

Utposten

5 2023
ÅRGANG 52

BLAD FOR ALLMENN- OG SAMFUNNSMEDISIN



Helseøkonomi
Reisebrev fra Australia
Bondens nettverk

Søkelys på
mannehelse

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

Jan Håkon Juul

MOBIL: 905 91 341

E-POST: janhakonjuul@gmail.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

Therese Renaa

MOBIL: 906 40 095

E-POST: thereserenaa@gmail.com

Marit Tuv

MOBIL: 975 66 647

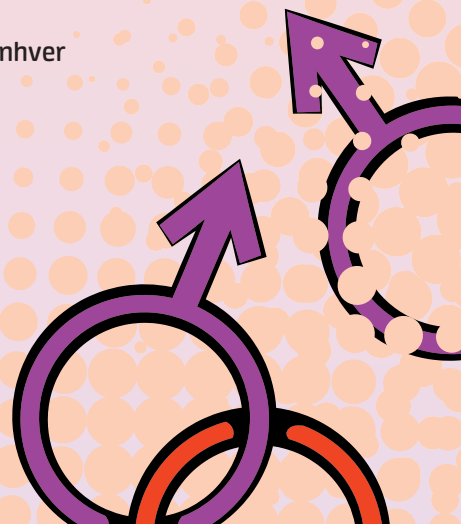
E-POST: marittuv@hotmail.com

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

MOBIL: 913 18 180

Mona S. Søndena

MOBIL: 476 44 519

FORSIDEFOTO:**Arne Lie Bergheim****DESIGN/LAYOUT:****Morten Hernæs****Aksell****TRYKK:****aksell****TRYKT
I NORGE**
NO - 1470Du finner Utposten på
www.utposten.no**1 LEDER: Kvinnehelse, mannehelse, menneskehelse***Njål Flem Mæland***2 UTPOSTENS DOBBELTTIME:****Med respekt i replikken***Adeel Rana intervjuet av Kari T. Kogstad***6 Menns helse og identitetspolitikkenes skyggesider***Eivind Meland og Dag Furuholmen †***12 Myter om kvinnehelse?***Ivar Sønbo Kristiansen***14 Menns liv og helse ved tap og livsforandring***Kari Kaldestad og Camilla Koskinen***16 ALLMENNEMEDISINSKE UTFORDRINGER: Menn og selvmord***Fredrik A. Walby og Martin Ø. Myhre***19 'Kona har sendt meg'. Tanker om den aldrende mannens somatiske helse og legesøkningsatferd***Bjørn Gjelsvik***22 PASIENT- OG BRUKEROMBUDET: Hvem er vi og hva gjør vi?***Jannicke Bruvik***24 REISEBREV: Likt og ulikt på andre sida av jorda****- livet som vikarlege på den australske landsbygda***Bjarte Sørensen***30 Å se og bli sett. Eksistensielle grunnvilkår i allmennmedisin***Kirsti Malterud***34 Ikke bare gøy på landet***Trond Løking***37 Prostataprat***Njål Flem Mæland***38 KJØNNSINKONGRUENS: Aktuelt og kontroversielt***Monica Berg og Henrik Richter Hammeren***39 BOKANMELDelse: Praktisk økonomi***«Managing a Hospital» anmeldt av Per Wiium***40 BOKANMELDelse: En lege møter veggen***«Innlagt. Fastlegens dagbok» anmeldt av Eli Berg***41 BOKANMELDelse: Det er langt igjen***«Kvinnehelse i krisetid» anmeldt av Eli Berg***42 BOKANMELDelse: En verdifull bok for enhver***«Kjønnsingruens hos ungdom» anmeldt av Eli Berg***43 Sakset fra forskning***Kompilert av Lisbeth Nilsen***44 Faggruppe i smertemedisin***Trygve Skonnord***45 FASTE SPALTER****HVA LESER LEGEN 45****RELIS 46****LYRIKKSTAFETTEN 48**

Kvinnehelse, mannehelse, menneskehelse

Om jeg bare hadde lest aviser og sett på TV, så kunne jeg ha trodd at helsevesenet bevisst unnlot å ta kvinner på alvor. Jeg ville fått inntrykk av at kvinners helse er neglisjert, og at forskning i hovedsak foregår på menn og på deres sykdommer. Jeg ville ha trodd at overgangsalderen ga en lang rekke plager som alle relativt lett kunne helbredes, om bare menn i hvitt hadde tatt seg bryet med å tro på kvinner. Jeg ville ha tenkt at endometriose måtte være en sykdom som fastlegene ikke bryr seg om. Jeg ville trodd at det var en sykdom hvor mange unge kvinner trenger avansert innsats fra spesialister for å bli helbredet, men at det er en årelang kamp å få overtalt en kynisk fastlege til å skrive henvisning.

Men jeg vet at intet av dette er sant. Jeg vet at tre av fem avtaler i min timebok er med kvinner. Jeg vet at menn lever flere år kortere enn kvinner, fire ganger så ofte tar selvmord, dobbelt så hyppig får hjertesykdom, hyppigere får kreft og i tillegg har dårligere utsikt til å overleve kreftsykdommen. Og jeg vet at det forskes mye mer på brystkreft enn på prostatakreft.

Og enda mer: Jeg vet at det er risiko for overdiagnostikk og for overbehandling. Jeg vet at velmenende helsearbeidere kan medikalisere, utrede for mye, stille diagnoser som bare gir mer funksjonstap, og kan behandle for mye – uten at de selv forstår at de gjør vondt verre. Jeg vet at både overgangsalder og endometriose er tilstander hvor dette er en fare.

Jeg ser også i min hverdag at en passiv offerrolle i seg selv er helseskadelig og til hinder for å bli frisk. Når fokus blir på seg selv som offer, en del av en svak gruppe, en som må repareres, da blir det vanskelig å øke funksjon og å få bedre helse.

I et intervju forteller professor i kunsthistorie Gunnar Danbolt:

«Man ville i 1970-årene gjerne ha meg med i en pasientforening for dette med utlagt tarm. Det var jeg overhodet ikke interessert i. Jeg er jo ikke et menneske hvis identitet ligger i at jeg har utlagt tarm. Jeg tror det er yderst uheldig at man har fokus på sykdommen hele tiden.»

Videre:

«Jeg var mye på sykehus, men betraktet ikke meg selv som syk (...). De (mine foreldre) snakket aldri om meg som syk (...). Jeg er veldig takknemlig for det.» (1)

Tross en massiv sykehistorie som inkluderer grov feilbehandling har Gunnar Danbolt i sitt liv brukt energi på muligheter og på gjenværende helse. Derfor har han hatt høy funksjon og et godt liv.

Som samfunn står vi i fare for å sykeliggjøre både grupper og individer om vi ensidig utreder, setter diagnoser og behandler. Om vi blir ofre og delmengder i svake grupper, så vil det lett gi tapt funksjon.

I et nummer av *Utposten* hvor vi har flere artikler om menns helse, så skriver jeg dette. Ja, kjønnsperspektiv gir mening og kan være viktig. Men først og fremst bør vi være opptatt av menneskehelse. Det innebærer også andre perspektiver på helse og funksjon enn sykdom.

REFERANSE

I. Schei, E. Et visst talent for å overleve. Tidsskr Nor Legeforen 2012 132: 2610.

NJÅL FLEM MELAND

UTPOSTENS **DOBBELTTIME**

Med respekt i

Adeel Rana ■ INTERVJUET AV KARI T. KOGSTAD



replikken

Adeel fanget min oppmerksomhet da han i veiledningsgruppa fortalte at han kalte alle eldre menn han hadde inne på kontoret for onkel. Han var også lykkelig over å ha oppdaget allmenmedisin etter å ha vært en hårsbredd fra ferdig indremedisiner. Hans mor, Rubina Rana, var den første ikke-vestlige kvinne som ledet 17. mai-komiteen i Oslo og huskes for sin stødige gange fremst i toget på nasjonaldagen, med bunad.



Adeel elsker sitt nærmiljø!

Han forstår ikke at han er en interessant person å intervjuer og har selv forslag til flere andre som heller bør vies den oppmerksomheten et slik portrett er. Etter mange runder lar denne beskjedne mannen seg likevel overtale. Jeg møter han en søndag utenfor huset hans på Teisen der han, kona og sønnen bor i andre og tredje etasje, far i første og søster i kjelleren.

– Ja jeg er sånn, må ha familien rundt meg, smiler Adeel. Vi har avtalt klokka 14, for da er han ferdig med basketballtreningen. – Vi er en gjeng som har det til felles at vi er 40 pluss minus, og har et ønske om å vedlikeholde vår aldrende kropp, kan han fortelle.

Vi går en tur mellom regnbygene i nærmiljøet. Adeel insisterer på å bære sekken min der jeg har regnjakke, varm genser og penn og papir. – Nei den opptaksgreia kan du bare skru av, den blir jeg stressa av. Jeg husker at du har klisterhjerne, det må holde.

Adeel viker ikke i blikket.

Jeg gjør en rask risikoenalyse. Intervjuobjektet er mildt i vesen, men fast i beslutningen. Jeg tar ikke sjansen på at min sjanse til å intervjuer han skal glippe igjen, så jeg lar opptaksfunksjonen på telefonen hvile. Den såkalte klisterhjernen min er

det ingen grunn til å stole på, etterfylling av lim foregår kun sporadisk. Vi passerer først eneboliger, så lavblokker, og til slutt fotballbaner der det pågår turnering og den klassiske vaffel-kaffe-pølsevann-lukta hviler tungt. – Jeg digger nærmiljøet mitt. Veldig fredelig og grønt, og samtidig veldig urbant, kort vei til alt, seier Adeel.

Onkel

Vi må ta det først, sier jeg, dette med *onkel*. Sannheten er at det er akkurat *dette* som har klistret seg fast i min tidligere omtalte hjerne.

Adeel stopper opp på gangbrua over E6 og ser på meg. – Du må forstå at dette handler om respekt. Når jeg sier *onkel* til en eldre pakistansk mann som kommer inn til meg på kontoret, og det skjer jo ganske ofte på Stovner legesenter, så sier jeg samtidig «ja du er en eldre mann jeg har respekt for- du kunne vært min onkel.» Vi bruker også *tante* på samme måte, hvis det er en eldre kvinne. Det ligger veldig tungt i meg og i min kultur å ha en enorm respekt for de eldre. Jeg husker at da jeg som 19-åring job-

bet som pleieassistent på sykehjem, syntes jeg det var veldig rart å kalle hundreåringen jeg hjalp for *Robert*. Jeg prøvde meg med *herr*, men det ble bare veldig rart. Så da sa jeg *Robert* og *Leif* da. Jeg har også en del polske folk på lista mi, og når de kommer inn, så slår jeg litt over på rusten student-polsk og bruker høflige måter å omtale dem på, litt i *herr/fru-gata*. Det fungerer fint. Så er det noen da, på min egen alder, eller kanskje yngre som kaller meg *bror*. Jeg liker ikke så godt at *de* gjør det først, det er jeg som skal bestemme om det er greit. En gang sa jeg til en fyr som kalte meg *bror*, at hvis jeg er broren din, hvorfor betaler du ikke regningene dine hos meg? Språk er så mye mer enn ord. Det er høflighet, respekt, tilhørighet og kultur.

– Jeg har forresten fått høre at jeg høres mykere ut når jeg snakker urdu enn norsk. Det er muligens fordi jeg hele tida må være nøye og bevisst på språket mitt når jeg snakker urdu. Det trenger jeg ikke når jeg snakker norsk.

Jeg spør han hva det betyr. – Hjemme snakket søstrene mine og jeg norsk til foreldrene våre og de svarte tilbake på urdu.

Vi var litt rare sånn. De andre i gata syntes vi hadde lite respekt for foreldrene våre, som snakket norsk til dem, men mine foreldre må ha villet det sånn. Norsk ble med god margin mitt første språk, det er her jeg har alle nyansene, fordi om jeg ikke kan bruke onkel!

Mor

Jeg ber han om å fortelle om moren sin. – Ja hun var en fabelaktig kvinne og familiens samlingspunkt. Hun besøkte folk og så folk. Jeg er veldig stolt av henne.

Et kort søk viser at Rubina Rana satt i Oslo bystyre for Arbeiderpartiet fra 1995 og ledet 17. mai-komiteen i 1999. Hun døde av kreft i 2003 da hun var 47 år. I 2006 fikk hun ei gate på Grønland oppkalt etter seg.

Adeel trekker pusten og nøler litt. – Fortsatt er det vanskelig å snakke om mamma, men jeg gjør det, og det går litt og litt bedre. Jeg tror jeg skjønner stadig bittelitt mer av at det er så mye jeg ikke skjønnte. Jeg jobber med å forsone meg med alt jeg ikke klarte å forstå den gang. På den tida hun ble syk,

var jeg fersk medisinstudent i Polen. Jeg var hjemme en tur og ble med henne på gastrokopi da hun fikk kreftdiagnosen, men jeg var mest opptatt av intrinsic factor og B12 som jeg akkurat hadde lest om. Det jeg husker best er at jeg spurte legen som hadde undersøkt mamma, om hvordan det skulle gå med opptaket av vitamin B12 når magesekken ble operert. Helt sånn dust greie, men legen synes det var interessant at jeg hadde slike interessante spørsmål. Jeg dro ikke hjem og så henne i 17-mai-toget. Det angrer jeg fryktelig på. Jeg forsto ikke hvor stort det var, og at livet hennes skulle bli så kort etter det. Det var først da hun sendte bud etter meg og var kritisk syk, at deler av meg forsto at hun skulle dø. Da ble hun innlagt på Aker Sykehus og fikk faktisk ligge der på gastrokirurgisk avdeling helt til hun døde etter to–tre måneder. Tenk deg det i dag! Hadde ikke skjedd! Jeg er veldig takknemlig overfor Aker sykehus. Der var det gode folk som gjorde mye bra for både henne og familien min.

– Og en ting til; vet du hva hun gjorde tidlig på 80-tallet? Hun tok med oss barna

på svømmekurs! Hun selv hadde faktisk lært å svømme i barndommen i Pakistan. Hvor mange andre norsk-pakistanske kvinner tror du gikk på det kurset? Null!

Jeg har vært veldig heldig med de to foreldrene mine!

Far

Jeg ber han forteller om faren sin. – Pappa han er en kjent poet! I 1991 ble han kåret til å være den beste urdu-poeten i Europa! Det er helt sant. Han har jobbet som konsulent i Norges Forskningsråd i mange år, men han er poet i sin sjel. Poesi er skikkelig stort i Pakistan. De beste poetene er som popstjerner, de opptrer på festivaler der folk hoier av begeistring og gir applaus. Publikum vil gjerne diskutere diktene med poeten – og sier sånn « Ja, det der var skikkelig godt formulert og sånn » Jeg vet at etnisk norske poeter synes det er stort å være på poesifestival i Pakistan. Pappa ble forresten født i India i 1946, året før Pakistan ble grunnlagt. Det er også en forferdelig historie ...

Søker en på Adeels far Jamshed Masroor, står det blant annet at han har oversatt Lars Saabye Christensen til urdu. – Ja, han har gjort det også. Det aller største for han og oss var nok likevel da han i 2015 fikk en veldig gjev pris i Pakistan, Tamgha-i-Imtiaz. Jeg tror det må være omtrent det samme som Kongens fortjenestemedalje i gull. Anerkjennelse i hjemlandet betyr veldig mye, kanskje særlig for den generasjonen.

Drømmen

På oppstartsmøte for gruppeveiledningen i allmennmedisin blir gjerne deltakerne utfordret til å si noe om vegen som har ført dem inn i primærhelsetjenesten. Jeg minner Adeel på at han på dette møtet sa at det var en kollega som en dag, nærmest ut av intet, hadde spurt om han gjorde det han ville her i livet. – Det stemmer. Jeg husker det godt, humrer han. – Jeg satt der en dag på trombosepoliklinikken og hun, kollegaen min, spurte meg rett ut; lever du ut drømmen din? Da hørte jeg meg selv si « nei, jeg ville heller vært fastlege ». « Gjør noe med det da » sa hun. Inspirert av stunden gjorde jeg et søk på ledige stillinger, og vipps så stod jeg der i telefonen med en hyggelig fyr fra Fetsund legekantor, som lurte på når jeg kunne starte. Adeel lener seg tilbake på benken og tar en titt på svanene i vannet et steinkast fra oss

– Og plutselig ble det vikarjobb på Fetsund, og så ble det hjemmel på Stovner legesenter. Der trives jeg skikkelig godt! Vi er en veldig fin gjeng av både gode helse-



kretærer og kloke kolleger. Så gjør jeg sånn som veldig mange gjør – jobber altfor mye! Jeg jobber ti–tolv timer om dagen og er på jobb klokka 06.30. Vi må gjøre noe med det, med arbeidsmengden. Jeg sier vi – for hele kontoret må ta noen grep. Nå får vi to nye stillinger og da blir vi elleve fastleger. Jeg øyner håp. Vi har store uløste oppgaver foran oss, for hele kontoret må dessverre flytte. Det er en gigantisk jobb og ufattelig mange beslutninger vi må ta. Heldigvis har vår spreke senior, Finn Skogstad, engasjert seg i prosjektet.

Kona

Barnevogner og unger på sykler passerer benken vi har satt oss ned på. Adeel kommer åpenbart i tanker om familien sin. – Annenhver torsdag har jeg det forresten veldig fint, da har jeg helsestasjonsdag. Denne dagen er roligere og kortere og jeg kan hente sønnen min i barnehagen. Det er det ellers kona som gjør, henter guttungen. Hun er jeg forresten også veldig stolt av. Jeg traff henne på sisteåret i Polen, hun gikk to år under meg. Tenk at jeg kunne være så heldig! Hun er dansk-pakistanser og psykiater. Jeg tror hun var den første pakistanske kvinnen som fikk driftsmidler for privat psykiatripraksis i Norge. Etter henne har det kommet flere, men hun var den første. Tror jeg. Jeg liker å tro det. Til henne kommer det folk også langveisfra, for eksempel Drammen. De liker å snakke med en psykiater uten å ha tolk til stede.

Han hever røsten ørlite og forkynner: Det med tolk mener jeg forresten veldig mye om, så hvis jeg får en sjanse til å bli husket for noe, så er det dette: Bruk tolk! Å bruke pårørende kan være lett, men de klarer ikke å være et *bindeledd*, slik hensikten er med tolking. En sønn eller datter, tante eller venn, vil legge et *filter* over samtalen. Viktige ting blir holdt tilbake, samtalen blir redigert, mye kan glipe.

Jeg tillater meg å fortelle Adeel om en episode for mange år tilbake der jeg fikk en henvendelse fra politiet med spørsmål om journalopplysninger etter at de hadde rykket ut til husbråk. Mannen hadde nok en gang vært svært voldelig med kona. Paret kjente jeg til fra noen besøk på legekantoret der de alltid kom sammen. Mannen var veldig hyggelig og tolket for sin nyankomne kone fra Asia. At han kontrollerte henne, hadde jeg ikke reflektert over. En sterk følelse av unntak og naivitet kom over meg – jeg hadde ingen opplysninger å gi politiet. Kanskje håpte kona på at jeg hadde forstått, kanskje var det hun som hadde oppgitt meg som en mulig person å



Adeels mor er den første ikke-vestlige innvanderer som har fått ei gate i Oslo oppkalt etter seg.

få opplysninger hos? Adeel lytter, nikker og repliserer – ja, nettopp. Og hva er det for noe, at vi i epikriser leser «mannen er veldig hyggelig»? Skriver det noen gang sånt om en etnisk norsk nordmann? Det hører i hvert fall til sjeldenhetene!

Å være en onkel og en bror, å være en lege og et menneske

Hvordan vi er ovenfor pasientene våre, hva slags stil vil har, hva vi deler og ikke deler, har vært tema i tidligere intervju i *Utposten*. Er det å dele skjellsettende livserfaringer fra eget liv noe vi gjør, eller ikke gjør? Hva slags erfaringer har vi med dette? Vi i redaksjonen har lovet å komme tilbake til dette, og Adeel bringer temaet naturlig opp i samtalen.

– Jeg føler meg litt fram, og tror jeg skjønner ganske fort hva som er klokt og ikke. Står noen foran store smertefulle tap, så kan jeg forsiktig si at jeg vet noe om å miste, for det har jeg også gjort. Responderer de da, så forteller jeg litt mer om mamma. Jeg har opplevd mange ganger at det åpner opp, og kanskje særlig hos unge gutter. De kan ha skikkelig vanskelig for å snakke, de trenger hjelp til å komme i gang og finne ord. Jeg vet jo veldig godt at det hjelper å snakke, det berget meg. Noen ganger så er det å åpne opp litt helt magisk. Jeg sa til en

ung mann som hadde vært mye rundt hos flere kolleger og sykmeldt for diffuse skuldergreier at «ja, det var skulder'n din, men er det noe annet da? Noe du vil fortelle meg?» Så kommer det da, masse om spillgjeld, rus og kriminalitet og tunge, tunge tanker. Han fikk livet sitt på stell i løpet av det neste halve året. Så kom han og takket meg for at jeg hadde stilt meg åpen på den måten. Det er klart at det der er fint da. Da tenker jeg at jeg har bidratt.

– Så har jeg ganske mange analfabeter på lista mi, faktisk! De er ikke så glade i denne åpne, diskuterende stilen min. Den fungerer nok aller best på etnisk norske. Dette blir litt generaliserende, men analfabete ønsker seg den autoritære legen som vet. Som ikke trenger å søke på nettet eller diskutere med en kollega.

Når intervjuer lurer på hvordan den autoritære fastlegen Adeel oppfører seg, så bryter latteren løs. – Nei, han finnes jo ikke! Men det er jo meg de har da. Jeg er der for alle.

Det tviler vi ikke på, noen av oss som kjenner til denne mannen.

Han er kanskje både en onkel og en bror, og han er uten tvil en venn som ser deg når du faller og hjelper deg opp igjen. Slik han selv er hjulpet opp.

■ K-TKOGS@ONLINE.NO

Menns helse og identitets

■ EIVIND MELAND • Professor emeritus og veileder for ALIS

■ DAG FURUHOLMEN † • Spesialist i psykiatri og forfatter

Kjønnsaspektet er en viktig faktor ved helse og uhelse. Samtidig er det store farer knyttet til å definere grupper i samfunnet som ofre. Gruppen selv kan gå inn i offerrollen, og problemer hos dem som ikke tilhører gruppen kan bli oversett. Det er på tide å nyansere debatten om kjønn og helse.

I en artikkel i *Legetidsskriftet* i fjor satte vi søkelys på noen helseutfordringer der menn opplever kjønnsrelatert uhelse (1): Forskjeller i levealder og dødelighet i menns disfavør, forskjeller i kardiovaskulær dødelighet og sykkelighet, høyere prevalens og insidens av prostatakreft enn brystkreft, høyere prevalens av rusmiddellidelser, tydelig økt dødelighet av ulykkesrelatert og voldsom død og selvmord, var noen av de eksemplene vi trakk fram. Forekomsten av hjerte- og karsykdom har gått ned i perioden 2012–18, men det er fortsatt stor kjønnsulikhet i menns disfavør. Menn har flest helsetapsjusterte leveår (DALY), men den innbyrdes fordelingen av sykdomsårsaker til helsetapet er ikke radikalt forskjellig mellom kjønnene (2).

Vi pekte også på hvordan stereotypier bidrar til å ugyldiggjøre menns diskriminerende erfaringer på en så viktig sosial arena som i familien. Marginaliserende er-

faringer i skole og arbeidsliv rammer gutter og menn i større grad enn jenter og kvinner. Slik kjønnsdiskriminering rammer gutter fra familier med lav utdanning mer enn jenter. Kjønnsdiskrimineringen forsterkes med andre ord av sosiale gradienter.

Hvis vi regner med NOU-er om livmorkreft og brystkreft, er den nylig publiserte utredningen fra Kvinnehelseutvalget den fjerde offentlige utredningen om kvinnehelse (3). Det foreligger ingen utredninger om menns helseutfordringer. Nasjonalt Senter for Kvinnehelseforskning ble opprettet i 2009. Det finnes ingen tilsvarende forskningsinstitusjon for menns helse.

«Den store forskjellen»

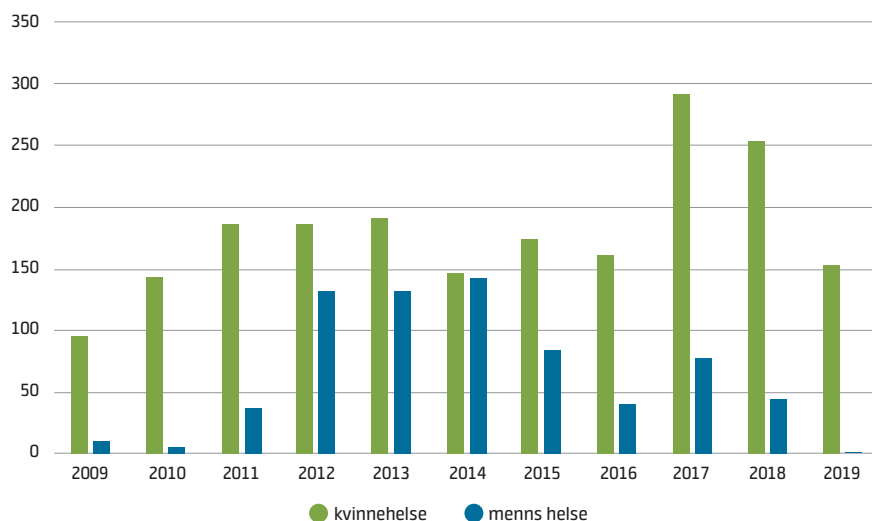
«Den store forskjellen» er tittelen på den offentlige utredningen fra kvinnehelseutvalget. Vi er enige med utvalget i at kjønn

er en viktig faktor for å fremme helse og forebygge uhelse. Kjønnsaspektet ved uhelse burde imidlertid vært analysert fra begge kjønns perspektiv. Det er et myndighetsansvar, og utvalget kan ikke lastes for det ensidige kvinnehelseperspektivet. Utvalget beskriver utfordringsbildet slik:

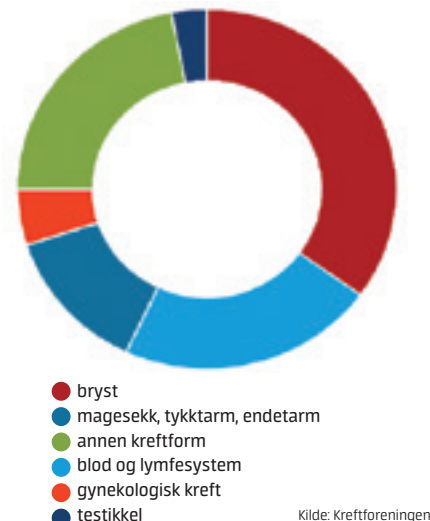
- 1 Kvinnens helse har lav status.
- 2 Mangelfull samordning gir dårligere helsetjenester.
- 3 En sviktende kunnskapsbro er et hinder for at kunnskap når fram til tjenestene.
- 4 Kvinnens stemmer får for lite gjennomslag.

De helseutfordringene som vi pekte på i *Tidsskrift*-artikkelen kan tyde på at flere av menns helseutfordringer også har lav status. Men medfører det riktighet at kvinners helse i alminnelighet har lav status og blir underprioritert? Bildet må kompletteres: Dagens medisin gikk i 2017 gjennom forskningstøtte de siste tre år: 110 mill. ble gitt til brystkreft og 30 mill. til prostatakreft. I perioden 2018–22 bevilget forskningsrådet 940 mill. til 79 pågående kvinnehelseprosjekter (gjengitt i (4)). Det kan også være betegnende at kvinner tilbys screening og genetiske prøver for bryst- og underlivskreft. Samfunnskostnadene med begge screeningprogram er betydelige.

FIGUR 1. Artikler i pressen.



FIGUR 2. Fordeling av forskningsmidler i 2017.



politikkenes skyggesider

Ser vi på omtalen i media av menns og kvinners helseutfordringer (SE FIGUR 1) er det tydelig at interessen for kvinners helse ikke preges av lavstatus og underprioritering (4).

Utfordring to og tre gjelder for begge kjønn. Men medfører det riktighet at kvinners stemmer får for lite gjennomslag? Oppvekststyrkene og myndighetsorganer som barne- og familievern har betydelig kvinne­dominans med 65–98 prosent kvinnelige ansatte. Kjønnforskningen domineres av kvinner med 85–100 prosent kvinne­dominans. Forvaltningsorganer og foreninger for likestilling domineres av kvinner med kvinne­deltagelse fra 65–100 prosent (5)¹. Passer dette med utvalgets utfordringsbeskrivelse nummer fire om at «kvinners stemmer får for lite gjennomslag», eller er dette en ideologisk farget påstand uten empirisk belegg?

Det er god dokumentasjon for at barn i alminnelighet klarer seg best emosjonelt og sosialt når de får beholde kontakten med far også etter skilsmisse (6). På tross av slik viten føler fedre seg ofte ignorert og motarbeidet i møte med barnevern, familievern og andre aktører i velferdsstaten og i rettsvesenet (7). De føler seg ofte stigmatisert som voldelige eller mindre omsorgskompetente enn kvinner, med følger for egen psykisk helse og eget velvære. Deres erfaringer tyder på at fedre opplever lite gjennomslag og interesse fra viktige aktører i samfunnet. Dette bekreftes også i en ph.d.-avhandling fra NTNU som viser hvordan fedre i Barnevernstjenesten søkes frakoplet i tvistesaker basert på en kjønnsspesifikk forståelse. Mor defineres som barnets primærkontakt og prioriteres uavhengig av hvem av foreldrene som har best tilknytnings- og omsorgsevne. Far som hovedansvarlig omsorgsper-

son for barna fremstår som et unntak og en nødløsning, i tilfeller hvor mor ikke er i stand til å ivareta omsorgen (8).

