra 2005 til 2007. Kohorten i studien bestod av 1487 tilsynelatende hjertefriske personer som den gang var i jobb. Data for jobbstatus, depressive symptomer og død, ble innhentet ved oppfølging median 15 år senere. Resultatene ble korrigert for alder, kjønn, kroppsmasseindeks, total kolesterol, blodsukker, blodtrykk, fysisk aktivitet, alkoholbruk og nåværende røyking. Andre uavhengige faktorer som var forbundet med økt risiko for død var screening-oppdaget diabetes, nåværende røyking og økende alder.

● Nordic Congress in General Practice (NCGP), juni 2024, Turku/Finland, abstrakt 012.3 (P Korhonen et al)

VEILEDNING UNDER SPESIALISERING

Mer fornøyd med endret opplegg

Alle som spesialiserer seg i allmennmedisin i Danmark har fem sykehus-hospiteringer, og ved hver av disse får de en 30-minutters evaluering fra veileder på sykehuset. Forskerne bak en ny studie ville teste ut om det å involvere veileder i allmennpraksis ville ha positiv effekt på jobbtilfredshet og læringsutbytte. Deltagerne ble randomisert i kontrollgruppe (175) eller i intervensjonsgruppe (107). I intervensjonsgruppen ble allmennpraksis-veileder invitert til å delta digitalt på minst ti minutter av veiledningen på sykehuset. Her ble det diskutert hva kandidaten gjorde bra, hvordan forbedring kunne gjøres, og hva som skulle være i fokus på neste sykehushospitering. Etter endt opplegg, svarte nær tre av fire i intervensjonsgruppen at de var mer tilfredse på jobb, mens det samme gjaldt 55 prosent i kontrollgruppen. I alt 75 prosent av allmennpraksisveilederne, 64 prosent av sykehusveilederne og 62 prosent av allmennmedisin-kandidatene mente prosjektet hadde gitt dem økt læringsutbytte.

● Nordic Congress in General Practice (NCGP), juni 2024, Turku/Finland, abstrakt 06.4 (LM Ørts et al)



REDUSERT SYN OG HØRSEL

Knyttes til depressive symptomer

Danske forskere har sett på sammenhengen mellom redusert syn og hørsel, og forekomsten av depressive plager. Kohortstudien tar utgangspunkt i personer som hadde deltatt i minst to SHARE-undersøkelser (Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe) og inkluderer data fra 56 847 deltagere over 50 år fra 19 europeiske land. Snaut 18 prosent av alle i kohortstudien utviklet depressive symptomer.

Sammenlignet med de som hadde godt syn og god hørsel, hadde personer med svekket syn eller hørsel om lag 1,3 ganger økt sannsynlighet for å få depressive symptomer. For de som hadde både redusert hørsel og syn, var sannsynligheten nær doblet. Resultatene er korrigert for blant annet alder, region, sivilstatus, utdanning, inntekt og sykdomshistorie. Det var sterkere assosiasjon ved økende alder hos menn.

● Nordic Congress in General Practice (NCGP), juni 2024, Turku/Finland, abstrakt 012.1 (L Juel Ahrenfeldt et al)



1,5

ganger høyere risiko for potensiell uheldig medisinerings og nær 2,6 ganger høyere risiko for død er tallene danske forskere har kommet frem til for pasienter som treffer sin vanlige kontakt i helsevesenet ved færre enn 25 prosent av kontaktene – sammenlignet med å ha alle kontakter hos den man vanligvis møter. Forskerne viser til at dårligere kontinuitet var forbundet med økt risiko selv etter justering for demografiske og sosioøkonomiske faktorer og sykkelighet. Studien har registerdata fra en nasjonal kohort med 4,7 millioner danske innbyggere, og inkluderer kontakt med primærhelsetjenesten og med sykehus i 2018.

● Nordic Congress in General Practice (NCGP), juni 2024, Turku/Finland, abstrakt WS23.1 (A Prior et al)



SØVNSKOLE VED INSOMNIA

Oppmuntrende tidlige data

Kognitiv atferdsteori bør være første behandling ved kroniske søvnplager. Det var bakgrunnen for en studie fra finske forskere, der preliminnære data ble presentert på den nordiske kongressen i allmennmedisin. Et strukturert søvn-skole-opplegg ble implementert på legekontor i sørvest-Finland i 2020. Treatment of Insomnia in Primary Care Study (TIP Study) inkluderte voksne med Insomnia severity index (ISI) skår på åtte eller mer. Målet er å inkludere 250 pasienter i en randomisert studie. De første 28 pasientene ble randomisert til to grupper, intervensjon og kontroll. Drøyt sju av ti var kvinner, og gjennomsnittsalderen var 61 år. I alt 93 prosent rapporterte dårlig eller veldig dårlig søvnkvalitet, og 89 prosent hadde hatt plager i over ett år. Gjennomsnittlig ISI-skår var 15,3. Resultatene fra de første 20 deltagerne ved to måneders oppfølging viser bedring i både skår og søvnkvalitet.

● Nordic Congress in General Practice (NCGP), juni 2024, Turku/Finland, abstrakt 04.3 (E Bergman et al)

MULTIMORBIDITET

Mer enn doblet på nær 20 år

I 2018 ble halvparten av befolkningen som var 80 år eller mer definert å ha multimorbiditet. Det viser en studie fra Danmark som følger utviklingen av multimorbiditet blant voksne over en periode fra 2000 til 2018. Antallet lidelser som hadde økt mest i absolutte tall, var muskel- og skjelettsykdommer. Størst relativ økning hadde sykdommer innen gynekologi/urologi, endokrine sykdommer og muskel- og skjelettdiagnoser. Psykiske lidelser var den diagnosegruppen som hadde minst økning, både i antall tilfeller og i prosentvis økning. Multimorbiditet ble definert som to diagnoser innen minst to av ti ulike definerte hovedgrupper av sykdommer. I løpet av de nær 20 årene hadde forekomsten av multimorbiditet økt fra 6,5 prosent til 14,3 prosent. Det betyr at i 2018 hadde hver sjuende voksne person i Danmark mer enn to ulike sykdomsdiagnoser. Tallene er basert på statistikk fra nasjonale registre for spesialisthelsetjenesten.

● Nordic Congress in General Practice (NCGP), juni 2024, Turku/Finland, abstrakt S10,7 (T Willadsen et al)



Våger samfunnets 'vi' å bestemm

102 kommuneoverleger, helseledere og andre samfunnsmedisinere møttes i Alta i slutten av august for å drøfte prioritering i et samfunn med stadig økende forventninger og press.

I nydelige omgivelser samlet samfunnsmedisinere fra det ganske land seg i Nordlysbyen for å mingle, spise god mat og diskutere fremtidens utfordringer og muligheter. Tema på årsmøtekurset var; riktig prioritering, barn og unges psykiske helse, og – ikke minst – den nye kommuneoverlegeveilederen, som er på høring i disse dager.

Kunnskapsbasert eller juridisk helseprioritering? Sentrale myndigheter skal rydde opp.

Prioritering av helsetjenester blir stadig mer utfordrende i et samfunn hvor både individets og myndighetenes krav og forventninger øker. Helsemyndighetene og tilsynsmyndighetene kan oppfattes som «en driver» for å skape en forventning om at feil ikke skal forekomme. Og en forståelse av at definisjonen av hva som er riktig og forsvarlig finnes mellom permene på den stadig voksende stabelen av nasjonale retningslinjer og veiledere. I sum kan dette skape et uoppnåelig kommuneideal, rundhåndede og ressurskrevende enkeltpersonsrettigheter og ryggdekningsmedisin, og stor risiko for overbehandling.

