Utposten

6 2026
ÅRGANG 55

BLAD FOR ALLMENN- OG SAMFUNNSMEDISIN



25 år med fastlegeordningen

Status 2025

Relasjonstraumer

Langvarig utmattelse

Utposten

UTPOSTEN
v/Kristin Olavsdotter Rutle
Sjøbergveien 32A
2066 Jessheim
MOBIL: 971 44 063
E-POST: korutle@gmail.com

REDAKTØRENE AV UTPOSTEN

Kjell-Arne Helgebostad
MOBIL: 416 74 290
E-POST: helgebos@gmail.com

Inger Johanne Ravn
MOBIL: 461 29 816
E-POST: ingerjohanne.ravn@gmail.com

Marit Tuv
MOBIL: 975 66 647
E-POST: marittuv@hotmail.com

Kari Thori Kogstad
MOBIL: 900 28 812
E-POST: k-tkogs@online.no

Inga Marthe Grønseth
MOBIL: 980 83 115
E-POST: i.m.gronseth@gmail.com

Elin Tora Hoel
MOBIL: 995 50 160
E-POST: elintora@hotmail.com

Stein-Martin Tilrum Fagerland
MOBIL: 992 54 545
E-POST: stein.martin.f@gmail.com

FAGLIG MEDARBEIDERE:
Eli Berg
Njål Flem Mæland

FORSIDEFOTO:
Getty Images (man.)

DESIGN/LAYOUT:
Morten Hernæs, Aksell

TRYKK:
aksell
Trykket av Aksell AS,
en miljøsertifisert bedrift

TRYKT I NORGE
NO - 1470

Du finner Utposten på
www.utposten.no

BAKGRUNNSFOTO: GETTY IMAGES

INNHOLD

1 LEDER: 25 år med fastlegeordningen
Elin Hoel

TEMA ***FASTLEGEORDNINGEN 25 ÅR***

2 Fastlegeordningen 25 år
Elin Hoel og Kari Kogstad

6 FLO-arkitekten
Tom Willy Christiansen

12 Den allmennmedisinske karaffel – 25 år senere
Petter Øgar

ARTIKLER

16 STATUS 2025: Kommunanene og legane der
Torleiv Robberstad

19 En hyllest til middelaldrende, middelmådige menn
Endre Skjølberg

TEMA ***RELASJONSTRAUMER***

22 Erstatning for en tapt barndom
Anonym

25 Kunne dere sett meg, der de andre voksne sviktet?
Anonym

29 Fastlegen kan gjøre en stor forskjell
Anonym

31 Erstatningsordninger for vold og overgrep
Anonym

ARTIKLER

36 Det finnes hjelp
Anne Wold

37 NYE GRUNNKURS FOR ALLMENNLEGER I SPESIALISERING: – et kart over et viktig landskap
Ingvild Vatten

38 PH.D. – HVORFOR DET? Depresjon hos fastlegen
Ina Grung

40 INNPOSTEN: Langvarig utmattelse og CFS/ME – erfaringer fra fastlegepraksis
Peter Prydz

42 *FASTE SPALTER*

TIPS & RÅD **42**
RING EN VENN **43**
PASIENTEN JEG ALDRI GLEMMER **44**
HVA LESER LEGEN **45**
RELIS **46**
LYRIKKSTAFETTEN **48**

25 år med fastlegeordningen

Denne sommeren har folk samlet seg på Slottsplassen – både i glede under fotball-VM og i sorg ved kongens bortgang. Da fastlegeordningen 25 år ble markert i Oslo, var Slottsplassen fylt av blomster og mennesker som ville ta et siste farvel med en kjær landsfader.

Norsk forening for allmennmedisin og Allmennlegeforeningen inviterte til et variert faglig program under jubileumsmarkeringen. Fastlegeordningen er bare 25 år, men har allerede vært gjennom mye.

Politisk sett var målet med ordningen bedre tilgjengelighet til helsetjenester (1), og især i distriktene var rekrutteringen til allmennpraksis svak. Allmennlegen fikk et mer avgrenset mandat til å behandle, forebygge og koordinere helsetjenester, og innbyggerne fikk sin egen navngitte fastlege. Reformen ble en suksess først og fremst i de større byene og kommunene, for det fulgte ikke med noen spesielle ordninger for å rekruttere og beholde allmennleger i distriktene. Evalueringen av ordningen viste at innbyggerne var fornøyde (2).

Tidlig på 1980-tallet var allmennmedisinen bare svakt definert som eget klinisk og akademisk fag (3). Fugelli skriver i en artikkel i *Tidsskriftet* (4):

> «Den kollektive skrivelammelsen har skylden for at allmennmedisinen fortsatt i 1984 er et nesten ubeskrevet blad, for at store deler av faget ligger vitenskapelig brakk og venter på plogen og pennen.»

Akademiseringen satte fart i årene som fulgte.

Gullet i fastlegeordningen (FLO) er relasjonen. Fagets kjerneverdier er velkjente under akronymet KOPF: kontinuerlig, omfattende, personlig og forpliktende. Dette idealet for god allmennpraksis går hånd i hånd med LEON-prinsippet om nødvendig og forsvarlig helsehjelp på lavest mulig effektive omsorgsnivå (5).

Rammene for ordningen fungerte etter intensjonen de første årene. Samarbeidet mellom KS, Legeforeningen og helsemyndighetene var gjensidig. Men da samhandlingsreformen ble innført i 2012 uten at tilstrekkelige ressurser fulgte med, ble ordningen satt på strekk. I Norge utgjorde allmennlegetjenestene drøye seks prosent av de totale helseutgiftene i 2023 (6). Det er nærliggende å tro at i regnskapet for FLO kaster hver krone godt av seg.

Hvilke utfordringer møter FLO i dag? I nordisk sammenheng befinner vi oss i en oase, tross alt. Flere innbyggere har fastlege, men ... En studie fra FHI viser at det er stor og tydelig variasjon mellom kommuner for indikatorene tilgjengelighet og kontinuitet (7). Det er til bekymring, fordi økt overlevelse og færre sykehusinnleggelser er gevinster av fastlegens kjennskap til pasienten over tid (8).

Det er strekk i fastlegelaget hva inntjening angår. Legens faglige autonomi er utfordret i takstøkonomien, der honorar for sykemelding har blitt knyttet til et bestemt utfall – det er helt nytt. Nykomlingen skal evalueres, på samme måte som piloten kommunal nettlegetjeneste. En annen ny trend er strengere oppgjørskontroller fra Helfo og Nav. Helsetjenesten er digitalisert (9), innbyggerne ønsker mer video- og elektronisk kontakt med sin fastlege (7). Elektroniske konsultasjoner ser ut til å komme som et tillegg, uten at antall fysiske konsultasjoner har gått ned (10).

Sårbare pasientgrupper må særskilt huskes på i en tid der økt etterspørsel etter allmennlegetjenester utfordrer fagets mål om å gi mest til dem som trenger det mest. Peter Prydz skriver i «Innposten» i dette nummeret om pasienter med langvarig utmattelse og CFS/ME. Anonym skriver om relasjonstraumer, og «gir noen konkrete råd til dere som møter oss utsatte overlevere i klinisk praksis, med alt vi bærer på av senskader og -følger av det vi har opplevd.»

I «Legen leser» deler Anne Kveim Lie fra sin rikholdige bokhylle. Her finner du sann lesefryd og tips om du trenger en pause fra hverdagen!

Tilbake til Tigerstaden i vakker sommerdrakt. Foredragsholderne på FLO 25 vitnet om kraften i samarbeid og om betydningen av enkeltpersoners innsats. Og om at ordningens formål er å legge til rette for god og effektiv fagutøvelse.

Utposten var også invitert denne dagen. Med utgangspunkt i Fugellis kjente sitat hadde redaksjonen fått i oppgave å si noe om *Utposten – Du skal skrive ditt fag! – om hvordan bladet var et talerør da allmennmedisinen var i støpeskjeen, og dets rolle i utformingen og oppfølgingen av fastlegeordningen nå.* Takk til arrangøren fra oss i redaksjonen – for invitasjon og oppdrag! Bidraget, der også tidligere redaktører medvirket, kan du lese på de neste sidene.

I en tid der ordningen skjelver, sørger faget og kjerneverdiene fortsatt for et solid fundament. Fag, fellesskap og samarbeid gir retning. Fugellis oppfordring er like aktuell i dag:

Du skal skrive ditt fag!

ELIN HOEL

REFERANSER

1. St.meld. nr. 23 (1996–97), Trygghet og ansvarlighet.
2. Evaluering av fastlegereformen 2001–2005 – sammenfatning og analyse av evalueringens delprosjekter. Oslo: Norges forskningsråd.
3. Allmennmedisin som akademisk fag, Michael 2009; 6: 11–126.
4. Fugelli P. Du skal skrive ditt fag. Tidsskr Nor Lægeforen nr. 19-20-21, 1984; 104: 1343–6.
5. St.meld. nr. 9 (1974–75), Om sykehusutbygging m.v. i et regionalisert helsevesen.
6. SSB, tabell 10811 – Helseregnskap. https://www.ssb.no/statbank/table/10811.
7. Den norske fastlegetjenesten 2023–2024: En forskningsbasert baselinemåling av pasienterfaringer på kommunenivå, FHI 2025.
8. Sandvik H et al. Dette er effekten av fastlegekontinuitet i tall for overlevelse og sykehusinnleggelse, DOI: https://doi.org/10.3399/BJGP.2021.0340.
9. https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/innbyggerundersokelsen-om-digitalisering-i-helse-og-omsorgstjenesten-2024-bruk-av-holdninger-til-og-tilfredshet-med-digitale-helsetjenester/funn-og-analyser/bruk-av-digitale-helsetjenester.

Fastlegeordningen 25 år



Hans-Christian Myklestul, leder AF, Elin Hoel og Kari Kogstad, Utposten, Torgeir Hoff Skavøy, leder NFA

ALLE FOTO: HEIDI HENRIKSEN

Allmennlegeforeningen og Norsk Forening for Allmennmedisin feiret 3. september fastlegeordningens 25-årsdag på Sentralen i Oslo. I den anledningen ble *Utposten* utfordret til å holde et innlegg. Her er resultatet:

Kjære alle sammen
– gratulerer med 25-årsdagen!
Vi, Elin Hoel og jeg, Kari Kogstad, står her på vegne av *Utposten*, som har fått taletid på denne markeringen, og det synes vi er stor stas. 25 år er sølvbryllup, og det bør feires. I alle ekteskap går det jo opp og ned, og vi må bare innrømme at vi er litt engstelige for at brudgommen de siste månedene kan ha utviklet i overkant kontrollerende sider ovenfor bruden Florette, etter at ekteskapet etter vårt skjønn i mange år har fungert med respekt for den andre, stor frihetsgrad, relativt forutsigbare rammer og mye felles glede. Vi er usikre på om parterapi kan fungere, men vi er sikre på at vi skal feire bruden i dag.

Elin Hoel.





Kari Kogstad.

Så til oppdraget – som er dette;

- *Utposten* og «du skal skrive ditt fag», Fugellis mest siterte sitat.
- *Utposten* som talerør for akademia i støpeskjeen.
- *Utpostens* rolle i utforming og oppfølging av fastlegeordningen.

Du skal skrive ditt fag

Fugelli lot dette utsagnet falle i en artikkel i *Tidsskriftet* i 1984. Det har seinere blitt til en av de sju tesene i allmennmedisin, nummer seks – for å være nøyaktig.

Det trykte ordet er vårt felt – så vi tillater oss å starte med deler av et brev vi har fått i anledning den store dagen fra tidligere redaktør og professor emerita ved UiO, Mette Brekke.



> «Da jeg i 1981 befant meg som nyslått distriktslege i en Finnmarkskommune – dagen etter fullført turnustjeneste – var tilgangen til kunnskap begrenset. Dette var før spesialisering, før veiledning, før internett, før NEL og helsebiblioteket. Da ble *Utposten* min redningsbøye og mitt hjertebarn. Der tok man opp problemstillinger som angikk meg. Pasientene som ble omtalt befant seg langt fra sykehus. Samfunnsmedisin ble stadig løftet fram; det hadde jeg ikke hørt om – nå var det mitt ansvar. *Utposten* var skrevet av kolleger jeg kunne identifisere meg med. Det kom i postkassa og ble lest i filler.»

Utposten, et alminnelig blad for distriktsleger og allmennpraktikere, ble startet i 1972 av Siem, Wium og Ruud. De jobbet som unge distriktsleger i øyriket i Romsdal. Bladet skulle vise seg å bli en bærebjelke for legetjenesten utenfor sykehus. Å lese om *Utpostens* spede start, er å dykke ned i den nære Norgeshistorien.

Første nummer kom ut noe forsinket på grunn av «tekniske problemer, vansker med å få satt overskrifter og Typografforbundets interne regler.» Det tok for seg kurs og utdannelse. I nummer to var temaet samarbeid mellom primærlege og sykehus/sentraladministrasjon, og skribentene oppfordret til diskusjon om de ulike samarbeidsformene mellom leger. Redaksjonen skriver:

> «Vi vil igjen oppfordre leserne til å sende inn sine spontane ytringer og reaksjoner på de forskjellige meninger. Kun ved at man uttaler seg, kan man tilnærmelsesvis få rede på hva «almenpraktikeren» mener.» (Utposten 2/72)

Den unge legen Brekke opplevde at *Utposten* skrev og beskrev hennes fag på en annen måte enn medisinstudiet hadde gjort. *Utposten* har fra den spede starten hatt praksisnære fortellinger som sentralt innhold i nesten alle utgavene. Mange av leserne våre har fått sin aller første tekst på trykk, for eksempel i julenummeret som har ulike temaer hvert år. I år er tema «Klarte det», i fjor var det «Barndom». *Utposten* har de siste årene også fått spalter som «Tips og triks», der redaksjonen og leserne deler smarte ting fra praksis, og «Konsultasjonen jeg aldri glemmer», der tittelen taler for seg.

I den siste utgaven, som i disse dager er i trykken, har vi viet godt med spalteplass til en honnør av en internasjonal kapasitet innen formulering av faget, Ian McWhinney. Han er fortsatt en aktuell hundreåring, selv om han la ned sin vandrestav i 2012. Vi lar ikke en feiring gå fra oss bare fordi hovedpersonen ikke er til stede! Han skriver om «The importance of being different» som allmennmedisinen er – og at denne spesialiteten er den eneste som definerer seg ut fra RELASJON.

Utposten og akademia

Vi fortsetter med Brekkes brev:

> «Tidlig på 1980-tallet var allmennmedisin bare svakt definert som et eget klinisk og akademisk fag. Riktignok ble Institutt for allmennmedisin ved UiO etablert allerede i 1968, og instituttene i de andre universitetsbyene kom utover på 1970-tallet. Akademia opplevdes likevel som fjernt for en kliniker på landsbygda. *Utposten*, derimot, talte mitt språk.»

I 1976 reiste Lakselv-legen Harstad på studieopphold til Wisconsin og skrev rapport til *Utposten*. Han skriver at:

> «Det er en kjent sak at 80–90 prosent av pasientmengden i Norge blir tatt hånd om av allmennpraktiserende leger og kvaliteten av den primære behandlingen er uhyre vesentlig for det videre forløp for klientene. Var det en tanke å utvikle en spesialitet innen allmennpraksis her i Norge ved at man f.eks. skjerpet kravene til almenpraktiker Dnlf?»



Foredragsholderne skiftet på å ha ordet.

Utposten var tidlig på ballen for kunnskap og spesialisering – ja, for kompetanseheving – eller akademi i praksis da!

Utposten rommer mange artikler knyttet til Akademia fra flere tiår. Vi har i *Utpostens* dobbelttime portrettert ruvende akademiske kapasiteter, som Steinar Hunskår. Han har redigert *Læreboka i Allmennmedisin*, ei bok der mange har bidratt og som etter vårt skjønn er den eneste enhver medisinstudent og allmennlege **må** ha. Siste skudd på den akademiske *Utposten*-stammen er spalten «Ph.d., hvorfor det?», som målbærer en litt uhøytidelig beskrivelse av å lure på noe, forske, svette, forsake og glede seg, og så og en vakker dag forsvare det som ble funnet i en disputas.

Utposten og FLO

For å finne svar på spørsmålet om hvilken rolle *Utposten* har hatt i utformingen og oppfølgingen av fastlegeordningen, har vi hørt med tidligere redaktører (ingen nevnt, ingen glemt) og vi har i dykket ned i *Utpostens* skattkiste.

I 2001 hadde *Utposten* en artikkelserie om «den allmennmedisinske karaffel». Serien tok for seg påstanden «den allmennmedisinske bøtten er full», som var en beskrivelse av allmennlegens hverdag, men den hadde egentlig ikke noe direkte med fastlegeordningen som system å gjøre. Redaksjonen syntes at den overfylte «bøtta» innebar en retorisk **devaluering** av både oppdraget, pasientene og også egen arbeidshverdag.

Redaksjonen på denne tida beskriver at FLO-reformen innebar – sammen med foretaksreformen – primært en omlegging til stykkprisfinansiering og privatisering i tråd med tidens politiske ånd. De samme *Utposten*-redaktørene mente FLO var urbanisering, og var sånn sett tro mot sitt opprinnelige mandat, å være et **eks-sentrisk** talerør, altså å være en stemme fra utenfor sentrum. Mange ulike innfallsvinkler kom til uttrykk blant alle de som skrev i bladet om fastlegeordningen, men *Utposten* konkluderte aldri på lederplass.

Utposten markerte FLOs tiårsjubileum med flere artikler skrevet av sentrale allmennmedisinske aktører. Tekstene handlet om hvordan fastlegeordningen ble til, om prosessen og forhandlingene som førte fram til fastlegeavtalen, om hvordan ordningen ivaretar pasientenes behov for helsehjelp så vel som allmennmedisinske kjerneverdier, om dagens og morgendagens utfordringer i legenes arbeidshverdag – og om hvor skoen trykket. I lederen i det ene nummeret pekes det på fagets kjerneverdier, uten at det konkluderes sikkert om ordningen. Vi synes denne formuleringen fra den gang står seg den dag i dag:

> «Samfunnet er tjent med tilfredse leger. Det innebærer mer enn å ha god lønn. Det innebærer å ha mulighet til å følge pasienter over tid og tilstrekkelig frihet til å prioritere og gjennomføre oppgaver i arbeidshverdagen. Sist, men ikke minst: det dreier seg om å bli hørt.»

Hva med de siste ti årene?

Både folk og leger bor stadig mer i byene. Kommuneoverleger og samfunnsmedisinere har overtatt for den tidligere distriktslegen. Vi har blitt digitale, og Typograffor-

bundets interne regler fører ikke lenger til forsinkelse ved utgivelsen av et tidsskrift. Når det gjelder spesialistutdanningen, så har den fått et betydelig kvalitetsløft gjennom ALIS-ordningen, der hver kommende allmennlege får en egen veileder i fem år.

De siste ti årene har likevel slett ikke vært uten utfordringer for FLO! Trønderopprøret i 2019 vitnet om overbelastning. Koronapandemien førte til nedstengning og isolering, samtidig som den også lærte oss hva samhandling kan føre til av goder, som effektive teststasjoner og nye kvalitetssikrede vaksiner utviklet i ekspressfart.

Denne forsommeren kom med store endringer i fastlegenes grunnfinansiering. Takstsystemet har blitt mer innviklet og nylig ble det dømt av etisk råd til å bryte med god lege-etikk. Rammene oppleves som uforutsigbare og kravene til tilgjengelighet peker mot himmelen. **Autonomien er under angrep!** Fastleger har aksjonert. *Utposten* har, som tidligere, vært et tidsskrift av og for vår tid, et talerør – på vegne av faget, og har latt meninger om ordningen komme til uttrykk. Det fortsetter vi med i gode og onde dager.

Utposten, er et dugnadsprodukt med faste digitale møter, og i tillegg møtes vi fysisk to ganger i året. Da vi nå i vår skulle finne vår stemme, var det naturlig å reise til Røst, til Per Fugellis rike. Vi besøkte det lokale legekontoret og et fiskemottak. På menyen sto tørrfisk, vakker natur, fuglesang og **mye** vær.

Vi klatret opp vindeltrappa til Fugellis Tenketank med sommerfugler i magen og ned trappa med livet som innsats, stolte av at den heftige vinden hadde gitt ny sveis! Dugnadsånden er også under press, og vi i redaksjonen har bare ett argument til dere i forsamlingen som skulle vurdere redaksjonsarbeidet: Vi lover deg at du får den aller mest meningsfulle og samtidig morsomme hobbyen du kan drømme om, i tillegg til ny sveis da, når det stormer litt i kasta!