Marginaliserende myter om menn og menns helse

I større grad enn kvinner opplever menn at de gjøres personlig ansvarlige for egne helseutfordringer. De utsetter seg for utage­rende risikoadferd, uheldig livsstil og rus, aggresjon og ensomhet. Kvinner får offerstatus og dermed ansvarsfrihet. Dette er en del av det såkalte «empatigapet» definert av Warren Farrell og John Gray i boka *The Boy Crisis* (9).

Boka handler også om ødeleggende helsekonsekvenser for barn når de blir avskåret fra kontakten med sin far, og for fars vedkommende med sine barn. Dette skjer ved samværs sabotasje og fiendtliggjørende påvirkning fra den av foreldrene som har hovedomsorgen. Slike helsekonsekvenser har vært erkjent i flere tiår (10). Men slik kunnskap undertrykkes ved at det er blitt skapt en sexistisk myte om at dette kun er et kjønn­problem der menn har seg selv å takke, eller problemet benektes i det hele tatt å eksistere (11). Det har heller ikke vært viet forskningsinteresse i Nordiske

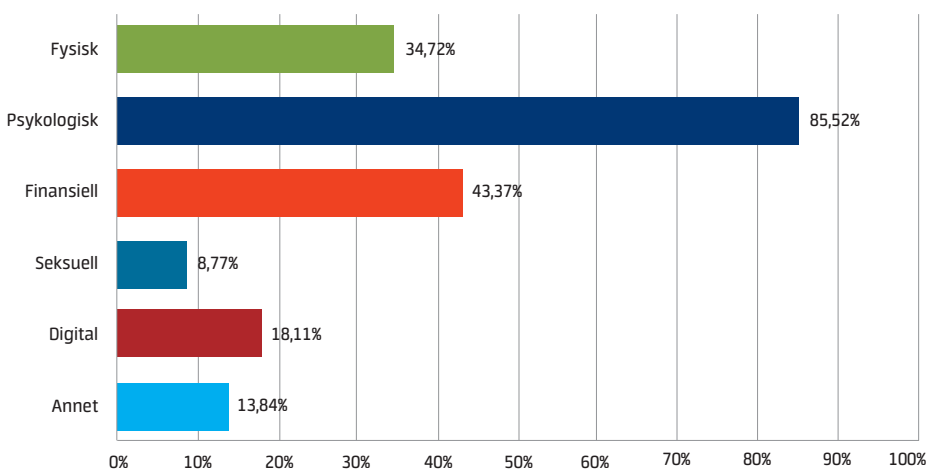
land på tross av at det er utbredt og har store samfunnsmedisinske konsekvenser (12). Vi har nylig publisert en empirisk studie som dokumenterer at fenomenet ikke er kjønnsspesifikt og at det har store helsekonsekvenser (13).

Det er en utbredt oppfatning at menn er voldsutøvere og kvinner volds ofre. Prevalensstudier i Norge viser at kvinner i større grad enn menn utsettes for grov partner­vold, mens mildere former for fysisk partner­vold utøves likt av begge kjønn. Også dette bildet trenger å kompletteres. Det er for eksempel vist at kvinner i langt større grad forteller om volden de opplever i nære relasjoner enn det menn gjør (14). En anonymisert undersøkelse av 3500 fedre i de nordiske landene fra 2022 viser at halvparten har hatt opplevelse av å bli utsatt for familievold. Voldserfaringene fordelte seg som figur 3 under viser (15).

«Krenk, krenkere, krenkest»

er tittel på ett av kapitlene i Frank Rossaviks bok *De korrekte* (16). Rossavik er journalist og hans anliggende er først og fremst at når en gruppe mennesker anerkjennes som ofre, kan en slik anerkjennelse overdrives: Identiteten som ofre kan bli et dogme, og

FIGUR 3. Familievold fordelt etter kategori.



¹ Dokumentet baserer seg på følgende originalkilder: <https://www.ssb.no/befolkning/likestilling/statistikk/indikatorer-for-kjonnlikestilling-i-kommunene>, <https://www.ssb.no/utdanning/barnehager/statistikk/ansatte-i-barnehage-og-skole>, <https://www.udir.no/globalassets/filer/tall-og-forskning/rapporter/2009/5/ppt.pdf>, <https://utdanning.no/likestilling>, <https://www.ssb.no/182366/studenter-som-startet-sykepleierstudiet-for-første-gang-etter-status-i-løpet-av-5-år-kjønn-og-foreldres-utdanningsnivå-antall-og-prosent>, <https://www.nrk.no/osloogviken/enorm-guttemangel-pa-psykologi-studiet-1.12237353>, <https://www.nrk.no/dokumentar/xl/kjonnforskning-i-ubalanse-1.14549206>.

beskyttelsen av en slik identitet kan ta former som forbyr enhver form for kritikk og utfordring. Kansellering av slike utfordringer, i det godes tjeneste, setter stopper for enhver form for dialog. Det liberale demokrati trues ved at vitenskapelig sannhetsøken og demokratisk og kritisk debatt blir undertrykt og mistenkeliggjort. Demokratiet avløses av «de hårsåres diktatur».

I helsevesenet er trusselbildet litt annerledes: Hvis ofrene settes på piedestall, må de som ikke anerkjennes som ofre akseptere en tilværelse i glemselens skyggedal. Ofrene kan fristes til å fusjonere med sin identitet, sykdoms- og andre identiteter blir utilnærmelige, og velment anerkjennelse kan bli en kilde til repetitiv ansvarsfraskrivelse. Også hjelperen lider av slike identitetsforventninger: Rollen som «hvite riddere» kan oppleves som behagelig og anerkjennende, men er samtidig kilde til lært hjelpeløshet og umettelig behovstilfredsstillelse. Forskning har vært kansellert ved at forskere innen feltet ME/CFS er blitt truet til taushet (17). Velferdsstaten, fastlegeordningen og helsevesenet kan synke i kne av vekten fra infantilisererte og hjelpeløse ofre. Er det også lov å antyde at identitetspolitikken er blitt en akseptert form for undertrykkelse og selvundertrykkelse?

Det er en overdrivelse å hevde at menns helseproblemer i alminnelighet lever et liv i «glemselens skyggedal». Men det er et tankekors at kvinners likestillingsutfordringer fremheves som viktigere enn menns ved at vår likestillingslovgivning (Likestillingslovens § 1) slår fast at: «*Loven tar særlig sikte på å bedre kvinners og minoriteters stilling*». Det kan bidra til å vanskeliggjøre likestillingsarbeidet for menn, fedre og gutter. Dersom den gyldige fortellingen i samfunnet er at menn er privilegerte, så er det lett å henvise dem til en plass lengre bak i køen. Det er et paradoks at norsk lovgivning skiller seg fra de andre nordiske land ved ikke å ha en kjønnsnøytral likestillingslov.

Hvordan foregår ugyldiggjøringen av menns uhelse

Frank Rossavik skriver også om sine egne erfaringer for å illustrere hvordan identitetspolitikk løfter fram gyldige ofre og ugyldiggjør andres utfordringer i samfunnet, som for eksempel de hørselshemmede som han selv tilhører. Vi har i mange år drevet folkeopplysningsarbeid om foreldrefriendtliggjøring eller foreldrefremmedgjøring, som det også kalles (18). Det har vært et arbeid i motbakke. Kvinners volds- og krenkelseserfaringer har forrang. I 2008

sendte Barne- og likestillingsdepartementet ut et informasjonsskriv til dommere, advokater og sakkyndige der det advares mot å ha tillit til rettsparter som henviser til foreldrefremmedgjøring i familie- og barnevernsrett. Begrunnelsen var at foreldrefremmedgjøring ikke var vitenskapelig dokumentert og at rettslig fokus på fenomenet kunne hindre kvinner fra å melde fra om familievold (19).

Barnelovutvalget la fram sin innstilling for et par år siden (20). Foreldrefremmedgjøring nevnes ikke med ett ord i denne offentlige utredningen. Samværsabotasje nevnes, men bare et mindretall på to medlemmer går inn for at Barneloven skal inneholde strengere sanksjonsmidler for å hindre slik form for selvtekt.

Internasjonalt drives det aktiv lobbyvirksomhet for å diskreditere foreldrefremmedgjøring som gyldig erfaring og som vitenskapelig dokumentert konsept. For eksempel har det lyktes «violence against women»-bevegelsen å få et så sterkt innpass i FNs menneskerettsavdeling at deres «special rapporteur» i oktober i fjor sendte ut et internasjonalt «call for input» hvor de betegnet «parental alienation» og bruk av begrepet i rettslig sammenheng som en egen form for «domestic violence» og som en trussel mot kvinner og barn (21). Nå foreligger rapporten fra Human Rights Council der menns voldserfaringer bagatelliseres og der «foreldrefremmedgjøring» karakteriseres som et pseudobegrep (22).

Et bærekraftig alternativ

Vi støtter kvinner og barns rett til familievold uten vold. Vi støtter ikke en eksklusiv rett til vern mot vold forbeholdt noen grupper alene. Fedre og andre grupper må ha den samme rett til beskyttelse mot vold som kvinner og barn. Vi mener det er uakseptabelt å lukke øynene for noen former for vold for å være helt sikre på at vi ikke overser andre voldsformer. I vår nylig publiserte artikkel viser vi også hvordan mange andre former for voldsanvendelse henger sammen med foreldrefremmedgjøring og samværsabotasje (13).

Dessverre har deler av domestic violence-bevegelsen skapt en identitetspolitisk konflikt der vold mot kvinner og barn opphøyes til det eneste viktige. Vi som ønsker oppmerksomhet også om foreldrefremmedgjøring ønsker å bygge bro over denne konflikten. Kan vi utvikle et felles språk? Begrepet «tvangsmessig kontroll» (på engelsk «coercive control») er dekkende for foreldrefremmedgjøring og flere andre former for psykologisk voldsbruk i nære relasjoner.

Vi ønsker en barnelov der barn garanteres omsorg og kjærlighet fra to likeberettigede foreldre. Derfor mener vi at «delt fast bosted» skal være lovens utgangspunkt og rettslige norm etter skilsmisse (23), ikke som tvang, men som det alternativet som vurderes først. Barneloven må hjelpe foreldre til å samarbeide for gjensidig å utfylle hverandre slik at barna kan nyte godt av familieressursene på begge sider av familien. Den nåværende barnelov er dessverre dysfunksjonell ved at den utroper den ene forelderen til A-forelder, den andre til B-forelder. Vold i nære relasjoner må først og fremst håndteres av politi, straffelov, barnevern og barnevernslov. Det fordrer at myndighetsorganer gjøres kompetente til å gjenkjenne alle former for alvorlig voldsanvendelse i nære relasjoner.

Dysfunksjonell identitetspolitikk

Å søke sammen med dem som likner en selv er en grunnleggende menneskelig egenskap (24). I alle kulturer har folk dannet inn-grupper av dem de likner på og identifisert seg med disse, i motsetning til folk tilhørende ut-grupper. Men slike identifikasjoner kan bæres med større eller mindre nidkjærhet. Vi er alltid noe mer enn identiteten som knytter oss til grupper. Å fusjonere fullstendig med identiteter er en oppskrift på sykdom, sykdomsaterferd, konflikt og krig. Som mennesker er vi først og fremst medmennesker og samfunnsmedlemmer. Ytterliggående individualisme gjør oss usikre og selvopptatte. Vi vil mer enn antyde at slik selvusikkerhet er blitt en kilde til et overforbruk som truer livsgrunnlaget vårt.

Omsorg som kun er bekreftende og anerkjennende er lite til hjelp. Automatiske velferdsytelser kan fungere som redskaper til å sette medmennesker på sidelinjen. Mellommenneskelig respekt fordrer at vi også utfordrer hverandre (25). Vi er alle hjemmehørende i moralske fellesskap, og vi må evne å skille mellom det å hjelpe og det å behage (26). Når NAV fortolker barnebidragsreglene slik at de tjener som stimulan til samværsabotasje og monopolisering av omsorg for felles barn etter samlivsbrudd, er det i strid med lovgivers intensjoner (27). Det kan være til behag for noen, men neppe til hjelp.

Lovgivning som stimulerer til dysfunksjonell identitetspolitikk, trenger endring. Dersom velferdsstaten skal være bærekraftig i framtida fordrer det at vi unngår å invitere medmennesker inn i offerroller og heller behandler dem som moralsk ansvarlige subjekter.



ILLUSTRASJONSFOTO: COLOURBOX

REFERANSER

- Meland E., Furuholmen D. Vi må også snakke om menns helse. Tidsskrift for Den norske legeförening; 2022;142: doi: 10.4045/tidsskr.22.0643 (17).
- Tollanes M.C., Knudsen A.K., Vollset S.E., Kinge J.M., Skirbekk V., Overland S. Sykdomsbyrden i Norge i 2016. Tidsskrift for Den norske legeförening; 2018; 138: doi: 10.4045/tidsskr.18.0274.
- Meyer C., Abbas N.A., Amundsen T.K., Eia H., Fundingsrud H.P., Innerdal C.R., et al. Den store forskjellen. Om kvinners helse og betydningen av kjønn for helse. Helse og omsorgsdepartementet. Oslo: Norges Offentlige Utredninger 2023: 5.
- Reinertsen N., Kumano-Ensbys A.L., Omvik O.R. Fem myter om likestilling. Hvor likestilte er egentlig kvinner og menn i Norge? 2019; Hentet 27.4.23 fra: <https://www.nrk.no/dokumentar/xl/fem-myter-om-likestilling-1.14542055>.
- Mannsforum. Likestillingsbarometer med manns perspektiv. 2022 Hentet 27.4.23 fra: <https://mannsforum.no/wp-content/uploads/2022/02/likestillings-indikator-med-mannsperspektiv-feb-2022.pdf>.
- Nielsen L. Shared Physical Custody: Summary of 40 Studies on Outcomes for Children. Journal of Divorce & Remarriage. 2014; 55: 613–35.
- Lien M.I. Den mannlige smerte – menns erfaringer med vold i nære relasjoner Proba samfunnsanalyse Oslo: Proba samfunnsanalyse; 2017. Hentet 27.4. fra: <https://proba.no/wp-content/uploads/proba-rapport-1702-den-mannlige-smerte-menns-erfaringer-med-vold-i-naere-relasjoner-1.pdf>.
- Storhaug A.S. Barnevernets forståelse av farskap [Doctoral thesis]. Trondheim: NTNU; 2015.
- Farrell W., Gray J. The Boy Crisis: Why Our Boys Are Struggling and What We Can Do About It. Dallas, TX: Benbella Books Inc; 2018. 368 s.
- Harman J.J., Kruk E., Hines D.A. Parental alienating behaviors: An unacknowledged form of family violence. Psychol Bull. 2018; 144(12): 1275–99.
- Bjørnholt M. Samværsabotasje – en tvilsom men virksom myte. Jan 17. 2022 Forskersonen. Oslo. Hentet 27.4.23 fra <https://forskersonen.no/debatt-innlegg-kjonn-og-samfunn-likestilling/samvaersabotasje-en-tvilsom-men-virksom-myte/1965647>.
- Harman J.J., Leder-Elder S., Biringen Z. Prevalence of adults who are the targets of parental alienating behaviors and their impact. Children and Youth Services Review Vol 106 2019, ArtID 104471.
- Meland E., Furuholmen D., Jahanlu D. Parental alienation – a valid experience? Scandinavian journal of public health. 2023;14034948231168978.
- Sogn H., Hjemdal O.K. Vold mot menn i nære relasjoner – Kunnskapsgjennomgang og rapport fra et pilotprosjekt. Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress (NKVTS). 2010.
- Lohse J. Shared Parenting. Copenhagen 2023; Hentet 27.4.23 fra https://www.canva.com/design/DA-E0B40X6zA/rX5avNSoWV4XSve_cx5qWg/view#3.
- Rossvik F. De korrekte. Identitetspolitikk, kansellering og presset mot det liberale samfunn. Oslo: Cappelen Damm; 2022. 200 s.
- Kelland K. Special Report: Online activists are silencing us, scientists say. Special reports [Internet]. 2019 28.4.2019. Hentet 27.4.23 fra: <https://www.reuters.com/article/us-science-social-media-specialreport/special-report-online-activists-are-silencing-us-scientists-say-idUSKBN1QU1EI>.
- Meland E., Sjogren L.H., Thuen F. Foreldrefremmedgjøring som helse- og sikkerhetsrisiko. Tidsskrift for den Norske lægeförening; 2019; doi: 10.4045/tidsskr.18.0985.
- Torsteinson S., van der Weele J., Steinsvåg P.Ø. Barnefordelingssaker der det er påstand om vold. Psykologfaglig informasjon til dommere, advokater og sakkyndige. Oslo: Barne- og likestillingsdepartementet; 2008.
- NOU. Ny barnelov. Til barnets beste. In: familiedepartementet B-o, editor. Oslo: Departementenes sikkerhets- og serviceorganisasjon. Teknisk redaksjon; 2020.
- Call for inputs – Custody cases, violence against women and violence against children [Internet]. United Nations Human Rights Office of the High Commissioner. 2022. Hentet 27.4.23 fra: <https://www.ohchr.org/en/calls-for-input/2022/call-inputs-custody-cases-violence-against-women-and-violence-against-children>.
- Alsalem R. Custody, violence against women and violence against children. Report of the Special Rapporteur on violence against women and girls, its causes and consequences, Reem Alsalem. New York: United Nations, Human Rights Council; 2023. <https://documents-dds-ny.un.org/doc/UNDOC/GEN/G23/070/18/PDF/G2307018.pdf?OpenElement>.
- Meland E., Furuholmen D. Trygge familiebånd – også etter skilsmisse. Tidsskrift for Norsk psykologforening. 2020; 57(8): 561–5.
- Tajfel H., Turner J.C. The social identity theory of intergroup behavior. In: Worchel S, Austin WG, editors. Psychology of interpersonal relations. Chicago: Nelson-Hall; 1986.
- Sennett R. Respect in a world of inequality. New York: W W Norton & Company; 2003.
- Løgstrup K.E. Den etiske fordring. Trondheim: Cappellens Forlag AS; 2000.
- Bernt C., Strandbakken A. Samværsabotasje og barnebidrag. En NAV-praksis til barnets beste? Tidsskrift for familierett, arverett og barnevernrettslige spørsmål. 2022; 20(3): 148–52.

■ EIVIND.MELAND@UIB.NO

Myter om kvinnehelse?

■ IVAR SØNBØ KRISTIANSEN • Professor emeritus, Avdeling for helseledelse og helseøkonomi, UiO

Under overskriften «Den store forskjellen» har Kvinnehelseutvalget levert sin innstilling om kvinners helse og helsetjenester. Utvalgsleder Christine Meyer hevder at norske sykehus får systematisk dårligere betalt for å behandle kvinner enn menn.

Utvalget hevder at «kvinnehelsens lave status blir særlig synlig i finansieringsmodeller i helsesektoren». Står denne og andre av utvalgets påstander seg for et kritisk blikk?

Bør kvinner prioriteres?

Prioriteringsmeldingen, som Stortinget har sluttet seg til, anfører at pasienter skal prioriteres etter kostnad, behandlingseffekt og alvorlighet. Helsetjenester skal tilbys uavhengig av alder, kjønn, bosted, etc. Kvinnehelseutredningen hevder at «finansieringsordninger (...) gir i liten grad økonomisk uttelling for å prioritere kvinnehelse», hvilket altså er i tråd med gjeldende prioriteringsprinsipper.

Innsatsstyrt finansiering (ISF)

Norske sykehus finansieres 60 prosent ved basistilskudd. De resterende 40 prosent kommer gjennom ISF som gir sykehusene refusjon (betaling) for hvert opphold. Disse er beregnet på samme måte for kvinner og menn: 85 refusjonstyper gjelder utelukkende kvinner og 31 gjelder utelukkende menn. I 2023 er refusjonene i gjennomsnitt 17 973 kroner for kvinner og 15 399 kroner for menn.

Ulikhet i refusjoner skyldes ikke kjønn, men ulikhet i ressursbruk (personell, utstyr, legemidler, arealer med videre). En hjerteoperasjon har derfor høyere refusjon enn for eksempel en blindtarmoperasjon. Lavere betaling for kvinnelige pasienter ville forutsette kjønnsdiskriminering i sykehusenes regnskaper eller i Helsedirektoratets refusjonsberegninger, eller systematisk lavere ressursbruk for kvinnelige pasienter. Ingen av disse forklaringene er plausible.

Blindtarm og livmor

VG hevder den 2.3.2023 at norske sykehus får bedre betalt for å fjerne blindtarm enn å fjerne livmor (1). Det er riktig at sykehuse-

ne i gjennomsnitt får bedre betalt per blindtarmoperasjon (cirka 28 000) enn livmoroperasjon (cirka 17 000). Forklaringen er ulikhet i ressursbruk: blindtarmoperasjoner, som gjøres like ofte på kvinner, er akutte og krever nesten alltid innleggelse. Livmoroperasjoner er oftest planlagte og utføres som dagbehandling. Blindtarm er derfor en blindgate for dem som vil «bevise» at kvinner er underfinansierte.

Fødsel og barsel

Media har hatt oppslag med påstander om dårlig finansiering av fødselsomsorgen (2), men jeg har til gode å se en systematisk analyse av problemstillingen (3). Kvinnehelseutvalget foreslår en ny finansiering av fødselsomsorgen fordi fødsler skjer akutt og fordi god omsorg er effektiv forebygging. Dette er korrekt nok, men ikke unikt for fødselsomsorgen.

Helsedirektoratet har vurdert temaet i en rapport (4) og anfører at sykehusene står fritt til å tilføre fødselsomsorgen mer ressurser. Slik prioritering ville gi høyere betaling for fødselsomsorgen gjennom ISF i etterfølgende år.

Noen synes å tro at såkalt langtidsfinansiering vil gi bedre fødselsomsorg. En slik finansieringsordning ville bety at hele forløpet, fra første svangerskapskontroll til mor og barn forlater klinikken, blir finansiert med én refusjon. Da vil ethvert forløp gi sykehusene samme inntekt uavhengig av komplikasjoner og ressursforbruk. Det vil i så fall trolig medføre påstander om at kompliserte forløp blir underfinansiert. Langtidsfinansiering vil heller ikke fjerne insentivet til å sende barselkvinner tidlig hjem fra klinikken for å redusere sykehusutgiftene.

Påstanden om feil i finansieringen av fødselsomsorgen er like dårlig fundert som alle påstander jeg de siste 25 år har hørt fra leger som hevder at «min behandling er underfinansiert».

Helse og helsetjenestekostnader

Kvinnehelseutvalget synes å mene at kvinner blir systematisk nedprioritert i helsetjenesten. Utvalget unnlater imidlertid å peke på at kvinner legger beslag på en større del av helsetjenestens ressurser enn menn. Helseøkonomen Jonas Kinge ved UiO har nylig publisert funn som tyder på at for hver helsetjenestekrone brukt på menn, får kvinner 1,24 kroner (5). Forskjellen endres lite når man justerer for svangerskap og fødsel.

Kvinner kommer bedre ut også når man ser på forventet levealder – 84,5 år for kvinner og 80,9 for menn. Forskjellen tyder ikke på nedprioritering av kvinner. Utvalget fremhever at kvinner får mindre kontroll av hjertesvikt enn menn, men unnlater å nevne at menn har høyere hjerte- og kardødelighet i alle aldre. Det nevnes heller ikke at kreft, som nå er vår hyppigste dødsårsak, forekommer sjeldnere hos kvinner og at de har bedre leveutsikter når de rammes av sykdommen.

Øredøvende taushet

Kritikken ovenfor ble opprinnelig publisert i Dagens Næringsliv 27. april 2023 (6). Jeg hadde ventet en kommentar fra utvalget, men det forholdt seg taust. Ragnar Kvie Sande svarte på kritikken med å vise til noen enkeltteksempler, men uten noen sammenhengende analyse. Han nevnte heller ikke sine interessekonflikter som leder av Norsk gynekologisk forening (7).

Endometriose – en ny kvinnesykdom?

Utvalget skriver at «Selv om endometriose er en vanlig kvinnesykdom, er sykdommen lite kjent, også blant helsepersonell». Er det virkelig tilfelle? Vi lærte om endometriose da jeg var student på 1960-tallet, og da også at kirurgi og gestagenbehandling kunne være aktuelle. Nå fremstår endometriose som en folkesykdom som angivelig er årsaken til allehånde plager som



Artikkelforfatteren fra tiden som distriktslege i Aure. Billedkvaliteten den gang var noe laber, i likhet med kvaliteten på deler av datidens helsetjenester!

leger tidligere ikke har kunnet forklare. Problemet er imidlertid at ti prosent eller mer visstnok har histologisk endometriose. Hvordan kan vi vite at endometriosen er årsaken til symptomene?

Ved Universitetet i Tromsø stilte tidligere distriktslege Roar Johnsen og medarbeidere seg spørsmål om hvilke subjektive plager magesår kan gi. De sendte et spørreskjema til innbyggerne i Sørreisa kommune og kartla forekomsten av mageplager. Deretter sendte de et team med gastroenterologer til Sørreisa og klarte å få satt gastroskopet i 309 personer med mageplager og 310 kontrollpersoner uten (8). Etter blindet vurdering av gastroskopifunn, histologiske og patologiske tester, ble ti prosent av dem med symptomer erklært helt uten tegn til objektiv sykdom. Mer overraskende var det at andelen bare var elleve prosent hos de symptomfrie. Det var altså liten sammenheng mellom symptomer og objektive funn. Diagnosen magesår skal visstnok ha gått ut av bruk blant fastleger som nå bruker andre diagnoser for pasienter med mageplager.

Sørreisa-historien forteller oss at vi ikke uten videre kan vite om eventuelle endometriosefunn ved laparoskopi er forklaringen på symptomer. Dette kan bare bli endelig avklart med en studie der man gjør laparoskopi på et utvalg med «endometriose-symptomer» og en symptomfri kontrollgruppe.

Faglig svak utredning

Når regjeringen oppnevner et utvalg for å utrede kvinnehelse, gir det kvinner en legi-

tim anledning til å kjempe for sine interesser. Jeg hadde imidlertid ventet at utvalgsmedlemmer med forskerbakgrunn i større grad hadde brukt sin kompetanse i arbeidet. Etter min mening svikter det her. For meg peker to svakheter seg ut. Utredningen stiller for lite krav til påstander om kausalitet. Utvalget konkluderer for eksempel med at kvinnesykdommer har lav status. Men hva er årsaken? Er det kvinnekjønn eller er det at mange kvinnesykdommer rammer underlivet? Når har mennenes impotens eller prostatisme hatt høy status? Den andre svakheten er mangelen på systematisk sammenligning mellom kvinner og menn. Utredningens tittel lover sammenligning mellom kvinner og menn, ikke bare omtale av kvinner. Også SSB sin bestilte utredning om «Kvinnens liv og helse siste 20 år» har en rekke figurer der sammenligning med menn mangler.

Utredningen avsluttes med 75 forslag til tiltak. Tiltakene er formodentlig velmente, men synes utformet uten hensyn til realisme eller budsjetter.

Bedre helsetjeneste for kvinner – og menn

Mine kritiske kommentarer ovenfor betyr ikke at kvinners helse og helsetjeneste ikke kan og bør bli bedre. Da jeg begynte som distriktslege i Aure på Nordmøre var jeg uten legesekretær, helsesøster eller jordmor. Jeg hadde heller ikke kone eller barn som også bidrar til legens kompetanse. Den omsorgen helsetjenesten, altså jeg, ga de gravide og fødende var slett. Heldigvis har mye blitt bedre

siden den tid. Jeg registrerer at det likevel ropes høyt om hvor ille omsorgen er på dette området. Fra mitt perspektiv fortjener imidlertid helsetjeneste for ulovlige innvandrere mer oppmerksomhet enn helsetjenesten for de gravide. Kanskje kvinnehelseutvalget burde ha hatt med en ulovlig innvandrer i stedet for en same? Min grunnleggende hypotese er at norske kvinner – og menn – ville få det bedre ved å realitetsorientere seg om den helse og helsetjenesten vi faktisk har i Norge. Jeg tviler på at kvinner er tjent med at myter gjør dem til martyrer.

REFERANSER

- <https://www.vg.no/nyheter/innenriks/i/15WnKl/mener-kvinnehelse-er-den-store-taperen-blir-systematisk-diskriminertref>.
- <https://www.dagensmedisin.no/debatt-og-kronikk/sykehusfinansieringen-gjor-barsel-ulonnsomt-og-usynlig/510467>.
- <https://www.dagensmedisin.no/bor-barselomsorgen-prioriteres-opp/531387>.
- <https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/endring-i-fodepopulasjon-og-konsekvenser-for-bemannings-og-finansieringssystem/Rapportprosent20omprosent20fprosentC3prosentB8depopulasjonen.pdf/attachment/inline/3435df20-ea13-4d9f-99ed-f711d6ffbef0:51f3f1f4a94cd0893d94f09f3c7663d150ae61b0/Rapportprosent20omprosent20fprosentC3prosentB8depopulasjonen.pdf>.
- Jonas M. Kinge et al. BMC Medicine 21, 201 (2023), Disease-specific helath spending by age, sex and type of care in Norway: A national health registry study.
- <https://www.dn.no/innlegg/helse/okonomi/kvinnehelse/myter-om-finansiering-av-kvinnens-helsetjenester/2-1-1428376>.
- <https://www.dn.no/innlegg/likestilling/kvinnehelse/sykehus/feil-om-finansiering-av-kvinnehelse/2-1-1455025>.
- referanse: doi: 10.1136/bmj.302.6779.749.