Helsedirektoratet (Hdir) ved divisjonsdirektør Helen Brandstorp sa: «Vi ser at samfunnet er i endring, og at flere med loven i hånd påberoper seg rett til behandling og ventetidsgarantier, og at flere klager på rettigheter. I EU-sammenheng kjører Norge Porsche-utgaven av helsedekning og tjenestetilbud. Kanskje kan tettere samarbeid med andre land i EU-sammenheng være nyttig både med hensyn til forventningsnivå og lure løsninger». Brandstorp og avdelingsdirektør Knut Berglund viste deretter til vedtak i KS sitt landsting om at kommunene ønsker «at nasjonale myndigheter reduserer omfang og detaljeringsgrad i retningslinjer og veiledere, og vrir innsatsen til å støtte de ulike behov som kommunene har». Helsedirektoratet jobber nå tett med KS for å gjennomgå summen av lovkrav og anbefalinger, slik at de er realistiske og overkommelige. Berglund og Brandstorp var samstemte i at vi må løfte generalistene

og flytte ressursene nedover i helsepyramiden. Eller helsetimeglasset, som kanskje er et bedre bilde på dagens organiseringsutfordring.

Politiker-fastlegens bekjennelser

Olav Gunnar Ballo, fastlege i Alta, hadde et innlegg om likeverdige tjenester i vårt langstrakte land, og han betydret med nordnorsk og frittalende engasjement at vi tør ikke si i det offentlige rom nøyaktig hva vi skal prioritere ned. «Vi har ikke blitt presset med kniven». Ballo sa videre at «alle endringer vil møte motstand, men vi må kommunisere på en god måte hvorfor endring er viktig». Det som er upopulært møter motstand og tar tid. Det er baksiden av demokratiets medalje. Derfor er det ifølge Ballo avgjørende at vi som samfunnsmedisinere må kommunisere på en god måte hvorfor endring er viktig og hvilken kunnskap som ligger til grunn for det vi gjør. Han viste også til helsepersonellkomisjonens rapport, og sa at for å møte fremtiden må vi basere våre tjenester på kartlegging av behov i befolkningen og lokale forhold. Vi må tørre å sammenlikne kommuner på sykefraværstatistikk og grad av sysselsetting der sykdom og arbeid faktisk finner sted. Oppskriften, den har han klar: «Vi bruker over 83 000 kroner per person for helse i året. Vi må ha insentiver for å begrense pengebruken. Legen må få begrenset mulighet for hvor mange ganger pasienten kan få «samme» utredning og behandling. Økonomiske insentiver må på plass for sykefravær. Vi må ha en styrking av portvokterfunksjonen, det er det som trengs!».

Nå skal vi «ta» systemet, og ikke «ta» helsepersonellet?

Sjur Lehmann, direktør for Helsetilsynet, hadde fått foredragstittlen «tilsynsmyndighetens rolle som «driver» for overdiagnostikk/behandling», og han åpnet innlegget sitt med å si at han hadde tillatt seg å legge til et spørsmålsteget på slutten av

denne antagelsen, før han sa: «Det er noe sannhet i det, men det er mer nyansert». Han greide ut om overbehandling i et makroperspektiv (til ulempe for samfunnet) og mikroperspektiv (til ulempe for pasienten), og som tema vi både kan og skal gjøre noe med, til tross for tilsynsmyndighetenes lovlighetskontroll. Lehmann sa at tilsynet «har ingen egeninteresser utenom oppdraget og samfunnets felles beste, men vi skal bort fra individfokus og ha mer systemfokus». Med knappe 200 reaksjoner i året og over 300 000 helsepersonell som jobber, er frykten for sanksjoner kanskje ubegrunnet sterk. Han viste til Legeforeningens egen kartlegging, der det fremkommer at det er svært lite sannsynlig å bli anklaget for at man har gjort for mye, men at legen kan bli beskyldt for å ha gjort «feil», selv om gjeldende praksis og retningslinjer er fulgt. Dette mener Lehmann er uheldig, da Helsetilsynet skal se på om det faktisk har blitt gjort en undersøkelse av en lege, og at en individuell vurdering er beskrevet og begrunnet, fremfor å være helt i tråd med alle retningslinjer. Det blir vesentlig å synliggjøre forskjellen på nødvendig behandling og nødvendig variasjon i behandling i tiden som kommer. Vi må unngå slike vridningseffekter, avslutter Lehmann.

Sekvensen ble tett etterfulgt av en spennende og selvsagt altfor kort panelsamtale mellom nettopp Hdir, Ballo og Helsetilsynet. Flere tema ble løftet, og mange fengslende spørsmål fra salen fikk satt søkelyset på viktige problemstillinger som sentrale myndigheter fikk greie ut om.

Fortsatt dyrt å være fattig

Foredraget om forsvarlig sparsommelighet i helsevesenet av professor Pål Gulbrandsen ved Universitetet i Oslo skapte stor begeistring. Han belyste etiske dilemmaer, usikkerhet og samfunnets forventninger. Tro og tillit spiller faktisk en stor rolle i kunnskapsbasert praksis, og for mange blir sykehusene nærmest naturvitenskapens kirker, og legene prester, sier Gulbrandsen. Legene står overfor press fra flere kanter, noe som skaper en følelse av usikkerhet og frykt for å gjøre feil. Dokumentasjon blir helgardering. Samtidig forventes det at leger skal være bunnsolide i sin praksis, selv

e oss for hvem vi ikke skal prioritere?



Norsam var samlet til årsmøte og årsmøtekurs 2024 i Alta 28. og 29. august. Det er første gang dette arrangementet er lagt til Finnmark.

om de, som alle andre, er sårbare. Grunnleggende mellommenneskelige behov som kompetanse, selvstendighet og tilhørighet er helt sentralt for å opprettholde seg selv i jobben (som lege), men kan skape avstand mellom «oss» og «dem». I møtet med pasienter blir gapet stort når vi snakker om samvalg, og pasientene forventer fasitsvar. Gulbrandsen oppsummerer med at samfunnets «vi» må finne balansen mellom begrensede ressurser og trygghet for pasientene, samtidig som legene må lære å sette grenser i en kompleks og utfordrende hverdag. «Hvor lite kan vi bruke på helse, og fortsatt kalle det godt nok?».

Hvordan og hvorfor skal vi måle livskvalitet?

Stipendiat Maja Eilertsen fra Folkehelseinstituttet holdt et engasjerende innlegg om livskvalitet. Hun satte søkelys på at den subjektive og objektive livskvaliteten henger sammen, men at vi mangler et systemeierskap til livskvalitet. Norge kan ikke løse folkehelseutfordringer knyttet til livskvalitet hvis vi ikke utforsker livskvalitetsøkonomi (wellbeing economy) som paradigmeskifte inn i politikken som føres. Livskvalitetsøkonomi er en innretning på samfunnets pengebruk for å fremme befolkningens livskvalitet, og kan måles med wellbeing adjusted life years (WALY). Eilertsen sa at flere sam-

menlignbare land er med i dette samarbeidet om mer helhetlig samfunnsøkonomi.