Tidligere redaksjoner har gitt uttrykk for at det har vært, og fortsatt er, viktig å utforme allmennmedisinen som et klinisk og akademisk fag. Selve ordningen er ikke tenkt så mye på. Noen uniformering av synet på ordningen har heller ikke funnet sted i vår tid, og sånn sett føyer vi vel oss inn i rekka av redaksjoner.

Vi fortsetter å skrive vårt fag, og tanken vi skriver ut fra, er heldigvis fri. Og slik vil det alltid bli.

Gratulerer med sølvet. Vi går for gull! Fra oss blir det solsikker – for vi er solsikre!

Elin Hoel og Kari Kogstad
på vegne av Utpostenredaksjonen.



ILLUSTRASJONSFOTO: GETTY IMAGE / MANIP

FLO-arkitekten

TOM WILLY CHRISTIANSEN • *Fastlege i Ørskog, pensjonert kommuneoverlege. Leder for Fastlegeprosjektet i Sosial- og helsedepartementet i perioden 1998–2001.*

Tom Willy Christiansen, en av arkitektene bak fastlegeordningen, ble invitert til 25-årsmarkeringen for ordningen. Hans oppgave var å fortelle om hvordan det hele ble konstruert. *Utposten* har fått lov til å trykke hans lettere bearbeidede innlegg, der KI har assistert forfatteren med illustrasjoner av byggverket.



Takk for invitasjonen og takk for tittelen!

Ble bygget slik arkitekten tenkte?

Jeg var prosjektleder for Fastlegeprosjektet i Sosial- og Helsedepartementet i tre år og var vel egentlig like mye byggeleder som arkitekt. Å sammenlikne fastlegeordningen med et byggverk har vært spennende. Fastlegeordningen har stort sett fungert som et solid og godt byggverk, men i ettertid ser jeg at det har **to konstruksjonsfeil**, noe jeg skal komme tilbake til.

I tiden etter prosjektperioden har jeg vært fastlege og kommuneoverlege i 20 år, siste fem år kun fastlege med liste på 800 innbyggere og 40–45 timers arbeidsuke.

Planleggingen

Byggverket hadde en lang forhistorie, det var mange visjoner, planer, forarbeider og byggematerialer.

I 1990 kom røynslemeldinga med erfaring fra kommunehelsetjenesten etter innføringen av den i 1984. Meldinga tok opp spørsmålet om et listepasientsystem i Norge og i 1993 startet fastlegeforsøket i fire kommuner.

Erfaringene fra forsøksordningen dannet grunnlaget for Stortingsmelding nr. 23 Trygghet og ansvarlighet om legetjenesten i kommunene og fastlegeordningen. Meldingen ble behandlet i Stortinget i juni 1997 og Stortinget la 13 hovedprinsipper til grunn for en kommende fastlegeordning.

Hovedprinsipp nr. 9 lød: Fastlegeordningen finansieres med 30 prosent basistilskudd på grunnlag av antall pasienter på listen og 70 prosent refusjon/egenandel. Stortinget gjorde vedtak om størrelsen på basisgodtgjøringen og at kun antall innbyggere på listen skulle legges til grunn.

Etter føringer fra Stortinget skulle fastlegeordningen utvikles og innføres i et samarbeid mellom Sosial- og Helsedepartementet, Kommunens Sentralforbund og Legeforeningen. Dette ble fulgt under utarbeiding av Odelstingsproposisjon nr. 99. Proposisjonen ble vedtatt i mars 2000 og beskrev byggverket.

Jeg tenker at samarbeidet mellom partene over flere år var den viktigste grunnen til at byggverket ble som det ble og at fastlegeordningen ble en suksess.

Viktige elementer i fastlegeordningen bygger derfor på storskala utprøving, bred og solid helsetjenesteforskning og politisk behandling i to omganger på høyeste nivå. Hovedprinsipp nr. 9 og om partenes samarbeid: Dette var viktige føringer fra behandlingen av Stortingsmelding nr. 23, drøftet av partene og senere igjen vedtatt under behandling av lovproposisjonen.

Grunnmuren

Grunnmuren i byggverket er lege-pasient-forholdet. Det kan på mange måter sammenlignes med et fundament i armert betong og det er svært holdbart, blir sterkere og sterkere gjennom flere årtier og består så sant man ikke aktivt ønsker å knuse det.

Det har vist seg å ha store positive effekter av å ha samme fastlege over lengre tid: lavere risiko for å dø og mindre sannsynlighet for å bli innlagt på sykehus eller oppsøke legevakten.

Et stabilt og tillitsfullt forhold mellom fastlege og pasient gir bedre helsetjenester for pasienten, bedre utnytting av ressursene og ikke minst opplever pasientene trygghet.



ALLE FOTO: AI-GENERERT AV FORFATTER





Pasientenes tillit til legen ble av Per Fugelli kalt «gudestoffet» og uten dette ville medisinen bli redusert til en kald slagmark preget av frykt og mistillit.

De nye takstene for sykmelding har vist hvor viktig dette tillitsforholdet oppleves av oss fastleger. Vi fastleger ønsker takster for tidsbruk og prosedyrer og ikke takster som styrer beslutninger og dermed kan svekke tilliten pasientene har til oss.

Konstruksjonen

Konstruksjonen over grunnmuren, eller det vi kalte reguleringen av fastlegeordningen, hadde en rekke oppgaver. Den skulle ivareta innbyggernes rettigheter, statens og kommunenes oppgaver og fastlegenes plikter og rettigheter.

En viktig endring ved innføring av fastlegeordningen var at all fastlegevirksomhet skulle utløse refusjon fra normaltariffen. Kommuner med fastlønnede leger mottok tidligere en fast sum per lege per år, det såkalte fastlønnstilskuddet. Økt aktivitet hos legene førte da til økte utgifter uten økning i tilskudd. Disse kommunene kom dårligere ut økonomisk, og det var ikke aktivitetsfremmende.

Konstruksjonen skulle passe for fastleger med helt selvstendig næringsdrift, fastleger med næringsdrift i kommunale lokaler og fastleger ansatt i kommunen, i tillegg skulle den passe i store og i små kommuner.

Selv om det har fungert svært godt, har det vanligste alternativet, næringsdrift for fastleger, i alle år blitt motarbeidet av krefter som er ideologisk mot privat virksomhet og dette er en motstand i mange forskjellige forkledninger.

Reguleringen

- Kommunehelsetjenesteloven
- Fastlegeforskriften
- Statsavtalen 4301
- Rammeavtalen ASA 4310
- Kommunelegeavtalen SFS 2301
- Lokal rammeavtale
- Individuell fastlegeavtale

Bygget

Bygget ble solid, de aller fleste fikk sin egen fastlege, mange fikk den allmennlegen de hadde brukt tidligere og hadde ønsket seg. Alle leger som tidligere hadde arbeidet som allmennleger fikk tilbud om å bli fastlege.

De første ti årene fungerte fastlegeordningen bra på alle områder, de fleste var fornøyd, men noen begynte å tenke: Hvem er ansvarlig eier og hvor er vaktmesteren?

Bygget blir for lite

Etter tiår begynte bygget å bli for lite. Det var mange grunner til det. Flere eldre i befolkningen, faglig utvikling med økte muligheter til utredning og behandling i kommunehelsetjenesten og økende befolkning.

Ut fra erfaring i fastlegeforsøket i perioden 1993–96, ble det beregnet at en fastlege i gjennomsnitt burde klare å ta ansvar for en liste med 300 innbyggere for hver ukedag i praksis, det såkalte normtallet.

Etter hvert ble det vanskeligere å klare en liste innenfor normert tid, mange fastleger løste dette ved å arbeide lange uker, gjennomsnitt for fastleger var en stund 57 arbeidstimer per uke.

Noen valgte å redusere listelengden noe som medførte dårlig inntjening. Økonomien i næringsdrift ble så dårlig at flere fastleger sluttet og rekrutteringen av næringsdrivende fastleger stoppet etter hvert nesten opp.

Basistilskuddet for hver pasient økte riktignok i takt med lønns- og prisvekst. Men det ble ikke tatt hensyn til at det ble mer å gjøre med hver pasient slik at listelengdene burde reduseres.

Mangelen ble tydelig ved start av Samhandlingsreformen i 2012. Det ble da beregnet at oppgaveoverføringen fra sykehusene til kommunene ville trenge 2500 nye fastleger. Det ble ikke gjort noe fra sentralt hold for å gi kommunene mulighet til å rekruttere disse 2500 legene.

Den nye fastlegeforskriften i 2012 innførte krav om at alle skulle få time hos fastlegen i løpet av fem virkedager og minst 80 prosent skulle få svar på telefon til fastlegen i løpet av to minutter. Disse forvent-





ningene om bedre tilgjengelighet gjorde ikke mangelen på fastleger mindre.

Utviklingen av fastlegekrisen ble varslet i Tromsø i 2016 under markering av 15 år med fastlegeordning.

Fastlegemangelen ble først dokumentert da journalist Anne Stine Sæther i *VG* kartla status i alle kommuner. Men det tok lang tid før mangelen ble akseptert i Helse- og Omsorgsdepartementet som et problem. Den negative utviklingen snudde ikke for alvor før helseminister Ingvild Kjerkol fikk økt rammen med 720 millioner i 2023.

Justering av størrelsen på bygget, antallet fastleger det er behov for i Norge, ble for dårlig forankret i forskrift og avtaler. Dette ser jeg på som **den ene av to større mangler ved bygget**.



Konstruksjonen knaker

Man kan forandre mye på et bygg, men alle vet at man ikke skal røre bærende deler av konstruksjonen. Men det er alt gjort forandringer og det planlegges nye forandringer som får byggverket til å knake.

Stortinget vedtok at fastlegeordningen skulle finansieres med 30 prosent basistilskudd på grunnlag av antall pasienter på listen og 70 prosent refusjon/egenandel.

I prosjektperioden ble det vurdert mange andre faktorer som kunne påvirke basisgodtgjøringen eller per capita-tilskuddet, men man endte opp med at kun antallet innbyggere på listen skulle bestemme.

Alternativet som var mest aktuelt, var en knekkpunktmodell, mindre basistilskudd per innbygger over et visst antall. Dette ble innført i mai 2020 og var nok viktig for å få ned fastlegers gjennomsnittlige listelengde, en helt nødvendig utvikling.

Knekkpunktmodellen ble avviklet i mai 2023 ved innføring av pasienttilpasset basistilskudd, en modell som er langt fra det Stortinget vedtok i sin tid.

I fastlegeforsøket var forholdet basisgodtgjøring – refusjon/egenandel 50–50. På grunnlag av erfaringen i fastlegeforsøket vedtok Stortinget at forholdet skulle være 30–70. Jeg hadde håpet man vil gjøre den samme grundige vurderingen i dag før dette ble endret.

Ekspertutvalget nevnte til og med at man burde prøve ut 80 prosent basisgodgjøring noe som i så fall vil bli et farvel til dagens fastlegeordning.

Stadig endringer i rammeforutsetningene gjør det svært utrygt og snart økonomisk uforsvarlig å være næringsdrivende fastlege.

Grunnmuren med spørsmålstegn over

Vår rett til å stå på listen til en fastlege og det ansvar fastlegen tar, er et solid fundament som vil bestå så sant det ikke utsettes for store skader. Jeg er mer usikker på hvordan resten av bygget vil se ut etter hvert.

Jeg tenker at forutsetningen for en god utvikling er styrking av partenes samarbeid, der løsninger utarbeides i fellesskap og med forståelse for hverandres ansvarsområder.

Et velfungerende samarbeid mellom partene på saksbehandlernivå ble ikke forankret i reguleringen av fastlegeordningen og det er **den andre store mangelen ved bygget**.

Partene må være enige om verdigrunnlag, hva og hvordan man ønsker å endre og ikke minst ha en grundig gjennomgang av mulige konsekvenser.

Det er selvsagt staten som må ha siste ord i et slikt samarbeid, men det hjelper ikke å ha siste ordet dersom man ikke blir forstått eller hørt.

Fastlegeordningen trenger et velfungerende trepartssamarbeid!

■ TOMWCHRI@ONLINE.NO





Effektdata for 3 sesonger[1]

Pasienter med kols, astma, hjertesykdom eller diabetes kan være mer utsatt for alvorlige luftveisinfeksjoner med RSV[2-6]

Som fastlege er du godt kjent med at influensa og covid kan være alvorlig for en del av dine godt voksne pasienter. Men visste du at en RSV-infeksjon kan gi et vel så alvorlig forløp?[7] Har du pasienter over 60 år som har kols, astma, hjertesykdom, diabetes eller andre underliggende sykdommer? Slike komorbide sykdommer kan betydelig øke risikoen for sykehusinnleggelse ved RSV-infeksjon.[2-6] En norsk studie viste at pasienter med RSV-infeksjon hadde mer alvorlig sykdom, høyere infeksjonsparametere, oftere underliggende sykdommer og fikk oftere forskrevet antibiotika enn pasienter med influensa.[8] 21 % av RSV-pasientene hadde behov for korttidsopphold på sykehjem etter utskrivelsen og 4,5 % kom aldri tilbake til hjemmet.[7] RSV-vaksinen ▼Arexvy er indisert for aktiv immunisering for forebygging av nedre luftveissykdom forårsaket av respiratorisk syncytialvirus hos voksne ≥ 60 år og voksne ≥50 år med økt risiko for RSV-sykdom.[9] Arexvy er den eneste RSV-vaksinen med data på effekt og sikkerhet over 3 fulle RSV-sesonger.*[1]

Snakk med risikopasientene dine om vaksine mot RSV.

Skann koden for å se intervju med en lungelege om betydningen av RSV-infeksjon hos eldre og komorbide pasienter.

AREXVY
VAKSINE MOT RESPIRATORISK SYNCYTIALVIRUS (RSV) (REKOMBINANT, MED ADJUVANS)

* Vaksineeffektivitetsdata er tilgjengelige for ABRYSVO® med en gjennomsnittlig oppfølgingsvarighet på 16,4 måneder.[10] Vaksineeffektivitetsdata er tilgjengelig for mRESVIA® med en median oppfølging på 18,8 måneder (AREXVY median follow-up from day 15 post-dose one 30·6 months [IQR 26·2–32·0]).[11]

Bruk av Arexvy skal være iht. offentlige anbefalinger. **Dosering:** Administreres som en enkelt dose på 0,5 ml. Behov for revaksinasjon med en påfølgende dose er ikke fastslått. En andre vaksinedose administrert 12 måneder etter den første dosen ga ikke ytterligere effektfordel.

Utvalgt sikkerhetsinformasjon: Vaksinering skal utsettes ved akutt, alvorlig febersykdom. En lett infeksjon, som en forkjølelse, er imidlertid ikke en kontraindikasjon for vaksinasjon. Gis med forsiktighet hos individer med trombocytopeni eller blødningsforstyrrelser da blødning kan oppstå etter i.m. injeksjon. Les preparatomtalen for mer informasjon før forskrivning av Arexvy. Ved uønskede medisinske hendelser, kontakt GSK på tlf 22 70 20 00.

Reseptgruppe C. Pris: 2342,50 kr per sett (1 hetteglass pulver til injeksjonsvæske, 1 hetteglass 0,5 ml suspensjon til injeksjonsvæske).

Referanser:
Referanser:
1. Ison MG et al. Lancet Respir Med 2025;13:517-29. **2.** Branche AR et al. Clin Infect Dis 2022;74:1004-11. **3.** Penders Y et al. Curr Allergy Asthma Rep 2025;25:14. **4.** Tseng HF et al. J Infect Dis 2020;222:1298-1310. **5.** Kujawski SA et al. PLoS One 2022;17:e0264890. **6.** Boattini M et al. Intern Med J 2023;53:404-8. **7.** Falsey AR et al. Open Forum Infect Dis 2021;8:ofab491. **8.** Debes S et al. Front Med 2022;9:866494. **9.** Arexvy SPC. **10.** Walsh EE et al. N Engl J Med 2024;391:1459-60. **11.** Britton A et al. MMWR Morb Mortal Wkly Rep 2024;73:696-702.

GSK
GlaxoSmithKline AS
Postboks 180 Vinderen, 0319 Oslo, Telefon 22 70 20 00.

Trademarks are owned by or licensed to the GSK group of companies.
©2025 GSK group of companies or its licensor.

PM-NO-RSA-JRNA-250002, august 2026

Den allmennmedisinske karaffel – 25 år senere

PETTER ØGAR • *Pensjonist, på papiret fortsatt spesialist i allmenn- og samfunnsmedisin*

Verden har forandret seg mye de siste 25 årene. Det gjelder også rammevilkårene for å drive allmennmedisinsk arbeid.

Endringene er blant annet knyttet til ny medisinsk kunnskap, teknologi og behandlingsmåter, befolkningens sammensetning (alder og etnisitet), krav og forventninger, tilgang til og eksponering for helserelatert informasjon og påvirkning, og nå sist framveksten av kunstig intelligens.

Men ikke alt er endret. Jeg skrev i 1997 en artikkel i *Utposten* (1) om strategiske holdninger, kunnskaper og ferdigheter. Det vil si holdninger, kunnskaper og ferdigheter med stort bruksområde og lang levetid. Artikkelen om den allmennmedisinske karaffel er på mange måter en konkretisering av dette, og jeg synes fortsatt synspunktene i karaffelartikkelen er gyldige.

To forhold vil jeg likevel trekke sterkere fram. Det ene er de ofte urealistiske krav og forventninger som stilles til helsetjenesten. I den grad det kan snakkes om kriser i norsk helsevesen, er det oftest snakk om en forventningskrise. Forventningsavklaring er derfor en viktig oppgave på de fleste arenaer i helsetjenesten. Fastlegene blir ofte konfrontert med problemstillingen, men er også særlig godt plassert til å bidra på en konstruktiv måte.

Det andre er konsultasjonsoppgaven som i den gamle karaffelartikkelen er kalt å påvirke legesøkningsatferden. Dette blir for snevert. Det må handle om å øke pasientens helsekompetanse. Helsekompetanse er personers evne til å forstå, vurdere og anvende helseinformasjon for å kunne treffe kunnskapsbaserte beslutninger relatert til egen helse, egenmestring av sykdom og fornuftig bruk av helsetjenesten (2). Helsekompetanse er viktig for folks evne til å finne og kritisk vurdere helseinformasjon fra ulike kilder. Det er åpenbart praktisk viktig, og fastlegene er igjen særlig godt plassert til å bidra til å øke pasientenes helsekompetanse.

REFERANSER

1. Øgar P. The times they are a-changing' – tanker om strategiske holdninger, kunnskaper og ferdigheter. Utposten 1997; 26: 334-6.
2. Helse- og omsorgsdepatementet 2019: Strategi for å øke helsekompetansen i befolkningen (2019–2023).

PETTOEG@ONLINE.NO

ILLUSTRASJONSFOTO: MORTEN HERNÆS / KI – CHATGPT



Den allmennmedisinske KARAFFEL

– *det faglige innholdet i fastlegeordningen*



● AV PETTER ØGAR

Utposten ønsker en diskusjon om det faglige innholdet i fastlegeordningen og har spurt en person som gikk ut av det virkelige liv for flere år siden, og hvis allmennmedisinske spesialistkompetanse for lengst har gått ut på dato. Jeg er usikker på om det er smigrende eller foruroligende.

Nå ønskes det riktignok bare svar på noen enkle spørsmål om hvordan fastlegeordningen kan brukes i folkehelsas tjeneste. Hvilke pasienter bør prioriteres? Hvilke behandlingsmetoder og arbeidsformer bør velges? Det starter med forsiktige spørsmål om aktiv oppsporing av diabetikere og sekundærforebygging, men avanserer raskt. Vil du prioritere arbeid i attføringsutvalg, eller vil du heller starte astmaskole? Vil du aktivt evaluere kommunehelsetjenestens og andrelinjetjenestens tjenester og øve påvirkning for å bedre påviste svakheter? Hvordan bør arbeidet monitoreres med hensyn til kvalitet og effekt, og hvilket påvirkningspotensial på folkehelsa finnes ved optimalt allmennmedisinsk arbeid?

Tankespillets kulisser er Tinn kommune som ikke bare har en kommunelege I. Han eller hun har også samfunnsmedisinske ambisjoner. Og ikke nok med det, det finnes et helt fastlegekollegium som lider av den samme sjeldne tilstanden og i tillegg har en bevisst holdning til helsetjenesten. Jeg trodde knapt det fantes slike steder igjen i kongeriket.