■ I.S.KRISTIANSEN@MEDISIN.UIO.NO

Menns liv og helse ved tap og livforandring

■ KARI KALDESTAD • Førsteamanuensis, Det helsevitenskapelige fakultet, universitetet i Stavanger

■ CAMILLA KOSKINEN • Professor, Det helsevitenskapelige fakultet, universitetet i Stavanger

I studien Et liv verdt å leve, er utgangspunktet et helhetlig syn på mennesket og et flerdimensjonalt syn på helse. Studien berører hvordan menn opplever tap ved store livsforandringer og hvordan disse påvirker liv og helse. Den handler også om hvordan menn håndterer livet på vei mot å gjenvinne helse og gleden ved å leve. Målet med studien er å bli bedre i stand til å forstå hvilke behov mannen har i møte med helsevesenet.

Ifølge WHO (1), om Menns helse og velvære, har europeiske menn stadig bedre helse og de lever lenger. Imidlertid dør menn fortsatt for tidlig, og årsaken er ofte risikoadferd og underforbruk av helsetjenester. Menns helseutfordringer er arbeidsrelaterte ulykker, skader, langvarig arbeidsledighet, depresjon, rus, overvekt, økt risiko for hjertesykdom og selvmord. En av årsakene til underforbruk av helsetjenester er ifølge Love et al. (2) at mannen har en forventning om at han skal være sterk, og at å søke hjelp ville være å innrømme svakhet. En annen årsak er engstelse for å bli avhengige og til byrde for andre.

Teoretisk er denne forskningen basert på antakelsen om at livsendringer og lidelse hører livet til og at å fornekte lidelse er å fornekte livets realitet. Samtidig som livsendringer, tap og lidelse hører til det å leve, er det sammenvevd med søken etter mening og bevegelse mot helse. Det enkelte menneske strever mot en helse som realiserer det enkelte menneskes potensiale eller helseressurser. Helsens kraft, vitaliteten, fremmes når en ønsker og tør å velge sin egen vei til helse, og hemmes når man lar ytre faktorene styre sitt liv. Et flerdimensjonalt syn på helse, innebærer at helse ikke er statisk, men en bevegelse mellom å leve og ikke å leve, mellom ønsker, behov og problemer. Helse gir livskraft, glede og lyst, og er knyttet til menneskelig bevissthet, styrke og frihet. Når mennesket bruker sin frihet, frigjøres dets potensiale, det opplever noe verdifullt og finner mening. Helse har ikke mening i seg selv, men mangler livet mening, påvirkes menneskets helse. Derfor trenger vi et utvidet hel-

sebegrep som rommer hele livet, som livet selv (3, 4).

Det kan være ulike årsaker til livsforandringer. Vi har valgt å sette vårt vitenskapelig søkelys på tap grunnet i sykdom, skilsmisse/samlivsbrudd og arbeidsledighet. Gjennomgang av forskning om menns erfaringer av tap etter en livsforandring, viser at det er mye oppmerksomhet på fysiske, sosiale og psykiske helsebarrierer. Sykdom og behandling innebærer ofte tap av kroppsfunksjoner, endret kroppsbilde, angst og psykiske lidelser. Nakash et al. (5) beskriver i sin studie at menn som er rammet av kreft får en følelse av meningsløshet, svekket selvfølelse og verdi som menneske. Det kommer til uttrykk i usikkerhet i parforhold, i synet på fremtidsutsikter, at en ikke lenger klarer å nyte de tingene en pleide å glede seg over, misnøye med det man har oppnådd i livet og manglende evne til å møte sin egen dødelighet. Menn føler seg ofte alene med sin sykdom og har utfordringer med å bygge sin identitet og tilpasse seg dagliglivet etter diagnose og behandling.

Tap og usikkerhet

Arbeidsledighet har også negativ effekt på helsen, spesielt hvis ledigheten varer over tid. Arbeidsledighet er sterkt knyttet til dårligere helserelatert livskvalitet og økning i problemer med angst og depresjon. Statistisk er arbeidsledige også mer utsatt for fysiske sykdommer som f.eks. kardiovaskulær sykdom, hypertensjon, hyperkolesterolemi, diabetes og fedme. Det er høyere andel røykere blant arbeidsledige og høy forekomst av daglig alkoholforbruk (6, 7). Det kan se ut

som at det å bo med sin kjære, gir en mental og fysisk beskyttelse. Samboerskap beskytter mot hjerte- og karsykdommer, kreft og dødelighet, mens samlivsbrudd er forbundet med økt risiko for dårlige helsevaner, svekket fysisk helse, psykiske lidelser og dødelighet. Samlivsbrudd fører også til nedsatt selvfølelse, kontroll og autonomi med fare for å miste sitt nettverk og støtte, bli isolert og ensom, men også økt alkoholmisbruk og økt dødelighet (8, 9).

For å få en utvidet forståelse for menns erfaringer med tap i forbindelse med livsforandringer, ble det gjennomført 15 individuelle dybdeintervjuer (10) som ble analysert ved tematisk analyse (11). Resultatet av studiene (12, 13) viser at tap handler om å miste sammenheng og tilhørighet, miste kontroll og miste seg selv. Å miste sammenheng og tilhørighet kan handle om at familie, venner og nettverk forsvinner, samt at arbeid og økonomi får dårligere kår. Den endrede livssituasjonen betyr ofte å bli utelatt fra fellesskapet, å ikke føle at man hører hjemme noe sted. Menns erfaring viser at storsamfunnet ofte viser liten interesse for dem som har gjennomgått tap, og mange føler seg maktesløse og alene med sine traumer og frustrasjon. Tap kan føre til at menn føler at de er kastet ut i noe ukjent. Det fører til usikkerhet og pessimisme med tanke på fremtiden, man mister grepet om livet og det er utfordrende å opprettholde balanse.

Å miste seg selv handler om å få et endret syn på seg selv og sin yteevne. Mennene erfarte at de gikk fra å ha kraft, pågangsmot og stor arbeidskapasitet, til å miste drivkraft og føle seg tom for krefter. Mennene i studien fortalte at de følte seg ubrukelige, de hadde



ILLUSTRASJONSFOTO: COLOURBOX

lite å stille opp med, var prisgitt andre og følte på sorg over å ha mistet seg selv og var engstelig for å ikke være god nok. Frykten framkalte følelser av skyld, skam og ydmykelse, noe som førte til et ønske om å gjemme seg og trekke seg tilbake, med fare for ensomhet og isolasjon. Informantene følte de mistet sin indre drivkraft, sin styrke, framtidstroen ble knust og livsgnisten gikk tapt. Livsforandring og tap opplevdes da som en håpløs kamp preget av maktesløshet. Noen av informantene fortalte at avmakten var tung å bære, og den kunne føre til en overveldende tretthet. Selvdestrutive og vonde tanker kunne oppstå i øyeblikk der det var vanskelig å finne håp. Fremtiden fortonet seg mørk, og det kunne være vanskelig å finne glede.

Veien til å gjenfinne mening i livet

Menn opprettholder og gjenoppretter sin helse på ulike måter. Resultatet av studiene viser at helse fremmes av å høre til i et fellesskap, å engasjere seg, være til nytte for andre eller for samfunnet. Det hverdagslige med faste rutiner og arbeid, men også det å ha et holdepunkt i livet, er viktige faktorer for å fremme helse. Det å ta del i det alminnelige livet som «alle» lever, ga en verdi som samfunnsborger. Det er også helsebringende og gir livet mening å ha det godt med de små tingene som å lage et måltid, gå i fjellet eller være på fisketurer. Mennene beskrev det som helende og helsefremmende å trekke seg tilbake ved å være for seg selv i perioder. I disse periodene fikk de ristet av seg skammen og idealbildet av mannlig styrke. Det ble skapt rom for å erkjenne tapet, kjenne på sårbarhet, få kontroll og å orientere seg på nytt. Disse stundene fikk mennene til å tenke igjennom om tapet kunne åpne opp for nye muligheter om hva som er viktigst i eget liv for så å finne ny styrke. Flere av informantene trekker frem at menn generelt er dårlige til å snakke om følelser og til å oppsø-

ke hjelp hvis de har det vanskelig. Samtidig ble det av mennene nevnt forskjellige private og offentlige hjelpetilbud og viktigheten av å føle seg forstått og trodd, noe som ga en følelse av lettelse og takknemlighet.

Det å jobbe seg gjennom det vanskelige, å stå opp for seg selv og finne hva som har betydning i eget liv, tar tid. Ved at livet gradvis blir lysere, vil det som er bærende gi styrke til å ta styring over dagene og få bedre kontroll over livet. Et lysere sinn, drømmer og framtidstro har betydning for helse. Lyset viser seg ved nye muligheter, ved takknemlighet for det en har, og ved det en nå kan se frem mot. For mange er det en drøm å fortsatt få oppleve noe godt og noe interessant. Når mennene trekker seg litt tilbake, kunne de se at de er blitt en bedre utgave av seg selv.

Ut fra et helhetlig syn på mennesket og et flerdimensjonalt syn på helse kan det i forbindelse med tap og livsforandringer oppstå fysiske, psykiske og sosiale utfordringer som må tas alvor i behandlingen. Hensikten med medisinske diagnoser er et forsøk på å systematisere symptomer og funksjonsfall, for derved å kunne gi adekvat behandling. Men en kan av og til stille spørsmål om helsevesenets krav til å få stilt diagnoser i noen tilfeller kan stå i veien for å se pasienten og hva han strever med (14). Med et helhetlig syn på mennesket, har en med seg inn i møtet med pasienten en åpenhet og bevissthet om at en kan ha blinde flekker som hindrer en fra å se, noe som igjen kan forsinke eller forhindre pasientens tilheling. Det er viktig at helsepersonell identifiserer og forstår hva tap og livsforandring betyr for menn for å kunne stille relevante spørsmål, kunne lytte til og bekrefte menns unike historier om hva som står på spill, la menn få sette ord på sin fortvilelse, følelse av å ha mistet kontrollen, av å føle seg ubrukkelig, tynget av skyld og skam. Mange av våre menn har behov for støtte i sin søken etter ny mening, hjelpe til å finne den og å få tilbake troen på at de er nyttige og verdige mennesker.

ETT LIV VERDT Å LEVE – MENNS LIV OG HELSE

Prosjektet har som mål å utvide forståelse av hvordan opplevelse av tap og store livsforandringer påvirker menns liv og helse, og hvordan menn håndterer livssituasjonen for å gjenvinne helse. Prosjektet (2020–2023) er innenfor Programområde for livsfenomener og omsorg, Avdeling for omsorg og etikk ved Universitetet i Stavanger. Prosjektledere er førsteamanuensis Kari Kaldestad og professor Camilla Ann-Louise Koskinen. Forskning har foregått i samarbeid mellom Gry Ciekals Wallgren og Brit Marit Haga Universitetet i Stavanger, Kari Marie Thorkildsen HVL Stord, Linda Nyholm Universitetet Åbo Akademi i Finland.

REFERANSER

1. World Health Organization, Europe. The health and well-being of men in the WHO European Region: better health through a gender approach. 2018. Hentet 4 August 2022. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/329686>.
2. Love B, Thompson C.M., Knapp J. The Need to Be Superman: The Psychosocial Support Challenges of Young Men Affected by Cancer. *Oncology Nursing Forum*. 2014; 41(1): 21–7.
3. Eriksson K. *Vårdvetenskap. Vetenskapen om vårlandet. Om det tidlösa i tiden*. Stockholm: Liber; 2018.
4. Bergbom I., Näden D., Nyström L. Katie Eriksson's caring theories. Part 1. The caritative caring theory, the multidimensional health theory and the theory of human suffering. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*. 2022; 36: 782–90.
5. Nakash O, Liphshitz I, Keinan-Boker L., Levav I. The effect of cancer on suicide among elderly Holocaust survivors. *Suicide and Life-Threatening Behavior*. 2013; 43(3): 290–5.
6. Acevedo P, Mora-Urda A.I., Montero P. Social inequalities in health: duration of unemployment unevenly effects on the health of men and women. *European Journal of Public Health*. 2019; 30(2): 305–10.
7. Hult M., Pietilä A-M., Koponen P., Saaranen T. Association between good work ability and health behaviours among unemployed: A cross-sectional survey. *Applied Nursing Research*. 2018; 43: 86–92.
8. Leopold T. Gender Differences in the Consequences of Divorce: A Study of Multiple Outcomes. *Demography*. 2018; 55: 769–97.
9. Zulkarnain A., Korenman S. Divorce and health in middle and older ages. *Review of Economics of the Household*. 2019; 17: 1081–106.
10. Kvale S., Brinkmann S. *Det kvalitative forskningsintervju* (3.utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk; 2018.
11. Braun V., Clarke V. *Thematic Analysis. A practical Guide*. London: Sage Publications Ltd; 2022.
12. Kaldestad K., Nyholm L., Thorkildsen K.M., Haga B.M., Wallgren C.G., Koskinen C. A Caring Science study about loss and health after life changes. *International Journal for Human Caring*. 2023. <https://doi.org/10.20467/IJHC.2022-0040>.
13. Koskinen C., Nyholm L., Thorkildsen K.M., Haga B.M., Wallgren C.G., Kaldestad K. Health as a movement between suffering of life and meaning in life for men who have experienced transitions in life. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*. 2023. <https://doi.org/10.1111/scs.13156>.
14. Kirkengen A.L., Thornquist E. Når diagnoser gjør blind. *Tidsskrift for Den norske legeforening*. 2013; 133(14): 466–8.

■ KARI.KALDESTAD@UIS.NO

Utposten publiserer artikkelserien under denne fellesbetegnelsen. Vi ønsker å sette søkelys på felter av allmennmedisinen som kan virke vanskelige, uklare og diffuse, og som man kanskje ikke lærte så mye om på doktorskolen, men som vi stadig konfronteres med i vår arbeidshverdag. Redaksjonen ønsker også innspill fra leserne.

Menn og selvmord

■ FREDRIK A. WALBY | MARTIN Ø. MYHRE • Nasjonalt kartleggingssystem for selvmord i psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert behandling, Nasjonalt senter for selvmordsforskning og -forebygging, Institutt for klinisk medisin, Universitetet i Oslo

Menn har høyere selvmordsrater enn kvinner. Dette gjelder i hele den vestlige verden og både i kliniske utvalg og den generelle populasjonen. Hvordan kan dette forklares, og hva kan gjøres for å forebygge?

Selvmord er et viktig folkehelseproblem som over lang tid har rammet menn i større grad enn kvinner. Hensikten med denne artikkelen er å beskrive forskjeller mellom menn og kvinner når det gjelder selvmordsrater, karakteristika og helsetjenestebruk. Vi vil kort drøfte noen mulige forklaringer og peke på noen mulige forbedringsområder.

Ifølge statistikkbanken til Dødsårsaksregisteret er selvmordsraten hos norske menn 16,3 per 100 000 innbyggere i 2022, sammenlignet med 6,5 per 100 000 innbyggere hos kvinner. Denne raten plasserer Norge omtrent på gjennomsnittet for selvmordsrater globalt, og litt over gjennomsnittet for Europa med utgangspunkt i WHO's statistikk. Med tanke på de universelle velferdsordningene og et offentlig tilgjengelig helsevesen kan man likevel undre seg over at selvmordsratene i Norge ikke er lavere. Når det er sagt, har det vist seg notorisk vanskelig å påvirke selvmordsratene, og selv ikke en global pandemi påvirket selvmordsratene i betydelig grad, hverken i Norge eller i verden (1, 2).

De siste fem årene tilsvarer de nevnte selvmordsratene omkring 450 dødsfall hvert år hos menn og 180 dødsfall hos kvinner. Denne forskjellen mellom menn og kvinner er et relativt konsistent funn verden over med noen få unntak i sør-asiatiske land. Årsakene til denne forskjellen i

selvmordsdødelighet mellom menn og kvinner er per dags dato ikke fullt forstått. Hos menn i Norge er selvmord den tredje viktigste årsaken til tapte leveår etter iskemisk hjertesykdom og lungekreft (3). En viktig årsak til at selvmord er rangert så høyt som kilde til tapte leveår, selv om det er en sjelden hendelse i befolkningen, er at menn som dør i selvmord er betydelig yngre enn ved de andre vanlige dødsårsakene.

Vi ser at det stadig vekker hevdes at selvmordsratene i Norge øker. Selvmordsratene i Norge økte frem til slutten av 80-tallet, før de sank til midten av 90-tallet (4). Siden har selvmordsratene holdt seg relativt stabile. Den største metodespesifikke reduksjonen i denne perioden var for selvmord ved skyting hos menn, sannsynligvis siden strengere våpenkontroll ble innført nasjonalt i samme periode. Det finnes dermed liten grunn til å si at selvmordsraten i Norge øker, selv om trender i mer avgrensede tidsperioder finnes.

Kjønnsforskjeller

Årsakene til selvmord er komplekse og sammensatte. Det gjelder også for selvmord hos menn. Derfor vil ingen enkel forklaring sannsynligvis eksistere. På mange måter har hver person som tar sitt liv, sine grunner. Hos noen kan det være en prosess som har pågått i lang tid, men hos andre kan det være kortvarig og impulsivt.

En viktig forskjell mellom menn og kvinner er hva slags selvmordsmetode som benyttes i forsøket. Det er stor forskjell i dødeligheten til selvmordsmetoder, og dødsratene varierer fra omtrent 75 prosent ved skyting og henging til omtrent 5 prosent ved forgiftninger og omtrent 2 prosent ved kutting (5). Generelt sett bruker menn de mer dødelige selvmordsmetodene, som henging og skyting, sammenlignet

med kvinner, der den klart vanligste metoden er forgiftninger.

En av de viktigste risikofaktorene for selvmord er tidligere villet egenskade. Der selvmordsrisikoen er høyere hos menn enn kvinner, er sammenhengen motsatt når det gjelder villet egenskade. Villet egenskade er mer vanlig hos kvinner enn menn. Dette representerer også en utfordring, siden menn sjeldnere vil fremvise tidligere suicidal atferd som vil kunne være en ganske klar indikasjon på alvorlighetsgrad og behandlingsbehov. Over halvparten dør i sitt første selvmordsforsøk, og flere menn enn kvinner dør ved første forsøk (6).

Sosioøkonomisk bakgrunn spiller en viktig rolle, og generelt sett er selvmordsrisikoen forhøyet hos personer med lav sosioøkonomisk status. Hos pasienter med psykiske lidelser derimot finner man økt selvmordsrisiko knyttet til inntekt, arbeidssituasjon eller samlivsstatus, som henger sammen med tap av relative endringer eller tap av disse faktorene (7). Dette illustrerer at risikoen er knyttet til relative tap, som også er en viktig faktor. Slike tap kan også knyttes til stigma eller skam som også kan være medvirkende faktorer. Ofte vil også slike hendelser oppleves som livskriser som kan medføre et mestringstap eller krav til å mestre en ny situasjon som vil være ulike fra person til person hvor godt håndteres.

En annen viktig forskjell mellom menn og kvinner er relatert til helsetjenestebruk. Generelt er det en høyere andel kvinner enn menn som er i kontakt med ulike typer helsetjenester. Dette er uttalt når det gjelder selvmord, der menn i mindre grad benytter ulike alternative tjenester i tiden før selvmord. I underkant av 40 prosent av menn hadde kontakt med psykisk helsevern i løpet av året før de døde, sammenlig-



ILLUSTRASJONS FOTO: COLOURBOX

net med 60 prosent hos kvinner (8). Den samme trenden finner man for kontakt med fastlege av psykiske årsaker, der omtrent 50 prosent av menn og omtrent 65 prosent av kvinner hadde kontakt året før de døde (9). Andelen i kontakt med fastlege uavhengig av kontaktårsak var naturlig nok noe høyere, hhv. 64 prosent menn og 80 prosent blant kvinner. Hjelpetelefoner nevnes ofte som et tiltak for å forebygge selvmord, for eksempel i form av tilbudene til Mental Helse og Kirkens SOS. Der er forskjellene enda mer markante, der betydelig flere kvinner enn menn kontakter disse tjenestene, både på telefon og på chat. Tverrfaglig spesialisert rusbehandling er den eneste helsetjenesten der flere menn enn kvinner er i behandling eller har hatt kontakt året før de dør (10). Det er altså en lavere andel menn enn kvinner som er i kontakt med de fleste helsetjenester eller hjelpetilbud der selvmord kunne vært forebygget. Forskjellene i helsetjenestebruk gjenspeiler som nevnt generelle tendenser for behandling i primær og spesialisthelsetjenesten, men implikasjonene oppleves som ekstra sterke, siden vi her snakker om en svært alvorlig hendelse. Å øke menns bruk av helsetjenester vil kunne ha en ut-

jevnnende effekt, men per i dag mangler vi kunnskapen om hvordan vi kan øke slik hjelpesøkeratferd hos menn.

Rus og selvmord

Depresjon og rusmiddelbrukslidelser er blant de vanligste psykiske lidelsene og henger begge sammen med selvmordsrisiko. Det ligger også kjønnsforskjeller til grunn for lidelsene som kan være av relevans i denne sammenheng.

Depresjon er en av de vanligste psykiske lidelsene og er en av de viktigste risikofaktorene for selvmord. Depresjon er en psykisk lidelse som innebærer stor psykisk smerte og kan ofte føre til håpløshetsfølelse, en følelse av å være fanget, og tanker om at utsikten til bedring er lav. Alle disse elementene henger sammen med selvmordsrisiko. Symptomene på depresjon kan være vanskelige å gjenkjenne av pasienter eller pårørende, både fordi de påvirker individet bredt, og fordi de kan utvikle seg gradvis over tid, eller hos noen kan komme svært brått, med eller uten en klar utløsende årsak. For å kunne gjenkjenne symptomene og på den bakgrunn søke hjelp, må man ha kunnskap om hva symptomene er

uttrykk for, hvordan de arter seg og hvor man kan henvende seg. Det er grunn til å tro at slik psykisk helsekunnskap er lavere hos menn enn hos kvinner generelt.

Rusmiddelbruk og rusmiddelbrukslidelser, både av alkohol og illegale stoffer, er også en viktig risikofaktor for selvmord. Som risikofaktor for selvmord, spiller rus en dobbel rolle. Å være beruset øker risikoen for et selvmordsforsøk, mens det å utvikle en rusmiddelbrukslidelse øker risikoen for selvmord på lang sikt. Rusmiddelbrukslidelser er klart vanligere hos menn (11). Alkoholbrukslidelser er i betydelig grad underbehandlet. Derfor er rus en viktig risikofaktor å ta i betraktning når man skal forklare selvmord hos menn. Dessverre er rusmiddelbruk og rusmiddelbrukslidelsers rolle i relasjon til selvmord i dag for lite forstått. Det er behov for å utvikle bedre behandling for å forebygge selvmord hos personer med rusmiddelbrukslidelser. Nye studier har vist en sterk beskyttende effekt av substitusjonsbehandling ved opiatbrukslidelser (12), som ofte har omfattende problemer og mange risikofaktorer, men som likevel utgjør en liten gruppe på samfunnsnivå med begrenset betydning for selvmordsratene i en befolkning. Dessverre mangler vi kunnskap om



ILLUSTRASJONSFOTO: COLOURBOX

det vanligste rusmiddelet, utover effekten av restriksjoner i tilgjengelighet på alkohol, som har vist seg å henge sammen med selvmordsratene.

Et mulig forebyggende tiltak kan være å øke psykisk helsekunnskapen hos menn. Korte psykoedukative programmer har vist seg å være effektive i å forebygge fremtidige selvmordsforsøk hos ungdom (13). Her kan også fastlegen spille en viktig rolle ved å identifisere symptomer på depresjon og bidra med psykoedukasjon. Bredere opplæringsprogrammer rettet mot befolkningen kan også bidra i samme retning, som kunne bidratt til å øke hjelpesøkende atferd hos menn. For å få menn til å ta kontakt med helsetjenestene, må de være utformet på en måte som samsvarer med menns ønsker og behov når de oppsøker hjelp. Gitt den store skjevheten som ligger i at markant flere kvinner enn menn søker hjelp i helsetjenesten for psykiske problemer, er det grunn til å bekymre seg for at vi har utformet tjenester på en måte som best ivaretar kvinners behov.

Fastlegens rolle

Siden selvmord er en sjelden hendelse, må mange personer behandles for å kunne forebygge. Derfor er det viktig at selvmordsforebyggende tiltak er skalerbare og når mange personer som er i risiko for selvmord. Derfor er forebyggingspotensialet størst ved å behandle relativt vanlige psykiske lidelser, slik som depresjon eller alkoholbrukslidelser. Et av tiltakene med best dokumentasjon på selvmordsforebyggende effekt, er opplæring i screening og behandling av depresjon hos fastlege (13). Medikamentell behandling av en underliggende psykisk lidelse er også et skalerbart og effektivt tiltak. Dette gjelder særlig for depresjon der evidensbasert behandling eksisterer, men i mindre grad ved alkoholbrukslidelser der

evidensen er mer uklar og effektive behandlingsmetoder i større grad mangler.

Fastlegen spiller en viktig rolle for selvmordsforebygging gjennom sin rolle som portvokter til helsetjenestene, og som nevnt over, ved å behandle vanlige psykiske lidelser som depresjon og alkoholbrukslidelser. Adekvat behandling, oppfølging og henvisning ved de nevnte tilstandene, men også ved selvmordstanker eller -forsøk eller livskriser er sentralt. Dette understøttes blant annet ved effekten av relativt enkle tiltak for bedre håndtering av pasienter med depresjon hos fastlege som har en betydelig selvmordsforebyggende effekt.

Selvmordsratene hos menn er høyere enn hos kvinner. Her har vi belyst noen faktorer som kan bidra til forskjellen mellom menn og kvinner. Menn benytter oftere selvmordsmetoder med høy dødelighetsrate, og menn dør oftere i sitt første forsøk. I tillegg benytter menn seg mindre av helsetjenester og hjelpetilbud, menn kan ha mindre kunnskap om psykisk helse, menn behandles mindre for depresjon og menn har oftere rusmiddelbruksproblemer der alkoholbrukslidelser er den klart vanligste lidelsen, som i tillegg er underbehandlet og der evidensbaserte tiltak mot suicidal atferd stadig mangler.

Likevel er det god grunn til å tro at forskjellene kan forebygges gjennom kunnskapsutvikling og implementering av eksisterende evidensbaserte tiltak. Selvmord bidrar til en substansielt økt dødelighet hos menn, et forhold som bør få økt oppmerksomhet i både folkehelse- og i et høyrisikoperspektiv.

REFERANSER

1. Walby F.A., Myhre M.Ø., Mehlum L. Suicide among users of mental health and addiction services in the first 10 months of the COVID-19 pandemic: observational study using national registry data. *BJPsych Open*. 2022 Jul; 8(4): e111.
2. Stene-Larsen K., Raknes G., Engdahl B., Qin P., Mehlum L., Strøm M.S., et al. Suicide trends in Norway during the first year of the Covid-19 pan-

demic. *Eur Psychiatry J Assoc Eur Psychiatr*. 2022 Apr 19;1–24.

3. Tollånes M.C., Knudsen A.K., Vollset S.E., Kinge J.M., Skirbekk V., Øverland S. Sykdomsbyrden i Norge i 2016. *Tidsskr Nor Laegeforen*. 2018; 138.
4. Puzo Q., Qin P., Mehlum L. Long-term trends of suicide by choice of method in Norway: a joint-point regression analysis of data from 1969 to 2012. *BMC Public Health*. 2016; 16: 255.
5. Cai Z., Junus A., Chang Q., Yip P.S.F. The lethality of suicide methods: A systematic review and meta-analysis. *J Affect Disord [Internet]*. 2021 Dec 23 [cited 2021 Dec 28]; Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0165032721013732>.
6. Isometsä E.T., Lönnqvist J.K. Suicide attempts preceding completed suicide. *Br J Psychiatry J Ment Sci*. 1998 Dec; 173: 531–5.
7. Agerbo E. High income, employment, postgraduate education, and marriage: a suicidal cocktail among psychiatric patients. *Arch Gen Psychiatry*. 2007; 64(12): 1377–84.
8. Walby F.A., Astrup H., Giil E., Myhre M.Ø. Nasjonalt kartleggingssystem for selvmord i psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling. Årsrapport 2019–2020 – Selvmord under døgnopphold. [Internet]. Nasjonalt kartleggingssystem for selvmord i psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling, Nasjonalt senter for selvmordsforskning og -forebygging, Universitetet i Oslo; 2023. Available from: www.uio.no/kartleggingssystemet
9. Hauge L.J., Stene-Larsen K., Grimholt T.K., Øien-Ødegaard C., Reneflot A. Use of primary health care services prior to suicide in the Norwegian population 2006–2015. *BMC Health Serv Res*. 2018 Aug 8; 18(1): 619.
10. Walby F.A., Myhre M.Ø., Kildahl A.T. Selvmord under og etter kontakt med tverrfaglig spesialisert rusbehandling 2009 til 2017 – en nasjonal registerstudie [Internet]. Nasjonalt kartleggingssystem for selvmord i psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling; 2020. Available from: www.uio.no/kartleggingssystemet.
11. Kringlen E., Torgersen S., Cramer V. A Norwegian Psychiatric Epidemiological Study. *Am J Psychiatry*. 2001 Jul; 158(7): 1091–8.
12. Watts B.V., Gottlieb D.J., Riblet N.B., Gui J., Shiner B. Association of Medication Treatment for Opioid Use Disorder With Suicide Mortality. *Am J Psychiatry*. 2022 Apr; 179(4): 298–304.
13. Mann J.J., Michel C.A., Auerbach R.P. Improving Suicide Prevention Through Evidence-Based Strategies: A Systematic Review. *Am J Psychiatry*. 2021 Feb 18; appi.ajp.2020.20060864.