I del to av Eilertsens innlegg innledet hun om de viktigste utfordringene knyttet til ikke-smittsomme sykdommer (NCDs), de bakenforliggende faktorene og helseatferden som fører til større risiko for sykdom, og presenterte livskvalitet som en mulig motgift mot stress. I såkalte «blå soner» der en tredjedel av befolkningen blir opp til 90 år, er kunnskapen vår om prediksjon om høy alder først og fremst sterkt knyttet til sosiale bånd og tette relasjoner, og deretter livsstilsendring som røykeslutt, trening og alkoholavholdenhet. Livskvalitetsøkonomi er derfor oppe på den politiske agendaen, og nå vet vi mer om hva det går ut på!

En kommuneoverlegeveileder til etterlevelse

«Rosinen i pølsa er kommuneoverlegeveilederen», sa Norsam-leder Aud Marie Tandberg. Veilederen ble presentert av Hdir og leder for arbeidsgruppen, Cato Innerdal. Høringsfristen er 15. oktober, og her bør alle kommuner sende inn sine høringsvar. Innlegget åpnet for mange engasjerende spørsmål fra salen, blant annet fra sentrale stemmer i Legeforeningen, som etterlyste en tydeligere anbefaling om kommuneoverlegens rolle i helseberedskapen.

Barn og unge – nasjonalt folkehelseilsyn

Statsforvalteren i Vestland presenterte sine funn fra det nasjonale tilsynet på folkehelsearbeid, særlig for barn og unge, og understreket at dette «tantebesøket» ble godt tatt imot av kommunene. Årets tilsyn skulle altså ikke avdekke lovbrudd etter folkehelseloven, men mer gå i dialog med kommunens ledelse for å sammen snakke om hva som bør og skal ligge til grunn for gode kartlegginger og lokale vurderinger og tiltak i kommunene. Kommuneoverlegen fra Hammerfest fikk muligheten til å spille ut sine tanker om intervjuet på scenen foran alle, og her fremkom det tydelig at organisatorisk plassering og samfunnsmedisinsk kompetanse spiller en avgjørende rolle i systematisk folkehelsearbeid.

En flott samling kan ikke gjentas for ofte

Tilbakemeldingene fra deltakerne var at dette var et vel gjennomført årsmøtekurs med mye etterlengtet påfyll av både fag og nettverk. Neste årsmøtekurs legges til Moss den 21.–22. mai 2025. Velkommen skal dere være!

TONY M. W. ELVEGAARD
Norsam-styremedlem og kommuneoverlege i Sarpsborg
■ TONY.ELVEGAARD@SARPSBORG.COM



Helle Cecilie Palmer
Alle ting vil aldri bli som før
 En løvemammas historie
 244 sider
 Res Publica
 Oslo 2023
 ISBN 978-82-82-2620-5

Sakset fra baksideteksten:

«Den ene dagen var Helle Cecilie Palmers yngste datter, Aurora, en helt vanlig fem måneder gammel baby. Den neste dagen lå hun i koma, livstruende syk, tilkoblet respirator. Familien fikk henne aldri tilbake, ikke sånn som hun var før. I

Hva det må ha kostet

stedet fikk de et annet barn, et annerledes barn, som de måtte bli kjent med på nytt. De fikk et annet liv enn de hadde planlagt».

I bokens innledning skriver mor til Aurora at datteren har

«en lang rekke diagnoser, alt som følge av en livstruende hjernehinnebetennelse: epilepsi, alvorlig cerebral parese, synshemming, utviklingshemming, spise- og svelgevan-sker, hun er non-verbal og snakker hverken med ord, tegn eller visuelle symboler. Aurora får medisiner, vann og nesten all mat gjennom en 'knapp' på magen. Hun har behov for pleie, tilsyn og omsorg døgnet rundt.»

Dette er en sjelden bokutgivelse – både på grunn av den alvorlige problematikken, men ikke minst pga. den åpne og ærlige kampen for et barn – i en familie på fem – som med samhold og kjærlighet til hverandre er ikke mindre enn noe av det sterkeste familiedrama en kan tenke seg. Vi følger de utallige henvendelsene til hjelpeapparatet, de flotte medhjelperne de omsider får tak i,

men også skuffelser på rad og rekke i velferdsstaten vår. Ikke minst viktig blir Løve-mammaene, en gruppe mødre som hjelper og støtter hverandre i opp- og nedturen gjennom årene med store utfordringer både for barna og familiene som sådan.

Er dette en bok for *Utpostens* lesere? Har vi ikke hørt tilstrekkelig med historier om hvordan velferdsstaten knaker i sammenføyningene i landet vårt på noen områder for tiden? Kanskje det. Men her får vi et unikt innblikk «innenfra» med mange nyanser som kanskje er spesifikke for denne familien. Men ikke bare det. Familiens situasjon er beskrevet på en nøktern måte, noe som innbefatter både dyp fortvilelse og store gleder midt i en uvanlig krevende livssituasjon. Det som er hovedinntrykket i forfatterens beretning er en dypt følt kjærlighet og et sterkt engasjementet for at mennesker – uansett forutsetninger – nettopp er verdifulle mennesker – verdt å elske og verdt å kjempe for at de skal få et verdig liv.

Boken anbefales.

ELI BERG

Hvor er vi på vei, tro?



Magne Nylenna, Erlend Hem, Nina Husom (red.)
Pasientjournalen
 Språk, dokumentasjon og helsekompetanse
 207 sider
 Det norske medisinske selskap
 Oslo 2023
 ISBN 978-82-92871-73-7

I denne boken har 32 bidragsytere skrevet i alt 22 kapitler om pasient-journalens historikk, og om hvilke framtidsvyer som tegner seg i horisonten. Legejournalen – i våre dager altså pasientjournalen – er fortsatt et arbeidsredskap for legene. Men bl.a. dagens pasientrettigheter og den digitale utviklingen i samfunnet har naturlig nok

medført en betydelig utvidelse både når det gjelder hvem som bidrar inn i journalen, og ikke minst viktig – hvem som har innsynsrett. Det gjelder pasienter naturligvis, men også pårørende, samarbeidspartnere i helsetjenesten, ja, etter hvert også forskere. Men hvordan kan dette fungere på en forsvarlig måte, ikke minst taushetsplikten tatt i betraktning? Og hvordan formulere seg språklig slik at notatene blir forstått? Ett stikkord er f.eks. SNOMED-CT, en internasjonal, standardisert helseterminologi, et felles og enhetlig helsespråk.

Boken framstiller ovenstående på en særs god pedagogisk måte. Spesielt klokt har det nok vært å ha en «standard» innledning i kursiv til hvert kapittel, dette ikke minst for at lesere uten innsyn i siste nytt på journalfronten skal kunne følge bokens tematikk med nyttig – og for mange – ny kunnskap til følge. Denne oppsummeringen som introduksjon til kapittelet som følger vil nok gjøre innholdet i teksten lettere tilgjengelig, også for personer som ikke er fullt oppdatert på hvor pasient-journalen «står» i dag.

Underveis i boken møter vi for eksempel forventningene og forarbeidene til Helse-

plattformen og utviklingen av denne i Midt-Norge. Dette er et journalsystem beregnet implementert både i kommunehelsetjenesten og sykehusene i regionen. «Motbakkene» som de involverte har møtt så langt, er kjent – ikke minst gjennom media. Og direkte beroligende er vel ikke det allmennheten har fått høre om så langt.

Men det at kyndige personer innenfor utviklingen av en – forhåpentligvis – framtidig velfungerende pasientjournal har fått presentere sin ekspertise i denne boken, vil antakelig kunne bidra til både økt forståelse av hva som er på gang, hva som står på spill, og ikke minst viktig: hvor veien videre bør gå for både pasientsikkerhet, faglig utvikling, bruken av digitale hjelpemidler og smidighet i alle overganger mellom de ulike aktørene.