Det handler om allmennmedisinens innhold og verdigrunnlag

Spørsmålene som stilles handler ikke primært om fastlegeordningen. De handler om allmennmedisinens faglige innhold og ambisjon. Hvilke rolleforventninger bør vi ha til allmennpraktikerne? Hva bør være allmennmedisinens ideologi og verdigrunnlag? Hva er anerkjente behandlingsformer og arbeidsmåter? Og hvem er det som legitimt kan bidra med svar på disse spørsmålene?

Allmennpraktikerne er selvfølgelig de nærmeste til å gi svar, men de kan ikke gjøre det uten å ta hensyn til de krav, forventninger og rammevilkår omgivelsene og samfunnet stiller. Allmennlegene utgjør heller ingen homogen gruppe. Tvert imot har de ulike syn, og synspunktene endrer seg over tid. Helsetjenesten og dens utøvere er en del av samfunnet og gjenspeiler samfunnets rådende kultur og verditrender. Markedstenkning, privatisering og individfokusering er dominerende trender som også eter seg inn i helsetjenesten og hos dens utøvere. For 10-15 år siden var det vanskelig å finne en allmennpraktiker som ikke så på en fastlegeordning som en riktig reform. I dag er det bare et knapt flertall blant legene som etter harde forhandlinger på overtid sier ja. Og det til tross for at ordningen, dersom en

Petter Øgar

cand.med 1978.

Ass. lege medisinsk avdeling Kongsberg sykehus 1980–83. Kommunelege I og helsesjef i Hornindal 1983–95.

Fylkeslege i Sogn og Fjordane fra 1995 bare avbrutt av et vikariat som konstituert helsedirektør i 2000.

Var tidligere spesialist og veileder i allmennmedisin, er spesialist i samfunnsmedisin.

Medlem av Utpostens redaksjon fra 1993 til 1998



skal tro det en hører, er et økonomisk gullegg for flertallet av deltakerne.

Fastlegeordningen representerer bare et organisatorisk og finansielt rammeverk som legger grunnlaget for en sterkere lege-pasientbinding og innebærer større mulighet for mer populasjonsbasert virksomhet, dersom legene ønsker det. Men ordningen i seg selv forandrer verken legenes, pasientenes eller samfunnets syn på hva som er god allmennmedisin. Riktignok mangler det ikke på vakre ord i utredningene om reformen både med hensyn til listeansvar og styrking av det samfunnsmedisinske arbeidet i kommunene, men virkeligheten ble en annen. Vi endte opp med en fastlegeordning som på vesentlige områder ikke kan sies å ha en folkehelsebefordrende innretning. Stykkprisbetaling utgjør 70% av legenes inntekter og stimulerer til høy produksjon, men ikke nødvendigvis en produksjon med et innhold i samsvar med samfunnets erklærte prioriteringer. Vi har trolig ennå til gode å se et takstsystem som gjør kronisk syke med behov for langvarige og sammensatte tiltak «økonomisk konkurransedyktige» i forhold til kjappe kontroller av lite syke mennesker og behandling av kurante sykdommer og tilstander. Analogien til innsatsstyrt finansiering og DRG-systemet på sykehusene er nærliggende. Vi ser videre at offentlig allmennmedisinsk arbeid på helsestasjonen, i skolehelsetjenesten og på sykehjem i mange kommuner blir lavt prioritert. Samfunnsmedisinsk arbeid er gjennomgående svært lavt prioritert og/eller det er ingen leger som vil ha det.

I denne situasjonen kan vi gjerne tegne kart og lage oppskrifter på hvordan allmennmedisinen og fastlegeordningen kan bli en velsignelse for folkehelsa, og det skal vi gjøre. Men uten en fagideologisk renessanse er jeg redd dette fort kan bli trøsteprodukter for den restideologiske kjerne.

Et realistisk ambisjonsnivå og skisse til svar

Jeg kunne selvsagt ønsket meg en samfunnsmedisinsk inspirert allmennmedisin, men i dagens verdiklima tror jeg det er urealistisk å spenne buen for stramt. Vi er ikke tjent med å legge lista så høyt at bare noen få av de siste dagers hellige prøver å nå opp til den mens alle de andre står hoderystende eller uinteressert og bivåner.

Jeg ga mine svar på mange av de spørsmålene som stilles i et innlegg i Utposten allerede i 1991: *Allmennpraksis – åpen (helse)butikk eller styrt virksomhet?* (1). Skal allmennpraksis være en åpen (helse)butikk der helhetsambisjonen slutter med å ivareta de enkelte pasientene på en helhetlig måte etter hvert som de dukker opp på kontoret, eller skal den være en styrt virksomhet der helhetsperspektivet er et populasjonsperspektiv med de konsekvenser det får for arbeidsformer og ressursfordeling. Jeg mener det siste. Den passive, etterspørselstyrte praksis må erstattes av en praksis styrt på en slik måte at den søker å oppfylle det første Lønning-utvalgets likhetsbegrep (2): Alle bør gjennom helsevesenet få den samme mulighet til å bli så friske som de etter sine forutsetninger kan bli.

De sosiale forskjellene i Norge øker slik det blant annet dokumenteres i *Utjamningsmeldinga* (St.meld.nr.50 (1998-99)). Økende sosiale forskjeller fører til økende ulikheter i helserisiko, uhelse og sykdom. I en slik verden betyr rettferdig fordeling i økende grad ulik fordeling og mer selektiv ressursbruk. En slik dreining får liten drahjelp i et individbasert rettighetssamfunn der behovet ofte er omvendt proporsjonalt med evnen til å kreve sin rett. Lettere blir det heller ikke ved at de som trenger det mest ofte er vanskeligst tilgjengelig og ofte lite synlig takknemlige for våre tjenester. Det narraktige i troen på å være bare pasientens advokat og ikke en forvalter av et samfunnsgode avsløres når advokatambisjonen for den ene kolliderer med advokatgjerningen for de andre pasientene på ens egen liste.

En populasjonstilnærming forutsetter en bevisst oppfatning av hvordan ulike behov skal prioriteres kombinert med ulike praktiske tiltak for å senke tersklene for underbrukerne av helsetjenester. Reduserte terskler må ikke forveksles med pågående, oppsøkende virksomhet. Misjonering hører fortsatt hjemme på misjonsmarken og ikke i helsetjenesten.

Med den nye pasientrettighetsloven er prioritering knyttet til forventet nytte og kostnadseffektivitet av behandlingen.

Den dokumenterte nytten av mange av de behandlings- og arbeidsformer som benyttes i dag er mangelfull eller fraværende. Det samme gjelder en helseøkonomisk vurdering av de samme tiltakene. Det gjenstår et formidabelt dokumentasjons- og operasjonaliseringsarbeid fagmiljøene selv må ta et ansvar for. Men jeg kjenner ingen bedre prinsipielle utgangspunkt, og det finnes allerede mye kunnskap allmennlegene i dag ikke i tilstrekkelig grad har tatt konsekvensene av. Det siste forholdet er det vanskelig å finne holdbare unnskyldninger for. Prioritering handler etter dette egentlig mye om å la praksisen være styrt av faglig redelighet og å være faglig oppdatert.

Det er ikke nok å ønske og tro at vi gjør de riktige tingene. Vi skal helst vite at det er det vi faktisk gjør, og i denne sammenheng er troen ikke å stole på. Evaluering av egen praksis og dokumentasjon av kvalitet vil trolig etterspørres i økende grad både av pasienter, myndigheter og fagmiljøene selv. Utfordringen er å utvikle formålstjenlige metoder og kvalitetsindikatorer og å ha et realisitisk ambisjonsnivå for dette arbeidet som trekker majoriteten av allmennleger med seg. Det kan bare skje ved at fagmiljøet selv tar ansvaret og ved at andre, som undertegnede, innser sine begrensninger på dette området.

Fastlegen og folkehelsa

Folkehelsa er i første rekke et resultat av ulike samfunnsforhold. De viktigste så langt vi vet i dag er materielle levekår, inkludert fysiske, kjemiske og biologiske miljøfaktorer og ulike sider ved samfunnets psykososiale kvaliteter som sosiale forskjeller, rådende verdinormer, grad av sosialt felleskap og småbarns kår særlig i første leveår.

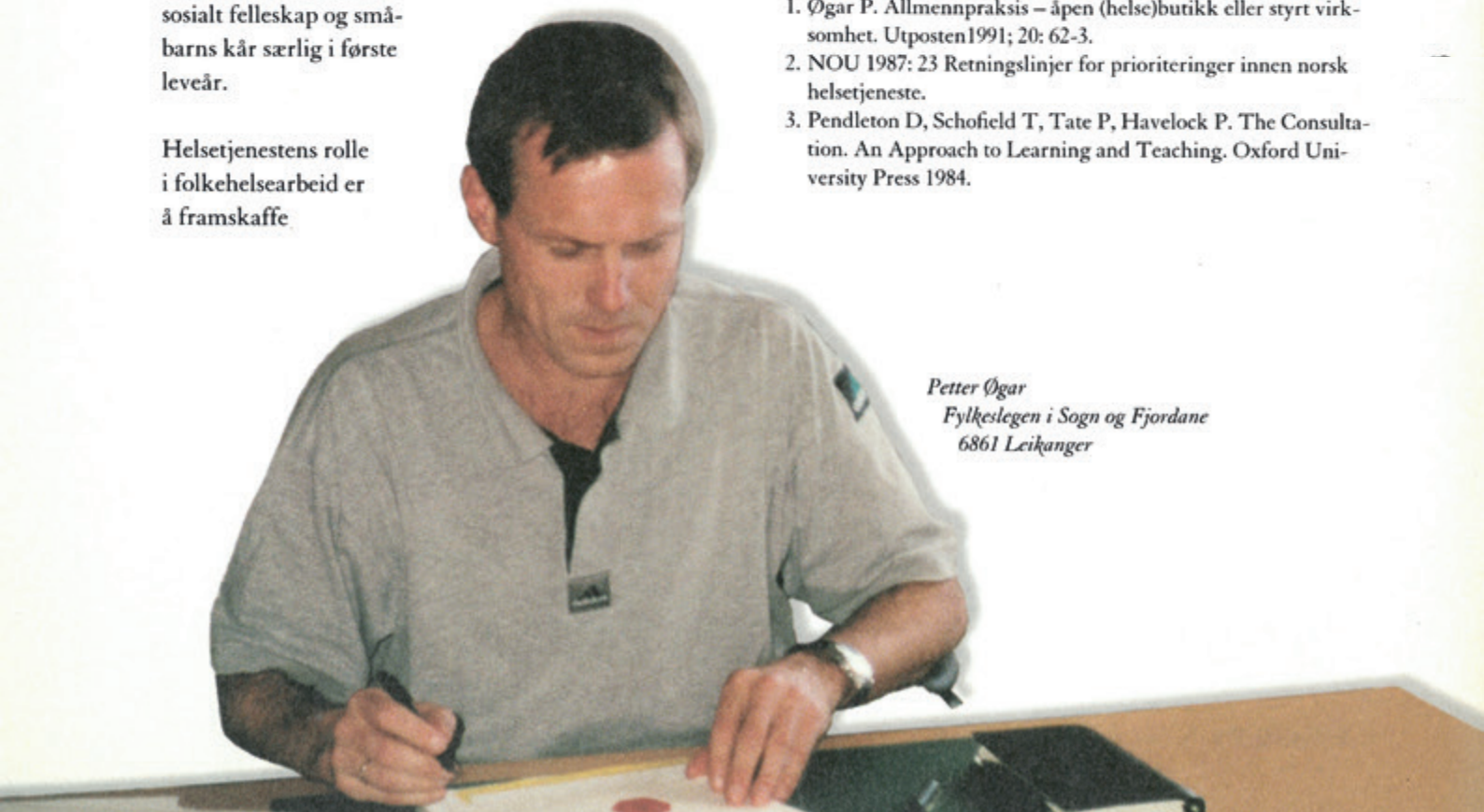
Helsetjenestens rolle i folkehelsearbeid er å framskaffe og gjøre kjent faktagrunnlag knyttet til helse og sykdom, være faglig premissleverandør og rådgiver for ulike beslutningstakere, behandle pasienter, drive sykdomsforebyggende arbeid (primær-, sekundær- og tertiærforebygging) og å påvirke samfunnets helse- og sykdomskultur.

Allmennpraktikerens bidrag er i hovedsak knyttet til de tre siste aktivitetene, og da er vi tilbake til Pendletons klassiske beskrivelse av innholdet i den allmennmedisinske konsultasjon (3). I tillegg til å løse det aktuelle problem skal eventuelle kroniske problemer følges opp. Forebyggende tiltak skal vurderes og eventuelt gjennomføres. Endelig skal legesøkningsatferden påvirkes. Det siste skjer uansett. Legene er de sterkeste premissleverandørene og påvirkerne til utformingen av samfunnets helse-, sykdoms- og behandlingskultur. Spørsmålet er om vi bidrar til nøktern og mest mulig kunnskapsbasert bruk av helsetjenster, eller om vi nører opp under kontroll- og behandlingsetterspørselen og bærer ved til medikaliseringsbålet, som vi selv holder oss varme av? Det er nå så mange behandlere av ulik art at det er til å bli syk av. Mange steder sliter det helsetjenesten ut. Men for ikke så rent få er det også en nødvendighet for å opprettholde den inntekt de mener de bør ha.

Holder allmennpraktikerne seg faglig oppdatert, følger Pendletons konsultasjonsoppskrift, lar virksomheten være styrt av faglig redelighet og evaluerer sine tjenester, bør vi være fornøyd, og allmennmedisinen i fastlegeordningen vil bli en stort gode både for den enkelte pasient og i folkehelsas tjeneste.

Referanser

1. Øgar P. Allmennpraksis – åpen (helse)butikk eller styrt virksomhet. Utposten1991; 20: 62-3.
2. NOU 1987: 23 Retningslinjer for prioriteringer innen norsk helsetjeneste.
3. Pendleton D, Schofield T, Tate P, Havelock P. The Consultation. An Approach to Learning and Teaching. Oxford University Press 1984.



Petter Øgar
Fylkeslegen i Sogn og Fjordane
6861 Leikanger



STATUS 2025: Kommunane og legane der

TORLEIV ROBBERSTAD • *89 år, tidl. distriktslege, helse- og sosialsjef og ass. fylkeslege*

Fastlegane skal vere grunnmur og portvakt for helsetenestene våre. Riksrevisjonen finn det kritikkverdig at så mange eldre pasientar som kunne vore behandla i kommunane, blir lagde inn på sjukehus, og ønskjer styrking av portnarrolla. Andelen eldre aukar sterkt, andelen fastlegar går ned, og små, usentrale kommunar treng særlege tiltak for å rekruttere godt nok.

Kommunane har ansvaret for «nødvendig helsetjeneste for alle som bor eller midlertidig oppholder seg i kommunen» (1). Statistikk gir sjeldan fasitsvar, men kan vere svært nyttig for å stille gode spørsmål. Kva kan statistikken fortelje oss om stoda i kommunane?

Data til denne studien er henta frå Statistisk sentralbyrå (SSB) og frå Helsenorge.no. Alle data er for 2025 der ikkje anna er opplyst. Kommuneinndelinga følgjer SSB sin standard for sentralitet, med talet ein som dei seks mest sentrale kommunane og seks som dei 113 minst sentrale kommunane (2).

Kommunane

Dei 357 kommunane våre er stort sett små og perifere. Halvdelen har under 5000 innbyggjarar, og nesten 60 prosent er usentrale (sentralitet 5 til 6). 200 av kommunane har under 10 000 innbyggjarar og er usentrale, og dei har tiandedelen av befolkninga. Fem prosent av folket er over 80 år, men venteleg seks prosent i 2030 og sju prosent i 2036. I 1935 var dei berre 1,5 prosent.

Legane

Femtekvart avtalte legeårsverk i helse- og sosialsektoren er i kommunane (3, 4), jamfør tabell 1. Av dei er fire femdelar til «Diagnose, behandling og rehabilitering av personar med helseproblem» (KOSTRA-funksjon 241), i dette er ikkje medrekna timeverk til legevakt (5).

Ni prosent er til sjukeheimane, og ni prosent er til helsestasjonar, skulehelse, administrasjon og akutte døgnplassar (KAD). Denne fordelinga endra seg lite frå 2020 til 2025.

TABELL 1. *Alle avtalte legeårsverk 2015–2025, i heile landet og i kommunane (medrekna turnuslegar).*

	2015	2025	PROSENT AUKE 2015–25
Årsverk i heile landet	27 520	36 305	32
Årsverk i kommunane	5 457	7 300	34
– Av desse: turnuslegar	453	615	36

TABELL 2. *Fastlegar 2021: prosentdel framleis i same kommune i 2024 og 2026, etter folketal i kommunen.*

FOLKETAL I KOMMUNEN, I 1000	<5	5–10	10–20	20–50	50–100	>100	ALLE
Antal kommunar	174	72	47	44	13	7	357
Antal fastlegar i 2021	501	514	651	1150	773	1 397	4 986
Restprosent etter tre år	65	74	74	77	80	84	77
Restprosent etter fem år	53	64	66	69	71	75	68

Turnuslegar i kommunane

Turnuslegane (LIS1) er vel åtte prosent av alle avtalte legeårsverk i kommunesektoren. Usentrale kommunar med under 10 000 innbyggjarar har tiandedelen av folketalet, men tredelen av turnuslegane. Ein annan tredel er i vertskommunar for somatiske sjukehus.

299 kommunar har turnuslegar. I 78 av dei er turnuslegar meir enn femtedelen av dei avtalte årsverka, og i 14 er dei meir enn tredjedelen. Nesten alle desse 78 er usentrale kommunar med færre enn 5000 innbyggjarar.

Fastlegars stabilitet

I juni 2021 var det 4986 fastlegar. Fjerdedelen av legane i denne kohorten hadde flytta på seg etter tre år, og tredjedelen etter fem år, men med stor spreiing etter folketal, jamfør tabell 2.

TABELL 3. *Tre års restprosent i kohortane «distriktslege.1970» og «fastlege.2021» i seks utvalde fylke.*

	ANTAL LEGAR	FINNMARK	TROMS	MØRE OG ROMSDAL	ROGALAND	HEDMARK	ØSTFOLD
«Distriktslege.1970»	121	40	47	67	70	58	54
«Fastlege.2021» i kommunar med under 10 000 innbyggjarar	368	63	61	69	64	68	84

TABELL 4. *Legeårsverk i kurativ praksis 2025, og tilvekst av årsverk frå 2020–25, etter avløningsformer.*

	ÅRSVERK	NETTO AUKE ÅRSVERK FRÅ 2020–25:			
INNBYGGJARAR	2025	ALLE	NÆRINGSDRIVANDE	KOMMUNAL STILLING	TURNUSLEGAR
Heile landet	5 962	995	381	456	125
2–10 000	1 014	198	-20	169	35
10–20 000	847	152	15	119	15
20–45 000	1 281	225	86	96	34
45–300 000	2 036	335	236	62	26
Oslo	635	79	69	1	8

Små og usentrale kommunar har størst problem med å rekruttere og halde på legar. Etter tre år var to tredelar av legane att i dei 174 minste kommunane, men meir enn tre firedelar i resten. Etter fem år er berre vel halvparten framleis i desse minste kommunane, men vel 70 prosent i kommunar med over 10 000 innbyggjarar, og fem sjettedelar i dei sju største. I Oslo varierer restprosenten frå 90 (Grorud og Vestre Aker) til 63 (Søndre Nordstrand); i Bergen frå 85 (Fana) til 53 (Årstad).

Korleis var treårs-stabiliteten for 50 år sidan? Her er kohorten «distriktslege 1970» i seks utvalde fylke (6), samanlikna med kohorten «fastlege 2021» i kommunar under 10 000 innbyggjarar i dei same fylka, jamfør tabell 3.[1] Det er gjort slik fordi distriktslegane stort sett var å finne i landkommunar, som var mykje mindre i gamle dagar: dei siste 50 åra er det blitt 40 prosent fleire nordmenn og 18 prosent færre kommunar. Fastlegane no har jamt over mykje større jobbstabilitet enn det distriktslegane i si tid hadde.

Inntektsformer

No er 38 prosent av alle avtalte legeårsverk fastløna, i kommunal stilling eller som turnuslege (7). 61 prosent av årsverka er i privat næringsdrift, nesten alle desse er i kurative tenester (funksjon 241) – med eller utan subsidierte «8.2-avtalar» etter ASA-avtale 4310 (8). Fire femdelar av fastlegane er privat næringsdrivande.