■ F.A.WALBY@MEDISIN.UIO.NO

'Kona har sendt meg'

Tanker om den aldrende mannens somatiske helse og legesøkningsadferd

■ BJØRN GJELSVIK • Ph.d., spesialist i allmennmedisin, fastlege, førsteamanuensis ved Avdeling for allmennmedisin, Institutt for helse og samfunn, Universitetet i Oslo

Mannsrollen – hva menn tenker om seg selv og hvordan de ter seg i verden – har vært i stor endring de siste to–tre generasjonene.

Hva jeg – som vokste opp på 50- og 60-tallet og hadde en far som ble bråvoksen under den tyske okkupasjonen – tenkte da og tenker nå om min rolle som mann er antakelig ganske annerledes enn hva unge menn tenker i dag. Vi bærer med oss historier og kultur om hvordan menn oppfører seg og håndterer livets vanskeligheter.

I boka *Iron John* (1) skrev Robert Bly: «...we can say that though the savage man is wounded he prefers not to examine it.» Er det en rest av denne primitive mannen i oss? Dyr gjemmer seg når de blir syke eller gamle og skal dø. Slik var det kanskje også med den primitive mannen.

Rapper og forfatter Aslak Hartberg er en ung mann i vår tid. Han skriver om sine egne opplevelser av angst i *Morgenbladet* (2), under tittelen «Arme riddere»:

«Vi omskriver og tolker virkeligheten slik at den underbygger og rasjonaliserer vår egen personlighet og handlemåte ...»

Han siterer Vigdis Hjort:

«Far var redd. Den er meget redd som ikke tør skjelve og far turte ikke skjelve, eller vise et eneste tegn til svakhet som han trodde et eneste kompliment til Bård ville være uttrykk for. Fars regime var holdt oppe av frykt. Viste far et eneste tegn på svakhet, kunne det falle, fryktet far.»

Hartberg skriver: Om en av steinalder-forfedrene våre ble utestengt fra flokken, var sjansene for å overleve små. «Det handler om liv eller død!» roper reptilhjernen derfor den dag i dag, hver gang vi viser svakhet eller dummer oss ut.

Historien i boksen til høyre er ikke utypisk. Symptomet han hadde – synlig blod i urinen – er et alarmsymptom som i helsevesenet gir rett til pakkeforløp – rask ut-



ILLUSTRASJONSFOTO: SYGA PRODUCTIONS / SCANDINAVIAN STOCKPHOTO

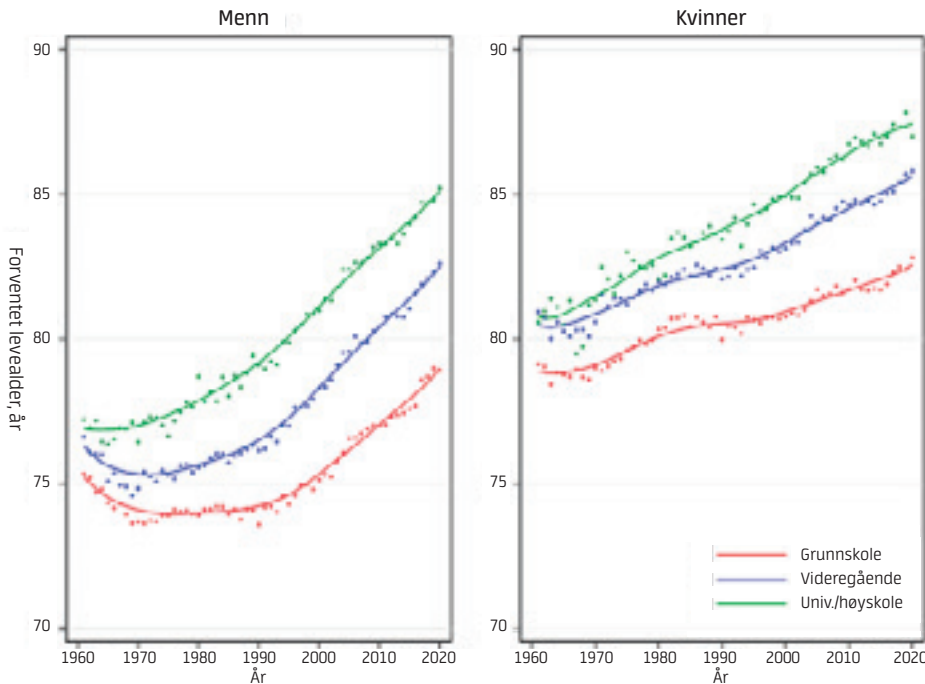
EN PASIENTHISTORIE

Roger er 62 år. Han kommer til time, og starter med å fortelle at det er kona som har mast på at han skal komme for å få en sjekk. Jeg tar en titt i journalen. Jeg skrev et brev til ham for måneder siden og ba ham komme for å følge opp en litt forhøyet PSA-prøve. Han hadde da kommet på grunn av vannlatingsproblemer. Han hadde ikke tatt kontakt etter det, men nå kom han altså – på konas oppfordring. Jeg spurte om han hadde noen plager eller bekymringer, men Roger følte seg frisk og i orden, og virket i grunnen litt brydd over det hele, som om han tok opp unødvendig tid hos en travel fastlege. I løpet av samtalen fortalte han plutselig at han hadde tisset blod forleden. Urinen var rød, men det forsvant i løpet et døgn. Han hadde ikke hatt noen svie eller smerter – det hele hadde gått over ganske fort. Han hadde forresten observert det samme et par ganger tidligere, for flere måneder siden.

redning for å påvise kreft. Da symptomet gikk over av seg selv – tilsynelatende – snudde Roger beroliget ryggen til og fortsatte sine daglige gjøremål. Brevet fra meg hadde han antakelig glemt – eller fortrengt.

Kvinner kommer ofte med en liste over bekymringer de har, men jeg har til gode å høre en kvinne si at det er mannen som har

jagd henne til legen. Men det er vanlig at menn sier akkurat det. En grunn kan være at mange menn kvier seg for å tenke at de feiler noe. Langt fra alle, også menn har helsebekymringer og helseangst, men for mange menn er tanken på sykdom ikke forenlig med et ideal om å være sterk, besluttsom og kompetent, og håndtere livets utfordringer. «Nei, jeg er bare i litt dårlig form.»



FIGUR 1. Forventet levealder etter utdanningsnivå 1960–2020. KILDE: FOLKEHELSEINSTITUTTET

Mange menn er gode på benekting: «Nei, har jeg egentlig dette symptomet? Nå tror jeg det har gått over.» Noen har i tillegg sterk motvilje mot å bli behandlet, ofte skjult under en mistillit til leger og helsevesen. Og det er ikke bare lekfolk som ser det an. «Doctor's delay» er et kjent begrep i medisinen, og henspiller på at leger ofte kommer sent til behandling. Leger vil heller ikke feile noe, og kan underspille betydningen av et alarmsymptom. Argumentet for å snakke ned og undertrykke symptomer er jo at de fleste plager går over av seg selv. Det er ofte riktig, særlig når man er ung og sprek og sjansen for å få alvorlig sykdom er særdeles liten. Da kan det være en adekvat respons på et symptom, som sparer en for mye helsebekymringer. Man kan – og bør ofte – se an et symptom. Det er nettopp det allmennleger ofte gjør. Vi bruker tida som diagnostikum.

Statistikken forteller oss at menn har dårligere helse enn kvinner. De dør tidligere, og har i gjennomsnitt fem færre leveår uten alvorlig sykdom. De har flere alvorlige sykdommer, samtidig er de mindre sykmeldt og bruker leger mindre. Menn forbruker bare ca. 40 prosent av fastlegenes kapasitet, selv om det helt frem til 75 års alderen er flere menn enn kvinner i befolkningen.

Grafen (FIG. 1) viser forventet levealder for menn og kvinner fra 1960 til 2020, fordelt på utdanningsnivå. Utdanningsnivået har vel så stor betydning som kjønn, og menn med lav utdanning kommer dårligst ut og har gjort det hele tiden. Men grafen viser

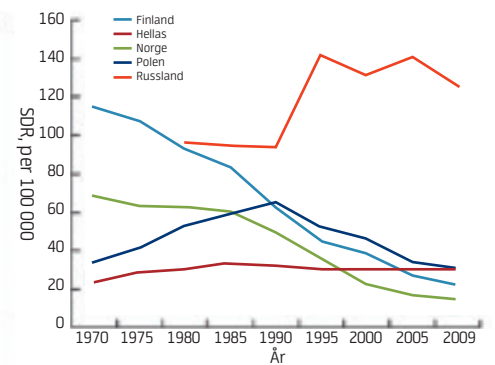
også at både kvinner og menn har fått flere leveår, og i omtrent samme grad gjennom hele denne 60 års perioden.

Hvilke diagnoser er hyppigst hos fastlegene for kvinner og menn?

Tabell 1 viser de 25 viktigste diagnosene registret hos fastlege i 2022, summert i sykdomsgrupper. Oversikten må tas med forbehold, ettersom mange kontakter ikke er med. For menn i alder 67–79 år er hjerte- og karsykdom den hyppigste kontaktårsaken. Høyt blodtrykk er den viktigste diagnosen i denne sykdomsgruppa, deretter kommer atrieflimmer. Blant kvinnene er også dette den hyppigste diagnosegruppa. Deretter følger for mennene diabetes og lidelser i prostata og urinveiene, og for kvinner cystitt/

TABELL 1. Menn og kvinner 67–79 år. Antall kontakter hos fastlege 2022. Sykdomsgrupper summert blant 25 hyppigste diagnoser. TALL FRA KOMMUNALT PASIENT- OG BRUKERREGISTER. KILDE: HELSEDIREKTORATET

SYKDOMSGRUPPE	MENN	KVINNER
Hjerte- og karsykdom	447 164	326 274
Diabetes 2	186 268	129 938
Prostata/urinveier inkl. prostatakraft (menn) / UVI (kvinner)	137 083	72 000
Muskel/skjelett (inkl. artrose)	84 092	223 651
KOLS	55 582	65 000
Søvnforstyrrelse	49 948	82 000
Ernæringsforstyrrelse/vitaminmangel	25 829	32 178
Demens	20 343	28 351
Depresjon	19 060	42 875
Parkinsonisme (hos menn) / Osteoporose (hos kvinner)	19 043	50 538



FIGUR 2. Forebygging og behandling av hjerte- og karsykdom i ulike land 1970–2009.

UVI og spesielt er muskel/skjelettsykdommer en svært hyppig kontaktårsak hos kvinner i denne aldersgruppa – artrosene dominerer. Menn søker sjeldnere lege for dette. Viktige somatiske sykdommer som demens og parkinsonisme har kommet inn på lista for menn.

Hjerte- og karsykdommer, kreft og ulykker/selv mord er de tre dominerende årsakene til for tidlig død i Norge. I alle tre sykdomsgrupper er mannen overrepresentert, og dette gjenspeiler seg i min daglige praksis som fastlege. Særlig når det gjelder hjerte- og karsykdom er menns oversykelighet betydelig. Forskjellen har blitt mindre med årene, men fortsatt er det slik at menn i gjennomsnitt får koronar (hjerte)sykdom 10–15 år tidligere enn kvinner. Det har – med rette – vært satt søkelys på at kvinner kan ha mer sparsomme eller atypiske symptomer på akutt hjerteinfarkt. Men også menn kan ha få symptomer, og deres manglende legesøking resulterer ofte i forsinket diagnose og behandling. Bortimot 25 prosent av menns infarkter er «stumme», dvs. de har forløpt uten symptomer og oppdages ved at det blir tatt et EKG. Risikoen for tidlig død er like

høy ved symptomatiske som asymptomatiske hjerteinfarkt. Akutt brå død rammer et ikke ubetydelig antall menn fra 50 årsalderen og oppover. Mannen faller plutselig overende i skiløypa eller hjemme i dusjen. Årsaken er ofte et akutt, stort infarkt forårsaket av en fram til da symptomfri kolesterolavleiring i venstre koronararterie. «The widowmaker» har amerikanerne kalt dette.

Det har skjedd en betydelig forbedring på forebygging og behandling av hjerte- og karsykdom i løpet av de siste 30–40 årene (FIG. 2). Reduksjonen er særlig stor i Nord-Europa, og skyldes først og fremst at antallet dagligrøykere har gått betydelig ned, samtidig som andre risikofaktorer som blodtrykk og kolesterolnivå i befolkningen har blitt redusert. Dette har særlig kommet menn til gode. Behandlingen og akuttkjeden som er utviklet redder også mange liv. Oppfølging og sekundærforebygging, behandling som tar sikte på å forhindre et nytt infarkt eller slag, er imidlertid fortsatt ikke god nok. Noe av årsaken er menns helseadferd og benekting, som bidrar til at de unnlater å ta medisiner, tar for små doser eller unndrar seg oppfølging på annen måte. Av og til er det et personlig valg, men også den kulturelle mansrollen kan spille en rolle.

Sykdom i prostata og urinveier

Mannens særegne somatiske helseproblemer knytter seg til kjønnsorganene: testiklene, penis og prostatakjertelen. Sykdom i prostata er den aldrende mannens sykdomsvøpe. Nesten alle menn må opp om natta, minst en gang, etter fylte 70 år. Det er en normaltilstand, og for de fleste er det ikke så mye til besvær. Medikamenter kan redusere aldersplager som treg vannlating, hyppig urinering og turer opp om natta. Et viktig problem er overdiagnostikk og overbehandling. Prostatakraft rammer svært mange, men en stor andel har mild sykdom som vokser langsomt og sprer seg sent, eller kanskje aldri. De fleste dør med sykdommen, ikke av den. En nylig publisert britisk klinisk kontrollert studie fulgte 1643 menn med asymptomatisk PSA-detektert prostatakraft i 15 år, der en tredjedel ble randomisert til kirurgi, en tredjedel til stråling, og en tredjedel til aktiv overvåkning, dvs. ingen behandling før det kom tegn til vekst (3). Dødeligheten av prostatakraft var ca. 2,5 prosent og lik i alle tre grupper. Det var noe høyere andel som fikk spredning i den gruppa som ikke fikk behandling, til gjengjeld slapp de bivirkninger av behandling. Total dødelighet i dette materialet var 21,7 prosent, og var lik i alle tre grupper.



Menn har også særegne somatiske helseproblemer. ILLUSTRASJONSFOTO: COLOURBOX

Med andre ord: Ukritisk PSA-testing fører til mye overdiagnostikk og overbehandling, og reduserer ikke dødelighet av prostatakraft. Undersøkelsen viste derimot også at det trengs mer forskning for å identifisere de som har høyere risiko for å dø av sykdommen, og dermed mest å tjene på behandling. Men også for å identifisere bedre de som ikke trenger behandling og som kan spares for inngrep og skader.

Muskel og skjelett

Langt flere kvinner enn menn får benskjørhet, og i praksis er det nesten bare kvinner som får forebyggende behandling mot brudd. En kvinne på 50 år har 50 prosent risiko for å få et osteoporotisk brudd i sin gjenværende levetid. Men tilsvarende risiko for menn er også høy, én av fire menn vil få et slikt brudd. Hos menn er osteoporosen oftere sekundær – dvs. den skyldes en underliggende sykdom, f.eks. kreft. Her er menn litt i «behandlingsskyggen» av kvinnene. Det er lett å overse at menn kan ha en alvorlig, behandlingstrengende osteoporose. Brudd – enten det er i lårhals, i ryggen eller i armen, er smertefulle og kan nedsette livskvaliteten i betydelig grad. Når eldre menn får ryggsmarter, bør veien være kort for billediagnostisk avklaring for osteoporotiske sammenpressingsbrudd i ryggen og vurdering av behandling.

Allmennmedisinen legger stor vekt på en bio-psyko-sosial forståelse for sykdom og helse. Men det er ofte en klisje, dessverre. Vi kan beskrive hvordan kjønn har betydning for somatisk sykdom, og også for den psykiske helsen, men vi er dårligere til

å beskrive de sosiale betingelsene og dens betydning for helse og sykdom. Sosiale betingelser står ikke i diagnoselistene og er ikke sentrale i epikriser og henvisninger. En stor andel av befolkningen lever i enesholdninger, de har ingen eller få nærpå personer i det daglige. Det er en overdødelighet av ensomhet hos begge kjønn, men mannen er særlig utsatt. Kanskje fordi enslige menn i større grad enn enslige kvinner har dårlig/ensidig kosthold, røyker, har alkoholmisbruk eller andre belastninger, og blir mer sårbare for at ingen passer på dem. Kanskje vi i samfunnsplanleggingen må legge enda større vekt på å skape gode sosiale arenaer som inkluderer enslige, eldre menn. «Likemannsgrupper», som AA-gruppene i alkoholomsorgen er et eksempel på, kunne med fordel utvikles til å inkludere andre grupper og kanskje fokusere på behovet for å skape sosiale, fysiske nettverk der menn finner sammen. De kommunale eldresentrene er umåtelig viktige arenaer for helsefremmende arbeid blant eldre. De kan kanskje bli enda flinkere til å nå ut til eldre, ensomme menn.

Men kanskje vi også trenger en mer offentlig samtale om menns legesøkningsadferd, for å bygge ned de skrankene som hindrer menn i å søke hjelp når de trenger det. En utredning om menns helse må starte der.

REFERANSER

1. Robert Bly: Iron John. Da Capo Press 1990.
2. Morgenbladet 30. mars 2023 s. 20–21.
3. Hamdy FC. et al. Fifteen-Year Outcome after Monitoring, Surgery or Radiation for Prostate Cancer. NEJM 2023 DOI: 10.1056/NEJMoa2214122.

■ BJORN.GJELSVIK@MEDISIN.UIO.NO

PASIENT- OG BRUKEROMBUDET: Hvem er vi

■ JANNICKE BRUVIK • Pasient- og brukerombud i Vestland kontor Bergen og nasjonalt koordinerende pasient- og brukerombud

'Fastlegen min forstår ingenting, hva kan jeg gjøre?' Slik starter en typisk fastlegehenvendelse til Pasient- og brukerombudet. Hvem er vi og hva gjør vi når vi får en slik telefon?

Pasient- og brukerombudets tilstedeværelse og ansvarsområde er nedfelt i Pasient- og brukerrettighetslovens kapittel 8. Vi skal arbeide for å ivareta pasientens og brukerens behov, interesser og rettssikkerhet overfor den offentlige spesialisthelsetjenesten, tannhelsetjenesten og helse- og omsorgstjenesten. I tillegg skal vi arbeide for å bedre kvaliteten i disse tjenestene.

Organisatorisk ligger vi under Helsedirektoratet, og vi har kontor i alle fylker. Vi har rett til å få tilgang til de opplysninger som er nødvendige for at vi skal kunne gjøre vår jobb, og vi skal ha fri adgang til alle lokaler til tjenestene nevnt tidligere.

Pasient- og brukerombudet har rett til å uttale sin mening om forhold som hører under vårt arbeidsområde, og til å foreslå konkrete tiltak til forbedringer. Vi har ikke vedtaksmyndighet, og vi behandler ikke klager. Pasient- og brukerombudet skal underrette tilsynsmyndighetene om tilstander som det er påkrevet at følges opp.

Alle kan kontakte oss, og de som kontakter oss kan være anonyme. Våre tjenester er gratis og vi bestemmer selv hvilke saker vi tar opp til behandling.

Hva gjør vi?

Vi gir ofte råd og veiledning om hvordan helsetjenesten er organisert, hva en pasient kan og skal kunne forvente, og vi forklarer hva ulike formuleringer fra lovverk og epikriser betyr. Vi hjelper pasienter og pårørende til å fremskaffe informasjon de trenger, og vi gir råd om hvordan de skal forholde seg for å søke ulike helse- og omsorgstjenester. Vi kan delta i møter sammen med pasient/bruker eller pårørende i saker der samarbeid er vanskelig, eller noe har gått galt. Vi gir informasjon om hvor man henvender seg dersom en pasient, bruker eller pårørende ønsker informasjon eller ønsker å klage. Vi informerer om hva som bør stå i en klage for at den som leser den skal få tilstrekkelig informasjon, og vi kan hjel-

pe til med å skrive en klage dersom klager ikke evner å gjøre dette selv. Vi møter helse-tjenesten, kommuneledelse, sykehusstyrer, brukerråd, kvalitetsutvalg, ledergrupper, sykehjem, institusjoner og avdelinger der vi formidler pasienters erfaringer, og vi samarbeider med tjenesten for å forbedre kvaliteten i arbeidet.

Pasient- og brukerombudet har ca. 60 ansatte ved fjorten kontor. I tillegg leier staten ombudstjenester av Oslo kommune, da Oslo kommune har sitt eget, kommunale pasient- og brukerombud. Til sammen har vi dermed 15 kontor og i overkant av 80 ansatte. De fleste ansatte er jurister eller helsepersonell. I 2022 hadde vi i overkant av 17 300 henvendelser. Drøyt halvparten av henvendelsene hadde sitt opphav i spesialisthelsetjenesten og noe under halvparten i kommunal helse- og omsorgstjeneste. Vi hadde litt under 200 saker fra tannhelsetjenesten, som ble en del av vårt mandat så sent som i 2020.

Nesten 20 prosent av henvendelsene i 2022 omhandlet fastlegetjenesten. Tatt i betraktning at fastlegene i Norge hadde rundt 16 millioner konsultasjoner i 2022, hadde vi svært få henvendelser og klager på fastleger. Vi vet at mange er glade i fastlegen sin, og at de aller fleste er fornøyd med fastlegetjenestene. Vi er også klar over at det blir gjort mye godt arbeid på legekontorene. På tross av dette har vi de senere år fått et økende antall henvendelser angående forhold rundt fastlegene. Hva handler disse sakene om, og hva gjør vi med dem?

Fastlegesaker hos oss

Pasient forteller:

"Fastlegen min har pensjonert seg, og ingen har overtatt. Nå står jeg uten fastlege og får ikke fornyet resepter på medisin for min kroniske sykdom."

Pasienten informeres om at hen har rett til forsvarlig helsehjelp også etter at fastlegen har pensjonert seg. Hen rådes til å kontakte de som er administrativt ansvarlig for helse-tjenesten i kommunen, slik at hen kan få sikret fornyelse av resepter. Hen bes om å kontakte oss igjen dersom dette ikke fører frem.

Pasient forteller:

"Fastlegen har overskredet fristen med flere uker for å sende inn dokumentasjon, så nå mister jeg utbetaling fra NAV"

Pasienten støttes på at en slik situasjon ikke bør forekomme. Hen er svært nedbrutt og har vansker med å håndtere saken sin selv. Vi får signert samtykke fra pasienten, og kontakter fastlegen som forteller at hen hadde glemt både erklæringen som skulle skrives og fristen for innsending. Fastlegen må kontakte NAV og forklare situasjonen for at pasienten skal få utbetaling som berettiget. Dokumentasjon sendes NAV samme dag.

Pasient forteller:

"Fastlegen vil ikke bestille ambulansetransport til konsultasjon. Dere må hjelpe meg."

Pasient- og brukerombudet ber pasienten om fastlegens begrunnelse for å ikke ville bestille ambulansetransport. Det viser seg at fastlegen har oppgitt som grunn at hen ikke kjenner pasienten da denne skal ha sin første konsultasjon. Pasienten har ikke ønsket å oppgi grunn for sitt ønske om ambulansetransport. Journal fra tidligere fastlege er ikke overflyttet, og det er et uttalt ønske fra pasienten om å «begynne på nytt». Vi bekrefter overfor pasienten at fastlegen har rett til å si nei i denne situasjonen. Pasienten kan ikke kreve ambulansetransport uten å samtidig fortelle hvorfor man trenger dette.

og hva gjør vi?

Pasient forteller:

“Jeg er tredjegangs mor og går til svangerskapsoppfølging hos fastlege. I etterkant av rutinekontroller får jeg tilsendt faktura. Jeg har spurt om dette er riktig og sagt jeg ikke har betalt for dette tidligere, men får tilbakemelding om at faktura er gyldig. Er det riktig?”

Pasient- og brukerombudet kjenner til at denne fastlegen også tidligere har krevd betaling for svangerskapskontroll, og etter godkjenning fra pasient kontakter vi legekantoret og ber om tilbakemelding på hvor kravet er hjemlet. Legekantoret erkjenner feil fakturering.

Pasient forteller:

“Mine barns fastlege skal redusere listen sin, og vi er tilfeldigvis trukket ut for å bli overført til ny lege. Min sønn er under utredning, og vi har jobbet mye med at han skal få tillit til fastlegen. Nå må vi begynne helt på nytt.”

Pasient- og brukerombudet lytter til en forvilt forelder. Listereduksjon gjøres ved tilfeldig uttrekk for å sikre at uttrekket er rettferdig, noe som kan oppleves som svært urettferdig for de som blir trukket ut. Det er lite familien kan gjøre for å påvirke resulta-

tet av uttrekket. Forelder gjøres oppmerksom på at det vil være lurt å be om at journal overføres til ny fastlege, slik at utredningen ikke også må starte på nytt.

Pasient forteller:

“Jeg gruer meg så veldig til timen hos fastlegen. Jeg har opplevd flere ganger tidligere at legen ikke har lyttet til hva jeg har sagt, jeg har blitt avbrutt og jeg føler jeg blir sett ned på. Jeg har noe viktig jeg bør fortelle legen, men jeg vil ikke klare å fortelle det om jeg enda en gang blir møtt på en dårlig måte. Jeg har ingen som kan være med som støtte. Kan dere være med så jeg blir modig nok?”

Lege informeres om vår deltakelse, og Pasient- og brukerombudet er med på konsultasjonen, der vi ikke gjør annet enn å være til stede i rommet. Pasienten forteller i etterkant at hen endelig klarte å fortelle det som var vanskelig.

Informasjon er overlevert og fastlegen har fått viktig helseinformasjon som ikke tidligere har vært tilgjengelig

Fastlege forteller:

“Jeg har en pasient som trenger langvarig oppfølging av helsetjenesten i

kommunen. Pasienten, pårørende og kommunen har ulike ønsker og behov, og samarbeidet har blitt veldig vanskelig. Kan dere bistå i denne situasjonen?”

Vi deltar ikke i slike møter uten at pasienten ønsker dette. Det viser seg at pasienten sitter sammen med fastlegen når vi blir kontaktet, og at også pasienten ønsker vår deltakelse. Vi avtaler tidspunkt og har kontakt med pasient forut for møtet, der vi lytter til pasientens forståelse av situasjonen og ønsker for resultat.

Misforståelser, mistillit og avansert språk kan vanskeliggjøre et samarbeid. Når flere instanser er involvert, og informasjonsutveksling ikke er sømløs, kan enhver bli frustrert. Pasient- og brukerombudet har god erfaring med å stille de «dumme spørsmålene» for å sikre at alle involverte blir hørt og forstått. Å bruke tid i samme rom der målet er nettopp å forstå hverandre og avtale hvordan man sammen skal arbeide for å få et godt resultat tar tid. Det kan likevel være effektiv tidsbruk, nettopp fordi samarbeidet i etterkant kan gå lettere, og fordi avtaler følges i stedet for å motarbeides.

Pasient- og brukerombudet sitter ikke på fasiten for hva som skal til for å få bedre fastlegetjenester eller bedre organisering rundt fastlegetjenesten. Det er nok heller ikke vår rolle å skulle gi løsningene. Vi vet likevel mye om hva pasientene mener, hva de ønsker og hva de ikke ønsker. En lege som tar seg tid til å høre, som ser på dem når de snakker og tar seg tid til å forklare inntil pasienten både forstår og tror på det som blir sagt - det er innertier for de aller fleste. Det gjelder i like stor grad når pasienten sine ønsker for behandling eller undersøkelser ikke blir møtt.

■ JANNICKE.BRUVIK

@PASIENTOGBRUKEROMBUDET.NO

Du kan finne mer informasjon om oss her: www.pasientogbrukerombudet.no. Ring oss gjerne på 405 01 600 dersom du har spørsmål.

UTMÅLING AV DET INTRAOKULÆRE TRYKKET (IOP)

HÅNDHOLDTE TONOMETERE OG TILBEHØR FRA ICARE KJØPES HOS RODENSTOCK NORGE



IC200

HOME 2

IC100

Ta kontakt med oss:

Tlf.: 915 49 371

Epost: olst@rodenstock.no

UTSTYRSDELINGEN.NO


RODENSTOCK
UTSTYRSDELINGEN

Likt og ulikt på andre sida

– livet som vikarlege på den australske lands

■ BJARTE SØRENSEN • *Spesialist i allmennmedisin*

Etter ein lang dag på legekantoret i nabobyen der eg hjelper til ein dag i veka køyrer eg heimover denne junikvelden. Det er vinter, stupmørkt, ti grader utanfor og inni bilen, regnet hamrar på frontruta og eukalyptustrea lener seg tungt over vegen på begge sider.

Forvrengt av kortbølgesignala, dei einaste signala ein kan få i fleire mils omkrets, syng Foreigner noko om «Long, long way from home». Eg prøver å halde meg på venstre sida av vegen der eg køyrer slalåm mellom alle musene som kryssar vegen, i håp om å finne eit betre liv. Interessant nok kjem nesten alle frå høgre til venstre. Eg kjenner like dårleg samvit kvar gong eg mistenker eg har treft ei.