Redaktørene Magne Nylenna, Erlend Hem og Nina Husom skal ha honnør for arbeidet med å få fram det store spennet av utfordringer som synes å ligge i arbeidet med pasientjournalen, og hvordan samarbeidet i den offentlige helsetjenesten bør utvikles videre framover.

Boken anbefales.

ELI BERG



SHINGRIX

VAKSINE MOT HELVETESILD
(REKOMBINANT, MED ADJUVANS)

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

Vaksinér nå for
beskyttelse som varer¹



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

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

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

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

UTVALGT SIKKERHETSINFORMASJON:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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



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

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

GSK

Oppdatering på sitt beste

Knut Halvorsen, Steinar Stjernø, Einar Øverbye
Innføring i helse- og sosialpolitikk

8. utgave

302 sider

Universitetsforlaget

Oslo 2022

ISBN 978-82-15-06361-4

Dette er en bok jeg gjerne kunne ha lest fra perm til perm selv som travel lege. For dette er en velskrevet, oversiktlig og innholdsmessig høyst relevant utgivelse for enhver doktor, både i og utenfor sykehus. Sitat fra forordet:

«Den beskriver de viktigste sosiale problemene i Norge og de rettigheter og plikter folk har hvis de mister arbeidet, blir syke og arbeidsuføre, skal gå av med pensjon, trenger hjelp fra helsevesenet eller trenger sosiale tjenester.»

Videre kan vi lese at boken

«er oppdatert fram til april 2022. Den beskriver endringene under regjeringen Solberg og omtaler endringer i regjeringen Støres første statsbudsjett.»

Noen stikkord om bokens innhold:

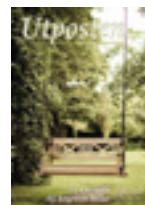
- grunnbegreper og sentrale teoretiske perspektiver i helse- og sosialpolitikken
- velferdsstatens historie
- levekårene for ulike grupper
- spenningsforholdet mellom stat, kommune og aktuelle EU-bestemmelser
- New Public Management og betydningen for ansatte i helse/sosial
- Langtids- og korttidsstønader i folketrygden
- familiepolitikken, helsepolitikken og politikken overfor yngre og eldre med funksjonsnedsetninger
- brukernes rettigheter
- innvandringen (inklusive flyktninger og asylsøkere) og velferdsstaten
- og ikke minst viktig: Velferdsstatens framtid.

Tørt stoff? Nei, for her får vi presentert dette omfattende systemet for ivaretagelse av landets innbyggere på en jordnær og inspirerende måte. Og uten at vi er rimelig godt informert om rammevilkårene for det arbeidet vi gjør bl.a. i helsetjenesten, så vil vi kanskje ikke ta vare på og videreutvikle velferdsstaten på en måte som omfatter oss alle.

Et viktig tillegg må holdes fram: Om det ikke er rom for en sammenhengende lesning av denne boken, vil den utmerket godt kunne egne seg også som et oppslagsverk, ikke minst fordi utgivelsen er utstyrt med et uvanlig fyldig stikkordsregister.

Boken anbefales.

ELI BERG



Utposten

annonseinfo 2025

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

ABONNEMENT: Kr 650,- i året

TEKNISK

ANNONSEANSVARLIG: Karianne Rutle

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

MATERIELL:

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

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

SATSFLATE: 185 x 249,5 mm 3 spalter

TRYKKERI: Aksell, Aurveien 14, 1930 Aurskog

KONTAKTPERSON: Morten Hernæs

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

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

ANNONSEINFO

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

* +3 mm for utfallende alle sider

BILAG: Pris ved forespørsel.

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

HVA LESER..

Kari Haugland?



Den lille dragen Zog går på drageskolen for å lære å brøle, sprute ild og fange prinsesser. Han øver og øver, og skader seg stadig. Og hver gang dukker det opp ei jente som byr på trøst og hjelp. Jenta viser seg å være prinsesse Perle og hun vil absolutt ikke fanges, hun vil være lege.

Det er ikke akkurat faglitteratur, men så utrolig fint å få fantasere om flygende drager og legegjerningen sammen med to små barnebarn på to og fire år.

Jeg skulle gjerne gledet meg til å fordype meg i ny forskning og fagartikler, men etter å ha tatt både sykepleierutdanning og legeutdanning var det fantastisk å lese skjønnlitteratur og krim igjen. Om kveldene og i ferier blir det dessverre ikke lest særlig mye faglitteratur.

Etter at vi flyttet hjem til Kristiansand, var jeg så heldig å få bli med i en litteraturgruppe. Ti bra damer leser samme bok, og så møtes vi for å snakke om boken og diskutere innholdet. Det er spennende å høre hvor forskjellig vi kan oppfatte samme bok. Og siden det går på rundgang å be-

stemme bok, får jeg lest bøker jeg selv ikke ville valgt. Ei slik bok var *Det åttende livet* av Nino Haratischwili. Den handler om en georgisk familie som slår seg opp ved hjelp av en hemmelig sjokoladeoppskrift. Etter Sovjetunionens oppløsning herjer borgerkrigen i Georgia, og familien blir spredt. Dette er en episk slektskrønike som utfolder seg gjennom hele «det røde århundret». Jeg opplevde boken som tung og kaotisk i begynnelsen, men etter hvert ble den mer og mer fascinerende, og da den var ferdig lest, ønsket jeg bare at den skulle fortsette.

Nylig var jeg ferdig med boken *De tre* av Valérie Perrin, som jeg så at også forrige lesende lege skrev om. Dette er en nydelig og sår fortelling om et spesielt vennskap, ulike familier, hemmeligheter, kjærlighet og tap – anbefales!

Vi har tre timers kjøretur til hytta på Hovden, og de siste turene har mannen min og jeg hørt Jan Guillous fantastiske litterære prosjekt *Det store århundret*. Det er ti bøker i serien, vi har kommet til den sy-

vende. Vi følger tre farløse brødre født på Osterøy utenfor Bergen sent på 1800-tallet. Guttene viser seg å være svært begavede, og ved hjelp av bergenske velgjørere utdannes de alle tre til ingeniører ved universitetet i Dresden. Meningen er at de skal bidra til utbyggingen av Bergensbanen, men livet og kjærligheten vil det annerledes. Det er stor fremtidsoptimisme, men lite aner man at århundret vil bli både blodig og dramatisk.

Bøkene er godt skrevet og gir meg ny innsikt i vår nære historie.

Nå gleder jeg meg til å begynne på boken *Evil grandma* av Line Baugstø. I en av anmeldelsene står det:

«Evil grandma er ikke bare et fascinerende kvinneportrett, det er portrettet av vår tid, av roller vi gir hverandre, av nettets og skjermenes velsignelser og forbannelser. Den sier mye klokt om å være menneske her og nå.»

Og litt klokere har man jo alltid lyst til å bli.

Fastlege, Kristiansand kommune
 ■ DOKTORHAUGLAND@GMAIL.COM



KI PÅ FASTLEGEKONTORET: Din allvitende assistent som hjelper deg ut av kontoret!

Hvilken fastlege har ikke sittet på kontoret en sen kveld med en diger bunke NAV-erklæringer, endeløs kø av e-konsultasjoner, attester, henvisninger og alskens skrivejobb, og kjent på en usigelig tretthet?

Si «å hei!» til din nye venn i nøden – KI (kunstig intelligens, fra engelsk artificial intelligence – AI). Denne vennen har kommet som en allvitende assistent som kan forvandle en langdryg kveldsjobb til en lek på null komma svisj! Men, husk at det fortsatt er «early days», og personvernutfordringer kan være en bekymring, så trø varsomt.