1 På den tid fanst det ikkje statistikk om slikt, så forløpet for kvar enkelt av dei 121 aktuelle legane måtte eg plukke ut for hand frå diverse årgangar av Helsedirektoratet sin «Fortegnelse over leger i Norge». Dette var særs tidkrevande, så berre seks representative fylke av dei 18 måtte greie seg.

Frå 2020–25 kom det nesten 1000 fleire årsverk i dei kurative tenestene: 456 fleire i kommunal stilling, 380 fleire som næringsdrivande og 125 som turnuslegar, jamfør tabell 4.

Drøfting

For 2700 år sidan skreiv Hesiod dikt om *Arbeid og dagar*. Oppgåver og arbeidsvilkår er framleis nøkkelorda i arbeidslivet, og dei siste tretti åra har me etter kvart fått ganske god statistikk om helsetenesta i enkeltkommunane (9).

Velferdsstaten er ein samfunnskontrakt mellom medmenneske, men i dette feltet er det mange velmeinande folk med kikkertsyn på sine felt, så forventningsgapet aukar. **Prioritering** er å ordne forventningskøen i Må ha, Bør ha og Kjekt å ha, og fastlegen sin portnarfunksjon skal vere ein viktig del av dette.

Før

Frå slutten av 1950-talet endra det norske samfunnet seg mykje. Då fekk me allmenn folketrygd, så alle fekk råd til å gå til lege. Som ein eldre mann på Vestre Åmøy sa til meg ti år seinare: Før den tid måtte du helst vera daue før du henta lege. Store terapeutiske framsteg auka forventningane til helsehjelp, og folketalet auka med fjorten prosent på tjue år.

1960-talet ga svær sjukehusutbygging, utan nemnande vekst utanom sjukehus. Allmennpraksis sleit med høge etableringsutgifter, uregulert arbeidstid og låg fagleg prestisje. Der auka krisa, og Stortingsmelding 85 (1970–71) meinte det var «innlysende at legetjenesten utenom sjukehus står overfor et sammenbrudd i løpet av relativt få år» (10).

Inntil 1984 skulle den offentlege legeetaten mellom anna sikre eit visst minimum av legehjelp i heile landet. I 1977 var det cirka 590 distriktslegar med pliktig privatpraksis, stort sett i landkommunane, med vel 200 turnuslegar (= vel 100 årsverk) som sine private assistentar. Og det var cirka 1100 privatpraktiserande allmennlegar – mest i bykommunane (6). Justert etter folkeauken tilsvarar dette cirka 2500 årsverk i kommunane i dag: tredjeparten av 2025-bestanden.

No

Sidan 1984 har kommunane plikt til å gi nødvendig helseteneste til alle (1, 11)**. Fastlegeordninga** kom for 25 år sidan. I 2007 opplyste Den norske legeforening: «En tommelfingerregel er internasjonalt at allmennlegene bør utgjøre minst 30 prosent av det totale antall leger» (12). i 1990 var 35 prosent av legane allmennlegar, og 29 prosent i 2008 (13). Men både i 2015 og 2025 hadde kommunane berre femdelen av alle legeårsverka (3, 4), trass i at samhandlingsreforma frå 2012 har flytta mange oppgåver frå spesialisthelsetenesta over på kommunane.

Turnustenesta kom for 70 år sidan, og har alltid vore viktig for å skaffe legar til alle delar av landet (13). Dei siste 40 åra har gitt kommunane ei tredobling av legeårsverka, men det ser ut som om turnuslegar framleis må til for å få legetenesta i utkantkommunar til å henge rimeleg i hop.

Jobbstabiliteten er mykje betre for fastlegar no enn for distriktslegar for femti år sidan. Men halvdelen av kommunane våre har under 5000 innbyggjarar. Desse småkommunane er særleg sårbare, med 12–15 prosentpoeng større femårsfråfall enn i halvstore kommunar.

Sandvik har vist at hyppig legevakt er viktigaste grunnen til at fastlegar sluttar (14). Myklestul har peika på at høg vaktbelastning særleg gjeld i dei minste kommunane, og at dette gir dyrare og dårlegare helsetenester totalt (15).

Yngre fastlegar ser ut til å prioritere ordna fritid og inga investeringsplikt– som i sjukehus. **Fastlegeauken** har stort sett kome som kommunale stillingar i kommunar med under 20 000 innbyggjarar, og som næringsdrift i dei med over 45 000. Store kommunar kan nok ha mykje større tilgang på eksterne legar til legevakter.

Statens lånekasse har frå 2025 ei ordning for dei som bur i ein av dei vel 200 minst sentrale kommunane (sentralitet 5 og 6) og som er yrkesaktive. Då kan du årleg få sletta inntil 25 000 kr av studielånet i Lånekassa, men inntil 60 000 kr i Finnmark og nord-





ILLUSTRASJONER MORTEN HERNES / KI – CHATGPT

Troms (16). 95 prosent av desse kommunane har under 10 000 innbyggjarar. Vil dette gi større fastlegestabilitet?

Riksrevisjonen har nyleg lagt fram ein rapport om helsehjelp til eldre (17). Den peikar på at helsehjelp skal utførast på lågaste effektive omsorgsnivå, og meiner det er kritikkverdig at mange pasientar som kunne vore behandla i kommunane, blir lagde inn på sjukehus. I 2033 vil det vere 50 prosent fleire over 80 år enn i 2024, og denne svære auken gjer at vidareføring av dagens praksis vil true spesialisthelsetenestene si berekraft. Rapporten tilrår ei god oppfølging av fastlegane sin tilvisingspraksis og betre styringsdata for dette, og spør også kvifor innbyggjarar i mange vertskommunar oftare blir behandla i sjukehus enn innbyggjarar i andre kommunar.

Tyrihjell et al. peikar også på denne auken av eldre, at tilgangen på helsepersonell blir knappare, og på at fastlegane

> «...står sentralt i fremtidens helsetjeneste, både med ansvar for flere behandlingsområder, koordinering av tjenester og som portvokter for kostbare spesialisthelsetjenester og ulike velferdsgoder» (18).

Spesialisttenestene er avhengige av ein robust grunnmur av fastlegar, men no seier altså Riksrevisjonen at **portvaktarfunksjonen** er for dårleg og at grunnmuren sviktar. Det er ikkje så uventa at fastlegar stundom let porten stå halvopen, for å redusere si eiga arbeidsmengde.

Fleire fastlegar betyr auka offentlege kostnader, men alt for ti år sidan kosta eitt liggjedøgn på sjukehus det same som 30 direkte kontaktar til fastlege (19). Mykletun et al. meiner at «...det kan være mer samfunnsøkonomisk lønnsomt med fastlønn enn med næringsdrift», mellom anna fordi næringsdrivande fastlegar har meir liberal portvakting (20).

Og så?

Me ligg på verdstoppen i **samla legedekking**, og med trongare økonomiske tider framfor oss er det nok lite realistisk å vente større auke av den.

For store forventningar: Etikkprofessor Bjørn Hofmann meiner at me må stramme inn på oppgåvespekteret og motarbeide diagnoseinflasjonen, og at me må unngå å leggje allmennmenneskelege problem over på helsetenesta og samfunnsproblem over på individet (21). Homlong meiner at største utfordringa no ikkje er å skaffe meir pengar eller gjennomføre fleire reformer, men å byggje ned forventningar, altså å setje grenser (22). Eg trur at begge har rett, og at Ivan Illich var inne på det same for 50 år sidan, i boka *The Limits of Medicine*.

Rudolf Virchow sa for 160 år sidan at politikk er medisin i ein vidare samanheng (23). Det gjeld også i vår tid. Det er eit rikspolitisk ansvar å balansere oppgåver mot offentlege ressursar, og å ikkje love meir enn rimeleg. Trua på at marknadsmekanismane ordnar alt og at kunden alltid har rett er ei velprøvd politisk sovepute. Men me veit også at populisme er ein reaksjon på eit demokrati som ikkje innfrir lovnadene sine.

Fastlegen er tildelt nøkkelrolla som **portvaktar**. Men no er berre sjettedelen av legeårsverka fastlegar, og berre fjerdedelen av fastlegane har opne lister. Denne **skeivfordelinga** mellom allmennlegar og spesialisttenesta må rettast opp. Fastlegeordninga er på veg opp frå bølgjedalen i 2022, men me må ikkje gløyme at det tok ti år å rette opp att allmennlegesvikten for 50–60 år sidan. No trengs det fleire fastlegar, og betre fordeling av dei. Dette er eit rikspolitisk ansvar, som oppfølging av målsetjinga om at «...innbyggerne skal motta likeverdige helsetjenester etter behov, uavhengig av ...bosted...» (24).

Normaltariffen premierer korte konsultasjonar. Ei slik normerande stykkprisliste var nok heilt nødvendig for 70–80 år sidan, med få allmennlegar – alle i solopraksis – null tilsyn, og kvar kommune med si eiga trygdekasse – som kunne gå tom[2]. No er andelen over 80 år meir enn tredobla sidan 1935, og aukar som aldri før. Gamle folk treng jamt over lengre tid hos fastlegen fordi dei har fleire sjukdomar og lyte. Eg trur få vil vere usamde i at stykkprisbetaling også verkar styrande på legars praksis.

Vil det ikkje gi størst helsenytte å la legane få arbeide med det dei er best til, som er å **behandle pasientar**? Kva med ei ***tillitsreform***, slik at fastlegen kan byggje sine avgjerder fullt ut på klinisk skjønn? Bør det ikkje vere kostnadsnøytralt for fastlegar å ta ***kloke valg***, også for upopulære avgjerder?

2 Tidleg på 1970-talet blei alle dei kommunale trygdekassene omgjort til statlege trygdekontor.

REFERANSAR

1. Kommunehelsetenestelova: lov 1982-11-19-66.
2. SSB. Standard for sentralitet. www.ssb.no.
3. Statistikkbanken.no: tabell 11996.
4. Statistikkbanken.no: tabell 07938.
5. Ssb.no/innrapportering/kostra-innrapportering/skjema 1.
6. Robberstad T og Siem H: Den offentlege legen som samfunnsmedisinar i distrikt. Tidsskr Nor Lægefor 1978: 98, 1.037-1.040.
7. Avtale SFS 2305 for 2026, § 12.
8. Avtale ASA-4310: Rammeavtale mellom Legeforeningen og KS om fastlegeordningen i kommunene.
9. Sosial- og helsedepartementet Hefte I-0821/1B-6B: Styrings- og informasjonshjulet, sammenligningstall for kommunene. 1995.
10. Stortingsmelding nr 85 (1970–71) Om helsetjenesten utenfor sykehus.
11. Helse- og omsorgstenestelova: lov 2011-06.24–30.
12. Utredning om spesialistutdanningen av leger, høringsdokument. Oslo: Den norske legeforening 2007.
13. Nybyrjarstilling for legar – praktisk og pedagogisk oppfølging av nyutdanna legar. Helsedirektoratet, Rapport IS-1783, Oslo 2010. s.54.
14. Sandvik H: Trivsel og stabilitet i fastlegeordningen. Tidskr Nor Legeforen nr 11/2025, 943.
15. Myklestul HC: Fastlegenes legevaktplikt må inn i ordnede former. Dagens Medisin nr 10/2025, 11.12.25.
16. Lånekassen.no/no-NO/gjeld-og-betaling
17. Riksrevisjonen si undersøking av helsetenestenes samhandling om eldre: Dokument 3:10 (2025–2026), 189 sider, 5. mai 2026. ISBN 978-82-8229-650-2.
18. Tyrihjell JB et al.: Går vi mot en ny vri på fastlegordningen? Tidsskr Nor Legeforen nr 10/2024, 792–95.
19. Robberstad T: Å spare på skillingen og la dalaren gå... Utposten nr 1/2018.
20. Mykletun A et al.: Fastlegenes avlønningsform og insentiver: Konsekvenser for portvokterrollen. Folkehelseinstituttet, april 2025.
21. Hofmann B: «Diagnosegaloppen». Kronikk på nrk.no 22.01.2024.
22. Homlong L: Vi må rydde i helsetenesta. Dagens medisin nr 5/2026.
23. Virchow R: Gesammelte Abhandlungen aus dem Gebiete der öffentlichen Medicin und der Seuchenlehre. Google Play Bøker.
24. Stortingsmelding nr 21 (2024–2025), Oslo april 2025.

TROBBE@LYSE.NET

En hyllest til middelaldrende, middelmådige menn

ENDRE SKJØLBERG • *Fastlege, Molde kommune*

ER DET Å VÆRE MIDT I LIVET som en tredagers heliumsballong? Den som var så utrolig spenstig den første dagen, at man måtte holde i tråden for hvis ikke vil den fly til himmels. Alle vil leke med deg i starten, for da er man så sprek og livlig, men på tredje dagen så henger du litt slukøret og skrukket, og har ingen ork til å fly avgårde. Det beste man kan gjøre er å åpne tuten for å puste inn litt heliumsgass og lage Donald Duck-stemme. Etter femte dagen ligger ballongen bak sofaen og samler støv.

HVORDAN ER DET å være middelaldrende? Bare hør på ordet middelaldrende. Det er lite sus og sprett over det. Litt midt imellom og temmelig passelig egentlig. Noe som hører hjemme i fortiden, en gang i middelalderen liksom. Middelalderen var kjent som en mørk og barbarisk periode i verdenshistorien, mens min middelalder er mer preget av grå hår og barbering av ørehår. Den optimistiske middelaldermannen vil alltid tenke at i verdenshistorien ble middelalderen etterfulgt av den moderne tid. Det håper jeg inderlig, tenker jeg hver morgen når jeg ser meg selv i speilet. Der møter jeg nemlig en veldig midt i middelalder-utseende mann og tenker forundret på om dette noen gang kan bli moderne. Når har lite hår midt oppe på hodet vært populært? Foruten i enkelte munkekretser altså. Eller hva med doble øyelokk? Jeg takker heller de høyere makter for at kona har den dårligste optikeren i Romsdal.

MEN ER DET SÅ ILLE? Slettes ikke, folkens. Jeg synes at vi fortjener en hyllest. Det er mange som oss som aldri blir sett, vi roper ikke så høyt, vi orker ikke å legge ut vellykkede versjoner av oss selv. Vi lusker litt rundt, gjør jobben vår, er hyggelige, men vil aldri sette de dype spor etter oss. Men vet du noe, det er helt greit! Ikke alle skal gjennomføre triatlon, ikke alle skal klatre de høyeste fjellene. Livet trenger ikke å være et strev hele tiden, det kan av og til være helt passelig og helt fint likevel. Middelalderen betyr jo ikke at man skal gi helt opp. Bare hold det gående er rådet mitt. Ta en joggetur selv om det går like fort som en spasertur for en tyveåring. Ikke spis alt du kommer over, for det er en fordel at magen ikke kommer i veien når man skal knytte skolissene. Borrelås er teit etter sjuårsalder. Puss tenner og puss litt på selvfølelsen også. Du er helt bra nok!



KI-GENERERT ILLUSTRASJON

FOR MIN DEL skal jeg runde et tiår neste år og jeg har tenkt litt på hvordan det vil bli. Jeg har undersøkt hvordan slikt feires. Det er laget egne hyllestsanger for slike markeringer. Jeg tenker naturligvis på Thorbjørn Egners *Bamsens fødselsdag*. Her er det sikkert noe som forteller om hvordan livet blir ved fylte femti! Resultatet er at jeg er usikker. Svært usikker.

VI GÅR TIL KILDENE: Bamsefar fyller altså femti år omtrent på denne tida. Omtrent? Er han ikke helt sikker, aner vi begynnende demens her? I refrenget gnir man mer salt i sårene: Hipp hurra for Bamsefar som er så snill og rar. Snill er greit, en god egenskap det, men rar? Alle dyra i skogen vet det, men synes det er helt greit at man blir litt rar når man drar på årene. Videre i teksten leser vi at Bamse hilser pent på gjestene og det konkluderes med at «dette gikk jo riktig bra!» Det er ikke store forventninger til en femtiåring tydeligvis, man er litt overrasket over at han klarte å hilse og ikke drite seg ut allerede i starten av festen. Festen ellers går visst greit; den inneholder sang, tale av en elg og gaver slik som bursdager flest. Hvordan slutter denne vakre hyllesten av femtiåringen? Vesle harepus har svaret: «Se Bamsen våres sover. Da skjønte alle dyrene at nå var festen over». Herre fred, spør du meg. Alle dyra tusler seg hjem, men de er likevel fornøyde: «Det har vært en deilig dag, tusen takk skal Bamse ha». Det er ikke noe å takke for. Han har ikke gjort noe som helst egentlig, han har hilst på gjester, vært rar som vanlig, spist og sovnet før alle andre på sin egen store fest.

MED DETTE I BAKHODET så skal min bursdag feires i absolutt stillhet. Sørgehøytideligheten avsluttes sikkert i godstolen med beina trygt plassert i et par tøfler foran radioen med P1 på full guffe, mens jeg suger på kongen av Danmark. Dropsen altså.

Utdrag fra *Fastlegen – Tro, håp og kjærlighet bak en dør.*

ENDRE.SKJOLBERG@GMAIL.COM

1 GANG PER UKE

wegovy®

semaglutid injeksjon

NYHET

Den du kjenner, bare sterkere

Nå er Wegovy® 7,2 mg tilgjengelig i en **engangspenn**[1]

NY DOSE



Wegovy® engangspenn

For voksne med BMI ≥ 30 kg/m² ved behandlingsstart kan en dose på 7,2 mg én gang per uke være aktuelt (etter mist 4 uker med en dose på 2,4 mg).

Dersom ingen ytterligere klinisk forbedring i kroppsvekt observeres med 7,2 mg skal dosen reduseres til 2,4 mg én gang per uke.



novo

Indikasjon

Voksne: Tillegg til diett med redusert kaloriinntak og økt fysisk aktivitet for vektkontroll, inkludert vekttap og vedlikehold av vekt, hos voksne med initial BMI ≥ 30 kg/m² (fedme), eller ≥ 27 kg/m² til < 30 kg/m² (overvekt) ved forekomst av minst én vektrelatert komorbiditet, som dysglykemi (prediabetes eller diabetes mellitus type 2), hypertensjon, dyslipidemi, obstruktiv søvnapné eller kardiovaskulær sykdom.

For resultater fra studier vedrørende kardiovaskulær risikoreduksjon, fedmerelatert hjertesvikt og populasjoner som ble undersøkt, se pkt. 5.1 i Wegovy® preparatomtale.[2]

Ungdom (≥ 12 år): Tillegg til diett med redusert kaloriinntak og økt fysisk aktivitet for vektkontroll hos ungdom ≥ 12 år med fedme# og kroppsvekt > 60 kg. Behandling skal seponeres og re-evalueres etter 12 uker dersom ungdomspasienten ikke oppnår en reduksjon i BMI på minst 5 % etter 12 ukers behandling med (Wegovy®) 2,4 mg eller maks. tolererte dose.

Fedme (BMI ≥ 95-prosentil) som definert i kjønns- og aldersspesifikk BMI-vekstkurve (CDC.gov). Se tabell 1 i Wegovy® preparatomtale.

Wegovy® – utvalgt sikkerhetsinformasjon
Oversikten er et utvalg. Les fullstendig preparatomtale om Wegovy® før forskrivning.