Heile tida konsentrerer eg meg om å få auge på den eine tingen eg fryktar mest på denne vegen. I det eg har tenkt tanken triggar ei nesten umerkeleg rørsle framfor meg gåsehud og ståande hår i nakken! Ein rund, hårete ball, like høg som fronten på bilen, har stått og venta tolmogig på at eg skal komme. I det eg har att 100 meter, strekk eit hovud og ein hale seg i kvar sin retning frå ballen og sprett ut foran bilen. Den grå, halvannen meter høge kenguruen stoppar opp rett framfor bilen, snur seg mot meg og set dei tomme, svarte augo i meg og gliser, før han i god tid tek eit par hopp til ut i grøfta på andre sida.



*Himmelen er høg på Eyre-halvøya.
Leigebil og bustad følger med i jobben.*



av jorda

bygda


KART OG FLAGG BERNHILDE COLUCCI/STOCK

Likevel held eg fram med å bremse. Dette trikket kan eg! For å overleve den australske villmarka må ein passe på å alltid vera eit steg framfor fienden. Idet bilen stoppar og står heilt i ro, kjem som troll frå eske kenguru nummer to. Alltid litt mindre, men berre endå eit hakk meir suicidal. Det gjekk godt denne gongen òg. Eit par forfjamsa revar seinare er eg heime i leilegheita.

Frå Hjelmeland til Sydney til Hjelmeland

Har du kartet framfor deg, så er eg for tida på den trekanta, litle fliken som stikk ut i den store bukta sør på kontinentet, Eyre-halvøya. Liten og liten. Her i den nordre delen av halvøya er det vanlegvis relativt

tørt, og av naudsyn er gardane store. Sjølv om det er vinter, har bøndene nett sådd korn. Det er no og fram mot sommaren den beste grotida er. Der dei ikkje kan så korn, er det sauer. Då eg ei frihelg slo opp teltet utanfor tettstaden Cleve, der eg har basen min, vart eg invitert inn til bøndene som driv garden der, foreldra til farmasøyten. Etter litt hovudrekning fann eg ut at garden deira, som dei driv med to søner, har eit areal på 200 kvadratkilometer. Dagen etter køyrte me pickup med tilhengar med havre som ekstrarfôr ut til sauene på beitet.

Vegen frå Hjelmeland i Rogaland til rurale Sør-Australia er gjerne lang på kartet, men likevel naturleg for meg. Stortinget vedtok på slutten av 90-talet å auke kapasitet

teten på norske medisinske fakultet, men måtte kjøpe tenester frå studiestader i utlandet medan dei norske universiteta la til rette for dette. På samordna opptak søkte eg derfor som 19-åring på Sydney som studiestad. Eg hadde nett vorte ferdig med IB-linja på St. Olav videregående skole i Stavanger, og dei fleste venene mine skulle ut i verda til ulike stader, så eg var klar for nye eventyr eg òg. Studiar på engelsk var ingen hinder, tvert imot.

Vel framme i varmen og storbyen kjende eg meg merkeleg nok raskt heime. Kanskje var det klimaet, naturen eller bylivet? Dei var nok faktorar, men det viktigaste trur eg var at her var normalfordelingskurva på mange områder breiare enn i Noreg. Sjølv

Har eg fri, liker eg å ta med meg teltet i bushen. Her er dyrelivet tett på overalt.



På 17. mai-feiring i Adelaide.





Heldigvis er ikkje dei fleste edderkoppar i Australia giftige. Denne ulvevedderkoppen fann eg på badet, dessverre daud.



Den australske skogen er fristaden min.

som lang, kritkvit hylert frå Noreg med litt sære interesser, kjende eg at eg fort var ein del av det brokete, bråkete samfunnet. Kanskje hadde eg fått ei liknande kjensle på andre studiestader òg, men faktum var at eg oppheldt meg åtte formative år i Australia før eg skulle vende attende til Noreg.

Etter turnustenesta i både storby og landsbygd i Australia vart det lyst ut ein ny heimel i heimkommunen i Noreg. Driven av same eventyrlyst drog eg attende til eksotiske Noreg. Kort tid etter trefte eg kvinna i mitt liv, Aslaug, også ho ein eventyrlysten person som nett hadde vore eitt år i Mehamn med eit spedbarn på slep.

Framandkjensle

Jobben som ein av to fastlegar i Hjelmeland, to timar nordaust for Stavanger, var veldig givande. Eg vart godt teken imot av både pasientar, helsepersonell og kommunal leiing. Eg fekk ein høg grad av sjølvstyring som privatpraktiserande lege og eit godt og nært samarbeid med kommunen, som visste å setja pris på stabilitet og la til rette økonomisk og praktisk. Hjelmeland hadde allereie den gong funne oppskrifta på det mange kommunar rundt om i Noreg no strevar med å finne ut av, noko som er mykje av grunnen til at eg var der i 16 år, og at me heller ikkje no har rekrutteringsproblem.

I den kjølige luften og det vakre, eksotiske vårlyset kjende eg meg likevel meir utandlandsk enn i den brennande sola på andre sida av jorda. Heller ikkje som barn og ungdom i Noreg var livet nokon gong dårleg – mor og far og bygda ga meg trygge og gode kår. Likevel, når eg ser attende, har eg nok alltid kjend meg som om eg har observert livet frå utsida. Eg har enno eit minne om barnehagetanta som spør meg om den beste årstida og koss eg spontant ropte «sommar!». Vinter har alltid for meg vore ein sju-åtte månadar lang periode ein berre må komme seg gjennom. Leksikon var fa-



Cleve District Hospital



Eyre-halvøya har store deler av kornproduksjonen i staten. Mesteparten blir eksportert.



Utanfor Kimba Medical Centre som nyleg vart bygd av kommunen og på dugnad.



Carapsee Hill, eit granittfjell som stikk opp mellom kornåkrane på Eyrehalvøya.

vorittlesestoffet mitt, der eg slukte informasjon om verda også utanfor bygda, kommunen og nasjonen.

Mange beskriv meg som ei rastlaus, impulsavhengig sjel. Denne rastløysa gjorde at me som familie i 2017 flytte til vestkysten av Australia der eg arbeidde som allmennlege i eitt år og samtidig gjorde det eg måtte gjera for å få godkjent spesialiteten (1). Vaksne og born på då fire, åtte og elleve år fekk minner for livet og eit fellesprosjekt som har bunde oss betre saman enn noko anna prosjekt.

Av ulike grunnar valde me likevel å reise attende til Noreg i 2018, og me var fort inne i det spinnande hjulet som heiter kvardag og jobb. Med pandemi, nyleg overteken kommuneoverlegejobb, ultralydforskning og private reiseklinikkar gjekk ikkje hjulet seinare.

Same, same, but different

Kvar gong eg hørte om Australia prøvde eg å la vera å tenka på 45-årsgrrensa for å få permanent opphaldsløyve. Kva skjer når ein prøver å la vera å tenka på noko? Jo, ein

tenker vel meir på det. Då koronaen dabbav, begynte det å demra for meg at det var no eller aldri. Fyrst ein tanke om vikarliv og «nordsjøturnus» med Noreg som base. Likevel tok det ikkje mange middagssamtalane før heile familien kjende på same draginga og ville vera med.

Godt kjend med det australske byråkrati-veldet tok eg fatt på søknadar på visum og tok kontakt med vikarbyrå. Då alle papira mine var i orden frå før, gjekk det på rekordtid. Ikkje mindre enn eit halvt år etter avgjerda sit eg i kontorstolen.

Fartsgrensa på desse beine vegane er ofte 110 km/t, så det blir fort ein del kilometer. Kvar onsdag reiser eg til Kimba-kontoret som er 70 km frå basen.





Adelaide er for langt unna å nå med helikopter, så når ein treng å legge pasientar inn der, er det fly som gjeld. Her har Royal Flying Doctor Service sendt ein sjukepleiar for å hente ein pasient med akutt abdomen.

Korleis ser jobben ut frå den vinkelen? Jobben i ei landbruksbygd fleire timar frå andrelinetenesta er merkeleg lik den på Hjelmeland. Det universelle med menneskelege møter gjer seg gjeldande. Ein sjeldan gong kurere, ofte lindre og alltid trøyste gjeld også her. Alltid lytte. Dei same gledene og sorgene i livet gjeld her. Gleda over nytt liv, sorga over det som må ta slutt. Historier om hell med været etter såing, men òg dei sære historiene om konflikter mellom generasjonar og naboar. Ei genuin gjensidig interesse i kvarandre sine liv og takksemd for at eg kjem til staden og hjelper med mine kvalifikasjonar. Eit minisamfunn der alle spelar fleire roller og kvar brikke betyr så mykje. For ikkje å snakke om koplingar mellom folk – ein må alltid gå ut frå at den eine er relatert til den andre gjennom slekt eller kjennskap. Det gjekk ikkje mange dagane før eg høyrte



Som lege får ein fort innpass og mange kontakter på landsbygda. Cleve hadde ein fin golfbane, og det er noko eg ikkje kan, så då var det bare å stille opp på morgonen med god undervisning av pasientvenner.

«Doc» og «Hey, BJ!» frå liten og stor der og gjekk rundt omkring på butikken og puben.

Humoren og pragmatismen er til og med lik. Ein 91-åring spurte meg om han eigentleg måtte ta den blodtrykksmedisinen som gjorde han svimmel.

«If it is there to prolong my life it is just a waste. I don't even buy green bananas at the supermarket, I don't know if I am going to live long enough to enjoy them!»

Liknar litt på Finnmark

Kommunen eg arbeider i har 1765 innbyggjarar. Her er eit lite sjukehus med legevakt/akuttmottak, korttidssenger for ø-hjelp, palliasjon, rehabilitering og sjukeheim vegg i vegg. Sjukehusa vert drivne på statsnivå med eige budsjett, og sjukeheimane på kommunalt nivå, medan takstane som finansierer allmennpraksis kjem av det nasjonale/føderale budsjettet.

Cleve mista sin privatpraktiserande lege for om lag fem år sidan. Då staten South

Australia, som driv sjukehuset, dermed også mista legetenester, tok dei affære og tok over drifta av legekantoret. Den same prosessen har ein hatt i to nabokommunar. I trekløveret Cleve/Kimba/Cowell er det til saman eit sjukehus på kvar tettstad og enno berre to legekantor. Til saman er det om lag 2,8 legeårsverk fordelt på desse tre kommunane, der me alle hjelper kvarandre. Det bur til saman like over 4000 innbyggjarar i det 10 000 kvadratkilometer store området, og det er 40–60 minutt køyretid mellom tettstadene. Det kan med andre ord likna litt på tilhøva i Finnmark. Det kan faktisk likne litt landskapsmessig òg.

Det er større sjukehus både nord og sør i om lag halvannen til to timars reisetid, men desse er utan intensivavdelingar og tek gjerne berre imot dei friskaste av dei sjuke som krev behandling på eit høgare nivå. Derfor har eg nytta meg av Royal Flying Doctor Service om lag ein gong i veka for å få hjelp til å frakte alvorleg sjuke pasi-

FAKTA OM ARBEID I AUSTRALIA

Av erfaring er det mange som tek kontakt med meg om korleis dei kan gå fram for å arbeide som lege i Australia. Eg kan berre gi generelle råd her og peike på kor ein skal leite vidare.

Det er to ting som må til generelt sett:

- 1) Visum med arbeidstillatelse (stort sett midlertidig om du ikkje allereie har australsk spesialitet)
- 2) Inkludering i eit australsk spesialiseringsforløp
Det siste først: Generelt sett lønner det seg å ha den norske spesialiteten på plass. Då kan ein søke om å få gå gjennom Specialist Pathway hos ein av dei to australske allmennlegeforeningane, Australian College of Rural and Remote Medicine (ACRRM) eller Royal Australian College of General Practitioners (RACGP). Dersom du har minst tre års erfaring med både allmennmedisin og legevakt i distriktet i Noreg vil eg tilrå ACRRM, då dei allereie har godkjend norsk

spesialistutdanning som likeverdig. For alle andre vil RACGP vera eit naturleg val, men dei har dessverre ikkje førehandsgodkjend norsk allmennspesialitetsutdanninga.

Det vert for detaljert å gå inn i kvart enkelt steg her, og det vil vera forskjellige prosessar i dei to foreiningane. Dette er også eit felt der ulike detaljar kan endre seg heile tida, så det er best å følge linkane nedanfor for nøyaktig informasjon. Det er politisk interesse i å strømlinjeforma desse prosessane noko for å auke importen av allmennlegar. Det er også ein drakamp mellom foreiningar og statlege organ om kven som skal stå for prosessen, slik det var for nokre år sidan i Noreg.

Du må rekne med å måtte gå gjennom eit intervju med eit panel av fleire kollegaer som skal sjå til at du har dei eigenskapane som skal til for at du skal kunne raskt komme inn i det australske systemet. Det er ein relativt høg

sjanse (rundt 50–75 prosent for tida generelt) for at du IKKJE blir anbefalt med ein gong, men du må då gjerne prøve igjen. Desse intervjuane kan ofte gjerast over nettet, og kostar gjerne rundt 15 000 kroner. Det kan likevel lønne seg å reise ned for å møte opp i person for å auke sjansen for å bli godkjend. Når ein er godkjend for å komme vidare, kan ein fortsette søknadsprosessen med den foreininga. Ein må vise fram dokument av alle slag, og sjølv om det i dag kan gjerast elektronisk, krevest gjerne oversetjing av ein av dei for tida fire australsk-godkjende oversetjarane (ta kontakt om de vil henvissast til ein eg har god erfaring med).

Ein må så stort sett rekne med å arbeide under supervisjon i opp til eitt år, graden av supervisjon og lengde er avhengig av forhåndsvurderinga. Det er ein del kurs som er obligatoriske. Gjennom RACGP er du nøydd å ta



Arno Bay Jetty.

entar til Adelaide. Sjølv om flytida kanskje berre er 60 minutt, er erfaringa likevel at me må gjerne forvente å stå med slike pasientar i fem til seks timar avhengig av prioritet, tilgjengelege ressursar og vær.

Det er mange likskapar på kommunenivå, men ein kan sjå parallellar også på andre nivå. Australia er stolte av den allmennmedisinske tradisjonen og er mykje meir lik Noreg på det området enn sjølv nære naboar i Europa. Under arbeiderpartiregjeringa til Bob Hawke i 1983 vart Medicare etablert, tilsvarende norsk folketrygd. Det var eit mål at alle skulle få nær og rask tilgang til allmennlegetenester. Gode takstordningar vart implementerte, noko som gjorde det finansielt interessant å etablere praksisar rundt om heile landet, og pasientane fekk oftast hjelp utan eigendelar. Det var stor entusiasme i feltet og god fagleg utvikling.

Hakket råare

På same måten som i Noreg fekk allmennlegane portvoktarfunksjon for spesialisthelsetenesta, men også stor tillit frå både

styresmakter og pasientar til å kunne drive sjølvstendig. Store deler av legetenestene er levert av allmennlegar, og 88 prosent av alle australarar har hatt minst eitt besøk hos fastlegen i løpet av året. Likevel står me for berre fem til sju prosent av dei totale helseutgiftene (2). Utanfor storbyane kan små sjukehus vera drivne av allmennlegar, ofte med vidareutdanning i anestesi, kirurgi, obstetikk, psykiatri, dermatologi m.m., og berre det som krevrer tredjelinetenesta må flygast ut til millionbyane.

På same måten som i Noreg har ein dei siste tiåra likevel sett ei negativ endring. Fleire og fleire stader flytter legane frå privat praksis på landsbygda til storbyane. Takstane har ikkje klart å halde tritt med utgifter og inflasjon. Landsbylegen som har jobben som livsstil er det færre av. Vikarstafett er eit velkjend fenomen - og ein ser i større og større grad etter nye måtar å organisere seg på, med rullerande skiftordningar som meir vanlege no.

På den australske varianten av Allmennlegeinitiativet finn ein nett dei same gode diskusjonane og frustrasjonane – det er så

samanliknbart at det kunne vore ein studie verd. Ei stagnering i finansieringa i primærmedisin til fordel for satsing på tertiærtenester. Folk som takkar for seg etter lange karrierer og er glad for at dei slepp å halde fram under dagens vilkår. Unge som prøver seg og sluttar. Likevel har eg ein tendens til heller å fokusere på dei gode historiene me deler – gleder over å ha vore til hjelp for nokon, interesse for prosjekt som fungerer, nysgjerrigheit og diagnostiske utfordringar.

Utanfor vindaugget mitt skravlar og kran-glar galah-papegøyane høglytt. Dei australske ramnane ertar med sine hånlege lange setningar og kookaburrah-fuglane ler røtt som om dei er fulle tilskodarar på eit morsomt standupshow.

Det er noko med dette som fascinerer meg, og som kanskje er kjerna til at eg kjenner meg heime: livet kjennest for meg hakket råare her, meir nakent, mindre strømlinjeforma, meir multifasettert, meir høglytt, større kontrastar – i det heile krev det meir av meg, og i dette kjenner eg meistring og utvikling. Fuglane i Noreg er fine dei, men sjølv dei verk som dei prøver å la vera å forstyrre nokon unødige med sine forsiktige, lyse pip.

REFERANSER

1. Sørensen B. Reisebrev frå Australia. Syd-Vesten – medlemsblad for Rogaland legeförening. 23(4): 18–21.
2. Wright M., Versteeg R., van Gool K. How much of Australia's health expenditure is allocated to general practice and primary healthcare? Aust J Gen Pract. 2021 Sep; 50(9): 673–8.

■ BJARTE.SORENSEN@GMAIL.COM

ein krevande eksamen (ca 50 prosent strykprosent), medan om du vert rekna som tilstrekkeleg kapabel kan du vera heldig å sleppe det gjennom ACRRM.

Før å finne jobbar der du kan jobbe under supervisjon vil eg tilrå å søke opp ulike vikar-/rekrutteringsbyrå (locum eller recruitment agency). Dei vil ofte hjelpe og guide gjennom heile prosessen og kan gjerne kan også hjelpe med visumprosessen. Dersom du ikkje er spesialist i Noreg frå før, må du stort sett gå gjennom Australian Medical Council sin standard pathway. Dette krev ein eksamen som kan likna den amerikanske UMSLE før du får anledning til å søke på jobbar/spesialisering.

Sjølv om du kan søke om visum som privatperson, vil eg på det sterkaste tilrå å bruke ein godkjend australsk Migration Agent som er ein jurist eller advokat som har det som spesialfelt. Sjølv den minste feilen i ein søknad kan føre til avslag som koster både pengar og

tid for å gjera alt om igjen. Det kan dreie seg om noko så banalt som eit manglande stempel.

Du må rekne med eit budsjett på ca 150 000 til 250 000 for prosessen i seg sjølv med gebyrer på både visum, spesialiseringssøknad og eksamenar. Berre eksamen koster i dag rundt 70–80 000 kroner (også for australiarane). Det lønner seg å begynne prosessen ca 1,5 til 2 år før du planlegg å lande på australsk jord.

Husk også at i det du set deg på eit fly for å reise for å arbeide i Australia for ein ikkje-norsk aktør, mister du umiddelbart medlemsskapet ditt i norsk folketrygd. Skattereglane er for kompliserte for å gå inn her for ein som ikkje er fagperson, men også her må ein halde tunga beint i munnen.

Inntektsmessig er det stor variasjon, men liknar på Noreg. Ein vanleg modell i byane er at du driv som sjølvstendig næringsdrivande og leiger kontortenestene gjerne for 30–40 prosent av inntektene. Alt etter produktivitet sit du då igjen med alt frå 3000 til 15 000 kroner dagen.

Grunna legemangelen i rurale og fjerne strøk kan ein finne subsidierte vikarjobbar der ein gjerne tener 20 000 kroner dagen, men ein må då vera spesialist og kunne jobbe utan supervisjon. Kostnadsnivået i Australia har dei siste åra på mange område tatt igjen eller gått forbi Noreg samanlikna krone for krone.

RESSURSAR

- **Australian Medical Council Standard Pathway:** <https://www.amc.org.au/assessment/pathways/standard-pathway/>
- **Generelt om Specialist Pathway fra AHPRA (tilsvarer Hdir):** <https://www.medicalboard.gov.au/Registration/International-Medical-Graduates/Specialist-Pathway.aspx>
- **RACGP:** <https://www.racgp.org.au/education/imgs/live-and-practice-medicine-in-australia/specialist-pathway>
- **ACRRM:** <https://www.acrrm.org.au/fellowship/other-avenues/specialist-pathway>

Å se og bli sett

Eksistensielle grunnvilkår i allmennmedisin

■ KIRSTI MALTERUD • Professor emerita

En anekdote fra studietiden finnes fortsatt i min faglige hukommelse. Studenten var oppe til eksamen i pediatri og skulle vurdere et blodutstryk. 'Hva ser du?', spør eksaminator. 'Eg ser prikker – berre prikker', svarer studenten. Studentens utsagn var for så vidt korrekt, men svaret ble feil. Prikkene var leukocytter, pasienten hadde leukemi, og studenten strøk til eksamen.

Å se og bli sett er eksistensielle grunnvilkår. Hva vi ser og hva dette betyr – for oss selv og andre – er avhengig av hvem vi er og hvor vi står. Hvem som ser oss, og hvordan vi blir sett, er avgjørende for vår identitet. Våren 2023 har jeg med begeistring og gjenkjennelse lest Polly Morlands bok *A Fortunate Woman – The Story of a Country Doctor* (1). Jeg begynte å skrive en bokanmeldelse, men så fikk assosiasjonene overtaket. Dermed ble dette i stedet et essay om faget vårt – om å se og bli sett i allmennpraksis. Om betydningen av subjektivitet og tolkninger. Og om noen bøker jeg har sett og lest for lenge siden og i 2023.

En prikk er en prikk er en prikk?

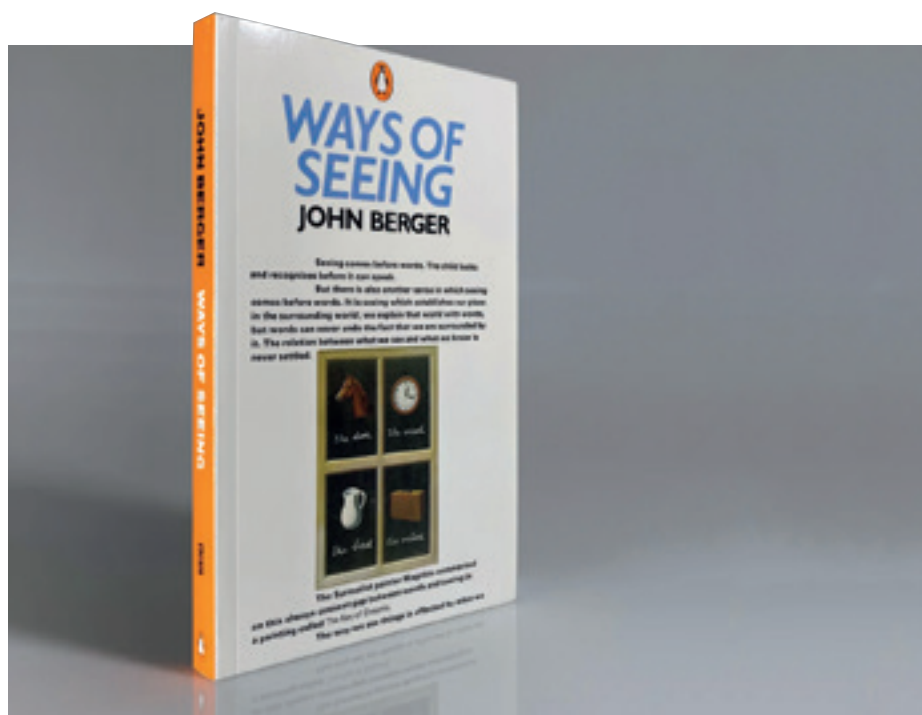
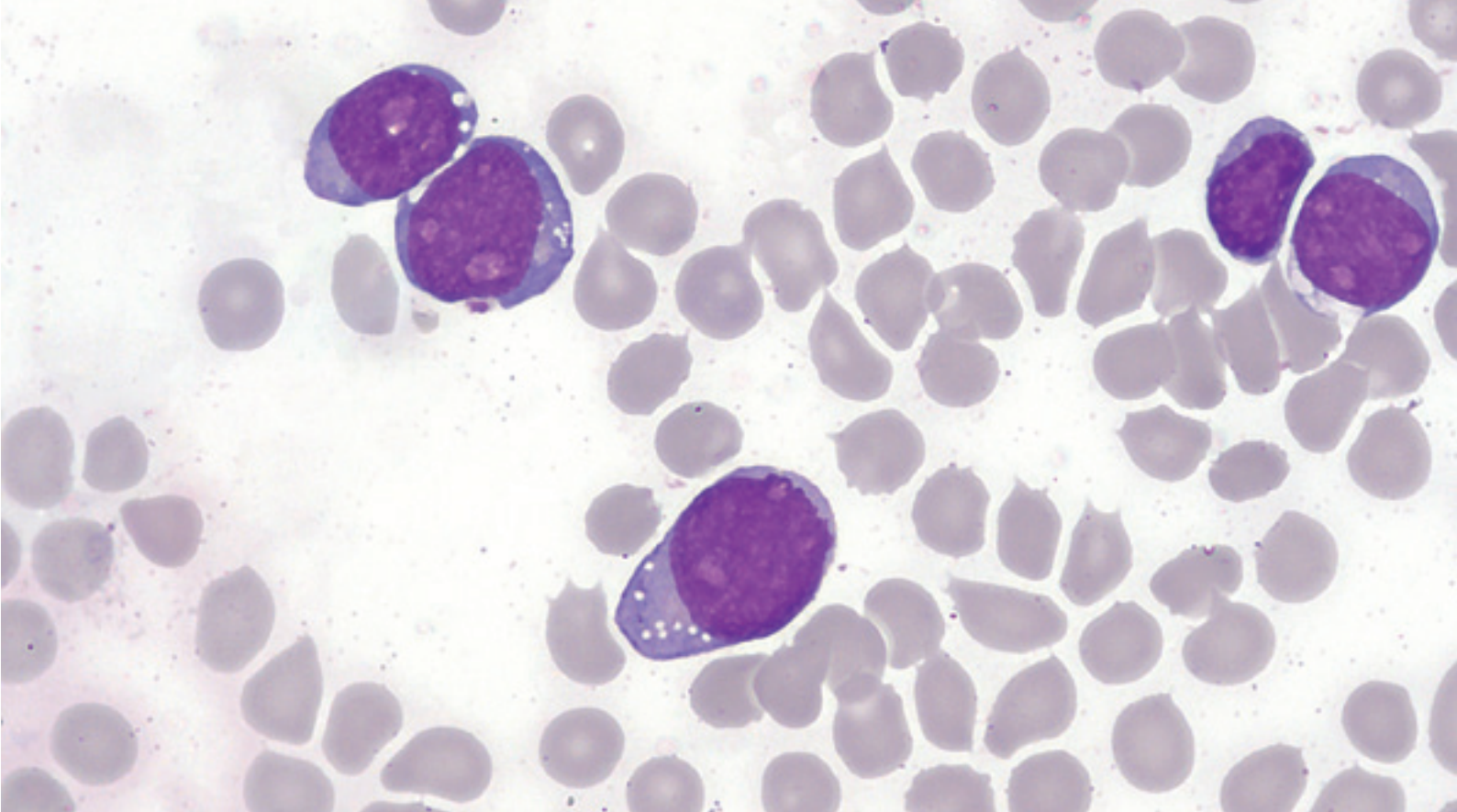
Min studietid ligger 50 år tilbake i tid. Den gang lærte vi mer om rett fasitsvar enn om ulike tolkninger av virkeligheten. Objektivitet og fakta hadde status som sannhet. Vi trodde at en diagnose var en diagnose, at en pasient var en pasient, og at en lege var en lege – som om dette var universelle størrelser. Og at det subjektive var støy som vi skulle holde unna. Slik er det kanskje fremdeles?

Etter hvert har det gått opp for meg at det ofte finnes ulike, men samtidig gyldige tolkninger av samme 'virkelighet', både i allmennpraksis og i hverdagslivet. Dette betyr ikke at en hvilken som helst tolkning av hva jeg ser, er like god. I klinisk praksis og i medisinsk forskning er det som regel en eller noen versjoner som peker seg ut som mer relevante enn de andre. Men vi mennesker ser det vi har lært å se. Prikkene blir ikke til leukemi før det medisinske blikket er trent opp til å tolke og gjenkjenne dette mønsteret blant mange andre prikker. Kunnskap, erfaringer, relasjoner og historie gir mening til det vi ser, enten det er hvite blodlegemer eller levende mennesker.

Deltakar og tilskodar

Som forsker har jeg arbeidet mye med kvalitative metoder. Med disse forskningsme-





todene er vi opptatt av at forskeren skal utvikle et bevisst forhold til hva som styrer blikket – hvordan vi leser verden og hvordan vi forstår våre data. Begreper som *forståelse* (hvilken ryggsekk vi har med oss) og *teoretisk perspektiv* (hvilke briller vi bruker når vi leser) bidrar til å identifisere våre ståsteder og tolkninger, slik at vi kan ta ansvar for dette i kunnskapsutviklingen.

Dette kalles *refleksivitet*. Refleksivitet er nyttig, ikke bare i forskning, men også i klinisk praksis, og for så vidt også i hverdagslivet. Det handler om å tenke seg om og se seg selv i den sammenhengen man inngår.