Her er hvordan jeg, en vanlig fastlege, bruker KI for å få unna jobben min raskere, enklere og mer elegant, mens jeg får mer tid til det både jeg og pasienten liker mest – å lytte, forstå, trøste og hjelpe mennesket jeg har fremfor meg.

1. Møtereferat før du rekker å drikke opp kaffen

Du har sittet i et personalmøte eller lege-møte og skriblet ned noen få stikkord, men vegrer deg for å skrive det møtereferatet. Vil helst utsette til en annen dag. Neida: Bruk ChatGPT-appen på mobilen! Ta et bilde av notatene dine og skriv:

“Lag et møtereferat basert på disse stikkordene.”

Referatet er klart på sekunder – uten at du trenger å bruke energi på å huske detaljer. Eller slå på dikteringsfunksjonen på mobilen rett etter møtet, dikter inn stikkordene og la KI trylle!

2. Legerapport etter ultralydundersøkelser (og andre undersøkelser) på et blunk

Etter å ha scannet nyrer, lunger eller baby, trenger du aldri mer å kaste bort tid på rapportskrivning. Skriv inn:

“Lag en kort legerapport på ultralyd av normale nyrer/lunger/baby som skal journalføres.”

På få sekunder er rapporten klar. Dette fungerer også for ryggundersøkelser, kneun-

dersøkelser, GUer og alle andre kliniske vurderinger.

3. EKG fra KliExpress? Null stress!

Kjøpte du et steinbillig EKG-apparat fra det fjerne Østen som gir en merkelig tolkning? KI to the rescue! ChatGPT kan tolke EKG for deg! Ta en skjermdump eller lag en PDF av EKG, last det opp i appen, og skriv:

“Tolk og lag en kort legerapport av dette EKG-et.”

Det samme trikset fungerer med spirometri. Men husk: Selv ikke KI er perfekt, så dobbeltsjekk alltid resultatet.

4. Legeerklæring til NAV uten å så mye som et stille sukk

NAV erklæringer kan ofte føles som en stor jobb. Men KI kan hjelpe deg her også. Etter at du har tatt opp status presens, limer du inn alle relevante notater og tidligere historikk, og skriver:

“Jeg er pasientens fastlege og skal besvare spørsmål til NAV i forbindelse med en legeerklæring. Basert på vedlagte sykehistorie, besvares spørsmålene punktvis som følger...”

Din digitale hjerne svarer på samtlige av NAVs spørsmål punkt for punkt, og du kan bare finpusse svarene før du sender det av gårde. Det kan friste å gi KI en klem da!

5. Medikamentoptimalisering på et blunk

Pasienter med en kombinasjon av nyresvikt, hjertesykdom, diabetes, NSAIDs og



ILLUSTRASJONSFOTO: MORTEN HERAVES / KI - ADOBE FIREFLY



ILLUSTRASJONSFOTO: GETTY IMAGES/TIPPAPATT

gud vet hva slags urter kan være tøft å håndtere. Røde prøvesvar både her og der. Men KI kan hjelpe deg med å finne den beste medisinstiljusteringen. Skriv for eksempel:

“Pasienten har nedsatt nyrefunksjon, hjertesykdom og urinsyregikt, og bruker johannesurt. Kan du vurdere om medisinen og urtene er optimale, og foreslå justeringer basert på siste blodprøve?”

Den digitale assistenten din gir deg forslag til justeringer som du deretter kan vurdere selv.

6. Journalskriving på autopilot

Hvem rekker å skrive gode notater mellom pasientene? For alle oss andre: bruk KI. Med KI kan du diktere hele pasientsamtalen rett etter at pasienten har gått, og la KI gjøre resten. Skriv:

“Lag et pasientnotat basert på følgende informasjon...”

AI ordner notatet for deg og du kan redigere og ordne en rask finpuss på PCen før du legger det inn i journalen.

7. Insulinjustering på en, to, tre

Diabetespasienter med dårlig regulert HbA1c kan kreve justeringer av insulinregimet. I stedet for å bruke tid på å lage en ny plan fra bunnen, skriv til KI:

“Lag et opptrappingsopplegg fra Insulartid til en mer moderne løsning, inkludert Actrapid, Toujeo og kanskje en GLP1-analog. Lag også pasientinformasjon som jeg kan sende pasienten”

På skjermen dukker det plutselig opp en detaljert plan for deg å vurdere. I tillegg får du gjerne god pasientinformasjon som du kan sende direkte.

8. Lange PDF-journaler? Hvem har ikke fått tilsendt en lang PDF-journal fra en tidligere fastlege, og sporenstreks arkivert den. Heldigvis kan KI hjelpe. Last opp teksten fra journalen og skriv:

“Lag en oversikt over de viktigste diagnosene, når de ble stilt, og en kort historikk på utredning og behandling, kategorisert etter år.”

Mens din digitale kompis jobber med journalen, slapper du av med en kaffe. Drikk fort!

9. Sett opp et kvalitetssystem på ti sekunder

Skal du sette opp et kvalitetssystem for legekantoret? Hvor skal man i det hele tatt begynne? Jommen har ikke KI peiling på dette også. Be KI om følgende:

***“Lag en oversikt over et kvalitetssystem for et legekantor med leger og sekretærer, som dekker HMS, personalhåndbok, av-**

vikssystem og annet relevant som myndighetene krever”*

Dette gir deg en bunnsolid start på et system som hjelper kontoret med å følge alt hva myndighetene krever.

10. Personvern? Ja, det er viktig!

Selv om KI nesten kan gjøre underverker, må vi huske at vi fortsatt er tidlig i utviklingen. Ikke last opp sensitive pasientdata i usikrede systemer. Husk at selv om KI kan hjelpe deg med alt av informasjon, er det du som sitter med ansvaret for å verne om pasientens informasjon. Ta forholdsregler, og bruk plattformer og verktøy som er beregnet for sensitiv informasjon. Det vil komme enda sikrere løsninger med tiden, så det gjelder å være varsom inntil videre.

KI frigjør tid til det som er givende med fastlegejobben – nemlig møtet mellom pasient og lege, der tillit, empati, trøst og forståelse får mer plass enn dokumentasjon, skrivarbeid og endeløse kvelder foran PCen. Få jobben unna, kom deg hjem til familien, ta deg fri eller gjør noe helt annet.

For hvordan fikk en travel fastlege tid til å skrive alle disse tipsene til deg? Jepp, helt riktig.

Spør meg om du også vil komme i gang!

KEN LE VAN
Fastlege, Rælingen kommune
■ KEN@STALLBAKKEN.NO

RELIS

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

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

Sentrale effekter og utfordringer med klonidin

Klonidin ble opprinnelig forsøkt utviklet som slimhinneavsvellende nesedråper i 1960-årene, men sekretæren som først fikk prøve dem sovnet i et døgn og opplevde samtidig hypotensjon, bradykardi og tørr munn.

Dette førte til endring av klinisk indikasjon til hypertensjon og en vesentlig reduksjon i dosering (1, 2). Siden klonidin kom på markedet på 60-tallet er det nesten blitt behandlet som et vidundermiddel som kan brukes mot det meste (2).