- De hyppigst rapporterte bivirkningene var **gastrointestinale** (svært vanlige, ≥ 1/10), inkludert kvalme, diaré og oppkast. Disse var generelt milde eller moderate i alvorlighetsgrad og av kort varighet. Kan forårsake dehydrering som i sjeldne tilfeller kan forverre nyrefunksjon. Unngå væskemangel
- **Andre svært vanlige (≥ 1/10) bivirkninger:** Hodepine, fatigue, magesmerter og forstoppelse
- **Andre vanlige (≥ 1/100 til < 1/10) bivirkninger:** Dysestesi (økt frekvens rapportert ved bruk av semaglutid 7,2 mg), dysgeusi, svimmelhet, gastritt, gastroøsofageal reflukssykdom, dyspepsi, raping, flatulens, abdominal distensjon, gallestein, hårtap, reaksjoner på injeksjonsstedet. Hos pasienter med diabetes type 2: hypoglykemi (særlig i kombinasjon med insulin eller sulfonylurea), retinopati
- **Gallestein:** Vanlig bivirkning ved bruk av semaglutid. Ble rapportert hos 1,6 % av de som fikk semaglutid og 1,1 % hos de som fikk placebo. Førte til kolecystitt hos 0,6 % og 0,3 % hos de som fikk henholdsvis semaglutid og placebo
- **Pankreatitt:** Frekvensen av avklart (adjudikert) bekreftet akutt pankreatitt rapportert i kliniske fase 3a-studier, var henholdsvis 0,2 % for semaglutid og < 0,1 % for placebo. I den kardiovaskulære endepunktsstudien SELECT var frekvensen av akutt pankreatitt, bekreftet ved avklaring (adjudikering), 0,2 % for semaglutid og 0,3 % for placebo. Ved mistanke bør semaglutid seponeres. Semaglutid skal ikke gjenopptas etter bekreftet pankreatitt. Forsiktighet bør utvises hos pasienter som tidligere har hatt pankreatitt
- **Tarmobstruksjon:** En alvorlig form for forstoppelse med tilleggssymptomer som magesmerte, oppblåsthet og oppkast. Rapportert med ukjent frekvens etter markedsføring
- **Puls:** Gjennomsnittlig økning på 3 slag per minutt observert
- **Skal ikke brukes** av **gravide** eller ved **amming**. Semaglutid skal på grunn av den lange halveringstiden seponeres minst 2 måneder før en planlagt graviditet
- **Forsiktighet** bør utvises hos pasienter med inflammatorisk tarmsykdom. Pasienter med **gastroparese** kan oppleve alvorligere eller mer uttalte gastrointestinale bivirkninger under behandling med semaglutid
- **Ungdom (12 - < 18 år):** Generelt var frekvens, type og alvorlighetsgrad av bivirkninger hos ungdom tilsvarende det som sees hos voksne. Gallestein ble sett hos 3,8 % av pasientene behandlet med Wegovy® og 0 % behandlet med placebo. Ingen effekt på vekst eller pubertetsutvikling ble funnet etter 68 uker med behandling

	Kan benyttes uten dosejustering	Anbefales ikke
Alder	**Voksne og ungdom ≥ 12 år** Begrenset erfaring hos pasienter ≥ 85 år	**Barn/ungdom under 12 år**
Nyre-funksjon	**Lett og moderat nedsatt** eGFR ≥ 30 ml/min/1,73 m²	**Alvorlig nedsatt, eller terminal nyresykdom** eGFR < 30 ml/min/1,73 m²
Hjerte-svikt	**NYHA klasse I-III**	**NYHA klasse IV**
Lever-funksjon	**Lett og moderat nedsatt** Forsiktighet bør utvises	**Alvorlig nedsatt**
Diabetes	**Diabetes type 2**	**Diabetes type 1**

- Nonarterittisk iskemisk optikusnevropati **(NAION).** Resultater fra flere store epidemiologiske studier indikerer at eksponering for semaglutid hos voksne med diabetes type 2 er assosiert med en omtrent to ganger økning i relativ risiko for å utvikle NAION, tilsvarende omtrent ett ekstra tilfelle per 10 000 personår med behandling (svært sjelden)

Dosering – én gang per uke

Wegovy® skal injiseres subkutant i abdomen, i låret eller i overarmen og administreres én gang per uke når som helst i løpet av dagen, til måltid eller utenom måltid. For å redusere sannsynligheten for gastrointestinale symptomer bør dosen trappes opp i løpet av en 16-ukers periode fra en startdose på 0,25 mg til en vedlikeholdsdose på 2,4 mg én gang per uke. Hvis nødvendig kan dosen økes til 7,2 mg én gang per uke etter minst 4 uker på 2,4 mg-dosen hos voksne som hadde BMI ≥ 30 kg/m² ved behandlingsstart. Hvis ingen ytterligere klinisk forbedring i kroppsvekt observeres med 7,2 mg, skal dosen reduseres til 2,4 mg én gang per uke.

For ungdom i alderen 12 år og eldre benyttes samme doseopptrappingsplan som for voksne. Dosen bør økes opptil 2,4 mg, eller til maksimalt tolererte dose oppnås. Ukentlige doser over 2,4 mg anbefales ikke.

Se preparatomtale for mer informasjon om dosering.

Reseptgruppe og pris

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

Pakninger og priser: 0,25 mg: 1,5 ml (ferdigfylt penn) kr 1748,20. **0,5 mg:** 3 ml (ferdigfylt penn) kr 1748,20. **1 mg:** 3 ml (ferdigfylt penn) kr 1748,20. **1,7 mg:** 3 ml (ferdigfylt penn) kr 2605,00. **2,4 mg:** 3 ml (ferdigfylt penn) kr 3205,40. **7,2 mg:** 4x0,75 ml (endosepenner) kr 5421,90. (Priser per oktober 2026).

Behandling med Wegovy® er ikke refundert og kan ikke skrives på blå resept

For individuell stønad se vedlegg 1 til folketrygdloven § 5-14 (legemiddellisten) på www.helsedirektoratet.no[3]

Referanser: 1. Wegovy® SPC, avsnitt 4.1, 5.1. **2.** Wegovy® preparatomtale. Tilgjengelig på: https://www.ema.europa.eu/no/documents/product-information/wegovy-epar-product-information_no.pdf. **3.** Informasjon om vilkår for individuell stønad er hentet fra: https://www.helsedirektoratet.no/rundskriv/kapittel-5-stonad-ved-helsetjenester/vedlegg-1-til--5-14-legemiddellisten/virkestoffer/semaglutid (Lest 09.09.2026).

NO26SEM000087 oktober 2026

Novo Nordisk Norway AS
Nydalsveien 28 · Postboks 4814 Nydalen · 0484 Oslo
Telefon: +47 22 18 50 51 · www.novonordisk.no
E-post: Kundeservice-norge@novonordisk.com

1 GANG PER UKE
wegovy®
semaglutid injeksjon

Utposten har vært så heldig å få kontakt med denne forfatteren, som av hensyn til familien ønsker å være anonym. Anne som hun heter i bildetekstene, er ikke hennes egenlige navn. Hun bærer på en barndom preget av svik og overgrep, og deler her i fire artikler sin historie med leserne. Det er ikke tilfeldig at det er *Utposten* hun har kontaktet. Hun ønsker å nå ut til lege-leseren, som står i en posisjon som gir mulighet til å møte andre som henne. Håpet hennes er at ved å dele kunnskap og erfaring, kan nye møter mellom overgrepsutsatte og deres fastleger bli tryggere. Ja, bedre. Det er vi i redaksjonen glade for at hun tror og håper – for det gjør vi også. Vi vil takke denne forfatteren for alt arbeidet hun har lagt i tekstene til oss. Referansene har vi lagt etter den fjerde og siste teksten. God lesning!

Erstatning for en tapt barndom

■ ANONYM • *Utposten kjenner forfatters identitet*

Du ser det ikke før du tror det – boktittelen jeg har lånt av Inga Marte Thorkildsen kunne like gjerne handlet om den jeg var inntil for 20 år siden: En person uten kjerne, en «ingen», et verdiløst monster – dersom jeg ga slipp på kontrollen og ble avslørt. I disse fire artiklene gir jeg eksempler på betydningen av vedvarende støtte fra fastlegen. Jeg deler også erfaringer om hvor vesentlig erstatning gjennom offentlige oppreisningsordninger kan være – dersom tiden er moden for å gå inn i en omfattende og til dels opprivende søknadsprosess.

Jeg er blitt utfordret til å skrive av *Utpostens* redaksjon. Det er gjevt, siden jeg selv ikke er lege. Jeg har noe viktig på hjertet, som fortjener økt oppmerksomhet i fagmiljøet dere er en del av. For å være ærlig trengs det egentlig mer kunnskap over hele fjøla. Disse artiklene er mitt bidrag.

Helt siden jeg for 16 år siden fikk offentlig oppreisning fra staten gjennom det som tidligere ble kalt «billighetserstatning», har jeg ønsket at andre som har vært utsatt for samme alvorlige krenkelser i barndommen som meg, burde få en tilsvarende mulighet: Å motta en erkjennelse av at de kriminelle handlingene faktisk har skjedd, og at de har voldt stor skade. For meg ble skyld og skam plassert der de hører hjemme.

På sitt beste, som hos meg, ga en slik oppreisning en terapeutisk gevinst – og ble et viktig bidrag i prosessen mot å bli et helere, mer forsonet menneske. Og dessuten: En erstatning kan få andre, betydningsfulle ringvirkninger hos nære familiemedlemmer. Det skjedde for meg og mine.

Relasjonstraumer går i arv

Som femåring ble jeg utsatt for gjentatte orale og anale overgrep fra morfar. Ved noen av overgrepene var mormor til stede, og ga aksept til at det brutale kunne skje. Det gjorde sviket enda mer skadelig. Neglekt og grov omsorgssvikt fra begge mine inkompetente foreldre, var vel så traumatiserende, både for meg og mine tre søstre.

Jeg ønsker her å gi leserne av *Utposten* et bilde av hvordan vold, overgrep og omsorgssvikt kom til uttrykk hos meg. Jeg vil også våge meg på noen konkrete råd til dere som møter oss utsatte overlevere i klinisk praksis, med alt vi bærer på av senskader og -følger av det vi har opplevd. Dersom fastlegen har en pasient som er i en pågående prosess – og ønsker å søke offentlig erstatning, nå eller i fremtiden – har jeg også noen tanker om hva dere i så fall bør ha in mente.

Det finnes flere artikler som utdyper mitt engasjement. I et intervju publisert på Modum Bad sine nettsider i 2025 (2), forteller jeg om hvordan relasjonstraumer gikk i arv i min familie – og om hvordan jeg og mine nærmeste har klart å bryte den vonde sirkelen.

Jeg skulle gjerne, for egen del, ha skrevet denne artikkelen under fullt navn. Mine nærmeste voksne kjenner jo alle til min vonde historie og konsekvensene av den. Så har jeg barnebarn, og jeg vil nødig at de skal google bestemors navn en vakker dag i fremtiden, mens de sitter på studenthybelen, og finne ut hvilke kriminelle handlinger jeg var blitt utsatt for. Slikt får heller tilhøre det private rom, frem til de er modne for det.

Hva synes jeg selv er viktig at dere vet? Jeg mener dere leger i allmennpraksis vil ha nytte av økt kunnskap om både hvordan relasjonstraumer kommer til uttrykk, og om hvordan dere bedre kan bistå pasienter som strever med kroniske senskader etter overgrep og omsorgssvikt.

Så mener jeg også at leger og annet helsepersonell som har psykiatri som arbeids-



Anne kan ramse opp en lang rekke helseproblemer og psykiske senskader som hun har slitt med gjennom livet etter det hun ble utsatt for som liten. – Den grove omsorgssvikten fra foreldrene mine har vært vel så traumatiserende, sier hun. – Jeg har vært en dyr pasient. På veien til å bli et helere menneske, har jeg trengt 20 år i poliklinisk terapi og tre innleggelser på Modum Bad, på til sammen ni måneder. Anne er ikke hennes egentlige navn. FOTO: PRIVAT

felt, trenger bedre kjennskap til styrker og svakheter ved de offentlige erstatningsordningene.

Noen retter relasjonsskadene innover, andre er mer ytrestyrt

Mine søsken og jeg vokste opp med en tilsynelatende skamløs mor. Hun var dypt skadet av overgrep hun selv hadde blitt utsatt for i barndommen, både fra far og en onkel. Hun hadde også en mor som ikke beskyttet datteren sin. Tid og sted gjorde at mamma ikke fikk bearbeidet hvordan familiens voksne svek og sviktet henne. Resultatet ble et sterkt behov for ros og anerkjennelse av hennes rolle som Mor med stor M – og en projisering av sinne og andre vonde følelser til oss barna.

Mammas narsissisme og empatiske begrensninger kunne vise seg ved at hun ikke følte anger eller ba om tilgivelse for noe. Nettopp derfor ble den offentlige oppreisningen fra storsamfunnet så viktig for alle oss fire døtre. Veien ut av de destruktive selvbildene vi satt fast i og de skadene vi strevde med, kunne starte for alvor. Likeså forsoningen med alt det som hadde vært, og med det som aldri ble.

Mamma døde da hun var 91. Da hadde hun brutt med alle sine etterkommere; også med de åtte barnebarna sine. Og hun brydde seg lite om at i alt ti oldebarn hadde kommet til verden, annet enn å vise dem fram på Facebook.

De siste årene hun levde, gjorde jeg flere forsøk på gjenforening, eller å få til en viss form for kontakt, også via profesjonelle hjelpere. Men hun avslo, og mente det var en lettelse å slippe min krevende væremåte og «giftige tunge». Hun holdt fast ved det hun kalte sin «berettigede harme», og fortalte til hvem det skulle være om hvor håpløse vi døtrene var.

Fikk selv «full pott»

Allerede før jeg selv fikk vedtaket som gikk i min favør, hadde jeg sett behovet for at de offentlige erstatningsordningene trengte en kritisk gjennomgang. De fungerte nemlig ikke slik de var ment. Derfor «sto jeg fram» for åtte år siden i et anonymisert intervju i *A-magasinet* (3), i forbindelse med at Stortinget skulle behandle et forslag om å endre ordningene til det bedre (4). Dessverre falt dette forslaget og jeg lot saken midlertidig ligge.

Jeg hadde selv fått «full pott» i statlig oppreisning, gjennom Stortingets egen erstatningsordning, kalt rettferdsvederlag. I likhet med voldserstatning (gjeldende for voldsofre skadet etter 1.1.1975), er ikke en slik erstatning en full erstatning for økonomisk tap, men ment som et «plaster på såret», en anerkjennelse av at du har blitt utsatt for en urett – ja, en erstatning for en tapt barndom (5).

Jeg fikk tilkjent 150 000 kroner, den daværende maksimalsummen for søkere utsatt for «voldtekt til samleie». Nettopp derfor kunne jeg, uten blygsel, bli et talerør for dem som kom etter meg. De som verken tør, vil eller kan søke offentlig oppreisning, finnes det dessverre altfor mange av. Det kjenner jeg godt til etter over 20 års behandling i det norske psykiatriske hjelpeapparatet, inkludert tre innleggelser på Modum Bad på til sammen ni måneder. Der fikk jeg møte medpasienter som også hadde søkt om erstatning. Én hadde fått tilkjent 80 000 kroner, en annen fikk 100 000 kroner, der overgrepene var begått av far og storebror.

En slik rangering av erstatningssummer, opplevde jeg både da og nå som dypt urettferdig. Jeg forsto at evnen til å skrive en god søknad og å innhente tilstrekkelig dokumentasjon som underbygget sannsynliggjøring av barndommens uhyrligheter, trolig hadde vært avgjørende for utfallet. Sånt kunne da ikke aksepteres!

Gjennom å få en offentlig oppreisning, opplevde jeg å bli trodd. Det var det viktigste for meg (3). Den gjenopprettet verdigheten min, jeg kunne rette ryggen og gå videre i livet. På den annen side hadde jeg det økonomisk romslig. Jeg behøvde ikke bruke den symbolske erstatningssummen til å innfri et lån, som en annen søker hadde måttet ta opp for å reparere skader i tennene. Barndommens orale overgrep hadde hindret ham i å ta vare på egen helse.

2 G i oppreisning – enten sedvane eller normert beløp

I dag er maksimalsummen man kan få tilkjent fra Stortinget 250 000 kroner i rettferdsvederlag. Gjennomsnittlig erstatningsbeløp ligger imidlertid mellom 70 000 og 180 000 kroner (6). For familievold tilkjennes mellom 60 000 og 150 000 kroner. «Urettferdig smårusk», sier noen. «Å selge seg for lusen betaling, med altfor store omkostninger», sier andre og avstår derfor å søke.



Fra Anne var tre til hun var seks år gammel sendte moren henne og storesøsteren til mormor og morfar på ferie i mange uker om sommeren. Vel vitende om risikoen for at morfaren ville forgripe seg på henne, slik moren selv hadde opplevd fra femårsalderen. FOTO: PRIVAT

Dersom man ble utsatt for overgrep etter 1.1.1975, er oppreisningserstatning regulert av Voldserstatningsloven. Satsene er normerte. I 2022 hevet en høyesterettsdom «standardbeløpet for oppreisningserstatning» til 2 G (7), som i 2026 utgjør 273 098 kroner. Det kan imidlertid søkes om både menerstatning og økonomisk tap i tillegg (8). Der åpner loven for 60 G som maksimal erstatningssum.

Etter voldserstatningsordningen kan man altså søke erstatning for varige mén, dersom man med hjelp av en sakkyndigerklæring kan dokumentere at påført skade har ført til medisinsk invaliditet på 15 prosent eller mer. Og man har klagerett på vedtak som Kontoret for voldsoffererstatning har fattet.

Medisinske erklæringer har betydning for utfall av søknaden

De senere årene har flertallet av våre folkevalgte på Stortinget gjentatte ganger stemt ned gode forslag om å gjøre erstatningsordningene mer rettferdige og for å gi voldsofre større rettssikkerhet (9). Lite syntes imidlertid å ha skjedd. Derfor publiserte jeg på vårparten i fjor en debattartikkel (10). Der gjorde jeg rede for de ulike erstatningene som finnes i statlig regi, og de positive og negative sidene ved disse ordningene.

Selv om også kommunale erstatningsordninger burde få rettet et kritisk søkelys mot seg, har jeg valgt å konsentrere meg om ordningene jeg vet at rikspolitikerne kan påvirke og endre: rettferdsvederlag og voldserstatning. Der er det mer enn nok av kritikkverdige forhold å rope høyt om! Sommeren 2024 vedtok Stortinget heldigvis at voldserstatningsloven bør styrkes og at den trenger en høyst nødvendig evaluering. Derfor fattet jeg på ny et håp og fikk enda en grunn til å ytre meg om hvor det butter mest (11).

Også med de nåværende ordningene, kan dere leger bistå på flere måter, blant annet med å skrive helseerklæringer. En invitert kommentarartikkel i *Tidsskrift for Den norske legeforening* fra november i fjor, forteller hvordan (12). De tiltakene som blir foreslått i en delrapport fra dem som har fått i oppdrag å evaluere den nye voldserstatningsloven, går nå i riktig retning (13). Det gir håp om at våre folkevalgte endelig tar til fornuft, slik at fremtidige søkere kan oppnå større rettferdighet og gå videre i livet. Jeg kommer tilbake til dette.

Min egen søknad ble ledsaget av frittstående erklæringer fra fastlege, psykomotorisk fysioterapeut, psykologer og psykiatere, i tillegg til utskrift av relevante epikriser og journaler fra somatiske og psykiatriske institusjoner, som jeg hadde innhentet fra jeg var ti år gammel.

Ifølge vedtaket som kom etter tre års saksbehandlingstid, ble de medisinske erklæringene vektet tungt. I tillegg var jeg blitt bedt om en mer detaljert egenerklæring, hvor jeg beskrev hvilke overgrep jeg var blitt utsatt for, hvor og når. Selv om det kostet meg dyrt å gjenfortelle volden som mine nære omsorgspersoner hadde utsatt meg for, styrket det troverdigheten.

Min vei i dokumentene

Dokumentasjon som skal følge en erstatningssøknad må innhentes og betales av søkeren selv. Selv fikk jeg god hjelp av flere av landets pasientombud, for å finne fram til gamle sykehusjournaler helt tilbake til 1960-tallet. Jeg la ved erklæringer fra både spesialisthelsetjenesten jeg hadde hatt kontakt med, og fra allmennleger jeg hadde møtt i voksenlivet. Slike erklæringer kan skrives i fritekst, uten å bruke en mal. *Forskrift om krav til helsepersonells erklæringer, attester* o.l. på Lovdata.no (14), kan være en støtte for den som ønsker det.

Jeg tror bestemt at disse erklæringene fikk avgjørende betydning for at søknaden min ble innvilget. Fastleger kan altså spille en avgjørende rolle i prosessen fram mot rettferdighet for de av oss som ble utsatt for uhyrligheter i barndommen.

Det å skrive erklæringer som sakkyndig fagperson kan innebære konflikt mellom juss og psykologi. Det er derfor viktig at legen drøfter med sine pasienter konsekvensene av et avslag på søknaden. Med dagens praksis blir de færreste søknader innvilget. Pasienten må derfor selv ha drivkraft til å søke.

Kunne dere sett meg, der de andre voksne sviktet?

Hvordan kom skadene til uttrykk hos meg? Det begynte allerede da jeg var ei lita jente. Jeg foldet hendene hver kveld, ba den samme bønnen. Først måtte jeg synge to faste sanger om hvor godt jeg hadde det i Jesu' navn, deretter ramse opp alle de 18 i familien som Gud måtte hjelpe meg å passe på.