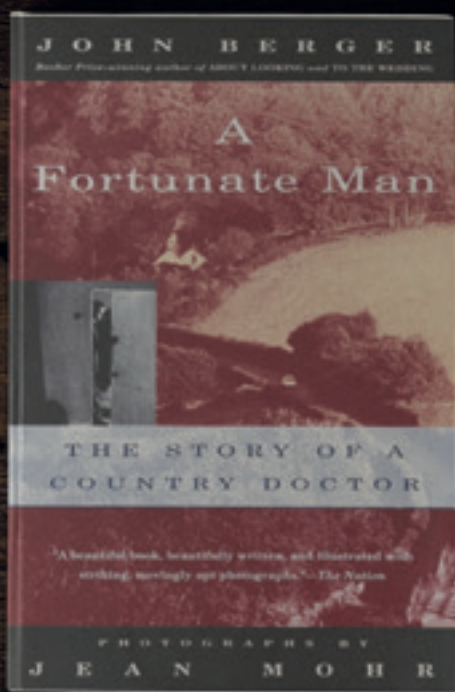
Det jeg ser, enten jeg er forsker, lege, pasient eller et helt alminnelig menneske utenfor legekantoret, bestemmes av hvem jeg er, hva jeg venter å finne, hvor jeg står, hvilket blikk jeg har på saken og hva jeg vet om betydningen av det jeg ser. På nittitallet leste jeg filosofen Hans Skjervheims refleksjoner om å være deltaker og tilskuer på samme tid (2). Uansett hvor distansert jeg prøver å være, eller hvor objektiv jeg innbiller meg at jeg er, har jeg alltid en subjektiv rolle som fortolker som jeg må ta ansvar for. Både når jeg ser på prikker og når jeg møter folk.

På legekantoret er dette et viktig aspekt av den kliniske kunnskapen (3). Mennesket i meg er en ufravikelig betingelse for hva jeg ser og for betydningen jeg tillegger det jeg ser. Å se og bli sett er også et grunnvilkår for lege-pasientforholdet, som ofte kalles det allmennmedisinske gullet. Pasienter sier at det betyr noe å bli gjenkjent av legen (4), og kontinuitet i lege-pasientforholdet gir faktisk også målbare medisinske resultater med redusert mortalitet og sykehusinnleggelse (5). Men hva er det som styrer blikket mitt når jeg møter pasienten og helseplagene?

Ways of Seeing

Ways of Seeing er et teaterstykke som hadde premiere på Black Box i Oslo i 2018. Tittelen er opprinnelig navnet på en TV-serie fra BBC i 1972 (6), som på sett og vis omhandler noe av det samme. Teaterstykket skapte debatt for sitt fokus på innvandring, overvåking og klasse. John Bergers TV-serie gir oss innsyn i hva som bestemmer hvordan vi tolker det vi ser. John Berger var en britisk forfatter og maler, mest kjent som kunstformidler. Kunsten gir oss en tilgang til verden som vi ikke får andre steder, hevdet han i denne TV-serien. Et bilde er ikke bare et bilde av noe, men også et portrett av en måte å se på, utformet av kultur, makt og historie. Stoffet fra TV-serien ble senere utgitt i bokform.

Da jeg tidlig på nittitallet først snublet over denne boken og senere TV-serien, opplevde jeg at det Berger sa om kunst, umiddelbart kunne oversettes til klinisk



praksis. Et bilde er ikke et objektivt faktum, men et produkt av kultur, makt og historie som utformer det vi ser og som gir betrakteren et ansvar for sin utsiktspost og sine observasjoner. Det samme gjelder i møtet mellom legen og pasienten i den allmennmedisinske konsultasjonen.

For meg bidro dette til en livslang kritikk mot biomedisinens tiltro til standardisering og fakta. Jeg ble opptatt av hvor og hvordan jeg rettet blikket, vel vitende om at mitt medisinske blikk var ladet med definisjonsmakt (7). Jeg oppdaget tydeligere når jeg hadde skylapper eller når jeg var fokusert i møter med folk og faglig mangfold. Etter mange år i samme praksis merket jeg daglig hvordan den langvarige legepasientrelasjonen kunne være en skattekiste av kunnskap som gjorde blikket mitt mer treffsikkert, og også at jeg selv i større grad kunne være deltaker i tolkningene og konsekvensene av det jeg så.

A Fortunate Man

Men så dukket Berger opp igjen for meg i en ny sammenheng. Da hadde jeg vært allmennlege i nesten 20 år og skrevet doktor-

avhandling om hvordan legen bedre kan bidra til at kvinnelige pasienter deler sin kunnskap og sine erfaringer i konsultasjonen (8). På slutten av 1980-tallet hadde jeg lest den prisbelønnede dokumentariske boken *A Fortunate Man – The Story of a Country Doctor* (9). Boken, som først ble utgitt i 1967, er en blanding av sosiale observasjoner og medisinsk filosofi. Den handler om den britiske allmennlegen John Sassall. Gjett hvem forfatteren var? Jo, det var John Berger. (Først mange år senere oppdaget jeg at dette var den samme John Berger – han med blikket og tolkningene.) I følge med fotografen Jean Mohr fortalte han hva han så da han fotfulgte den engelske landsbylegen John Sassall. Sassall praktiserte pasientsentrert klinisk metode og KOPF i møte med kompleksitet og multimorbiditet lenge før disse begrepene var oppfunnet.

Berger tegner et bilde av Sassall som en sann humanist, med blikk for hele mennesket i sin sammenheng og sitt liv. Han var også oppfinnsom og fant praktiske løsninger for diagnostikk og behandling som overgår all min fantasi. Han bodde i landsbyen, kjente store og små og hver liten krinkelkrok og visste hvordan landskapet

formet menneskene. Sassall var stødig i klinisk kunnskap og reddet mange liv, selv med datidens mer begrensede muligheter. Men HMS hadde han aldri hørt om, og han brant sitt lys i begge ender. Først i en av de senere utgavene av *A Fortunate Man* får vi vite at Sassall trolig hadde bipolar lidelse og at han tok sitt eget liv kort tid etter at hans elskede kone døde.

Også her viser Berger betydningen av blikk, tolkninger og rammebetingelser. Sassall ble sett av Berger og Mohr, som også observerte hvordan pasientene følte seg sett. Denne boken hadde ikonisk status som inspirasjon for oss unge allmennleger, selv om vi skjønte at vi verken kunne eller ville leve opp til det forbildet som Sassall var. Men når jeg nå har lest boken igjen, etter mange år, legger jeg tydeligere merke til en mer paternalistisk og autoritær legerolle enn det vi i dag tilstreber. En viktig forutsetning var nok at pasientene hadde stor tillit til sin landsbylege. Hjemmeværende kone kan også ha vært en betingelse for måten Sassall utøvde sin altomfattende og imponerende praksis på.

Tiden går – A Fortunate Woman tar over

Nå har Bergers bok fått en etterfølger som er oppdatert på mange plan. Polly Morland er kjent for sakprosaforfatterskap og TV-dokumentarer. Sammen med fotografen Richard Baker fulgte Morland en kvinnelig allmennlege («the doctor», «she») i praksis og hverdagsliv gjennom to år og skrev boken *A Fortunate Woman – A Country Doctor's Story* (1). Det er ikke bare tittelen og konseptet som ligner Bergers bok. Morlands hovedperson er faktisk landsbylege der John Sassall praktiserte 50 år tidligere. «The doctor», også kalt «she», er semianonymisert, men sikkert godt gjenkjennelig for the locals (selv på fotos i fullt smittevernutstyr og maske).

Morland viser hvordan allmennmedisinen og rammebetingelsene har endret seg mye på disse årene. Samtidig er det tydelige kjerneverdier som lever i beste velgående i dette faget. Relasjoner mellom lege og pasient, historier som vokser frem over tid, på et sted, i et liv, og betydningen av dette for klinisk kunnskap fremstår fortsatt som allmennmedisinske grunnvilkår (3). Gevinsterne, både faglig og personlig, ved å kjenne folk over tid gjør det mulig å møte utfordringer og mangfold på faglig forsvarlig vis.

Boken er skrevet i et fredelig, poetisk språk, også når vi får innsyn i dramatiske hendelser og samhandlinger. Morlands blikk på «the doctor» og hennes hverdagsliv er preget av empati og refleksivitet. Vi

følger hovedpersonen på vandring eller på sykkel i dalen langs elva, på vei til sykebe-søk eller ute for å lade batteriene og samle krefter. Dette er subjektive tolkninger på sitt beste. I et metaperspektiv er det flott å lese hvordan forfatteren ser, tolker og for-midler «the doctor»s overveielser, dilem-ma og hvordan legen ser sine pasienter. Morland har virkelig fått tak i og personifi-sert det allmennt medisinske oppdraget.

Rammebetingelsene er annerledes for «the fortunate woman» enn for «the fortu-nate man». Gruppepraksis med gode medar-beidere og et løpende blikk på kvalitetsar-beid er noe annet enn solospill der alt står og faller på den ene. Klinisk kunnskap omfatter mer enn øyekontakt, handlekraft og intuiti-ve grep, og diagnostiske strategier og ressur-ser kan være vanskelige å prioritere. Også Storbritannia har sin fastlegekrise med opp-gaveglidning og ressursmangel, faktisk i enda større grad enn her hjemme. Pandemi-en rammet landsbyen sterkt i tiden da boken ble skrevet. Dermed får vi innsyn i hvordan samfunnsmedisinske perspektiver også hø-rer til i den allmennt medisinske verktøykas-sen. Historien er ikke rosenrød. «The doc-tor» blir skikkelig sliten rett som det er, selv med hjemmeværende mann. Forfatte-ren har også sett legens mestringsstrategier, for eksempel etter et uventet dødsfall eller en uheldig hendelse.

Morlands presentasjoner av «the doctor»s praksishverdager gjenkjenner jeg som nes-ten universelle på tvers av landegrenser, med stor overførbarhet fra engelsk landsby-praksis til norsk storbypraksis, som er min egen erfaringsarena. I praksis med langva-rig kontinuitet har jeg fått nærkontakt og innsyn i andre menneskers livsløp og fami-lier på en måte som ligner mye på det vi le-ser her. At andre mennesker viser meg tillit når helsen, livet eller viktige ankerpunkter svikter, er en utrolig takknemlig utfordring (10). Og ikke sjelden går det an for fastlegen å bidra med noe, i det minste med oppmerk-somt nærvær, gjerne innstilt på samme bøl-gelengde som vi ser at akkurat denne pasi-enten kan dra nytte av.

Klinisk kunnskap blir til mens vi går

I konsultasjonen handler det ikke bare om å se og bli sett, men også om å høre og å bli hørt. Filosofen Michel Foucault beskrev den historiske utviklingen av medisinske kunnskap der objektive observasjoner og «the medical gaze» på 1800-tallet fikk kunn-skapsmessig forkjørsrett fremfor subjektive inntrykk og tolkninger (11). Fortsatt er usynlige helseplager en dårligere valuta i møte med helsetjenesten enn det som kan

avleses i blodprøver eller bildediagnostikk (12). Pasienter med slike plager forteller at de ikke opplever seg sett av legen (13).

I allmennt medisinen er ofte den kliniske kunnskapen mer preget av kompleksitet enn av forutsigbar linearitet (14). Sansning og tolkninger er viktige kompetanser, og allmennt legen har bruk for flere sanser enn synet. Hørselen er like viktig. I mange år har jeg selv hatt fokus på kommunikasjon og språk (8, 15). Å kunne høre godt nok et-ter til å få tak i nyanser, tolke disse og gi relevante responser er også viktige aspek-ter av klinisk praksis. Men dette har jeg skrevet mye om tidligere, og i denne tek-sten er det synet, blikket og tolkningene som har fått prioritet.

Når jeg leser *A Fortunate Woman*, slår det meg hvordan noen ord har ulike eller flere betydninger på engelsk enn på norsk. Ett slikt ord er «*recognition*», som ifølge min ordliste kan bety anerkjennelse, påskjø-nelse, gjenkjennelse, erkjennelse eller opp-fatning, alt etter hva konteksten tilsier. Morland presenterer «the Doctor» med an-erkjennelse på en slik måte at jeg som leser opplever gjenkjennelse og erkjennelse av sentrale aspekter av mitt eget fag – allmennt medisinen. Om Sassall skrev Berger:

«Taken it upon himself to recognize his pa-tients' humanity when illness and the fear of death have made them unrecognizable to themselves».

Inspirert av *A Fortunate Man* laget Torgeir Gilje Lid en opplæringspakke for ALIS-grupper sammen med dokumentarfoto-grafen Rune Eraker (16). Opplegget, som bygget på fotos fra fem forskjellige all-mennleger i Norge, inviterte utdannings-kandidatene til samtale om praksisutford-ringer. Under utprøving av opplegget fortalte deltakerne at det å snakke om le-gen de så på bildet, kunne gi en inngang til å snakke om seg selv i vanskelige situasjo-ner. Artikkelen som beskriver dette opp-legget, heter da også «*I recognize myself in that situation*». I boken *Legekunst i praksis* fikk vi lov til å gjenbruke noen av disse bil-dene (15).

Å se seg selv i møtet med andre er en for-utsetning for refleksivitet på legerollen. Når allmennt legen bruker alle sine sanser og sine beste tolkninger av det hen ser og hører, kan faglig forsvarlig og omsorgsfull klinisk kunnskap utvikles, både i øyeblik-ket og over tid (17). Livslang trening og re-fleksjon på det å se og bli sett er kjernepen-sum for «a fortunate woman» eller «- man» som vil bruke livet sitt i møte med men-nesker. Men jeg vil ikke være romantisk eller naiv på fagets vegne: Uten materielle forutsetninger er kjerneverdier og grunn-

vilkår lite verdt. En radikal forbedring av rammebetingelsene må til for at verdens beste helsetjeneste (18) og verdens beste yrke (10) kan overleve.

REFERANSER

- Morland P, Baker R. *A Fortunate Woman. A Country Doctor's Story*. London: Picador; 2022.
- Skjervheim H. Deltakar og tilskodar. In: Aarnes A, editor. *Brytninger i tidens tankeliv*. Oslo: Tanum; 1960. p. 63-84.
- Malterud K. The art and science of clinical know-ledge: evidence beyond measures and numbers. *Lancet*. 2001 Aug 4; 358(9279): 397-400.
- Frederiksen H.B., Kragstrup J., Dehlholm-Lam-bertsen G. It's all about recognition! Qualitative study of the value of interpersonal continuity in general practice. *BMC Fam Pract*. 2009; 10: 47.
- Sandvik H., Hetlevik Ø., Blinkenberg J., et al. Con-tinuity in general practice as predictor of morta-lity, acute hospitalisation, and use of out-of-hours care: a registry-based observational study in Nor-way. *British Journal of General Practice*. 2021: BJGP.2021.0340.
- Berger J. *Ways of seeing*. London: BBC; 1972. https://www.youtube.com/watch?v=0pDE4VX_9Kk (24.03.2023).
- Malterud K. Reflexivity and metapositions: strate-gies for appraisal of clinical evidence. *Journal of evaluation in clinical practice*. 2002 May; 8(2): 121-6.
- Malterud K. *Allmennpraktikerens møte med kvin-nelige pasienter*. Oslo: Tano; 1990. https://urn.nb.no/URN:NBN:no-nb_digibok_2007091801038. (Allmennpraktikerserien).
- Berger J., Mohr J. *A Fortunate Man: The Story of a Country Doctor*. London: Readers Union; 1968.
- Gronseth I.M., Malterud K., Nilssen S. Why do doctors in Norway choose general practice and remain there? A qualitative study about motiva-tional experiences. *Scand J Prim Health Care*. 2020 Jun; 38(2): 184-191.
- Foucault M. *The birth of the clinic: an archaeo-logy of medical perception*. London: Routledge; 1993/2003.
- Malterud K. Kroniske muskelsmerter kan for-klares på mange måter [Chronic muscular pain is not unexplainable] (in Norwegian). *Tidsskr Nor Laegeforen*. 2010 Dec 2; 130(23): 2356-9.
- Werner A., Malterud K. It is hard work behaving as a credible patient: encounters between wo-men with chronic pain and their doctors. *Soc Sci Med*. 2003 Oct; 57(8): 1409-19.
- Malterud K., Kamps H. General practice – a fertile lagoon in the ocean of medical knowledge. *Scand J Prim Health Care*. 2021 2021/10/02; 39(4): 515-518.
- Malterud K. *Legekunst i praksis: kommunikasjon lege-pasient*. Oslo: Universitetsforlaget; 2006.
- Lid T.G., Eraker R., Malterud K. «I recognise my-self in that situation...» Using photographs to encourage reflection in general practitioners. *BMJ*. 2004 Dec 18; 329(7480): 1488-90.
- Schön D.A. *The reflective practitioner : how pro-fessionals think in action*. Aldershot: Avebury; 1991.
- The Commonwealth Fund. *Mirror, Mirror 2021: Reflecting Poorly Health Care in the U.S. Com-pared to Other High-Income Countries*. 2021. <https://www.commonwealthfund.org/publications/fund-reports/2021/aug/mirror-mirror-2021-reflecting-poorly> (04.04.2023).

■ KIRSTI.MALTERUD@GMAIL.COM

Ikke bare gøy på landet

■ TROND LØKLING • Psykolog, PwC/NTNU

Mange av dagens gårdbrukere i Norge har en arbeidssituasjon som innebærer høy risiko for psykisk uhelse. De eksisterende ressursene i nettverket rundt bonden kan inneholde et utnyttet potensial, som kan forebygge psykisk uhelse og utbrenthet.

83 prosent av norske bønder er menn (1). Sunn mental helse blant norske bønder er viktig for et godt og forsvarlig dyrehold, for matsikkerheten og lokalsamfunnet, men ikke minst for et godt liv og arbeidsliv for bonden selv. I FNs bærekraftsmål nr. 8, pkt 8.8 står det at det skal jobbes med å fremme et trygt og sikkert arbeidsmiljø for alle arbeidstakere. Formålsparagrafen i arbeidsmiljøloven sier også at alle arbeidstakere har krav på et trygt og forsvarlig arbeidsmiljø, som også skal være helsefremmende.

Likevel viser forskning at det å jobbe i landbrukssektoren, også som selvstendig næringsdrivende, medfører høyere risiko for mentale problemer og psykisk sykdom sammenliknet med andre yrkesgrupper, for eksempel høyere nivå av depressive symptomer (2) og flere symptomer på angst (3). Bønder har også en av de høyeste ulykkesratene på jobb sammenliknet med andre bransjer, der noen av ulykkene også har dødelig utfall.

Endringer i landbruket

Landbruksnæringen har globalt så vel som nasjonalt gjennomgått betydelige endringer de siste tiårene. For det første har antall gårder og gårdsarbeidere i Norge sunket gradvis og drastisk, fra ca 100 000 gårdsbruk i 1989 til de ca. 37 000 gårdsbrukene som er igjen i dag. Det gjør at tettheten av bønder i landet er drastisk redusert, noe som kan svekke muligheten for sosial identitet og tilhørighet, men også støtte fra et større fagfelleskap.

For det andre har det vært en enorm utvikling i teknologi og endring av landbrukspraksis i Norge. Enkelstående gårdbrukere håndterer i dag større åkre og antall husdyr, fjørfe eller andre produksjoner. Økt teknologibruk og større gårdsbruk har for mange bønder vært en nødvendig omstilling for å kunne sikre bærekraftig drift, under de gitte politiske rammebetingelsene. Samtidig skaper den-

ne situasjonen økt risiko i form av større gjeld, som sammen med den relativt negative inntektstrenden siden 90-tallet, gjør at mange bønder påtar seg bijobber for å få endene til å møtes.

For det tredje er samfunnets holdning til arbeidsdeltakelse endret mye de siste tiårene. For eksempel var det på 50- og 60-tallet i større grad en holdning at særlig ektefelle hadde som en viktig oppgave å tilrettelegge for «the working man». Målet var å sikre arbeidsevnen til rollen som hadde hovedansvar for inntekt. I dag er samfunns holdningen heldigvis annerledes, der alle i arbeidsdyktig alder, «the working force», skal ha mulighet til å arbeide som likestilte i arbeidslivet. Likevel er en konsekvens av denne samfunnsendringen at summen av oppgaver i livet og arbeidslivet til en bonde er vesentlig mye større enn for 50 år siden, uavhengig av om bonden har ektefelle og barn eller ikke.

For det fjerde foreligger det i landbruket et økende byråkratisk press om å dokumentere og rapportere. Disse lovpålagte papiroppgavene medvirker til et ytterligere sett med krav, som for noen bønder vipper positivt stress (balanse krav/ressurser) over til det helsefarlige negative stresset (ubalanse mellom krav/ressurser over tid). Legger man til klimaendringer og ustabilitet, sammen med disse overordnede trendene, er det ikke rart flere bønder strever med stor stresspåkjenning. Sett gjennom en psykologisk linse er det grunn til å stille spørsmål ved landbruksnæringens forfatning og i hvilken grad gårdbrukerne håndterer de nye betingelsene og de helsemessige konsekvenser disse i økende grad skaper.

Gjennom kliniske samtaler, kurs i stressmestring og som krisepsykolog for Norges Bondelag i ti år, er inntrykket mitt at bønder er meget selvstendige. Selvstendighet er en styrke som fostrer mestringstro, hardførhet og arbeidsglede. Bonden er avhengig av disse egenskapene i møte med den enorme

bredden i oppgaver som finnes på et gårdsbruk: I tillegg til de landbruksfaglige oppgavene kommer mekaniske fag, HMS, logistikk, økonomi, strategi og ledelse.

I en slik arbeidssituasjon er det risiko for at belastningen kan bli for stor. Når mennesker opplever høyere grad av belastning, opplever vi det vanskeligere å konsentrere oss. Vi står da i fare for å gjøre flere feil. I tillegg begrenser de negative følelsene som da oppstår vårt tanke-handling-repertoar.

Slitne bønder kan oppleve prioriteringskollaps: De løser fremdeles problemer og oppgaver, men de løser ikke de riktige problemene. Dette er en kjent konsekvens hos mennesker som beveger seg mot utbrenthet. Ingen av oss takler alt til enhver tid. Vi kan alle risikere å bli utslitt og befinne oss i kjellertrappa på et tidspunkt i livet. Bønders gange ned mot kjellergulvet foregår ofte i rimelig stillhet, og er dermed vanskeligere å forhindre.

Høy terskel for å be om hjelp

Delvis tror jeg dette skyldes deres tendens til å ville klare det meste selv. En bonde som er på grensen til å bli utbrent kan ha høy terskel for selv å be om hjelp. Ved langvarig stressbelastning minker utskillelsen av oxytocin, et hormon som blant annet fasiliterer tiknytning til andre (5). I tillegg tror jeg fire andre forhold medvirker til at bønder oftere risikerer å bevege seg mot psykisk uhelse enn andre arbeidstakere:

● **Selvstendig næringsdrivende arbeider ofte alene og dermed er det færre som kan oppfatte signalene om overbelastning.** Mens andre arbeidstakere blir fanget opp av ordinære og ofte nære roller som leder, kollega eller et verneombud, har sikkerhetsnettet rundt bonden for store masker, noe som gjør at bonden lettere glir gjennom nettet. Selv om noen bønder jobber nært dyr, har dessverre ikke dyr evnen til å «speile» bonden, og selvfølgelig ikke påvirkning til å veilede



Selvstendig næringsdrivende arbeider ofte alene og dermed er det færre som kan oppfatte signalene om overbelastning. ILLUSTRASJONSFOTO: COLOURBOX

bonden til ressurser som kan hjelpe. Til det trengs et annet menneske.

- ② **Mennesker er grunnleggende selvbeskyttende.** Det betyr at vi misliker å dele det vi ikke får til, eller tror andre vil dømme oss negativt for. Skal vi dele og bekjenne noe sårbart, trenger vi ofte en trygg person å snakke med, en som vi vet vil oss vel. For en bonde kan det være både ektefellen, fastlegen, naboen, avløseren, rådgiveren fra Tine, regnskapsføreren eller en annen rolle med tilknytning til gårdsbruket. Dilemmaet er at de fleste av disse rollene reelt sett har liten tid med bonden i løpet av en uke eller en måned. Forutsetningene for å skape en trygg og tett dialog, som muliggjør at viktig skambelagt informasjon kommer på bordet, blir da svakere enn i flere andre sektorer.
- ③ **Det er ikke lett å selv oppdage og erkjenne når man er i ferd med å bli utbrent.** Livet går i bølger og det er ikke alltid lett å vite om bølgedalen er liten eller stor. Jeg har mange ganger gjort kliniske tester av bønder, med gradering av somatisering, angst og depresjon, hvor bonden normaliserer symptomene. Noen mener at det går vel helst over, mens andre overser eller fortrengrer vur-

deringen av bølgedalens dybde. Rollen til mange gårdbrukere i dag gir verken rom eller tid for å justere kursen, ansvarsporteføljen er for stor. For å endre en helsefarlig spiral av overbelastning, trengs først den verdifulle bevisstheten om egne grenser, ofte signalisert gjennom kroppslige symptomer, følelser og tanker, men også kunnskap om symptomene som kan indikere utbrenthet. Inngangen til slik symptomforståelse og endring finner noen i fjøsstellet eller når de sitter i traktoren og tresker jordet. Andre har ikke tilgang til denne bevisstheten, og blir dermed fort fanget i eksisterende stressmønstre.

- ④ **Frykten for å bli stigmatisert kan lede til atferd der de som har mentale utfordringer unngår å søke eller motta behandling.** Stigma er en ledende årsak til utilstrekkelig behandlingssøk og underutnyttelse av psykiske helseressurser (6). Sammenliknet med problemstillinger som omhandler fysisk helse, er psykiske problemer og lidelser uforholdsmessig stigmatisert. Selv om åpenheten om psykisk helse i samfunnet og landbruket har blitt større, erfarer jeg at det fortsatt er nødvendig med oppmerksomhet mot dette for å effektivt drive forebygging.

Utvikling av Bondens nettverk

I Innlandet fylkeskommune er det nylig blitt utviklet et tiltak som kalles Bondens nettverk, som forsøker å kompensere for de beskrevne barrierene. Det er en systematisk arbeidsmetode der kjente og eksisterende støttespillere og ressurser rundt et gårdsbruk koordinerer seg i større grad, og stiller opp om bonden ønsker det. Nettverket består av ulike lokale aktører som har tilknytning til landbruket og som kan kontaktes av bonden selv eller andre som er bekymret for bondens situasjon og helse. Aktørene i nettverket kjenner til hverandre og kan hente inn riktig kompetanse ut fra behov og bondens samtykke. Det er kun de aktørene som det er aktuelt for bonden å få hjelp av som vil kjenne til den aktuelle situasjonen.

Bondens nettverk ser på mental helse som et kontinuum, og ønsker å bidra til at bonden selv eller aktørene rundt bonden klarer å gjenkjenne forhold eller mønstre som kan signalisere om bonden sliter, kan ha nytte av ekstra støtte, og/eller bør søke profesjonell behandling. Det skal være lav terskel for å ta kontakt. Nettverket skal bry seg på en positiv måte, tilgjengeliggjøre en oversikt over ressurser som kan bistå når behovet oppstår, samt bidra til å alminne-



ILLUSTRASJONSFOTO: COLCOURIERX

◀ *Bondens nettverk er en systematisk arbeidsmetode der kjente og eksisterende støttespillere og ressurser rundt et gårdsbruk koordinerer seg i større grad, og stiller opp om bonden ønsker det.*

lettet kan initiere dialog med bonden og sette inn riktige ressurser.

En tredje styrke er at initiativet til mulig hjelp kommer fra støttesystemet rundt bonden, noe som kan minimere tilskuereffekten, hvor man tror at andre vil ta ansvar for situasjonen. En siste styrke er at aktivisering av Bondens nettverk ikke trenger å skyldes psykiske problemer og risiko for stigmatisering, men like gjerne kan gjelde mer nøytrale tema, som praktisk bistand, landbruksfaglige råd eller bare to ører som lytter.

Bondens nettverk er nå etablert i snart 30 kommuner i Innlandet, og Statsforvalteren i Innlandet har på vegne av Landbruksdepartementet nylig bevilget midler til at kunnskapen og læringen fra prosjektet skal overføres til andre fylkeskommuner som hjelp til å etablere slike nettverk i hele landet. Dette arbeidet er nå godt i gang, og vil forhåpentlig være en ressurs å spille på for fastleger som møter bønder som opplever symptomer på stress.

REFERANSER

1. Statistisk Sentralbyrå. 2023. 15. juni 2023 <https://www.ssb.no/jord-skog-jakt-og-fiskeri/jordbruk/statistikk/gardsbruk-jordbruksareal-og-husdyr>.
2. Torske M.O., Hilt B., Glasscock D., Lundqvist P. & Krokstad S.
3. Anxiety and Depression Symptoms Among Farmers: The HUNT Study, Norway. *Journal of Agromedicine*, 2016; 21(1), 24–33. DOI:10.1080/1059924X.2015.1106375.
4. Sanne B., Mykletun A., Moen B.E., Dahl A.A. & Tell G.S. Farmers are at risk for anxiety and depression: The Hordaland Health Study. *Occupational Medicine*, 2004; 54 (2), 92–100. DOI: 10.1093/occmed/kqh007.
5. Mitroff, I. I., & Featheringham, T. R. (1974). On systemic problem solving and the error of the third kind. *Behavioral Science*, 19, 383–393.
6. Kim H.S., Sherman D.K., Sasaki J.Y., Xu J., Chu T. Q., Ryu C., & Taylor, S.E. Culture, distress, and oxytocin receptor polymorphism (OXTR) interact to influence emotional support seeking. *Proceedings of the National Academy of Sciences*, 2010; 107(36), 15717–15721.
7. Clement S., Schauman O., Graham T., Maggioni F., Evans-Lacko S, et al. What is the impact of mental health-related stigma on help-seeking? A systematic review of quantitative and qualitative studies. *Psychol. Med.* 2015; 45(1): 11–27.
8. Logstein, B., Winsvold A., Løkling T., Almaas H. T., Strand M., Thorud L., Opsahl S. 2020. Rapport nr. 1/2020, Forprosjekt psykisk helse i landbruket, forebygging og beredskap. 15. Juni 2023 <https://innlandet.nlr.no/files/documents/Innlandet/20200131-Rapport-forprosjekt-levert-IFK-og-FMI.pdf>.

liggjøre det å få psykiske problemer eller komme ut for en krise.