I Norge er det kun klonidin injeksjon, indisert ved hypertensive kriser hos voksne, som er godkjent og markedsført i dag (3). Klonidin tabletter og plaster forskrives likevel hyppig til en rekke *off-label* indikasjoner, blant annet forebyggende behandling mot migrene, tics/Tourettes syndrom hos barn og unge, hetetokter i menopause, hetetokter ved brystkreft eller gynekologisk kreft, palliativ smertebehandling i livets slutfase, behandlingsresistent hypertensjon, abstinensreaksjoner ved seponering av opioider og benzodiazepiner, røyke- og alkoholavvenning, ADHD, angst, «tankekjør», diabetisk nevropati, restless legs, insomni, PTSD med flere (4–8).

Man kan spekulere i om det snarere er mangel på velfungerende behandlingsalternativer for disse indikasjonene heller enn god dokumentasjon på effekt som driver forskrivingen av klonidin. I denne artikkelen har vi sett litt nærmere på de farmakodynamiske effektene til klonidin,

bruk av klonidin ved behandling av abstinensreaksjoner av opioider hos voksne og mulig misbrukspotensial for klonidin.

Farmakokinetikk og dosering

Klonidin tabletter har en biotilgjengelighet på 70–80 prosent, høy ved enkelt dosering (90 prosent), men synkende ved gjentatt dosering (65 prosent) (2). Maksimal plasmakonsentrasjon (C_{max}) oppnås etter en til tre timer (2, 9, 10). Klonidin har moderat proteinbindingsgrad, og omtrent halvparten av den absorberte dosen metaboliseres i leveren til 4-hydroksyklonidin og inaktive metabolitter, mens resten skilles uforandret ut i urinen. 4-hydroksyklonidin er i likhet med modersubstansen en alfa-adrenerg agonist, men på grunn av dens hydrofile egenskaper krysser den trolig blod/hjernebarrieren i mindre grad og har sannsynligvis ikke sentrale effekter. Elimineringstiden for klonidin varierer fra fem til tjue timer og forlenges ved nedsatt nyrefunksjon (2, 4, 9–11).

Dosering av klonidin avhenger av indikasjon. Eksempelvis er anbefalt dosering i den engelske godkjente preparatomtalen (SPC) 0,050 mg x2 med mulig opptrapping til 0,075 mg x2 ved profylaktisk behandling av migrene eller ved vasomotoriske plager knyttet til menopausen (10). Ved hypertensjon ser man typisk doser opp til 0,6 mg/dag fordelt på to til tre doser. Ved bruk mot opioidabstinens varierer anbefalte doseringer (12), eksempelvis er anbefalt dosering i oppslagsverket UpToDate fra 0,1 til 0,3 mg hver 6. til 8. time, altså fra 0,3 mg/dag til maksimalt 1,2 mg/dag (6). Uansett dosering er det viktig å følge nøye

med på blodtrykket og trappe ned dosering før klonidin seponeres.

Klonidin må ikke seponeres brått på grunn av risiko for potensielt alvorlige seponeringsreaksjoner inkludert rebound hypertensjon (4, 5, 10). Ved seponering av klonidin brukt i normale doser, bør dosen reduseres gradvis over minst to til fire dager (10). Ved bruk/misbruk av høyere doser klonidin over lengre tid kan det være nødvendig med nedtrapping over betydelig lengre tid og tettere oppfølging (13). Bråseponering av klonidin etter langvarig behandling med høye doser kan gi agitasjon, rastløshet, takykardi, rask økning av blodtrykk, hypertensjon, angst, tremor, svette, hypersalivasjon, hodepine, insomni, kvalme og oppkast (10, 13).

Farmakodynamikk klonidin

Klonidin er et imidazolinderivat som virker som en agonist på alfa-adrenerge reseptorer og imidazolinreseptorer. Klonidin er lipofilt og gir både sentralnervøs og perifer sympatikushemming (4–6). *Locus coeruleus* er en liten bilateral kjerne i hjernestammen. Den er hovedkilden til noradrenalin i sentralnervesystemet (CNS) (omtrent 70 prosent av all noradrenalin i CNS), og er vist å være involvert i reguleringen av et betydelig antall funksjoner (14).

Klonidins agonisme på presynaptiske alfa2A, alfa2B og alfa2C-reseptorer i *locus coeruleus* hemmer frigjøring av noradrenalin og andre eksitatoriske neurotransmittere. Sedasjon, anxiolytisk og smertestillende effekt av klonidin er blitt tilskrevet påvirkningen av adrenerge alfa2A-reseptorer (2, 11). På grunn av reseptorheterogenitet kan noradrenerg

stimulering føre til både aktivering og hemming av målceller. Postsynaptisk aktivering av alfa1-adrenerge reseptorer og beta-adrenerge reseptorer fører til celleaktivering, mens aktivering av alfa2-adrenerge reseptorer hemmer celler. Den endelige responsen av klonidin er redusert sympatisk utstrømning fra CNS (2, 4, 5, 14, 15). En rekke ulike neurotransmittorer er involvert og eksakt mekanisme for de dempende effektene av klonidin er ikke eksakt klarlagt, men inkluderer trolig påvirkning av både adrenerge, GABA-erge og opioide reseptorer (14).

Den perifere sympatikushemmingen fører til at perifere kar i mindre grad responderer på konstringerende og dilaterende stimuli, og kan redusere vaskulære forandringer forbundet med migrene og flushing forbundet med overgangsalderen (10). Klonidin reduserer både hjertefrekvens, minuttvolum og total perifer karmotstand, som klinisk forårsaker en reduksjon i arterielt blodtrykk og puls (2, 4, 5, 15).

Opioidabstinenser

På grunn av sine alfa-adrenerge agonistiske effekter, brukes også klonidin til behandling av abstinenser av opioider. De euforiske effektene av opioider er hovedsakelig medierte via binding til opioid my-reseptorene. Abstinenssymptomene av opioider virker likevel ikke å være et resultat av endring i opioid my-reseptor ekspresjon, men heller et resultat av økt noradrenerg frigjøring (15).

Når en opioidagonist binder seg til opioid my-reseptorer på noradrenerge nevroner i *locus coeruleus*, undertrykkes frigjøring av noradrenalin, noe som resulterer i gjenkjennelige tegn på opioidforgiftning slik som sedasjon, hypotensjon og redusert respirasjonsfrekvens. Under opioidabstinens øker frigjøring

av noradrenalin fra *locus coeruleus* igjen, som et nedstrøms resultat av økt syklisk adenosin monofosfat (cAMP). Klonidin hemmer overflødig frigjøring av noradrenalin fra *locus coeruleus*-nevroner gjennom presynaptisk alfa2-reseptoragonisme. På den måten reduserer klonidin tegn og symptomer på overdreven autonom aktivitet som for eksempel angst, takykardi, frysninger og hypertensjon, kjente symptomer ved opioidabstinens (9, 11, 15).

I følge Srivastava og medarbeidere er en vanlig klinisk observasjon at klonidin lindrer noen, men ikke alle, abstinenssymptomer av opioider. Jasinski og medarbeidere fant at klonidin, i større grad enn morfin, selektivt svekket de noradrenerge medierende symptomene på opioidabstinens, inkludert gjesping, diaforese, mydriasis/pupilledilatasjon og rektal temperatur, men undertrykte ikke subjektivt ubehag og forbedret ikke søvnatferd (15).

Effektdokumentasjon på klonidin ved akutte abstinensreaksjoner

Det er etter hvert lang klinisk erfaring med bruk av klonidin ved akutte abstinensreaksjoner, men effektdokumentasjon på slik bruk er fremdeles mangelfull. Både norske og europeiske retningslinjer nevner klonidin som et mulig behandlingsalternativ i avrusning fra opioider, men europeiske retningslinjer fraråder rutinemessig bruk av klonidin ved denne indikasjonen (8, 12, 16).