Jeg telte på fingrene for å huske å ta med alle: mamma og pappa, de fire besteforeldrene, alle tre tanter og onkler og den gjenlevende grandtanten og -onkelen. Også søstrene mine, og meg selv. Glemte jeg noen, måtte jeg begynne forfra. Til slutt kunne jeg fremføre det inntrengende budskapet: Ikke la en mann komme og stikke en kniv inn i navlen min. Og pass på at ikke en bombe faller gjennom taket og treffer senga mi, sånn at hele kroppen min revner på midten.

Kveld etter kveld gjentok jeg bønnen: «Og så, kjære Gud i himmelen, må du passe på så jeg ikke får polypper, blindtarm eller mandler, sånn at jeg må på sykehus. En lege må ikke komme og stikke lange spisse pinner inn i ørene mine når jeg har øreverk, sånn som mamma har sagt. Eller at jeg må til tannlegen når jeg har så vondt at jeg nesten sprekker. Jeg lover å være snill. Ikke si noe til mamma og pappa når jeg har vondt. Kors på halsen, ti kniver i hjertet, mor og far i døden. I Jesu' navn, amen.»

Som sjuåring gikk det opp for meg at jeg led av en sykdom som ingen andre hadde. Jeg var jo verdens aller, aller styggeste barn. For å beskytte meg, hadde de voksne laget spesialspeil som viste at jeg så ut som ei helt vanlig jente. Tenk, alt hva de voksne hadde gjort, bare for at jeg skulle ha det bra! Når jeg gikk forbi et butikkvindu, skjedde det samme. Også der hadde de voksne laget spesialtilpasset glass, så jeg ikke skulle skjønne hvor fæl jeg egentlig så ut. Til og med da faren min tok med storesøster og meg til Mallorca på påsketur året etter, oppdaget jeg alt de voksne hadde gjort for meg. For også i utlandet hadde de fått vite at akkurat jeg skulle komme, og de hadde skyndet seg å lage glass som ikke avslørte sannheten.

En gang prøvde jeg å sprette fram til et digert butikkvindu som søsteren min nettopp hadde passert. Men også det viste meg med de dinglende museflettene mine, og med munn og nese som de alltid hadde sett ut. Tusen takk, i Jesu' navn – amen.

Legehjelp, men vanskjøtselen ble ikke oppdaget

Mamma blåste en lang marsj av sykepleiertanten min som var bekymret for meg. Moren min syntes tante «lagde historier» når hun insisterte på at jeg så ofte sa «hæ?», ikke fordi jeg var trassig og distré, men fordi jeg hørte dårlig. Tante fikk meg til slutt til en spesialist som konstaterte sterkt redusert hørsel på grunn av hyppige perforeringer av trommehinnene. Hun betalte for den påfølgende behandlingen, som strakk seg over flere måneder, mens jeg gikk i tredje klasse.

Legen holdt til langs skoleveien min, og jeg gikk innom ham etter skoletid. Jeg satt alene på det kalde venteværelset og ventet på at kona hans skulle rope meg inn. Legen som luktet pipetobakk akkurat som morfar, stakk en oransje klystersprøyte opp i hvert av neseborene mine. Jeg skulle sakte si «pepperkake», og ved «a-en» klemte han ut lufta av ballongen, så det smalt hardt i øret. Så var det 'Vær-så-god-neste', og jeg gikk hjem til leksene. Det var vondt, så jeg skulket innimellom, og særlig når jeg visste at tiden for en ny øreskylling sto for tur. Da kom også den gråhårete kona hans inn på kontoret. Hun hadde med den digre metallsprøyta og et lite fat. De holdt meg fast mens de sprutet inn rent vann, og fikk ut ekkelt sølevann i fatet. Enda en gang uttrykte de voksne vemmelse over alt det ekle som bodde inni fæle, stygge meg.

Pubertet og symptomer

Da jeg var elleve, utviklet jeg små brystknopper som var veldig ømme. Samtidig oppdaget jeg at jeg hadde fått to digre føflekker som vokste like ved armhulene på begge sider. Det var nok kreft jeg hadde fått, helt sikkert! Jeg puttet bomull i bh-en, trakk en undertrøye over og passet på at mamma ikke skulle se at den ekle kreften hadde spredd seg. Mamma og pappa bare lo ved middagsbordet, da jeg ba om penger til å kjøpe min første bh. Herregud, så svær, spesiallaget brystholder de måtte bestille nå. Det måtte jo en lastebil med tilhenger til for å få plass til begge koppene, flirte de.

Helt opp til tidlig tenårsalder tisset jeg ofte på meg mens jeg sov. Det luktet surt, men jeg passet på at de voksne ikke skulle få vite noe. Jeg tørket opp, la et håndkle over, tok på tørr pysj. Så skiftet jeg på senga etter skoletid. Etter en overnattingsleir sluttet jeg i speideren. Jeg hadde knapt fått blund på øynene i frykt for å tisse ut soveposen som bestevenninnas bror hadde lånt meg.

Den vinteren jeg var tolv, hadde jeg magekrip og var veldig kvalm om morgenen. På vei til skolen gikk jeg en omvei, så pappa ikke skulle oppdage at jeg kastet opp på den veien han kjørte til jobb. Jeg hadde voldsom tannverk, var svimmel og kjente meg veldig alene. Skoletannlegen oppdaget åtte tenner

med ekkel råte. Han grøsset og boret i kjeven min uten bedøvelse. Det er sånn det er her i verden. Herrejemini, jeg pussa jo bare når jeg skulle i bursdag. Til pass for meg å få den straffen!

I tenårene hadde jeg hyppige bakterielle infeksjoner. En gang hadde jeg en abscess i halsen som måtte tømmes. Som 17-åring fikk jeg dobbeltsidig eggleder betennelse, som førte til to ukers innleggelse på gynekologisk avdeling. Ved utskriving fikk jeg vite at jeg kanskje ikke kunne få barn fordi de gåseeggstore infiltratene hadde gjort eggledere mine tette. Der fikk jeg den igjen. Det bodde uten tvil dritt inni meg.

Invalidisende angst og tvangstanker

Utover i 20-årene tok det vonde stadig større plass. Jeg skyndet meg å skylle ut såpen mens jeg dusjet, i tilfelle jeg ble gal midt i dusjen, eller underveis i hårklippen hos frisøren. Jeg lot være å gå i teater, i frykt for at jeg skulle begynne å skrike når det var stille, da ville jeg jo ha ødelagt alt. Jeg klarte ikke å stå i kø i matbutikken, og fikk panikk når jeg skulle signere papirer. Jeg var inni en ugjennomtrengelig glassvegg. En boble som ingen ville jeg skulle komme ut av. Jeg måtte bli der, alene. Jeg våget ikke kjøre bil alene og unngikk tunneler og broer. Jeg visste at jeg sikkert ville bli den ene som gjorde alvor av å kjøre inn i fjellveggen. Jeg tenkte på å gjøre kort prosess, for å slippe å kjenne hvor fælt alt var.

Som 23-åring fødte jeg min eldste sønn. Det var en dramatisk fødsel, som endte i tangforløsning og totalruptur, kun med pudendusblokade og lystgass som smertelindring. Denne opplevelsen hadde betydelig overlapp med mine tidligere (ennå ikke erkjente) traumeerfaringer, og utløste en ny periode med forsterkede posttraumatiske symptomer. Jeg fikk tvangstanker og en lammende angst som jeg skammet meg over. Først sent i 40-årene fikk jeg bearbeidet denne vonde fødselsopplevelsen og satte retraumatiseringen i sammenheng med livstruende hendelser i barndommen.

På jobb satt jeg alltid ytterst i møter, nær døra i alle rom der andre plutselig kunne se meg skjelve. Nettet snørte seg sammen. Jeg turte ikke møte gode venner, fikk sterk angst av å være nær, vise svakhet eller vise hjelpeløshet. Min egen bursdag var ille. Jeg likte ikke at noen så på meg, for jeg visste jeg ikke var et menneske, men en fryktelig ting som ikke var til å stole på. Monsterbildet ga andre utslag etter hvert. Som da jeg var i begynnelsen av 30-årene og lå på en madrass hos psykologen. Jeg var blitt mor til enda en gutt, hadde to skolebarn hjemme og en mann som stadig var på jobbreise. Invalidiserende tanker om å drepe uskyldige små, kom tilbake allerede da den yngste var nyfødt: Jeg er jo egentlig «Morderen», uten evne til å elske.

Når jeg var alene, rauset det inn med vonde tanker og følelser. Tenk om jeg kvalte minstemann mens han sov? Jeg la ham utendørs i vogna på dagtid, for at andre forbipasserende kunne stoppe meg i å begå udåden. Mens de to gutta mine koste seg i badekaret om kvelden, unngikk jeg kjøkkenet, for ikke å hente fram brødkniven. Jeg ble redd for å dele dobbeltsenga med ungene når de var syke, for da ville fristelsen til å skade dem bli altoppslukende.

I barndomshjemmet hadde heller ikke Anne og hennes søstre det bra. De flyttet stadig; 15 ganger i løpet av Annes oppvekst. Enten fordi foreldrene ville prøve nye miljøer, eller de skulle redde ekteskapet på grunn av farens utroskap med andre kvinner. FOTO: PRIVAT



Mistillit overfor helsepersonell

Jeg måtte for all del ikke si noe til de profesjonelle «hjelperne» om at jeg tilhørte unntaket. At det bodde i meg å faktisk gjøre det psykologibøkene jeg lånte i smug på biblioteket påsto var tvangstanker. Som bare var tanker, ikke handlinger. Ellers ville jo helsesøster, i ledtog med psykologen og fastlegen, melde meg til barnevernet, og jeg ville straks bli fratatt omsorgen for barna.

Skjønte mannen min hvor ondsinnet jeg egentlig var, ville han helt sikkert gå fra meg. Verken han eller andre ville orket meg mer, jeg ville miste alle. Jeg måtte passe munnen min, ikke bli for mye og heller ikke avsløre at jeg ikke kunne føle ekte, betingelsesløs kjærlighet. Jeg hadde jo en giftig tunge og led av verbal inkontinens, slik mamma og hennes nye legemann, den tredje i rekken, beskrev meg. Sånn jeg så det, hadde de helt rett.

Jeg holdt tett overfor psykologene jeg ble henvist til, mens jeg betalte i dyre dommer. I stedet planla jeg den neste undervisningsøkten jeg skulle ha med elevene mine. Etter et halvt års tid hos en psykolog med driftsavtale, spurte jeg om hun syntes jeg var dum som snakket så mye om mamma og pappa, som var døde for lenge siden. Hva hun svarte, er slettet fra hukommelsen. Jeg fikk likevel bekreftet at jeg var unormalt opptatt av fortiden, at jeg holdt fast i alt hva foreldrene mine hadde stått for, i stedet for småbarnslivet her og nå. Jeg fikk også til svar at det at moren min enda en gang hadde brutt med meg, hadde nok mer med min væremåte å gjøre. Psykologen brukte selvfølgelig ikke sånne ord. Men det var det jeg hørte, og jeg passet på å bli en enda flinkere pasient.

Byttet yrke – ble etter hvert 50 prosent arbeidsufør

Den ensomme fornektelsen fortsatte. Jeg byttet yrke i slutten av 30-årene. Jeg klarte ikke lenger å stå foran klassene med opptil 30 tenåringselever, skjelvende og full av angst. Så jeg ble skribent på heltid, og kunne stort sett gjemme meg bak skrivebordet. Telefonintervjuer gikk bedre enn fysiske møter. Da kunne jeg jo bare legge på røret, hvis jeg ble invadert av styggen på ryggen.

Da jeg var i begynnelsen av 40-årene, fikk jeg fjernet et ekspanderende, infisert mucocele i de bakre bihulene. Langvarige hodesmerter og en reell frykt for farlige komplikasjoner gjorde meg ekstra sårbar. Jeg bestilte en ny time hos fastlegen der jeg bodde på den tiden, under dekke av vedvarende somatiske plager. Egentlig var det fordi panikkanfallene og de depressive tankemønstrene økte i ny jobb. Det gjorde meg flau – de dustete katastrofetankene måtte jeg holde unna, for sånt noe var jeg ikke berettiget å ha.

Jeg tenkte samtidig med alt dette at jeg levde et privilegert liv med mann, barn, gode venner, solid økonomi, og hus og hytte. Jeg var ressurssterk, og takknemlighet var det jeg burde være fylt av.

Traumene levde videre, skrev seg inn i kroppen

De gjentakende mareritene var brutale. Jeg ble invadert av voldelige mennesker, av ukjente og av familiemedlemmer, av buktende slanger med menneskehoder som hånlig lo av meg. Mamma, som nok en gang brøt med meg, var en gjenganger. Jeg ble utstøtt av den nære flokken, også av søstrene mine, av mannen min, av barna mine og av de mest trofaste venninnene. Jeg forsto ikke hvorfor. Jeg hadde jo ikke gjort dem noe vondt? Herregud, hvorfor hadde jeg så mye dust i huet?

Når jeg våknet, ville jeg nødig fortelle noen rundt meg om hvordan jeg ble sviktet og sveket, at jeg måtte hamle opp med dramatiske naturkatastrofer og hjelpe andre til å overleve, mens jeg selv druknet og gikk i oppløsning. Jeg bagatelliserte drømmene, jeg kunne ikke klage over slikt småtteri. Jeg levde jo et meningsfullt liv, med mange rundt som var glade i meg. Og likevel: Nok en gang la depresjonen seg som et grått teppe over tilværelsen. Fysjameg, hvor dum og selvopptatt kan det gå an å bli?

Jeg tok to beroligende tabletter før kontrolltimen hos fastlegen. Han måtte ikke se at jeg ble gal, bli psykotisk, rett foran øynene hans. Da vil han devaluere meg, bli sint. Hvorfor opplevde jeg verden som så tom og ugjennomtrengelig?

En sjelden gang åpnet jeg opp overfor mine nærmeste, men jeg stolte fortsatt ikke på det de svarte meg. De skulle bare visst! Bak masken var jeg overhodet ikke elskbar. Et menneske uten ryggrad, uten moralsk kompass. Jeg skammet meg så inderlig, og det med rette.

Jeg spurte fastlegen om han syntes jeg overdrev. En annen burde vel trenge den nye henvisningen til spesialisthelsetjenesten mye mer enn meg? Han så spørrende på meg. Det var da helt vanlig å få en slik sjau med tilpasningsforstyrrelse, etter langvarig alvorlig og somatisk sykdom som cysten inni hodet hadde forårsaket. Han mente at noen quick-fix-timer med kognitiv adferdsterapi ville hjelpe. Det var i alle fall det jeg hørte at han sa.

Jeg hadde lite håp om å komme ut av mørket, forvirringen og selvforakten, for det fantes egentlig ingen hjelp å få for sånne som meg. Til og med hunden vår hadde faktisk bedre kontroll. Når mannen min var bortreist på jobb, lot jeg bikkja sove inne på soverommet, foran døra. Da ville han stoppe meg når jeg i transe skulle gå inn til de sovende barna, som etter hvert hadde blitt ungdommer og til og med sterkere enn meg, uten at det mildnet OCD-en som herjet i meg.

Når barna var syke, var det ekstra ille. Da måtte jeg unngå dyp søvn og jeg lagde meg enda flere regler og nye ritualer som måtte gjentas før jeg la meg, til ingen nytte.



Anne og storesøster på skitur, fem og ni år gamle. – Vi vokste opp med middelklasseforeldre som levde i sus og dus når de hadde penger. Foreldrene våre festet og drakk sammen med vennene helt til kjøleskapet var tomt, mens vinduskonvoluttene med ubetalte regninger hopet seg opp. – Vi har alle senskader etter omsorgssvikten. De har vist seg på forskjellig vis, som spiseforstyrrelser, rusproblemer og angst for å være i nære relasjoner. FOTO: PRIVAT

Et avsluttet kapittel

Det er rart å tenke på i dag at jeg har hatt det sånn. Et så sterkt lidelsestrykk, så mye mistillit til andre mennesker – og så liten tiltro til egne, iboende ressurser. Stakkars

meg. Det er bra å vite, innerst inne, at jeg nå, som 68-åring, har et helt annet selvbilde. Livet er nå grunnleggende godt, også med alvorlige relasjonstraumer i bagasjen, og kroniske senskader som jeg har innsett er «behandlingsresistente».

Jeg har i dag forsonet meg med at traumerelaterte mareritt vil komme og gå, uavhengig av hvordan dagen har vært. Skvettenheten er dessverre tiltakende plagsom, og har blitt verre med årene. Men den er til å leve med, mistenksomhet overfor andres gode intensjoner likeså.

Jeg må stadig ta noen runder på om mine nærmeste vil meg vel – også når jeg ikke kan stille opp og prestere. Jeg må akseptere at andre blir sinte og oppgitte for noe jeg har gjort eller sagt, uten at de forlater meg av den grunn.

Jeg har også blitt flinkere til å si fra om plagene mine når jeg trenger bistand fra profesjonelle hjelpere, som hos optiker og tannlege. Hos sistnevnte har vi avtaler om hvilke tegn jeg skal gi, når jeg trenger pause eller annet for å hente meg inn fra traumepåminnere. For slikt hjemsøker meg automatisk, enten bevisst eller ubevisst. Men jeg kan forstå dem, anerkjenne dem og la dem passere – uten å dissosiere eller ty til annen unnvikende atferd.

Kunne skader etter overgrep og omsorgssvikt blitt oppdaget?

Jeg flyttet mye i oppveksten, gikk på i alt ti skoler i løpet av tolv skoleår. Hver gang det brant, eller de selverklærte vagabondforeldrene mine ville oppleve «noe nytt og spennende», måtte mine søstre og jeg kutte vennskapsbånd, gi opp fritidsaktiviteter vi likte å holde på med, og etablere oss på ny.

Min kontakt med skolehelsetjenesten, så vel som med husleger familien hadde, ble derfor fragmentert. På 1950-, 60- og 70-tallet skulle også mye holdes skjult, og forbli innenfor husets fire vegger.

Å bry seg om naboens barn var heller ikke normen, og helsepersonell hadde ingen lovpålagt opplysnings-/meldeplikt til barnevernet, som de har i dag. Å være ørebarn eller ha vondt i magen som uttrykk for følelser i kraftig ulage, hørte til oppveksten – uten at det var uttrykk for at de hadde vært utsatt for vanskjøtsel eller vold fra sine nærmeste. Hva med tante? Hun var nok styrt av frykten for represalier fra den åtte år eldre søsteren sin, forståelig nok.

I dag tenker jeg at den eneste som burde ha oppdaget hvordan det sto til hjemme hos oss, måtte ha vært øre-nese-halslegen. Jeg må ha luktet vondt. Jeg var sengevæter og vasket meg sjelden. Det lange håret hadde store, ugredde floker inntil mamma gjorde kort prosess og fikk meg kortklipt da jeg var omkring åtte. Jeg så ut som en gutt – foreldrene mine kalte meg Per og syntes jeg så tøff ut. Jeg var helt enig.

Sånt viser hvor tilpasningsdyktig et barn kan være. Jeg var dømt til å forbli i denne familien. Det inngår ikke i repertoaret til barnet å reflektere over hvordan foreldrerollen fungerer. Jeg husker hvor redd jeg var, uten å skjønne hvorfor. Særlig redd var jeg når mamma fikk glassblikket, eller kjeftet på meg fordi jeg ikke tok mer ansvar for småsøstrene mine.

Enkle grep og menneskemøter fikk stor betydning

Den traumatiserende omsorgssvikten skjedde for over 60 år siden. I dag er det mye mer åpenhet om mishandling i nære relasjoner og konsekvensene det kan få for livskvalitet hos både barn og voksne. Selv om enkelte vil hevde at vi fortsatt lever i et samfunn der tabukulturen er sterk (1), er det forandring å spore. Dessverre lever vi i en tid preget av medikalisering og økende diagnosesetting. Også nå blir atferdsproblemer ofte forklart på individnivå, og fortellingene om hvordan den utsatte *selv* er skyld i vanskene sine lever.

Jeg var nok et løvetannbarn som næret meg på venners mødre og noen få lærere som satte varige spor, selv om relasjonene var kortvarige. Jeg husker små gester som ørelegens kone, som kjøpte en adventskalender med små ting i, til jul.