Innlandet fylkeskommune tok i 2019 initiativ til å kartlegge de nasjonale og regionale tiltakene som var implementert med mål om å forebygge psykisk uhelse blant norske bønder. Som faglig støttesurs utarbeidet jeg sammen med Ruralis, Nasjonalt fagkompetansesenter for landbruks helse på St. Olavs hospital og Norsk Landbruksrådgivning en rapport som blant annet analyserte ti ulike tiltak hvor det forelå dokumentasjon på organisering, innhold og effekter (7). Bondens nettverk ble vurdert som det mest effektive tiltaket,

særlig fordi det i sin organisering benytter eksisterende ressurser rundt bonden, noe som minimerer risikoen for at tiltaket visner over tid.

Riktige ressurser og god koordinering

Bondens nettverk har flere styrker. Én er å tilgjengeliggjøre ressurser som kan bistå med å håndtere rotårsakene til stresset som leder til psykisk uhelse. En annen er styrket koordinering mellom aktører som kjenner til gårdbrukeres arbeidsmiljø. Denne koordineringen kan bidra til et mer helhetlig bilde av situasjonen og hvilken ressurs som

■ TROND@SEMJE.COM

Prostataprat

■ NJÅL FLEM MÆLAND • Redaktør i Utposten

Det enkle er ofte det beste. Noen ganger fungerer det slik. Opparbeidet tillitt kan være nok til at pasienten raskt konkluderer: *Om du mener jeg ikke bør gjøre det, så stoler jeg på deg.* Andre ganger kan en samtale om å ta eller ikke å ta PSA testen fortone seg som en «å være eller ikke å være» samtale.

– Da har du ordnet opp med alt jeg ville ta opp med deg i dag. Det var bare en liten ting til: Nå når du først tar blodprøver, så vil jeg gjerne at du også tar en slik prostataprøve.

– Du tenker på å ta en PSA test.

– Ja. Før ble det tatt på den årlige kontrollen hos bedriftslegen, men det er det jo slutt på. Flere naboer har sagt at jeg må få tatt den, og en kollega har fått prostatakreft. Han ville ikke ha vært i live om ikke legen hans hadde tatt testen.

– Så derfor har du tenkt at det kan være lurt å ta en slik test.

– Ja, og så har jo vi mye kreft i familien, da. Både bestemor og min far døde av kreft, og flere onkler har hatt kreft.

– Jeg forstår at du er bekymret. En kollega av deg har fått prostatakreft, og det er mye kreft i familien din. Kan jeg spørre om noen av krefttilfellene i familien er prostatakreft?

– Nei, ikke som jeg vet, eller det var noe med prostata hos en onkel. Far fikk jo noe i magen, tror jeg.

– Ok. Det er jo som du selv sier fort gjort å sette det krysset på blodprøveskjemaet, men jeg syns ikke jeg kan gjøre det uten at du vet litt mer om hva det innebærer, og hvilke fordeler og ulemper det er ved å ta denne testen.

– Hva mener du? Det må jo være en fordel å finne kreften så fort som mulig? Min kollega ville jo vært død i dag om han ikke hadde tatt testen tidlig.

– Jeg forstår godt at du tenker slik, og det virker jo også veldig enkelt: Finn kreften tidlig, og gjør noe med den slik at den stoppes. Det har også legene tenkt, og forsøkt å gjøre nettopp det. Og litt overraskende så viser det seg at det kanskje ikke er så lurt likevel.

– Det kan jeg ikke begripe!

Det er jo opplagt, og min kollega ville jo ha

vært død i dag om ikke han tok den prøven!

– Jeg forstår. Vi må ta dette litt grundig. La meg begynne med å si at anbefalingene fra helsemyndighetene er at du kan ta prøven om du vil, men bare etter å ha blitt informert om den, også om ulempene. Og jeg må selv innrømme at dette er litt vanskelig å forstå og å snakke om. Men vi forsøker.

– Javel.

– Altså: Dersom det var slik at vi bare fant kreft, og kunne behandle det enkelt og greit, og så helbrede folk fra noe de senere ville blitt syke og dødd av, så var det jo ikke noe problem. Men slik er det faktisk ikke. Det er flere grunner til det. For det første så har vi store problemer med å skille mellom det som bare ser ut som kreft, og det som faktisk er kreft. Det gjør at mange vil bli behandlet uten at de egentlig er syke. Det er altså et problem med å ta PSA: At man kan bli kreftpasient unødvendig, og at man da må gjennom behandling. Og så er det slik at dette kan være en ganske trasig behandling. Mange av de som opereres blir inkontinente for urin, og - eller mister potensen. Det er jo kjedelig dersom det skjer helt unødvendig.

– Ja, men det er jo verre å dø av kreft!

– Ja. Men det er jo også slik at dette er forsøkt i praksis, og det viser seg at de som blir undersøkt med PSA, og så får

behandling, likevel ikke lever lengre enn andre. Dog må jeg si at det er noe uenighet om disse tallene, men jevnt over er dette de fleste sin mening. Dersom det er en gevinst, så er den i alle fall minimal.

– Dette skjønner jeg virkelig ikke. Det er jo bare å ta en blodprøve.

– Ja, det er det jo - i første omgang. Men har man først tatt prøven, så får man et resultat å forholde seg til. Det vanskelige valget er her og nå. Det er dumt å ta prøven om man etterpå bestemmer seg for ikke å bry seg om et dårlig svar. Det vil jo være vanskelig. Det eneste man har oppnådd da, er å få en bekymring.

– Hva vil du gjøre da? Tar du prøven selv?

– Nei, jeg ønsker ikke å ta prøven, og det gjelder nok de fleste av kollegene mine, så vidt jeg vet. Jeg tenker som så at jeg vil heller dø eller skades av sykdom, enn av behandling, og på en måte så er det det som er valget.

– Nei, dette var vanskelig. Men jeg har jo tillit til deg, så det er kanskje noe i det du sier. Men jeg er ikke sikker.

– Jeg tenker du bør få skriftlig informasjon hvor du kan lese mer, og så kan vi eventuelt ta en samtale til om det.

– Nei, jeg har vel bestemt meg for å følge ditt råd, tror jeg.

– Det er greit, men det er en ting til jeg må si før vi avslutter. Jeg må vite at du ikke blir sint på meg om du om ti år får, eller også dør av prostatakreft.

– Hva? Hva mener du nå?

– Prostatakreft er den vanligste kreftformen hos menn, og noe slikt som hver åttende mann vil få prostatakreft. Altså vil i snitt én få prostatakreft i løpet av resten av livet, om jeg har åtte slike samtaler som i dag. Det ville jo være ille om hver åttende mann jeg er fastlege for satt igjen med en følelse av å bli syk på grunn av meg. Jeg vil at de som velger ikke å ta PSA må forstå at utfallet ville blitt det samme, selv om de hadde tatt testen da de var hos meg.

– Dette er virkelig forvirrende!

– Ja, jeg forstår, det virker som om jeg først forklarer en ting, så det motsatte, men egentlig sier jeg det samme: Du oppnår ikke beskyttelse av å ta PSA-testen, derfor kan det være lurt å la være. Verden er usikker

– vi kan bli syke. Foreløpig klarer vi ikke å beskytte oss mot prostatakreft, enten vi tar, eller ikke tar PSA.

– Nei, jeg vet sannelig ikke hva jeg skal si eller tro. Dette som skulle være så enkelt.

– Kanskje vi må ha en samtale til likevel.

Og en samtale til ble det! For pasienten føles spørsmålet som et «være eller ikke være» – selv om jeg vet at det nettopp er det det ikke er. Men for meg på en travel dag som fastlege kan slike små bestillinger fort bli mitt «være eller ikke være»...



PSA-test – et være eller ikke være – for pasienten eller for fastlegen?

■ NFLEM@ONLINE.NO

KJØNNSINKONGRUENS: Aktuelt og kontroversielt

■ MONICA BERG | HENRIK RICHTER HAMMEREN • Fastleger i Trondheim

Det har vært skrevet mye om kjønnsinkongruens i media de siste årene. Fra å være et svært sjeldent tema på allmennlegens kontor, har dette blitt noe vi må forholde oss til oftere og oftere. Volumet av pasienter hvor temaet er relevant, er likevel lavt sammenlignet med de store folkesykdommene. Det kan være en årsak til at tidligere forsøk på å arrangere kurs om kjønnsinkongruens har endt med avlyste kurs på grunn av få påmeldte. Det håper vi ikke skjer igjen!

Vi som skriver dette, er to fastleger i Trondheim som skal arrangere emnekurs i kjønnsinkongruens under Nidaroskongressen i oktober 2023. Temaet oppleves viktig fordi det har stor betydning å gi et godt pasientmøte til de relativt få med en slik problemstilling. Dette er mennesker; barn, ungdommer, voksne, foreldre, som kan ha følt på avvisning og ambivalens både fra familie, fra venner og i skole og jobb, og som også kan ha opplevd avvisning og manglende kunnskap fra helsevesenet. Pasientene har altså stor sårbarhet. Samtidig er det et tema vi som leger ofte kan lite om, og som for mange av oss er nytt og fremmed. Det skaper risiko for et vanskelig møte med helsevesenet dersom de blir møtt med man-

glende kunnskap. Dette er vår motivasjon for å arrangere et «Regnbuekurs» på Nidaroskongressen i oktober 2023.

Frøet til kurset ble sådd allerede sommeren 2021. Vi utvekslet erfaringer fra egen praksis og opplevde at vi begge hadde få pasienter med kjønnsdysfori og kroppsdysmorfobi. Ved de konsultasjonene vi har hatt, har vi lett etter faglige termer og trygghet. Vi har strevd med å finne ut hvordan vi best kan hjelpe den enkelte pasient videre i helsetjenesten. I samtaler med allmennlegekolleger har vi fått høre at vi ikke er alene om å oppleve det slik. Vårt strev har vi altså til felles med andre fastleger.

Disse erfaringene, sammen med et økt mediefokus og insentiver fra helsemyndighetene om økt fokus på LBGTQ-helse, inspirerte oss til å lage et klinisk emnekurs i kjønnsinkongruens. Veien frem til et ferdig kursprogram har vært lærerik, bevisstgjørende og til tider utfordrende. Innad i det norske fagmiljøet mangler det felles konsensus og retningslinjer. Noen steder i landet foreligger det kommunale helsetilbud til gruppen, men det er store forskjeller mellom kommuner og spesielt distrikt versus sentrale områder. Mens vi planla

kurset, ble det offentliggjort at det skal opprettes regionale kompetansesentre for kjønnsinkongruens. Pasientene vil da forhåpentligvis få et mer lokalt helsetilbud, mot at de tidligere har måttet reise til Rikshospitalet for vurdering og behandling. Disse kompetansesentrene har imidlertid latt vente på seg, og så langt er det fastlegene som har hatt hovedoppfølgingen av denne gruppen.

Vi har i løpet av vår prosess forstått at viktige læremål er å bli trygge på faglige termer og retningslinjer, og hvordan man kan kommuniserer om kjønn og seksualitet på en god måte. Like viktig er kunnskap om hvordan allmennlegen kan gi god oppfølging til pasienter med kjønnsinkongruens og kroppsdysmorfobi. Dette har vært førende for vår planlegging av kurset. Vi håper at emnekurset vil vekke interesse for temaet blant landets allmennleger, og være et bidrag til et bedre helsetilbud for personer med kjønnsinkongruens. Økt kunnskap gir bedre praksis. Et klinisk emnekurs i «Regnbuemedisin» kan gi økt kunnskap og bedre praksis!

■ HENRIK.HAMMEREN@GMAIL.COM

Kun for helsepersonell

TrioBe®

B₁₂ / B₆ / folsyre

TRIO-2022-0014-12/22



Praktisk økonomi



Otto Armin Smiseth
Managing a Hospital
 How to Succeed as
 a Clinical Leader in
 the Post-Pandemic Age
 Springer 2023 Business
 Guides on the Go
 ISBN 978-3-031-17610-4
 ISBN 978-031-17611-4 (eBook)

Otto Smiseth har en inter-
 essant faglig utvikling bak
 seg. Hjertemedisin har gått
 gjennom hele historien.

Professor Ole D. Mjøs i Tromsø var hans mentor og veileder som doktorgradskandidat. Etter hvert har han dreiet interessen mer mot samfunnsmedisin. Boken har som målgruppe ledere i helsetjenesten, men også jurister og politikere. Kommuneoverleger vil kjenne seg igjen i beskrivelsene. Den beskriver hvordan en stor medisinsk seksjon bør ledes. Du får vite om både feil og suksess. Hele veien må helsepersonell møte pasienten med respekt og sympati. Boken understreker viktigheten av å legge opp en god prosess, og følge den. Ledere må ikke ha oppmerksomheten hele tiden på å kontrollere medarbeidere, men å bruke tid på å utvikle bedre tjenester.

Boken er sterk på praktisk økonomi. Følg nøye med på tallene, og ta kontroll på økonomien. Ikke la økonomien ta kontrollen fra deg. Bruk poliklinikken, dagkirurgi og ha en god sykehushotellfunksjon. Frittstående poliklinikker er ofte effektive. Bunnlinjen er hvordan du ser, samarbeider og behandler dine ansatte.

Otto Smiseth har en bred erfaring. Han var på Karlsøy i turnus og tok doktorgraden i Tromsø. Interessen for samfunnsmedisin og ledelse, førte til at han tok en master i helseledelse, «Ole Berg kurset». Ledelse av norske, europeiske og internasjonale kardiologiske selskaper har vært en stor del av hans lederfunksjon. I nesten 20 år ledet han hjerte og lungemedisin, først på Rikshospitalet og senere i Oslo universitetssykehus. Han satt som toppleder i Oslo Universitetssykehus, OUS, helt frem til starten på koronapandemien. Som leder på Rikshospitalet var han også kongens livlege i mange år.

Boken har 150 sider og 10 kapitler. Dette gir en god oversikt. Jeg vil nevne to eksempler på viktige erfaringer:

Ta kontroll på økonomien: Betalingsordninger diskuteres inngående. Sykehus i Norge betales stort sett etter hvor mange som behandles, fee for service. Faren er forskjellen mellom anbefalt medisinsk praksis og kostnad-effektiv praksis. Ofte vil spesialister som lager anbefalinger ikke ta i betraktning kostnader. Resultatet kan bli overbruk av for eksempel PETscan og dyre medisiner, uten at kvaliteten bedres. Derved øker avdelin-

gens underskudd. Forfatteren anbefaler økt bruk av frittstående poliklinikker. Flere og flere inngrep vil bli behandlet effektivt og godt på denne måten i fremtiden. Det understrekes at lederne må hele tiden vite hvor mange ansatte de har, hvor mange inngrep som foretas, og hvordan kostnader på billediagnostikk og forbruksmaterieell utvikler seg. Ha kontroll på tallene!

Kontakt med media: Hvis du blir oppringt av en journalist bør du ikke svare med en gang. Be dem sende en melding med spørsmålene. Kontakt informasjonsavdelingen. De vet om andre som har blitt kontaktet med de samme spørsmål. Derved vet du hva andre har svart. På TV er det nødvendig å forberede seg godt. Bruk informasjonsavdelingen. Forbered et eller to viktige poeng som du kan gjenta mange ganger. Hvis du har mange poeng, vil seerne falle av. Selv om du blir intervjuet av journalisten, er det publikum du skal nå med ditt budskap.

Springer forlag er et av de største forlagene i Europa. Boken er godt utstyrt med mange gode figurer og en figurliste. Referansene er oppdatert, forkortelser og fremmedord er forklart. Otto Smiseth skriver utmerket engelsk, og tilpasset ikke-leger.

PER WIUM

Per Wium er pensjonert samfunnsmedisiner. Han har i ti år vært helsedirektørens rådgiver i internasjonal helse. Per Wium var forfatterens rådgiver i sentral helseforvaltning og internasjonal helse.

Tildelinger av AFU-stipend for høsten 2023 (tildelt mai 2023)

NAVN PÅ SØKER	PROSJEKTNAVN	HOVEDVEILEDER	TILKNYTNING/ INSTITUSJON
Elin Tora Hoel	Kostnadseffektivitet og pasienterfaringer med en Smerte- Og Samhandlingsplan (SOS-plan) ved utskrivelse fra sykehus etter alvorlige skader. En registerstøttet randomisert kontrollert studie og en kvalitativ intervjustudie av deltakende pasienter	Trygve Skonnord	UiO
Kjell Arne Helgebostad	Føringer og faglige råd om forskrivning og nedtrapping av benzodiazepiner i Skandinavia	Trygve Skonnord	UiO
Andreas Pahle	Pain Reprocessing Therapy (PRT) for langvarige ryggmerter i allmennpraksis, en planlagt randomisert kontrollert studie	Trygve Skonnord	UiO
Marit Tuv	Oppfølging av menn som etterlatte ved selvmord – fastlegens rolle	Torunn Bjerve Eide	UiO
Marita Fløtre	Fysisk aktivitet som medisin på legekontoret – erfaringer ved bruk av Personlig Aktivitets Intelligens som motivasjonsverktøy	Thomas Mildestvedt	UiB
Jorunn Nygård	Fastlegens og pasientens fortellinger/fortelling på fastlegekontoret	May-Lill Johansen	UiT
Christine Agdestein	Women's health and sexual function after birth – a prospective cohort study in the population-based Trøndelag Health Study (HUNT)	Bente P. Mjølstad	NTNU
Øyvind Stople Sivertsen	Seksuell helse og fysisk aktivitet hos eldre	Håvard Skjellegrind	NTNU
Björg Marie Vabø	Kronisk nyresvikt i allmennpraksis	Ingvild Vatten Alsnes	UiS
EKSTRASTIPEND			
Tonje R. Johannessen	One-hour Troponin using a high-sensitivity Point-Of-Care assay in emergency primary care pilot: OUT-POC pilot study	Odd Martin Vallersnes	UiO
Bent Håkan Lindberg	Bruk av celleteller ved vurdering av luftveisinfeksjoner	Sigurd Høye	UiO
Trygve Sølberg Ellingsen	Kartlegging av psykiske symptomer hos flyktninger ved tre måneder – hva fanges opp?	Johanna Laue	UiT

Det er langt igjen



Kristine Sommerset Bjartnes
Kvinnehelse i krisetid
 Pandemiens konsekvenser i Norge og verden
 187 sider, Universitetsforlaget, Oslo 2023
 ISBN 978-82-15-05465-0

Først som sist: Denne boken er rystende lesning. Sakset fra baksideteksten: Forfatteren gir

«oss en grundig innføring i hva seksuelle rettigheter er og hvordan det praktiseres ulike steder i verden. Hun tar oss også med i poli-

tikken bak, viser oss hvordan kampen om kvinnekroppen fortsetter å forme både nasjonal og internasjonal lovgivning og praksis.»

Og hvordan ble så forholdene for kvinnehelse – i vid forstand – rammet under pandemien? Overskriftene i bokens innholdsfortegnelse peker på det essensielle som omtales:

- Hva er seksuelle rettigheter?
- Politisk styring av kvinnekroppen
- Prevensjonsmidler
- Abort
- Svangerskap, fødsel og barsel
- Vold
- Seksuelle rettigheter mellom nedstengning og nedprioritering

Forfatteren har solid bakgrunn for å kunne formidle vesentlige elementer innen tematikken. Blant mange engasjementer gjennom årene kan nevnes rådgiver for Sex og Politikk, det norske organisasjonsmedlemmet i International Planned Parenthood Federation (IPPF). Hun var påtenkt som deltaker på FN's kvinnekongress i New York i 2020, «den største årlige begivenheten og møteplassen i verden for diskusjon

og beslutninger om kvinners rettigheter.» Konferansen ble avlyst, og «det rant inn med e-poster fra kollegaer, organisasjoner og FN-kontorer rundt omkring i verden med bekymringsfulle meldinger om kvinners situasjon i nedstengte samfunn.»

Den franske filosofen og forfatteren Simone de Beauvoir (1908–1986) uttalte for mange år siden at

«Glem aldri at en politisk, økonomisk eller religiøs krise vil være nok til å så tvil om kvinners rettigheter. Disse rettighetene kan aldri tas for gitt. Dere må være på vakt hele livet.»

Hva kan vi så lære etter koronapandemien? Forfatteren lister opp noen helt vesentlige forhold:

- ❶ Kvinners rettigheter og helsesystemer må prioriteres, også før krisene inntreffer.
 - ❷ Kjønn- og likestillingsperspektiver må innlemmes i kriseberedskapen.
 - ❸ Det må tas høyde for at kriser rammer ulikt – og forsterker forskjeller.
- Boken anbefales.

ELI BERG



En lege møter veggen



Eirik Nordmo
Innlagt.
 Fastlegens dagbok
 144 sider
 Lyrikkforlaget
 Hommersåk 2023
 ISBN 978-82-83-98305-0

Fra bokens baksidetekst:

«Sommeren 2021 raser verden sammen for fastlegen Eirik Nordmo. Hans dobbeltliv blir avslørt. Han har holdt fasaden som populær fastlege, med en av landets ti lengste ventelister. Men i skyggen har livet vært preget av spill og rusavhengighet, selvmordstanker og depresjon. Det siste han mister er legelisen. Seg selv har han mistet for lengst, og han blir innlagt på lukket psykiatrisk akuttpost i tre måneder for behandling på Trasopklinikken».

Denne utgivelsen er en kopi av kollega Nordmos dagbok under oppholdet. Nettopp det å daglig skrive ned egne tanker og refleksjoner underveis var en viktig del av behandlingen på Trasopklinikken. Boken er åpenhjertig, innsiktsfull og med en selvrespekt midt oppi alt det svært vonde han har vært igjennom. For leseren er dette en bok det er vanskelig å legge fra seg før en har lest det hele fra perm til perm.

Hver dag skriver han en liten tekst, presentert nærmest som lyrikk og med et innhold så fortettet, ærlig og åpenhjertig at bare det i seg selv viser hvilken innsikt han fortløpende erverver gjennom sin egen prosess. Det er bare å «ta hatten av» og berømme ham for at han ønsker å gi ut et så detaljert dokument over sin egen tøffe og grundige prosess. Litterært – og ikke minst innholdsmessig – er denne utgivelsen en perle for oss kolleger- og mange andre.

I forordet til boken skriver kollega Nordmo innledningsvis:

«Dagboken er skrevet rett fra hjertet og speiler mine tanker og følelser den dagen jeg skrev. Dette er altså ikke min livshistorie. Den handler heller om hva som opptok meg der og da. Derfor er innholdet like springende i temaer og innhold som mine tanker og følelser var Det er mitt håp at alle disse fragmentene satt sammen vil gi leseren en form for helhet. En helhet som forteller om hvordan et liv kan gå i stykker, men også om hvordan tro og håp kan forandre alt. Boken handler om kampen mot mine egne demoner. Og om engler jeg møtte på min ferd. Boken er meg. Upolert»

«Det er så mørkt og kaldt før daggry.
 Mitt livs daggry har begynt,
 Etter den lengste natten.

«Dette er en bok om håp.
 Det er også en kjærlighetshistorie».

Boken anbefales.

ELI BERG



Trygghet for pasienten og tidsbesparende for legekantoret*

Over 1 million unike brukere og nesten 10 millioner innlogginger bekrefter behovet for pasientportalen.

Vår brukerundersøkelse med 519 pasienter viser at:

84%

føler seg tryggere etter at de tok i bruk FÜRST Pasient

58%

har mindre behov for å kontakte legekantoret

99%

opplever FÜRST Pasient som nyttig

*Se furst.no/bu2023

furstpasient.no
furst.no

FÜRST

En verdifull bok for enhver



Ronny Aaserud
Kjønnsinkongruens hos ungdom
 Hvordan kan man forstå ungdom som er usikre på egen kjønnsidentitet?
 261 sider
 Gyldendal Akademisk
 Oslo 2021
 ISBN 978-82-05-53136-9

Her var det mye å lære! En bok som kommer i «rett tid», vil jeg tro. Det har ikke manglet debatter om temaet i media den siste tiden.

Hva vet vi, og hva tror vi? Hva antyder forskningen, og hva sier terapeuter om forekomsten av usikkerhet om egen kjønnsidentitet? Og ikke minst viktig: Hva sier personer som selv har erfart at de er født med feil kropp?

Alt dette blir grundig drøftet av psykologspesialist/spesialist i sexologisk rådgivning Ronny Aaseruds i hans bok om tematikken. Sakset fra baksideteksten:

«Ungdom i dag identifiserer seg som gutt, jente, både gutt og jente, trans, ikke-binær eller som usikker eller kjønns-spørrende Den korrekte betegnelsen for manglende overensstemmelse mellom kjønnsidentitet og tildelt kjønn ved fødsel er i dag kjønnsinkongruens.»

Og videre:

«Hvordan kan du som profesjonell hjelper eller nærstående forstå dette fenomenet, og hvordan møter vi disse ungdommene på en god måte? Hvordan kan vi utforske kjønnsidentitet sammen med ungdommen?»

Bokens innhold er av det jordnære slaget – og med vitenskapelige løft som støtte. En antydning av tematikken følger her i form av noen kapitell-overskrifter:

- Årsaksfaktorer
- Utforskende samtaler med ungdom
- Psykiske tilleggsvansker
- Kjønnbasert minoritetsstress
- Autisme og kjønnsidentitet
- Hormoner og kirurgi
- Seksuelle erfaringer
- Etisk stress – og hjelperen

Forfatteren poengterer at boken er ment som «en innføringsbok mer enn en fyllestgjørende lærebok på et felt som fortsatt er ukjent for mange.» I tillegg til flere fagpersoner innenfor helse- og sosialfeltet vil boken kunne være «god å lese for deg som er forelder eller nærmeste omsorgsgiver ... som trenger kunnskap for å bli trygg nok til å kunne gi barnet ditt den støtten og aksepten det trenger for å kunne utforske kjønnsidentiteten sin og bevare god psykisk helse og livskvalitet.»

Til slutt i boken beskriver forfatteren et konkret forslag til en modell for samtalegrupper med ungdom med kjønnsinkongruens.

Anbefales.

ELI BERG

SKUP Ny logo og hjemmeside for SKUP

Skandinavisk evaluering av laboratorieutstyr for pasientnær analysering, SKUP, har lansert ny logo og ny nettside. Vår nye logo er enkel og moderne og representerer de tre organisasjonene i samarbeidet gjennom den fargede linjen under logoen. Den nye nettsiden er enkel å navigere. Det er lett å finne relevant informasjon om SKUP-evalueringen samt å laste ned publiserte sammendrag og rapporter.

Hva er SKUP og en SKUP-evaluering?

SKUP er et skandinavisk samarbeid mellom DEKS i Danmark, Equalis i Sverige og Noklus i Norge. SKUP har som hensikt å forbedre kvaliteten på pasientnær analysering ved å gi objektiv og leverandøruavhengig informasjon om analytisk kvalitet og brukervennlighet til pasientnære analyseinstrumenter. Siden oppstarten har SKUP utført over 130 evalueringer av laboratorieutstyr, fra hurtigtester for påvisning av SARS-CoV-2 og Strep A, til mer komplekse pasientnære instrumenter som kan analysere f.eks. HbA1c, CRP eller glukose. Sentralt for en SKUP-evaluering er at en

rapport fra evalueringen av utstyret vil bli publisert på våre nettsider, dersom utstyret er lansert på det skandinaviske markedet. I tillegg til rapporten blir det utarbeidet tilhørende sammendrag på engelsk, norsk, dansk og svensk.

En SKUP-evaluering starter vanligvis med at en produsent tar kontakt med SKUP for å bestille en evaluering av utstyret sitt. Hver evaluering får en dedikert koordinator som har ansvar for evalueringen og det praktiske arbeidet, men SKUP-personell fra alle tre landene er alltid involvert i det overordnede arbeidet for hver evaluering.

Analytisk kvalitet og brukervennlighet

I tillegg til at den analytiske kvaliteten til utstyret blir vurdert, gir helsepersonellet som har vært med på å teste utstyret også tilbakemelding på brukervennligheten gjennom et standardisert spørreskjema utviklet av SKUP. Unikt for SKUP-evalueringen er at utstyret blir testet under reelle forhold av de tiltenkte brukere av utstyret, som f.eks. helsepersonell ved legekantor. Testresultatene i en SKUP-rapport kan brukes både av produsenten som bestilte evalueringen, men også som støtte til de som skal kjøpe inn nytt utstyr.

SKUP sin nye hjemmeside kan besøkes på: www.skup.org



OVERVEKT OG FEDME

Klar risikofaktor for astma

Det er en statistisk signifikant risiko for astma hos personer med overvekt eller fedme. Det bekrefter forskere som har gjennomgått kunnskapsgrunnlaget for sammenhengen mellom overvekt og fedme og astma. Ved ti kilo vektøkning, økte risikoen for astma med 33 prosent. Astmarisikoen økte med 32 prosent ved fem skår høyere kroppsmasseindeks og med 26 prosent ved ti centimeter økt midjemål. Det var en klar dose-effekt mellom høyere nivå av overvekt/fedme og høyere risiko for astma. Meta-analysen er basert på 16 kohortstudier med til sammen godt over 1,1 million deltagere ut ifra søk i PubMed og EMBASE frem til mars 2021.