Forfatterne av en systematisk litteraturgjennomgang fant at behandling med en alfa2-agonist (fem studier med klonidin, en med lofeksidin) var mer effektiv enn placebo for å unngå alvorlige abstinenssymptomer (relativ risiko (RR) 0,32, 95 prosent konfidensintervall (KI) 0,18–0,57) og ga større sannsynlighet for å lykkes med

behandlingen (RR 1,95, 95 prosent KI 1,34–2,84) (15, 17).

Sammenlignet med metadon i reduserende dosering oppstod og forsvant abstinensplager tidligere, og behandlingsvarigheten var kortere med alfa2-agonistbehandling, men det var ingen signifikant forskjell i behandlingssuksess eller alvorlighet av abstinenssymptomer mellom de to behandlingalternativene (12 studier) (15, 17).

Sammenlignet med buprenorfin hadde klonidin dårligere effekt på abstinenssymptomene og mer bivirkningsproblematikk. Buprenorfin var assosiert med lavere abstinensscore (n=902, sju studier), lengre retensjon i behandling (n=558, fem studier), og hadde økt sannsynlighet for vellykket behandling/seponering (n=1264, 12 studier, RR 1,59, 95 prosent KI 1,23–2,06), sammenlignet med alfa-2-agonistene klonidin og lofeksidin. Skalaene som ble brukt til å vurdere alvorlighetsgraden av abstinenser varierte mellom studiene og utelukket følgelig en direkte sammenligning (15, 17).

Klonidin gir mindre potensial for misbruk, fører til kortere behandlingsvarighet og bidrar til å unngå langvarig gjenværende abstinenssymptomer som kan oppstå med metadon (15, 16). Likevel har klonidin mer bivirkninger, høyere frafallsrate og større abstinensubehag (spesielt hypotensjon og sedasjon) sammenlignet med buprenorfin (16, 17).

Bivirkninger

De fleste bivirkningene av klonidin er doseavhengige og lite alvorlige. Klonidin anses som et legemiddel som generelt er godt tolerert i vanlige doser. De uønskede effektene er i all hovedsak en forlengelse av klonidins farmakologiske effekter. De vanligste bivirk-

ningene inkluderer kvalme, magesmerter, diaré, forstoppelse, hodepine, hypotensjon, utmattelse, emosjonell ustabilitet/depresjon, munntørhet, seksuell dysfunksjon, svimmelhet og sedasjon (2, 4, 5, 10, 11).

Symptomene som oppstår ved supratherapeutiske doser eller misbruk skyldes generalisert sympatisk depresjon og inkluderer hypotensjon, nedsatt bevissthet, ledningsforstyrrelser, bradykardi, hypotermi, miosis/pupillekonstriksjon, respiratorisk depresjon, anfall, av og til oppkast og veldig sjelden hypertensjon (1, 10, 13). Det er viktig å merke seg at klonidin i hovedsak er et sentralt virkende legemiddel og skiller seg følgelig fra andre perifertvirkende antihypertensive legemidler, med blant annet andre bivirkninger, potensielle farmakodynamiske interaksjoner og additive effekter.

Bivirkning eller ønsket effekt?

Skillet mellom ønskede og uønskede effekter har siden klonidin først ble utprøvd som slimhinneavsvellende og markedsført som antihypertensivum blitt utvisket/tonet ned. Den uttalte sedative effekten som opprinnelig var å betrakte som en bivirkning utnyttet i dag som en ønsket farmakologisk effekt i flere tilfeller ved *off-label* bruk av klonidin. Det er varierende grad av dokumentasjon på effekt og sikkerhet ved flere av indikasjonene klonidin forskrives mot. Likevel er det flere av bruksområdene hvor man etter hvert har fått lang klinisk erfaring og hvor bruk av klonidin har blitt vanlig behandling. Bruk av klonidin ved akutte abstinensreaksjoner og forebyggende bruk av klonidin mot abstinenssymptomer ved opioidnedtrapping hos barn er eksempler på slik praksis (7, 8, 12, 15–17).

Misbruk, avhengighet og seponeringsproblemer av klonidin?

På bakgrunn av de relativt få rapportene på misbruk av klonidin klassifiserte Verdens helseorganisasjon legemidlet til å ha svært lavt misbrukspotensial i 1989. De fleste lærebøker innen medisin og psykiatri nevner ikke muligheten for misbruk av klonidin. Likevel finnes det flere kasuistikker og enkelrapporter som beskriver misbruk, illegal omsetning og abstinensreaksjoner ved seponering av klonidin (5, 13, 18–20).

Det kan ikke utelukkes at misbruk av klonidin kan maskeres av misbruk av andre vanedannende legemidler eller rusmidler. Symptomene som oppstår ved bråseponering etter langvarig bruk av høye doser klonidin kan ligne abstinenssymptomer på andre substanser og potensielt feiltolkes. Gitt relativt utstrakt forskrivning og få antall rapporterte tilfeller av mis-

bruk, er risikoen sannsynligvis lav, men behandler bør likevel være klar over potensialet for misbruk og videresalg. Klondin brukes blant annet hos pasienter med tidligere eller pågående misbruk av andre substanser, og oppslagsverket Statpearl gjør oppmerksom på at ved bruk mot en avhengighet kan man overføre avhengigheten til klonidin i stedet (5).

Oppsummering

Det er ikke et nytt fenomen at legemidler utvikles for én tilstand, men effekt eller bivirkningsprofil fører til at indikasjonen blir endret, eller utvidet. Sildenafil var opprinnelig utviklet for å bli et antihypertensivum og behandling mot angina, og GLP-1-analogene ble utviklet for å behandle diabetes type 2. «Drug repositioning» eller «Drug repurposing» utgjør i dag en betydelig del av «nye legemidler».

Klonidin er, i motsetning til de fleste konvensjonelle antihypertensiva, et sentralt virkende legemiddel. Klonidins farmakologiske påvirkning er hovedsakelig mediert av agonisme på sentrale alfa2-adrenerge reseptorer, noe som gir mange effekter og bivirkninger utover blodtrykkssenkning. I lys av dette er det ikke overraskende at klonidin er blitt forsøkt ved en rekke tilstander, til dels med svært ulik etiologi.

Klonidins sedative og anxiolytiske effekter gjør at det ikke er urimelig å tenke på klonidin som «beroligende» som man har gjort med benzodiazepiner. Flere av tilstandene klonidin brukes mot *off-label* er både akutte (for eksempel opioidabstinens) og belastende (for eksempel PTSD) for pasienten, der toleransen for bivirkninger kan være høy. Til tross for dette bør man begrense utbredt bruk ved slike ikke-studerte tilstander basert på den enkelte leges kliniske erfaring. Ideelt bør all legemiddelbehandling først undersøkes i randomiserte, kontrollerte studier (RCT) for å etablere blant annet dosering, behandlingens lengde og effekt-/bivirkningsprofil, slik det gjelder for konvensjonell legemiddelbehandling.

Vi vet ikke hvor stor andel av *off-label* forskrivningen som kommer fra allmennleger og hvor mye som er startet av andre spesialister. Uansett er det viktig at man ved kontinuerlig, re-oppstart eller ny-oppstart av behandling i allmennpraksis vet hva man mener å behandle med klonidin. I tillegg er det viktig å vite hvordan man følger opp pasienten med tanke på mulige bivirkninger, hvordan man trapper opp og ned dose, og hvordan man seponerer ved manglende tiltent effekt. Dersom man mangler nødvendig informasjon for å gjøre disse vurderingene, er vår anbefaling at annen relevant spesialitet bør konfereres.