En elskelig «frøken» som jeg hadde de første månedene før vi flyttet enda en gang ved juletider i 1. klasse, lot meg være igjen på skolen når de andre elevene var ferdige for dagen. Hun gjorde meg mektig stolt, for jeg fikk hjelpe henne med å tegne tall rundt sjablonger i innføringsbøkene til medelevene. Og hun tok meg med på kafé, vi drakk kakao med krem og hun kjøpte Johanna Spyris klassiker *Heidi* til meg. Boka, som første gang ble utgitt i 1880, leste jeg åtte ganger på rad, og jeg hikstet og gråt like mye hver eneste gang.

Det gjorde godt å kunne gråte for meg, som hadde det jeg i dag vil kalle affektfobi i mange tiår som voksen (2). Jeg slapp riktignok løs tårene, godt skjult under dyna. Men jeg vil påstå at tårenes forløsende kraft er sterkt undervurdert. Å føle medynk med seg selv, er faktisk sunt.

Pasientens fastlege kan være behjelpelig på mange vis overfor oss som strever med senskader etter at nærstående tillitspersoner utsatte oss for fysisk og psykisk vold, omsorgssvikt og overgrep.

Jeg fant selv veien ut med gode hjelpere ved min side. I dag er jeg et godt eksempel på at relasjonstraumer kan repareres i relasjon, og at det går an å bryte ut av usunne familiemønstre så «arvesynden» ikke føres videre med meg som partner, mor, søster, tante, svigermor – og ikke minst som bestemor til ti!

Den største jobben har jeg gjort selv, men jeg har hatt kloke folk rundt meg. Foruten min ektefelle gjennom over 45 år, har venner og familie støttet meg i gode og vonde dager og latt meg forsiktig prøve meg fram med kognitive teknikker. Jeg skjønte jo etter hvert at eksponering for alt jeg prøvde å unngå, ville hjelpe.

Når det gjelder profesjonell hjelp, pleier jeg å si at jeg har opplevd noe av det beste norsk psykiatri har å by på, jeg har bearbeidet fortidens blafrende sårkanter gjennom mangeårig nødvendig psykoterapi, inkludert EMDR-behandling (2). Tiden ble i det virkelige livet moden for i praksis å prøve ut alt det vanskelige jeg ville unngå. Det mest presserende var å finne ut hvordan jeg kunne leve videre med en kronisk, kompleks PTSD.

Jeg visste at *desensitivisering* kunne dempe de sterke emosjonene som blir vekket til live, når vonde minner trenger seg på. Med betydelig motstand hadde jeg også skjønt at det ville hjelpe å stå i det vonde, og på fryktinngytende vis, erfare at det slapp taket. Det ville bli tålelig.

Et eksempel er da min yngste søster lot meg være alene i mange timer med sin dyrebare datter på sju, for at jeg skulle erfare at jeg ikke forgrep meg på henne. Siden kom det første barnebarnet til. Mannen min dro på handletur mens jeg hadde guttungen sovende på fanget. I dag er tvangstankene et avsluttet kapittel. Når de dukker opp en sjelden gang, er de mer som en pekepinn på at jeg er utenfor toleransevinduet for påkjenning. Dette skjer i situasjoner når livet butter ekstra hardt, slik det gjør iblant for oss alle.

Hvordan møte traumeutsatte?

Fagmiljøer jeg har konsultert for å skrive denne teksten, har delt kunnskap om hvordan fastleger kan møte traumeutsatte pasi-

Fastlegen kan gjøre en stor forskjell



Anne forsto ikke hva dissosiasjon var, før hun selv kom til behandling i Traumeavdelingen på Modum Bad. – I undervisningen jeg fikk der, gjenkjente jeg symptomene og forsto at det var dette mamma hadde strevd med. Konsekvensene var neglekt og manglende evne til ivaretakelse av morsrollen. FOTO: UNNI TOBIASSEN LIE

enter som strever med livslange, kroniske senskader. Intervjuet som ble publisert med meg på Modum Bad sine nettsider i fjor, utdyper mye av det jeg har på hjertet (2), og artikkelen i *A-magasinet* for snart åtte år siden likeså (3). Videre synes jeg det er viktig det som psykologspesialist Ingunn Holbæk ved Traumepoliklinikken i Oslo uttaler i begge nevnte kilder om kompleksiteten i det å søke offentlig oppreisning.

Traumepoliklinikken til Modum Bad er en spesialisert gruppepoliklinikk for behandling av komplekse traumelidelser etter alvorlig traumatisering som seksuelle overgrep, vold og omsorgssvikt i barndom og ungdomsår. Stedet tilbyr etterutdanning i forståelse og behandling av komplekse traumelidelser, individuell behandling av komplekse dissosiative lidelser, kurs i traumesensitiv mindfulness og selvmedfølelse, og kurs i traumearbeid i førstelinjelinjetjenesten (15).

Råd til fastleger

Holbæk og hennes kollegers råd er relevante for fastleger i møte med mennesker som har opplevd alvorlige tillitsbrudd i familien, enten i barndommen eller i voksen alder. Derfor vil jeg formidle noen konkrete innspill, fra henne og fra andre som har tilsvarende bred, klinisk erfaring.

1) Normalisering av det brutale, vise at en tåler det vonde

- Søk kunnskap! Sentralt begrep er traumepåminnere, «triggere» – hva er truende? En vanlig senskade etter relasjonstraumer er å miste tilliten til den andres gode intensjoner. Mistenksomhet kan ha blitt en del av personligheten.
- Å være hjelpetrengende, å være i en sårbar, ukontrollert situasjon, å trenge bistand og hjelp av en person med makt og myndighet, altså en lege, er en trigger for mange.
- Pasienten kan være bevisst dette fenomenet, men likevel få umiddelbare, automatiserte reaksjoner, både kroppslige og emosjonelle.
- Traumepåminnelser er definert som nåtidige stimuli knyttet til tidligere traumeerfaringer som aktiverer minner, og gir kroppslig alarm og unngåelse (16). De kan også skape emosjonelt ubehag og funksjonsfall mange tiår etter hendelsene.
- Det å beskrive de traumatiske hendelsene, kan ha emosjonelle kostnader som ikke alle er klare for. Å sette ord på opplevelsene sine kan derfor være utfordrende, spesielt for pasienter som fortsatt strever med dissosiative lidelser.
- Selv om en har en god og tillitsfull relasjon til en traumeutsatt pasient, bør en være obs på timingen for når traumer og konsekvensene de har fått, skal være tema i konsultasjonen. Av og til er det nok å snakke om kløe i underlivet, hosten til et av pasientens barn eller noe helt annet.
- Vær likevel åpen. Å vise at en ikke har berøringsangst for vanskelige temaer som vold i nære relasjoner, er viktig. I møte med eventuelt nye pasienter på fastlegelisten, bør voldserfaringer være like aktuelt å ta opp som å kartlegge tidligere sykdommer. La gjerne temaet henge i luften, så vil pasienten komme tilbake til saken når hen er klar.
- Fastlegen er pasientens støtteperson. Hen trenger noen som kjenner til og kan formidle kunnskap til resten av helsevesenet. Slik blir legen en portåpner, på pasientens vegne.
- Vær oppmerksom på fare for retraumatisering ved undersøkelser som trigger traumeminner. Pasienten kan brått vippes ut av toleransevinduet sitt og reagere med uhensiktsmessig dissosiering.



Per i dag, i september 2026, er det 53 ukers ventetid for døgnbehandling på Traumeavdelingen ved Modum Bad, 20 uker for å bli tatt inn til poliklinisk gruppebehandling ved sykehusets avdeling i Oslo (bildet). – Det var en tøff jobb å være i døgnbehandling, sier Anne. Det var likevel viktig for henne å kunne delta i behandling over flere måneder, komme bort fra hverdagens trivialiteter og jobbe konsentrert med sine utfordringer over lengre tid.

2) Tiltak som støtter den voldsutsatte

- Det er klokt å lage en «arbeidskontrakt», en felles plattform: En avtaler for eksempel hvordan en skal gjennomføre gynekologisk undersøkelse og andre undersøkelser. En kan vurdere om pasienten bør ha med en tillitsperson i konsultasjonene.
- Gi rom for pustepauser, vis en aksepterende holdning. Det kan være aktuelt å søke om koloskopi og gastroskopi i narkose.
- Legen bør også være bevisst sin egen usikkerhet og risikoen for å trå feil i møte med overgrepsutsatte. Å holde blikkontakt og vise at en tåler å vite om det mest smertefulle, er sentralt.
- Overgrepsutsatte reagerer ulikt! Det som gir håp, er som tidligere nevnt dette: Relasjonstraumer kan repareres i relasjon. Det gjelder også i det årelange forholdet som fastlegen har til de aller mest sårbare pasientene.

3) Spør etter kjente triggere og formidle det videre i helsevesenet

En traumeinformert tilnærming til somatisk helsehjelp innebærer å redusere unødig belastning, øke forutsigbarheten og styrke pasientens opplevelse av valg og kontroll (16). Dette innebærer at ved henvisninger til spesialisthelsetjenesten kan en formulere noen få setninger, gjerne i samråd med pasienten. Her er noen eksempler:

- Til ØNH: «OBS: Pas har en traumehistorikk og kvier seg derfor for undersøkelser. Hun har vært utsatt for orale overgrep, og endoskopi er spesielt vanskelig. Men hun er innstilt på å klare dette og opptatt av at behandleren er informert på forhånd.»
- Til øvrig spesialisthelsetjeneste: «Pasienten har opplevd overgrep og grov omsorgssvikt i oppveksten. Hun er innstilt på å gjennomføre de undersøkelsene som er nødvendige for å utrede tilstanden. Det er viktig for henne at eventuelle angstreaksjoner blir forstått og akseptert.»

Råd til traumeutsatte

Jeg har noen råd som er til den som eventuelt vurderer å søke offentlig oppreisning, for det er flere dilemmaer å ta stilling til:

- En må være forberedt på økte symptomer og at sterke minner kommer tilbake.
- Saksbehandlingsprosessen er beintøff. Selv kastet jeg opp da jeg måtte beskrive detaljene. Å gjøre opp for den tapte barndommen, bør derfor være en del av eller avslutte et individualterapeutisk forløp.
- På grunn av alle omkostningene, oppfordrer jeg den det gjelder til å ha en trygg emosjonell base. Ta gjerne med en medvandrer på veien, en person å tenke høyt sammen med – om hva det er å vinne, og hva det er å tape ved å søke. Det er viktig å være bevisst på at det kan bli overveldende å gå inn i vonde traumeminner. Den som fortsatt er i en psykologisk indre konflikt og i aktiv behandling, bør kanskje vente?
- Ved incest og relasjonstraumer er det ofte sterke familiekulturer å stå opp mot. Det er langt fra tilstrekkelig å plassere ansvaret hos den ene personen som har forgrepet seg grovt. Å ta innover seg de andre omsorgsgivernes svik, er tungt. Noen overlevere har derfor fortsatt automatiserte feiltanker om seg selv, som «jeg fortjente det; jeg oppsøkte jo ham selv». Det krever både mot og mye langvarig arbeid å bryte ut av slike mønstre.

De færreste er klare for å konfrontere overgriperen

- Til forskjell fra tidligere, ble krav om politianmeldelse gjort absolutt i den nye Voldserstatningsloven. Det er ikke lenger unntak fra denne bestemmelsen. Å frykte represalier er heller ikke tilstrekkelig grunn for å la være å oppgi skadevolders navn, eller å avstå fra å anmelde vedkommende.
- Også ved søknad om rettferdsvederlag, må en oppgi skadevolders navn. Vedkommende har altså rett til å uttale seg, enten på grunn av lovfestede partsrettigheter eller ved det såkalte kontradiksjonsprinsippet som offentlig forvaltning er bundet til. Hvis ikke, blir søknaden som hovedregel avslått (17).
- Det å ha styrke nok til å anmelde et familiemedlem, har vist seg å være den aller største bøygen. Ifølge fagmiljøer som jobber med incestutsatte, er de færreste klare for å konfrontere overgriperen, spesielt der hen er i nærmeste familie.
- Hvis en likevel finner ut at tiden er moden for å anmelde, vil en på nytt kunne få skylden for å ødelegge for resten av familien – fordi en ripper opp i det andre kanskje helst vil slippe å vite. Prisen å betale kan være at en mister kontakt med storfamilien.
- Den flerårige saksbehandlingstiden kan dessverre bremse eller stoppe den terapeutiske prosessen søkeren er i. Det kan hindre framdrift i bearbeiding av traumatiske erfaringer, og forsinke det å finne en måte å leve videre på.
- Konsekvensene av et avslag må en alltid tenke på. Det kan bli en repetisjon av det å ikke føle seg trodd, og tilhelingen kan bli satt på pause.

Antall avslag har økt

- Avslagsprosenten for begge de statlige ordningene, ligger per nå på 80–90 prosent. Statens sivilrettsforvaltning opplyser at årsaken er mangelfull dokumentasjon (10), og dermed utilstrekkelig sannsynliggjøring av overgrepene.
- Dette betyr ikke at den enkelte ikke blir trodd, men at en ikke har kunnet dokumentere «klar sannsynlighetsvekt» for hva som har skjedd. Hvis en kan legge ved såkalte vitneuttalelser, for eksempel fra slektninger eller venner som kjente en da overgrepene skjedde, vil det styrke søknaden.

Det viser seg at andel avslag har økt fra den nye loven trådte i kraft, fra rundt 50 prosent avslag tidligere til over 80 prosent avslag i 2023 (10). Nettopp dette viser at helse- og sakkyndigerklæringer, helst så tidsnære som mulig, vil kunne få avgjørende vekt.

Uten å kaste blår i øynene til verken søker eller fastlegen som søkeren «står hos», vil jeg i siste artikkel gjøre en drøfting av status for dagens regelverk.

Erstatningsordninger for vold og overgrep

Når er det aktuelt for skadelidte å søke oppreisnings-erstatning fra staten? Gjennom mitt mangeårige engasjement, har jeg erfart at det er kunnskapsmangel hos helsepersonell og andre profesjonsgrupper. Ordningene er fortsatt også for lite kjent hos dem de er ment for.

Jeg vil i denne siste delen gjøre rede for her-og-nå-situasjonen. Allerede for seks år siden fattet Stortinget et *anmodningsvedtak*. Der ba flertallet Regjeringen om å gjøre ordningen om rettferdsvederlag mer kjent (9). Likeens ba det samme flertallet av våre folkevalgte om at Regjeringen skulle komme med tiltak for å styrke voldserstatningsordningen (18). De vedtok samtidig at evalueringen av den nye loven skulle foretas allerede etter to år – i stedet for fem, slik daværende justisminister, Emilie Enger Mehl (Sp), hadde tatt til orde for (19).

Jeg har i en tidligere artikkel nevnt at det kan ha en terapeutisk gevinst å søke storsamfunnets anerkjennelse av at alvorlige, straffbare krenkelser faktisk har skjedd. Timingen er viktig; når er det riktig å søke erstatning? Og når er det kontraindisert å gå inn i en slik langvarig prosess?

Selv opplevde jeg at selve prosessen i et slikt detektivarbeid ble svært viktig. Jeg fikk dokumentert skjellsettende hendelser i livet, nøstet opp i mange løse tråder, oppdaget nye sammenhenger, og plasserte skyld og skam der det hørte hjemme. Derfor er jeg usikker på om det å søke erstatning faktisk forutsetter at man fortsatt er i aktiv behandling hos psykiater/psykolog. Som jeg allerede har pekt på, kan fastlegen spille en viktig rolle. Det går også an å involvere kommunal psykisk helsetjeneste for å bistå dem som har behov for sammensatte tjenester. I mitt tilfelle ble det tilbudt et «KID-kurs», som er et kurs i depresjonsmestring, i tillegg til et vedtak om ukentlige samtaler med psykiatrisk sykepleier i de månedene jeg brukte på å skrive erstatningssøknaden.

Brukerperspektivet godt ivaretatt

Behov for advokatbistand vil i de fleste tilfeller være til stede, og særlig ved søknad om *voldserstatning*. Dette må bekostes av søkeren selv slik lovverket er nå (20). I mellomtiden finnes det øvrige, gratis lavterskeltilbud (se nyttige lenker på side 34).

I skrivende stund, september 2026, har jeg fortsatt et klart standpunkt: Det er behov for endringer før jeg kan anbefale andre å søke offentlig oppreisning. Dette budskapet har jeg også formidlet til dem som

– Jeg ville neppe anbefalt andre å søke erstatning fra staten. Ikke før våre folkevalgte gjør vesentlig endringer i de gjeldende oppreisningsordningene, skriver Anne. Første gang hun engasjerte seg offentlig i dette sakskomplekset var for snart åtte år siden, da Stortinget skulle ta stilling til mulig forskjellsbehandling. Men KrF fikk ikke flertall for forslaget sitt om at det trengs en kritisk gjennomgang av alle de offentlige erstatnings- og oppreisningsordningene (4). SKJERMBILDE: A-MAGASINETS UTGAVE 1.12.2018.



har hatt oppdraget å evaluere gjeldende lovverk, ettersom jeg ble invitert til å delta i intervjuundersøkelser (11).

Evalueringen av dagens voldserstatningslov var opprinnelig lovet å være ferdig 15. juni 2026. Men delrapporten, som forelå allerede i november i fjor, førte til utvidelse av antall temaer i hovedrapporten. Så sent som i mars i år, ble intervjuundersøkelser fortsatt gjennomført, i regi av bl.a. Proba samfunnsanalyse (21).

Dette inngir tillit til at brukerperspektivet blir tatt på alvor i evalueringsarbeidet. Et eksempel på dette er at problemstillinger knyttet til partsinnsyn og kontradiksjon hele tiden vært en viktig del av oppdraget som Advokatfirmaet Lund & Co og Proba samfunnsanalyse fikk i oppgave å utføre av Justis- og beredskapsdepartementet for halvannet år siden.

Delrapporten ble, som tidligere nevnt, innlevert til oppdragsgiver Justis- og beredskapsdepartementet i november 2025. Den hadde flere forslag til hva det var mest prekært å gjøre noe med. Alle forslagene pekte på tiltak som vil styrke rettssikkerheten for de skadelidte. Det gir meg håp om en positiv dreining for det jeg har kjempet for i mange år.

Jeg er optimistisk

Allerede i delrapporten ble det fremmet fire anbefalinger som kan bøte på problemene i loven, og som store deler av fagmiljøene har advart om i en årrekke (10). Disse er:

- Å regulere skadevolders innsynsrett i voldserstatningssaker.
- Å utvide skadelidtes rett til dekning av utgifter til advokatbistand.
- Å presisere og delvis utvide fristene for å fremme krav om utbetaling av voldserstatning og søknad om voldserstatning.
- Og at Kontoret for voldserstatning bør kunne vurdere en søknad fritt, uansett hvordan politiet har kategorisert («kodet») en henlagt sak, og avgjøre om den oppfyller kravene til voldserstatning.

På Stortinget har det lenge vært tverrpolitisk enighet om at lovverket ikke fungerer slik de ønsket. Jeg er derfor optimistisk med tanke på at våre folkevalgte vil gjøre de høyst nødvendige endringene i de eksisterende erstatningsordningene. De må også feie for egen dør, for også deres egen oppreisningserstatning, rettferdsvederlag, trenger en kritisk gjennomgang.

Hvorfor og på hvilken måte dette skal skje, fremgår i debattartikkelen som ble publisert i fjor hos Landsforeningen mot seksuelle overgrep (LMSO) (10). Den er blitt omtalt og delt i fulltekst hos relevante interesseorganisasjoner, fagforeninger og publikasjoner, deriblant via Rådet for psykisk helse sitt tidsskrift *Magasinet Psykisk Helse*, hos Stiftelsen Rettferd og i Juristforbundets fagblad *Juristen* (22).



Anne (5) elsket vinterens skiturer. I sommerferiene ble hun utsatt for grove overgrep av morfaren – med mormoren ved siden av. 43 år senere kom Stortingets erstatning for en «tapt barndom». – Det er forskjell på svik og svikt. I dag lever jeg greit med at relasjonstraumene påførte meg kroniske senskader, sier hun. FOTO: PRIVAT

Økt medieoppmerksomhet som folkeopplysning

Saker som er solid omtalt i mediene i de senere år, som tingrettens behandling og senere avgjørelser i dommene mot Arne Bye, Marius Borg Høiby og Gjert Ingebrigtsen, har vært viktige bidrag til folkeopplysning om hva det vil si å være voldsutsatt, eller å ha vokst opp under utrygge forhold. Dekningen av disse rettsakene har blant annet gitt oss kunnskap om beviskrav, om hva som skal til for å bli dømt for mishandling i nære relasjoner.