● Scientific Reports (G Parasuaraman et al), mai 2023, doi: 10.1038/s41598-023-31373-6

68

studier er inkludert i en systematisk kunnskapsoversikt og meta-analyse av kohortstudier på blodtrykk, hypertensjon og atrieflimmer. Personer med hypertensjon hadde 1,5 ganger høyere risiko for atrieflimmer sammenlignet med personer uten hypertensjon. For personer med et blodtrykk rundt 180/110 mmHg, var risikoen for atrieflimmer 1,8 til 2,3 ganger høyere enn for de med et blodtrykk på 90/60 mmHg.

Det var en relativt høyere risiko for atrieflimmer for hver 20 mmHg økning av systolisk blodtrykk enn for hver ti mmHg økning i diastolisk blodtrykk. Sammenhengen mellom økt systolisk blodtrykk og atrieflimmer viste en lineær økning, mens det samme ikke var tilfelle for økning av diastolisk blodtrykk.

● European Journal of Epidemiology (D Aune et al), januar 2023, doi: 10.1007/s10654-022-00914-0

FEDMEKIRURGI

Mer magesmerter etter operasjon

Forekomsten av kroniske magesmerter var nesten doblet to år etter fedmeoperasjon, sammenlignet med før fedmekirurgi, ifølge ny forskning. For gastrisk bypass-operasjon økte forekomsten fra 11,9 prosent til 28,7 prosent. Etter gastrisk sleeve-operasjon, økte forekomsten av smerter fra 14,3 til 26,9 prosent. De som rapporterte kroniske magesmerter etter operasjon, hadde også andre mage-/tarmplager, spesielt fordøyelsesplager etter gastrisk bypass-operasjon og refluks etter gastrisk sleeve-operasjon. Studiepopulasjonen rapporterte om bedre livskvalitet etter operasjon, selv om det var lavere skår hos dem med kroniske magesmerter. De som var plaget av smerter eller refluks før operasjonen, hadde høyere sannsynlighet for økte plager også etter fedmeoperasjon.

● Ph.d. Monica Chahal-Kummen, doktoravhandling «Patient reported abdominal pain, symptoms and quality of life after gastric bypass and sleeve gastrectomy», disputas 2. juni 2023, Universitetet i Oslo

GRAVIDE LEGEVAKTPASIENTER

Papirløse var sykere

Papirløse gravide som oppsøkte Allmennlegevakten ved Oslo legevakt i perioden 2009 til 2019, hadde oftere alvorlige svangerskapskomplikasjoner enn gravide legevaktspasienter med lovlig opphold i Norge. Blant 829 konsultasjoner med kvinnelige pasienter definert som sannsynlig papirløse migranter, utgjorde gravide 27 prosent. Over halvparten av de gravide kvinnene viste seg å ha komplikasjoner knyttet til svangerskapet. Antatt papirløse gravide hadde nesten 1,9 ganger økt risiko for å bli triagert med høy hastegrad ved innkomst til legevakt og nær 1,7 ganger høyere risiko for å bli innlagt på sykehus enn gravide bosatt i Norge.

● Scandinavian Journal of Primary Health Care, (F Eick et al), juli 2023, doi: 10.1080/02813432.2023.2237074



PREDIABETES

Mindre diabetes med D-vitamin

Tilskudd av vitamin D reduserer signifikant risikoen for diabetes hos voksne med prediabetes, ifølge en systematisk kunnskapsoppsummering og meta-analyse av individuelle pasientdata fra tre randomiserte studier. I studiene er oralt tilskudd med vitamin D sammenlignet med placebo. I justerte analyser reduserte vitamin D-tilskudd risikoen for diabetes med 15 prosent, og med en tre-års absolutt risikoreduksjon på 3,3 prosent. Det var ingen forskjell i effekt i predefinerte undergrupper. Effekten av vitamintilskudd var enda større hos dem som i løpet av studieperioden klarte å opprettholde et nivå av D-vitamin på minst 125 nmol/L, sammenlignet med et nivå på mellom 50 og 74 nmol/L. Hos førstnevnte var den reduserte relative risikoreduksjon for diabetes på 76 prosent, og tre års absolutt risikoreduksjon var på 18 prosent. Tilskudd av D-vitamin, versus placebo, bidro til 30 prosent større sannsynlighet for å komme ned på et normalt blodsukkernivå.

● Annals of Internal Medicine (AG Pittas et al), mars 2023, doi: 10.7326/M22-3018



ALLE ILLUSTRASJONSFOTO: COLOURBOX

DEPRESJON

Kognitiv terapi like bra som mindfulness

Kognitiv atferdsterapi (CBT) og mindfulness-basert terapi (MBT) ser ut til å være like effektive ved behandling av depresjon hos voksne, målt etter intervensjon og ved oppfølging. Det er konklusjonen i en studie der forskerne har gjennomgått forskningens så langt og har inkludert 30 uavhengige randomiserte studier med i alt 2750 deltagere. Studiene har sammenlignet de to terapiene og har hatt depresjon som et primært eller sekundært utfallsmål. Artikkelforfatterne bemerker at det ikke er mulig å vise om det er de samme, eller ulike faktorer og mekanismer bak effekten av de to behandlingsformene.

● Clinical Psychology Review (KT Sverre et al), mars 2023, doi: 10.1016/j.cpr.2022.102234

Faggruppe i smertemedisin

Vinteren 2017 begynte noen smerteinteresserte fastleger å tenke på om vi skulle starte en faggruppe i smertemedisin. Det formelle etableringsmøtet ble avholdt 9. november 2017 med sju deltakere til stede. Det var en god blanding av klinikere og akademikere, og noen med føttene på begge sider. Felles for alle var interessen for smertemedisin som fagfelt. Åtte andre hadde også meldt sin interesse, så gruppen hadde 15 medlemmer fra starten. Trygve Skonnord ble valgt til leder, og Holgeir Skjeie til nestleder.

Møtedeltakerne ble enige om følgende formål:

«Faggruppens formål er å bidra til økt kunnskap om og forståelse for smertemedisinske utfordringer i allmennmedisin, stimulere til tverrfaglig samarbeid og være en ressurs for Legeforeningen og medlemmene på fagfeltet smertemedisin.»

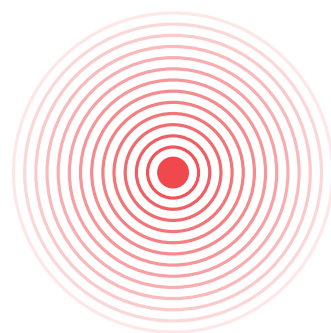
Siden oppstarten har noen medlemmer kommet og noen har gått, og i 2023 teller

gruppen 20 medlemmer. Det er ikke noe aktivitetskrav for å være med i faggruppen; det holder at man er interessert i fagfeltet.

Samtidig er det også mulig å bidra mer eller mindre aktivt på forskjellige måter. Gruppens medlemmer deltar blant annet med:

- Kurskomitéer både lokalt, nasjonalt og internasjonalt
- Allmennmedisinske seminarer på den nasjonale smertekonferansen.
- Deltakelse i utvalg, referansegrupper og arbeidsgrupper hos Helsedirektoratet, kompetansesentre og regionale smertesentre
- Høringsuttalelser på vegne av NFA
- Medlem i sakkyndig komité for Kompetanseområde i smertemedisin
- Forskning innen feltet smertemedisin i allmennpraksis og samhandling

Vi har hatt noen medlemsmøter for å drøfte strategi og planlegge aktivitet, gjerne i forbindelse med den nasjonale smertekonferansen og med en sosial avslutning.



Faggruppen opplever at vi er en viktig aktør i samhandlingsarbeidet med spesialisthelsetjenesten og myndigheter. Slik kan vi bidra som premissleverandør for medisinsk samhandling på området smertemedisin og løfte fram det allmennmedisinske perspektivet.

Vi ønsker nye smerteinteresserte leger hjertelig velkommen i faggruppen!

TRYGVE SKONNORD
Leder ■ TRYGVE@SKONNORD.NO



Lyst til å prøve deg på forskning?

Allmennmedisinsk forskningsutvalg utlyser AFU-stipend til leger som vil gå i gang med et forskningsprosjekt som er aktuelt for primærhelsetjenesten.

Er du lege i allmennmedisin eller samfunnsmedisin og har en idé du vil utforske eller et forskningsprosjekt du ønsker å realisere, kan du søke om stipend for inntil seks måneder. AFU-stipendet er i hovedsak rettet mot leger i allmennmedisin og samfunnsmedisin som ikke har forsket tidligere, og stipendet skal gjøre det mulig å ta fri fra andre oppgaver for å kunne forske.

Det er nok at du har en god idé for å kunne søke, men du må ha kontaktet en veileder før du søker.

Les mer om hvordan du går frem på www.legeforeningen.no/afustipend – eller skann QR-koden nederst til venstre.

Har du spørsmål, send mail til: nfaforskningsutvalg@gmail.com – eller ta kontakt med et av de allmennmedisinske universitetsmiljøene i Oslo, Bergen, Trondheim eller Tromsø. AFU-stipendet utlyses to ganger i året. Neste søknadsfrist er 1. november 2023.



ILLUSTRASJONSFOTO: COLOURBOX

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

HVA Endre Osen Skjølberg? LESER...



HUSKER DU når du leste for første gang? Den berusende lykkefølelsen langt inne i deg når bokstavene fløt sammen til ord og nye verdener åpnet seg.

Å lese er den største oppfinnelsen som skjedde for lille meg. Ikke at det skjedde så mye ellers i mine unge dager på Smøla, men med bøker kunne jeg forlate øya og oppleve nye verdener. Jeg kunne gå inn i klesskap og vandre gjennom til Narnia, jeg gråt meg helt til Nangijala og var som en tredje detektivbror i Hardyguttene. Jeg dro rundt hele verden på 80 dager, entret Nautilus til de dypeste dyp, svingte seidelen sammen med Long John Silver, sverdkjempet skulder mot skulder med d'Artagnan før jeg plutselig var på røvertokt sammen med gjengen min i Sherwoodskogen.

BØKER GJØR NOE MED OSS. De skal skremme, forvirre og opplyse. Vi skal gråte, lengte og le. Bøker er følelser. Er det bare meg eller er det flere der ute som synes at *Brødrene Løvehjerte* er verdens beste bok? Er det noen som har klart å lese første kapittel uten å strigåte? Eller at *Danny og den store fasanjakten* er

den perfekte bok til høytlesning? Eller at faren til Danny er verdens kuleste?

Så nå har min verden blitt mer voksen og fornuftig, men fortsatt må jeg drømme meg bort med ei bok før natta begynner. Eller egentlig passer det alltid med ei bok. For er ikke toalettet en ypperlig plass for lesing? Eller bilen? Jeg venteleser gjerne ei bok eller to når jeg henter kona mi på ettermiddagene etter arbeidsslutt.

ER DET BARE JEG som tenker at fastlegejobben er som en detektiv i en krimroman? Vi gjennomfører avhør, sjekker ut alibi, gjør undersøkelser (og ja, det kan bli blodig), men til slutt så har vi løsningen. Men hadde det ikke vært kulere å være en Varg Veum eller Gunnar Barbarotti som løser mysterier? Eller en hardbarket Harry Hole med en skikkelig pistol i hånda i stedet for en slitt reflekshammer?

Kanskje skulle jeg skrevet en blodig krim fra mitt kjære Smøla? En stormfull oktoberkveld i et forblåst hus der kommunelegen skjønner at dødsfallet virker mistenkelig. For fastlegen må naturligvis ha

en viktig rolle i boka. Muligens er legen helt en i boka? Eller kanskje verre; tenk om doktoren er selve skurken. Kjenner jeg fastleger rett, så har de ikke overskudd til verken å være helt eller kjeltring. Det er vel mer enn godt nok at de av og til er en hverdagshelt for sine pasienter.

SÅ HVILKE BØKER fylles mine fastlegedager med? Jeg har akkurat begynt på Aslak Nores *Havets kirkegård* som omhandler forliset til hurtigruteskipet DS «Prinsesse Ragnhild» i 1940 der 140 mennesker ble reddet. Faktisk med hjelp av en smølaværing. Jeg må også komme med en pinlig innrømmelse; jeg har aldri lest *Ringenes Herre*. Så mitt mål for 2023 er å hjelpe Sam og Frodo på veien gjennom Mordor.

Eller hva med å rote seg bort i de utallige gatene i fortidens Barcelona sammen med Daniel Sempere i Carlos Ruiz Zafóns fantastiske bokkvartett? Eller å la seg surre sammen med bier og reise til Svalbard sammen med Maja Lunde i hennes viktige klimaromaner. I hvert fall ligger siste bok *Drømmen om et tre* øverst på min ventebokhaug.

Eller hva med å drive rundt i Sør-Frankrike sammen med inspektør Servaz i Bernard Miniers bøker for å lete etter en fascinerende, brutal seriemorder med lydsporet av Gustav Mahlers symfonier i bakgrunnen.

ER DET LOV til å drive med egenreklame? For tiden korrekturleser jeg min egen bok som skal ut før jul. En oppfølger til *Fastlegen – Tro, håp og kjærlighet bak en dør*, som er et skråblikk på verden sett gjennom mine fastlegeøyne. Snart kommer toer'n: *Fastlegen 2 – Raushetsplikten*. Jeg håper leseren vil kose seg, humre litt og kanskje tørke bort en tåre fra øyekroken. Med en lovnad om at den boka kan leses overalt, i senga før natta tar over, på do, henslengt på verandaen, venteleses på ei ferje over til Nangijala eller på et tog til Galtvort.

Husker du nå når du leste for første gang?



Slyngediuretika ved ødem: Alt eller intet!

Ødemer er en vanlig tilstand i allmennpraksis og på sykehjem. Slyngediuretika (loopdiuretika) er effektiv og trygg behandling av pasienter med de vanligste formene for ødem. Det er viktig å kjenne til den spesielle sammenhengen mellom dose og respons for slyngediuretika slik at disse legemidlene doseres korrekt.

Anbefalingene vi kommer med i denne teksten er i hovedsak basert på en oversiktsartikkel fra 2019 i *BMJ* om bruk av slyngediuretika ved ødem (1). Vi har tilpasset anbefalingene til norske forhold, og kommer med enkelte tilleggsmomenter om ødem og behandlingen av denne vanlige tilstanden i allmennpraksis.

Slyngediuretika virker ved å hindre reopptak av kalium, natrium og klorid i den tykke, oppadstigende delen av Henles sløyfe. Dette gir en kraftig og relativt kortvarig vandrivende effekt, også ved nedsatt nyrefunksjon (2).

Alt eller intet

For de fleste legemidler vil en gradvis doseøkning gi en gradvis økende effekt eller forekomst av bivirkninger. I kontrast til dette har slyngediuretika en sigmoid dose-

responskurve (FIG. 1). Det betyr at det er en terskelverdi hvor lavere doser ikke gir effekt, mens doser over terskel gir tilnærmet full virkning. Altså, om man overstiger terskelverdien vil det være som å slå på en lysbryter, en alt-eller-intet-effekt.

Ved oppstart gjelder det altså å finne en tilstrekkelig høy dose, slik at pasientens terskel for effekt av slyngediuretikumet overstiges. Slyngediuretika bør gis som en enkelt dose fremfor å dele opp i flere, kanskje utilstrekkelige doser. Hvis pasienten først har effekt, vil ytterligere doseøkning ikke gi ytterligere diuretisk effekt. Ved forsøk på å redusere dosen på grunn av for stor effekt, er det fare for at man kommer under terskelverdien, slik at den vandrivende effekten opphører helt.

Ved stabil nyrefunksjon vil terskelverdien holde seg stort sett stabil med tiden, men det kan være en viss toleranseutvik-

ling ved langvarig bruk. Dersom nyrefunksjonen forverres, kan det være nødvendig å øke dosen for å komme over terskelen.

Valg av preparat

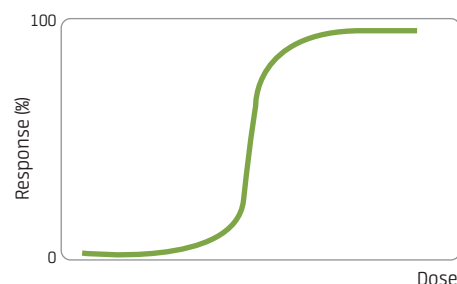
Det er begrenset klinisk dokumentasjon når det gjelder direkte sammenligning mellom de ulike slyngediuretikaene. I Norge markedsføres bare furosemid og bumetanid, mens torasemid og etakrynsyre kan fås på godkjenningsfritak. I oversiktsartikkelen fra *BMJ* anbefales torasemid som førstevalg blant annet på grunn av lengre virketid og en mer pålitelig peroral biotilgjengelighet enn furosemid. Bumetanid er andrevalg, og mest hensiktsmessig dersom en ønsker parenteral administrasjon med små volumer. Etakrynsyre er det eneste slyngediuretikumet som ikke inneholder en sulfagruppe, og bør bare brukes hos pasienter med sikker alvorlig sulfaallergi (1).

Ødemer (hovne ben) er et vanlig funn i allmennpraksis.

FOTO: SCIENCE PHOTO LIBRARY, CC BY-NC. BILDE FÖNNET: [HTTPS://NDLA.NO/NN/IMAGE/61871](https://ndla.no/nn/image/61871)



FIGUR 1. Dose-responskurve (logaritmisk) for slyngediuretika. For en gitt person vil enhver dose over terapeutisk terskel føre til maksimal diurese. ©BMJ 2019, GJENGITT ETTER AVTALE



Sjekk elektrolytter

Slyngdiuretika påvirker nivåene av kalium, magnesium, kalsium, urinsyre i tillegg til glukosemetabolismen. Blodprøvekontroller er viktig. Eventuell hypokalemi er særlig viktig å avdekke. Kaliummangel korrigeres best med kaliumsparende diuretika, eller eventuelt ACE-hemmer/angiotensin-II-reseptorantagonist, mens kaliumstilskudd kan være lite effektivt (3).

Alternative diuretika

Tiazider kan være et godt alternativ når ødemene er milde til moderate og skyldes forhøyet blodtrykk eller hjertesvikt. Den diuretiske effekten er rundt en fjerdedel sammenlignet med slyngediuretika. Som blodtrykksbehandling er tiazider mer egnet på grunn av mer langvarig effekt. En ekstra fordel tiazidene har er at de kan bidra til å øke beinmineraltettheten hos pasienter med osteoporose, mens slyngediuretika kan ha motsatt effekt ved å øke kalsiumutskillelsen (1). Ved diabetes er det grunn for tilbakeholdenhet med bruk av tiazider fordi de bidrar til økt blodglukose.

Kaliumsparende diuretika (f.eks. spironolakton) har bare tre prosent av den diuretiske effekten av slyngediuretika, men kan være aktuelt ved hypokalemi.

Slyngediuretika bør foretrekkes ved alvorlig eller akutt ødem, som ved akutt lungeødem eller ødemer forbundet med nyresvikt (4).

Utilstrekkelig effekt

Dersom en ikke oppnår tilstrekkelig effekt på ødemer av slyngediuretika, kan en forsøke å legge til et tiazid eller et kaliumsparende diuretikum. Alternativt kan en diuresegivende dose slyngediuretikum gjentas minst seks timer siden forrige dose (1). Begrensning i væske- og natriuminntak kan forsøkes, men dokumentasjonen for nytten av dette er svak og kontroversiell. NSAIDs, ACE-hemmere og angiotensinreseptorblok-

	FUROSEMID	BUMETANID	TORASEMID	ETAKRYNSYRE
Merkenavn, andre navn	Furix, Diural, Lasix, frusemide	Burinex	Demadex, torsemide	Edecrin, etacrynic acid
Tilgjengelig i Norge?	Ja	Ja	Nei	Nei
Doseekvivalens	80 (PO) 40 IV	1	20	100
Fordeler	Standardpreparat Lenger virketid enn bumetanid Billig	Svært potent, krever lite volum ved parenteral administrasjon	Lang virketid, potent	Egnet ved sulfaallergi
Ulemper	Noe uforutsigbar absorpsjon fra tarm.	Kort virketid		Mest ototoksisk

TABELL 1. Egenskaper av ulike slyngediuretika.

kere kan gi redusert effekt av slyngediuretika, og en kan vurdere dosereduksjon, midlertidig seponering eller andre alternativer til disse dersom ytterligere diurese er ønskelig.

Andre årsaker til ødem

En ofte oversett årsak til særlig ankelødemer er bivirkning av kalsiumantagonister, og bytte til annet antihypertensivum vil i mange tilfeller være et bedre alternativ enn å legge til et diuretikum. En lang rekke andre legemidler inkludert psykofarmaka, østrogener, cytostatika og glukokortikoider kan også bidra til perifere ødemer ved ulike virkningsmekanismer (5). Prøveseponeering kan i mange tilfeller være aktuelt.

Andre sykdommer enn hjerte- og nyresvikt må også utelukkes. Adekvat behandling av underliggende årsak vil da kunne eliminere behovet for diuretika. Venøse tilstander, som venøs insuffisiens, varicer, dyp venetrombose og posttrombotisk hevelse må utelukkes. Ødem på grunn av diabetes, hypotyrose (myksødem) og lymfødem er tilstander hvor diuretika ikke er en del av behandlingen. Enkelte infeksjoner (erysipelas, parasittinfeksjoner) kan gi perifert ødem, og generelt er høy alder, kvinnelig kjønn, graviditet, gjennomgått lymfeknutekirurgi (f.eks. etter prostatakreft) assosiert med hovne ben.

Andre vanlige feiloppfatninger

Ut over den utbredte praksisen med feildosering av slyngediuretika trekker forfatterne av oversiktsartikkelen i *BMJ* fram noen flere vanlige feiloppfatninger. For eksempel hevdes det ofte at perorale diuretika bør unngås hos ødemaøse pasienter på grunn av nedsatt absorpsjon. Opptaket av legemidler kan være tregere hos disse pasientene, men den totale absorberte dosen og den vandrivende effekten er i stor grad den samme, uavhengig av tarmødem.

Ofte avbrytes vandrivende behandling hvis kreatininverdiene stiger. En viss økning i urea/karbamid og kreatinin kan være uunnngåelig ved bruk av slyngediuretika, rett og slett på grunn av mindre vann i kroppen. Dette kan til og med være en indikasjon på at den vandrivende behandling er effektiv.

Mistanke om sulfaallergi fører ofte til underbehandling. Bortsett fra etakrynsyre innholder alle slyngediuretika en sulfagruppe. Likevel vil mange pasienter med allergi mot sulfonamider ikke reagere på slyngediuretika. Forfatterne av oversiktsartikkelen mener derfor at allergi mot sulfa-antibiotika ikke automatisk skal betraktes som en absolutt kontraindikasjon for bruk av slyngediuretika.

REFERANSER

1. Anisman S.D., Erickson S.B., Morden N.E. How to prescribe loop diuretics in oedema *BMJ* 2019; 364: 1359.
2. Brater D.C., Ellison D.H. Mechanism of action of diuretics. Version 22.0. In: UpToDate. <https://www.helsebiblioteket.no/> (Sist oppdatert 30. november 2022).
3. Norsk legemiddelhandbok. L8.1.3 Slyngediuretika. <https://www.legemiddelhandboka.no/> (Publisert 20. januar 2017).
4. Sterns R.H. General principles of the treatment of edema in adults. Version 35.0. In: UpToDate. <https://www.helsebiblioteket.no/> (Sist oppdatert: 27. august 2021).
5. Largeau B., Cracowski J.L., Lengellé et al. Drug-induced peripheral oedema: An aetiology-based review. *Br J Clin Pharmacol* 2021; 87: 3043–55.

GUTTORM RAKNES
JAN DIDRIK SCHJØTT
TERJE NILSEN

Unngå disse vanlige feilene ved forskrivning av slyngediuretika

- **Forskrivning av flere forskjellige doser per dag (for eksempel 40 mg om morgenen og 20 mg til middag).**
 - Det er bedre å finne en dose som fungerer, og bruke bare den dosen. Unngå subterapeutiske doser.
- **Forskrivning av variable doser fra dag til dag ut fra omfanget av ødemene.**
 - Det er bedre å finne en dose som fungerer, og bruke bare den dosen.
- **Økning av doser som allerede er effektive.**
 - Når en dose har begynt å virke, vil doseøkning ikke gi mer effekt
- **Forskrivning av subterapeutiske doser for å oppnå «forsiktig diurese» eller for å «spare nyrene».**
 - Å holde en dose på et for lavt nivå har ingen effekt, og gir i beste fall placeboeffekt.

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

Velkommen og lykke till! 🌿 Tove Rutle – lagleder

Kollegialt vennskap

På et kurs i fysikalsk medisin nylig møtte jeg flere kolleger jeg har utviklet et godt kollegialt vennskap med gjennom flere år. Det var så utrolig godt. Praten gikk naturlig og fløt avgårde grunnet vårt vennskap basert på felles interesse for faget, kombinert med åpenhet, tillitt og gjensidighet. Å være inkludert i et slikt felleskap og kalle de venner, har for meg vært en viktig ressurs inn i fastlegejobben. Det har gitt større

forståelse for faget, trygghet, bedre selvfølelse, bedre utøvelse av jobben og økt engasjement for faget allmennmedisin.

I jobben som veilederkoordinator i Legeforeningen ble det kollegiale vennskapet en viktig motor i arbeidet. Å jobbe mot et felles mål, bli utfordret og oppleve gjensidig tillitt og forståelse, gir grobunn for varig vennskap.

Jeg er så glad for alle disse gode kollega-vennene mine. De er en stor rikdom i livet.

Kolbein Falkeid beskriver så fint hva godt vennskap er i diktet *Treet* som han skrev til sin venn Ivar.

Jeg utfordrer Solveig Ulstein i Ålesund. En god venninne fra studietida i Tromsø og en god støttespiller i livet. Hun leser mye og er opptatt av hvordan ulike tanker så utrolig fint formidles gjennom dikt.

Hilsen fra

KRISTIN PRESTEGAARD

Treet

Gode vennskap vokser ikke på trær,
de er treet.

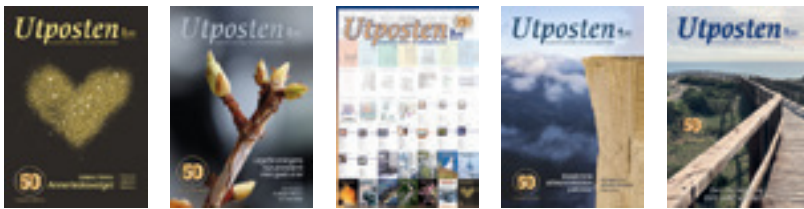
Røtter graver seg ned i feit eller karrig jord,
bardunerer stammen
og holder byggverket oppreist,
hver rottveil et år.

Vårt vennskap har en skog av trevler,
et usynlig villnis i det fruktbare mørket.
Vill har vi aldri gått oss der,
men tråkket stier vi kan følge i blinde.

Kom igjen, kamerat.
Treet står, det er ikke meldt uvær
og rotvelte kommer ikke på tale.

KOLBEIN FALKEID





Utposten

annonseinfo 2023

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. www.aksell.no

KONTAKTPERSON: Morten Hernæs

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

UTGAVE	BESTILLINGSFRIST	MATERIELLFRIST	UTSENDELSE
①	13. januar	25. januar	6. februar
②	25. februar	8. mars	20. mars
③	5. april	26. april	8. mai
④	22. mai	7. juni	19. juni
⑤	16. august	30. august	11. september
⑥	27. september	11. oktober	23. oktober
⑦/⑧	8. november	29. november	11. desember

ANNONSEINFO

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

* +3 mm for utfallende alle sider

BILAG: Pris ved forespørsel.

WEB

annonser på Utpostens nettsider

FORMAT OG PLASSERING

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

Ta kontakt for info vedrørende formater og plassering.

STANDARDPRIS

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

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

DATO FOR UTLEGGING PÅ NETT:

- 22.3: 1-2023
- 22.3: 2-2023
- 10.5: 3-2023
- 21.6: 4-2023
- 13.9: 5-2023
- 25.10: 6-2023
- 13.12: 7/8-2023

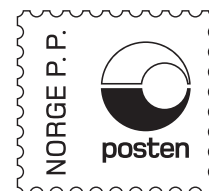
WEB ANNONSEANSVARLIG:

Karianne Rutle

☎ 913 08 747

✉ karianne.rutle@gmail.com

WWW.UTPOSTEN.NO



Avsender:
Utposten
Sjøbergveien 32
2066 Jessheim



LEGELIVET

FOTOKONKURRANSE

Vi fortsetter fotokonkurransen i 2023! Vi fikk inn mange flotte, inspirerende og morsomme bilder i fjor, og ønsker å se enda flere glimt av deres «Legeliv».

Temaet «Legelivet» favner bredt og gir rom for foto fra ditt nydekorerte legekontor, det vel- eller uorganiserte laboratoriet, fra hverdagen på fastlegekontoret eller i samfunnsmedisinens tjeneste. Bildene må gjerne invitere til refleksjon eller illustrere aspekter som man kan ta med seg videre i legegjerningen.

Vi vil ta imot bilder fortløpende. Dersom ditt foto blir brukt som illustrasjonsfoto, vil du motta en spesialdesignet Utposten-oppmerksomhet, samt få muligheten til å dele ut et gratis årsabonnement på Utposten til en kollega du synes fortjener det.

Husk samtykke dersom ditt foto inneholder gjenkjennbare personer.
Foto kan sendes på epost til: korutle@gmail.com