REFERANSER

1. Ståhle H. A historical perspective: development of clonidine. *Best Practice & Research Clinical Anaesthesiology* 2000; 2: 237–46.
2. Amna S, Øhlenschläger T et al. Review of clinical pharmacokinetics and pharmacodynamics of clonidine as an adjunct to opioids in palliative care. *Basic Clin Pharmacol Toxicol* 2024; 134: 485–97.
3. Direktoratet for medisinske produkter. ATC-register. <https://www.legemiddelsok.no/>.
4. Norsk legemiddelhandbok. Klondin. <https://www.legemiddelhandboka.no/> (Sist oppdatert: 20. desember 2017).
5. StatPearls. Clonidine. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK459124/> (Sist oppdatert: 17. juli 2023).
6. Lexidrug in UpToDate. Clonidine: Drug information. <https://www.helsebiblioteket.no/> (Søk: 3. september 2024).
7. Oslo Universitetssykehus. E-håndbok. Nedtrapping av klonidin hos barn etter opioidbruk. <https://ehandboken.ous-hf.no/document/133859> (Godkjent: 11. oktober 2019).
8. NICE guideline. Drug misuse: Opioid detoxification. <https://www.nice.org.uk/guidance/cg52/> (Sist oppdatert: mars 2019).
9. Toce MS, Chai PR et al. Pharmacologic Treatment of Opioid Use Disorder: a Review of Pharmacotherapy, Adjuncts, and Toxicity. *J Med Toxicol* 2018; 14: 306–22.
10. The Electronic Medicines Compendium (emc). Clonidine 25 mcg Tablets BP (SPC). <http://emc.medicines.org.uk> (Sist oppdatert: 17. september 2020).
11. Gold MS, Blum K et al. A historical perspective on clonidine as an alpha-2A receptor agonist in the treatment of addictive behaviors: Focus on opioid dependence. *INNOSC Therapeutics Pharmacol Sci* 2024; 7: 1918.
12. Helsedirektoratet. Nasjonal faglig retningslinje for avrusning fra rusmidler og vanedannende legemidler. <https://www.helsebiblioteket.no/innhold/nasjonalt-faglig-retningslinje/> (Sist oppdatert: 19. mai 2022).
13. Mitchell BG, Lee J. Case Report: Concurrent Clonidine Abuse and Opioid Use Disorder. *J Psychoactive Drugs* 2021; 53: 373–7.
14. Nikolenko VN, Borminskaya ID et al. Locus Coeruleus-Norepinephrine System: Spheres of Influence and Contribution to the Development of Neurodegenerative Diseases. *Front Biosci (Landmark Ed)* 2024; 29: 118.
15. Srivastava AB, Mariani JJ et al. New directions in the treatment of opioid withdrawal. *Lancet* 2020; 395: 1938–48.
16. Opioid use disorder. In: *BMJ Best practice*. <https://www.helsebiblioteket.no/> (Sist oppdatert: 28. juni 2023).
17. Gowing L, Farrell M et al. Alpha2-adrenergic agonists for the management of opioid withdrawal. *Cochrane Database Syst Rev* 2016; 2016: CD002024.
18. Sharma A, Newton W. Clonidine as a drug of abuse. *J Am Board Fam Pract* 1995; 8: 136–8.
19. Tommasello T. National Statistics and Baltimore Study Point to an Increase in Clonidine Use by Heroin Addicts. *Cesar* 1994; 3.
20. Beuger M, Tommasello T et al. Clonidine Use and Abuse Among Methadone Program Applicants and Patients. *Journal of Substance Abuse Treatment* 1998; 6: 589–93.

INGRID LUNDE STEEN


Master i farmasi, Leder RELIS Midt-Norge Avd. for klinisk farmakologi, St. Olavs hospital.

■ INGRID.LUNDE.STEEN@RELIS.NO

PÅL-DIDRIK HOFF ROLAND

Legemiddelrådgiver, cand.pharm., RELIS Midt-Norge Avd. for klinisk farmakologi, St. Olavs hospital

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

Velkommen og lykke til!  Tove Rutle – lagleder

Mennesker først!

Det er en ære å få bidra i *Utposten* – til og med utfordret av Arild Vedvik, som har holdt lyrikkfakkelen høyt i over 15 år som redaktør i Poesiringen. Jeg klarer ikke å begrense meg til ett dikt og har fått dispensasjon til å ta med to.

I mitt hjerte er jeg fortsatt allmennpraktiker, selv om jeg de siste 30 årene har søkt tilflukt i psykiatrien. Som generalist er det trist å oppleve at den økende subspecialiseringen synes å knytte leger tettere til data-maskinen, enn til mennesket i pasientsengen/stolen. Den britiske psykiateren Alex Mitchell utbrøt «These subspecialists are not specialists — they are exclusionists!»

Bønn (ikon)

Vi ber ikke om utskrifter
forklaringer, diagnoser, prosedyrer
Vi ber ikke en gang om overbevisninger
Vi ber om å bli sett av en annen
Vi ber om et ansikt

STEIN MEHREN

Alt har sin tid, som Predikeren sier. Overgangen til å bli pensjonist gjør det tydelig hvor viktig del av identiteten en nesten altoppslukende legerolle har vært. Samtidig minner det meg om at jeg, som elev i avgangsklassen, nå har behov for og tid til å prioritere andre roller i livet. Tarjei Vesaas minner oss om at tiden kanskje kan være knapp:

Innbying

Vil du gje meg handa ved månens skin,
lauv du er –
Under open himmel. Over open avgrunn.
Som lauv
er du og eg.
Fort skjelvande
og fort borte.
Kom –

Jeg vil utfordre min gode venn og kollega, Asbjørn Søviknes. Også han trådte sine medisinske barnesko som allmennpraktiker og gikk videre i psykiatrien. Som overlege innførte han fast lyrikkoppleing for pasienter og personale en gang i uken.

Hilsen fra

ØYSTEIN MELBØ CHRISTIANSEN



Retningslinjer for Pneumokokkvaksiner fra FHI¹

Disse anbefales å ta
pneumokokkvaksine¹:

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

Ikke utfyllende
liste, les fullstendig
anbefaling her



FHI anbefaler alle i risikogruppene
å ta pneumokokkvaksine med
PPV23 (Pneumovax) hvert 6. år¹



Helsepersonell som vaksinerer har
ansvar for registrering og melding
til SYSVAK³

PNEUMOVAX[®]
(Pneumokokkpolysakkaridvaksine, MSD)

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

UTVALGT SIKKERHETSINFORMASJON FOR PNEUMOVAX

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

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

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

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

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

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

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

Referanser:

1. FHI Pneumokokkvaksine - håndbok for helsepersonell: <https://www.fhi.no/va/vaksinasjonshandboka/vaksiner-mot-de-enkelte-sykdommene/pneumokokkvaksinasjon/?term=> (oppdatert 30.05.2023 og sist lest 06.09.2024)
2. Pneumovax SPC pkt. 4.1: <https://www.felleskatalogen.no/medisin/pneumovax-msd-562889>, dato for siste fornyelse: 26.04.2022
3. FHI, Helseregistre og registre, Sysvak: <https://www.fhi.no/va/sysvak/om-sysvak/#hva-skal-registreres-i-sysvak> (oppdatert 06.01.2023 og sist lest 15.07.2024)