I den såkalte Frostasaken, var det – innen politiet utvidet siktelsen i januar 2026 – fremmet over 130 krav om oppreisningserstatning med summer på mellom 250 000 og 500 000 kroner for hver enkelt fornærmede i saken. I tillegg har mange av kvinnene som legen Arne Bye forgrep seg på, søkt andre erstatningsordninger enn de domstolene har idømt ham, for eksempel gjennom Norsk pasientskadeerstatning (NPE). NPE hadde ved årets begynnelse mottatt i overkant av 40 søknader fra de skadelidte (24). 25 er behandlet og utbetalinger er gjort som følge av svikt i behandlingen hos den tidligere kommuneoverlegen. NPE har også varslet at man venter at det vil komme flere søknader, fordi siktelsen er blitt betydelig utvidet siden dommen ble rettskraftig.

Varsler høring i høst

Helt siden jeg ble tilkjent offentlig oppreisning i 2009, har jeg engasjert meg i sakskomplekset knyttet til offentlig erstatning til skadelidte med «tapt barndom». Selv etter utallige forsøk, hadde jeg inntil nylig til gode å få representantene på Stortinget i tale. Det har altså vært en seig materie å gå inn i, men jeg har ikke gitt opp. Jeg har fått gehør i relevante fagmiljøer, inkludert hos

dem som erstatningen er ment for. Det har også vært viktig!

De fleste faginstanser, profesjonsforeninger og interesseorganisasjoner var unisone i advarslene allerede da Voldserstatningsloven var ute på høring, før den nye loven ble vedtatt og trådte i kraft fra 1.1. 2023 (10). Snart venter, forhåpentligvis, en ny runde. Jeg er fortsatt positiv til at det vil skje endringer til fordel for oss som har vært utsatt for alvorlige krenkelser.

I forbindelse med denne artikkelen til *Utposten*, har jeg stilt spørsmål til Justis- og beredskapsdepartementet (JD), om fremdrift i evalueringsarbeidet. Jeg viste blant annet til at delrapporten var blitt omtalt i en NRK-reportasje allerede i mars (20) og fikk følgende svar (personlig meddelelse, kommunikasjonsrådgiver i JD, Andreas Bondevik, e-post 7.7.2026):

> «Departementet er godt i gang med å følge opp delrapporten, og har i første runde sett på justeringer som kan gjøres uten lovendringer. Når hovedrapporten mottas i august, vil departementet gå i gang med å vurdere behovet for lovendringer.»

Terskelen for advokatbistand er allerede senket

– Når det gjelder skadevolders innsynsrett, ser departementet på muligheten for å regulere dette nærmere i forskrift. Det sees også på muligheten for å justere reglene i voldserstatningsforskriften som gjelder advokatbistand. Jeg planlegger å sende dette på høring etter sommeren 2026, skrev justis- og beredskapsminister Astri Aas-Hansen (Ap), som svar på et skriftlig spørsmål som SVs stortingsrepresentant Mirell Høyer-Berntsen stilte på vårparten, om hvordan statsråden vil følge opp den alvorlige kritikken i delrapporten (25).

– Når det gjelder advokatbistand, er det gitt styringssignaler til Statens sivilrettsforvaltning og Kontoret for voldsoffererstatning, om at regelen om dekning av advokatutgifter har vært praktisert for strengt. På bakgrunn av dette er praksis nå justert, og terskelen for å innvilge advokatbistand er senket, kunne statsråden fortelle.

Møysommelig prosess

Det er imidlertid ikke alle tiltak som kan underlegges «hurtigsporet». Noe må gjennom den omfattende prosessen som en lovendring krever, understreker Aas-Hansen, og viser blant annet til at dette vil gjelde voldserstatningslovens fristregler. – Det er naturlig at behovet for eventuelle lovendringer vurderes under ett, og en vurdering av disse forslagene vil derfor først finne sted når hovedrapporten er levert, konkluderer hun.

Med andre ord finnes det lyspunkter! Evalueringsarbeidet er nemlig sluttført; hovedrapporten ble innlevert allerede 1. juli. Men på grunn av ferieavvikling fikk jeg opplyst at den formelle oppfølgingen ville skje i løpet av høsten.

– Det betydde mye for både søstrene mine og meg å bli trodd, og få den offentlige erkjennelsen fra storsamfunnet. FOTO: PRIVAT



– Den kommende høringen gjelder forslag til forskriftsendringer som følge av funn i den første delrapporten fra Lund og co. Endelig dato for høring er ikke klart, svarte departementet, etter at jeg ba om innsyn i hovedrapporten (personlig meddelelse departementsrådgiver i JD, Raheela Chaudhry, e-post 14.8.2026).

Jeg ser at hovedrapportens konklusjoner er like entydige som i den første rapporten. Det er også bredt dokumentert at skadelidte og verger trenger langt bedre veiledning i søknadsprosessen enn de får i dag. I skrivende stund (22.9.2026) er rapporten nylig formelt overlevert den politiske ledelsen i Justis- og beredskapsdepartementet (26). Og en oppsummering fra evaluatorenes side om anbefalinger og begrunnelser for dem er lett tilgjengelig (27).

Heldigvis er flere redaktørstyrte medier opptatt av hva som kommer ut av evalueringsarbeidet (19, 20, 27, 28, 29). Et lite knippe stortingspolitikere har også varslet at de vil følge opp, og flere har uttrykt at de har de samme bekymringene som meg, blant annet gjennom skriftlige spørsmål til justisministeren (30, 31). Det lover godt at Astri Aas-Hansen i svaret hun ga de to SV- og FrP-representantene (21.9.2026), skriver at høring om forskriftsendringen vil komme «innen kort tid» – kanskje er invitasjonen til aktuelle høringsinstanser sendt ut når denne utgaven av *Utposten* publiseres?

Legeforeningen er en aktuell høringsinstans

Alle har mulighet til å komme med skriftlige innspill i offentlige høringer, inkludert fastleger, samfunnsmedisinere, psykiatere og andre innen legeprofesjonen. Hittil har det vært bistandsadvokater og representanter fra juristenes profesjonsforeninger som har markert seg – jamfør Juristforbundets fagblad *Juristen* (22). Flere relevante høringsinstanser følger også med på «saken», så som voldsutsatte og deres interesseorganisasjoner. Så selv om jeg personlig er utålmodig, og syns at departementet har brukt altfor lang tid før de omsider lytter til betimelige innsigelser, så gir jeg den videre prosessen en sjanse.

Fastlegens muligheter

Jeg blir glad hvis leger som leser dette vil være med på å løfte fram disse problemstillingene. Det kan dere gjøre gjennom høringer og annet arbeid i fagforeningen deres.

En fastlege med kunnskap om hvordan voldsutsatte pasienter kan få støtte i øvrig hjelpeapparat, kan spille en annen viktig rolle ved å sikre at kommunen oppretter en IP-koordinator ved behov. Jeg fikk selv uvurderlig støtte fra psykologen og senere psykiateren jeg var i behandling hos i mange av disse årene. Den standhaftige allmenndoktoren min, møtte meg også på klokt vis. Derfra vanket det takk, fordi vi sammen hadde deltatt i «voksenopplæring» på et område han heller ikke hadde erfaring med fra før. Likeens fortjener min nåværende fastlege ros for hvordan hun ivaretar og utøver jobben sin på en inkluderende måte. Det skaper trygghet. Hun ser hele meg. De siste seks årene har jeg ikke trengt noe mer psykologisk oppfølging enn det jeg får fra henne.

Jeg takker for meg, og håper at min stemme kan hjelpe dem som ikke tør å heve sin.

NYTTIGE LENKER TIL UTDYPENDE KUNNSKAP

- **Dinutvei.no** – omtalt som en «nasjonal veiviser ved vold og overgrep», *Støttesenteret for kriminalitetsutsatte* (i regi av Politiet) og *Nok.-sentrene* (støttesentre mot incest og seksuelle overgrep).
- **Dinutvei.no** driftes av Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress (NKVTS), på oppdrag fra Justis- og beredskapsdepartementet. Der finnes det kvalitetssikret informasjon om ulike hjelpetilbud og en anonym spørsmålstjeneste: **https://dinutvei.no/**.
- I påvente av at gratis advokatbistand blir gjeninnført for dem som vil anmelde vold eller søke erstatning, kan en få veiledning fra et av landets 15 støttesentre for kriminalitetsutsatte. Kontaktinfo og informasjon på ti ulike språk finnes på **https://www.politiet.no/kontakt-politiet/stottesenter-for-kriminalitetsutsatte**.
- Slike sentre fungerer som et gratis lavterskeltilbud og tilbyr råd, veiledning og psykososial støtte til personer som har opplevd vold, overgrep, trusler og andre integritetskrenkelser (23). I likhet med Nok.-sentrene har de meldt om en betydelig økning i antall henvendelser de senere år. Paraplyorganisasjonen Nok. Norge har også en samleside: **https://noknorge.no/sentrene**.
- For pasienter med behov for sammensatte tjenester i perioder av livet, kan lavterskeltilbud i kommunal regi være nyttige. Rådet for psykisk helse har en samleside for alle de nasjonale mestrings- og forebyggingskursene på ett sted: **https://psykiskhelse.no/kurs-2/meld-deg-pa-kurs/** .
- For mer kunnskap om NPEs ordninger, se samlesiden **https://www.npe.no/no/**.

REFERANSER

1. Thorkildsen IM. Du ser det ikke før du tror det. Et kampskrift for barns rettigheter. Bergen: Vigmostad & Bjørke AS, 2015.
2. Lie UT. Relasjonstraumer gikk i arv i Annes familie. Modum Bad 21.5.2025. https://www.modum-bad.no/aktuelt/relasjonstraumer-gikk-i-arv/.
3. Skogstrøm L. Bestefar forgrep seg på «Anne» da hun var fem: – En ødelagt barndom kan ikke repareres. Men det hjelper mye å bli trodd. A-magasinet 1.12. 2018. https://www.aftenposten.no/amagasinet/i/e1r7EQ/bestefar-forgrep-seg-paa-anne-da-hun-var-fem-en-oedelagt-barndom-kan-ikke-repareres-men-det-hjelper-mye-aa-bli-trodd.
4. Dokument 8:165 S (2017–2018). Representantforslag fra stortingsrepresentantene Olaug V. Bollestad og Geir Jørgen Bekkevold om gjennomgang av offentlige oppreisnings- og erstatningsordninger. https://www.stortinget.no/no/Saker-og-publikasjoner/Publikasjoner/Representantforslag/2017-2018/dok8-201718-165s/?all=true.
5. Rettferdsvederlag. Statens sivilrettsforvaltning. https://www.sivilrett.no/rettferd.
6. Dokument 14 (2025–2026). Årsrapport for 2025 fra Stortingets utvalg for rettferdsvederlag. https://www.stortinget.no/no/Saker-og-publikasjoner/Publikasjoner/Dokumentserien/2025-2026/dok14-202526/?all=true.
7. Ny standard for oppreisningserstatning. Advokatbladet 16.5.2022. https://www.advokatbladet.no/hoyesterett/ny-standard-for-oppreisningserstatning/178625.
8. Erstatningsposter. Kontoret for voldsoffererstatning. https://www.voldsoffererstatning.no/erstatningsposter.612987.no.html.
9. Dokument 8: 70 S (2019–2020). Representantforslag fra stortingsrepresentantene Karin Andersen, Freddy André Øvstegård og Petter Eide om å sikre barn som har vært utsatt for svikt av det offentlige, lik tilgang på erstatninger uavhengig av hvilken kommune de bor i. https://www.stortinget.no/no/Saker-og-publikasjoner/Publikasjoner/Representantforslag/2019-2020/dok8-201920-070s?all=true.
10. «Anne», 67 år. Anonymt medlem i LMSO. «Anne» ble seksuelt misbrukt: – Det hjelper mye å bli trodd. Landsforeningen mot seksuelle overgrep (LMSO) 3.4.2025. https://lmso.no/seksuelt-misbrukt-det-viktigste-er-a-bli-trodd-a-plassere-skyld-og-skam-der-den-horer-hjemme/.
11. Fikk erstatning etter overgrep, men anbefaler ikke andre å søke. Tidsskr Nor Legeforen 19.11.2025. https://tidsskriftet.no/2025/11/kommentar/fikk-erstatning-etter-overgrep-men-anbefaler-ikke-andre-soke.
12. Thoresen S, Benestad T, Stensland S. Legers betydning for rettssikkerheten til overgrepsutsatte. Tidsskr Nor Legeforen 2025; Vol. 145: doi: 10.4045/tidsskr.25.0647 https://tidsskriftet.no/2025/11/invitert-kommentar/legers-betydning-rettssikkerheten-til-overgrepsutsatte.
13. Advokatfirmaet Lund og Co. Delrapport – Evaluering av ny voldserstatningslov. Oversendt til Justis- og beredskapsdepartementet 14.11.2025. https://fido.nrk.no/36218c5767ba7cbc5822f8ff3d6a29c20204385c8f05db013f45fe73dcd6e513/Delrapport%C2%A0%E2%80%93%20Evaluering%20av%20voldserstatningsloven..pdf.
14. Forskrift om krav til helsepersonells attester, erklæringer o.l. Helse- og omsorgsdepartementet 16.5.2013. https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2008-12-18-148.
15. Traumepoliklinikken, Modum Bad i Oslo. https://www.modum-bad.no/dagtilbud/traumepoliklinikken-modum-bad-i-oslo/.
16. AE Nordstrand, Glad KE. Når fortid blir nåtid etter Utøya. Tidsskrift for Norsk Psykologforening 2026; 63 (7); 432–8. https://www.

psykologtidsskriftet.no/artikkel/2026as07ae-Nar-fortid-blir-natid-etter-Utoya. Lest 76.7.2026
17. Søknadsskjema rettferdsvederlag. Statens sivilrettsforvaltning. https://www.sivilrett.no/rettferd/soknads-og-fullmaktsskjema.
18. Dokument 8:123 S (2023–2024). Representantforslag fra stortingsrepresentantene Ingvild Wetrhus Thorsvik, Guri Melby, Abid Raja og Grunde Almeland om å evaluere og styrke voldserstatningsordningen https://www.stortinget.no/no/Saker-og-publikasjoner/Vedtak/Vedtak/Sak/?p=98220.
19. JM Husebye, E Waaler. Mehl tvinges til å evaluere omstridt lov. NRK 30.5.2024. https://www.nrk.no/dokumentar/voldserstatningsloven-skal-evalueres_-stortinget-overkjorer-justisminister-emilie-enger-mehl-1.16904033.
20. Husebye JM, Waaler E. Loven skulle hjelpe voldsutsatte – fikk motsatt effekt. NRK 26.3.2026 https://www.nrk.no/dokumentar/loven-skulle-hjelpe-voldsutsatte-_-fikk-motsatt-effekt-1.17766025. Lest 13.7.2026.
21. Vil du fortelle oss om din erfaring med å være part i en voldserstatningssak? Proba samfunnsanalyse 24.3.2026. 18. Husebye JM, Waaler E. Tror ikke politikerne har forstått hva de har vedtatt. NRK 15.11.2023. https://www.nrk.no/dokumentar/xl/tror-ikke-politikerne-har-forstatt-hva-de-har-vedtatt-1.16591134.
22. Gangnes O-M. Evaluering av voldserstatningsloven i gang. Juristen 9.4.2025. https://juristen.no/nyheter/2025/04/evaluering-av-voldserstatningsloven-i-gang.
23. R Aarø Njie. «Christian» ble «groomet» av naboen: – Var redd for å ikke bli trodd. NRK 9.6.2024. https://www.nrk.no/stor-oslo/xl/_christian_-ble-utsatt-for-overgrep-som-barn.-ved-dette-senteret-fikk-han-hjelp-1.16769550.
24. Erstatning for svikt etter Frosta-saken. Norsk pasienterstatning 9.2.2026. https://www.npe.no/no/Erstatningssoker/utvalgte_skadeomraader/erstatning-for-svikt-etter-frosta-saken/.
25. Dokument nr. 15:2595 (2025–2026). Skriftlig spørsmål fra Mirell Høyer-Berntsen (SV) til justis- og beredskapsministeren. Innlevert 30.4.2026, besvart 7.5.2026. https://www.stortinget.no/no/Saker-og-publikasjoner/Sporsmal/Skriftlige-sporsmal-og-svar/Skriftlig-sporsmal/?qnid=122986.
26. Alver V. Ulikhet for loven: – Skaper en forskjell. Fagbladet 31.8.2026. https://www.fagbladet.no/nyheter/ulikhet-for-loven-skaper-en-forskjell/755221.
27. Advokatfirmaet Lund og Co. Rapport. Evaluering av voldserstatningsloven. Skrevet på oppdrag fra Justis- og beredskapsdepartementet, 1. juli. 2026. https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/evaluering-av-voldserstatningsloven/id3172592/. Publisert 15.9.2026.
28. Husebye JM. Ny rapport feller hard dom over voldserstatningsloven: – Helt forferdelig. NRK 11.9.2026. https://www.nrk.no/dokumentar/ny-rapport-feller-hard-dom-over-voldserstatningsloven_-_-helt-forferdelig-1.17994352.
29. Evaluering av voldserstatningsloven. Rapport Oslo: Proba samfunnsanalyse, 2026. https://proba.no/andre-rapporter/evaluering-av-voldserstatningsloven/.
30. Dokument nr. 15:3740 (2025–2026). Skriftlig spørsmål fra Mirell Høyer-Berntsen (SV) til justis- og beredskapsministeren.14.9.2026. https://www.stortinget.no/no/Saker-og-publikasjoner/Sporsmal/Skriftlige-sporsmal-og-svar/Skriftlig-sporsmal/?qnid=127217.
31. Dokument nr. 15:3746 (2025–2026). Skriftlig spørsmål fra Anette Carnarius Elseth (FrP) til justis- og beredskapsministeren. 13.9.2026. https://www.stortinget.no/no/Saker-og-publikasjoner/Sporsmal/Skriftlige-sporsmal-og-svar/Skriftlig-sporsmal/?qnid=127223.



Utposten annonseinfo 2027

Blad for allmenn- og samfunnsmedisin har et opplag på 2000 og utkommer sju ganger årlig med dobbelt julenummer. Redaksjonen består av allmenn- og samfunnsmedisinere.

ABONNEMENT: Vanlig abonnement (papir/nett) kr 850,- i året. Nettabonnement kr 690,–.

TEKNISK

ANNONSEANSVARLIG: Karianne Rutle
913 08 747 karianne.rutle@gmail.com

MATERIELL:
Elektronisk (e-post / filoverføringstjeneste, se: www.aksell.no)
FORMAT: A4, 210 x 297 mm + 3 mm for utf. helside
SATSFLATE: 185 x 249,5 mm 3 spalter
TRYKKERI: Aksell, Aurveien 14, 1930 Aurskog

KONTAKTPERSON: Morten Hernæs
916 98 412 morten.hernaes@aksell.no

UTGAVE	BESTILLINGSFRIST	MATERIELLFRIST	UTSENDELSE
❶	13. januar	27. januar	9. februar
❷	17 februar	3. mars	15. mars
❸	31. mars	14. april	26. april
❹	19. mai	2. juni	14. juni
❺	11. august	25. august	6. september
❻	22. september	6. oktober	18. oktober
❼/❽	3. november	24. november	6. 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.

Det finnes hjelp

ANNE WOLD • *Spesialist i psykiatri og overlege ved Spesialpoliklinisk enhet, Oslo universitetssykehus*

Opplever pasienten din seksuell tiltrekning til barn? Hvordan møte voksne med problematisk seksualitet i allmennpraksis? *Det finnes hjelp* er navnet på et nasjonalt tilbud som kan være til nytte både for pasienten og fastlegen.

En nyere systematisk litteraturgjennomgang har vist at rundt to prosent av voksne menn rapporterer om seksuell interesse for barn (1). Tallene er usikre, og vi vet heller ikke sikkert i hvilken utstrekning dette også gjelder kvinner. To prosent av den voksne mannlige befolkningen i Norge utgjør drøyt 44 000 menn.

I 2020 ble det etablert et nasjonalt behandlingstilbud i psykisk helsevern for personer som har såkalt seksualovergrepsrelatert problematikk (2). Mange med seksuelle tanker om barn vegrer seg for å fortelle om det til sine nærmeste eller til fastlegen. Det er ønskelig å komme i kontakt med disse personene før de begår overgrep, som ledd i forebygging, men også for å hjelpe dem til bedre liv. Denne pasientpopulasjonen rapporterer om lav livskvalitet, spesielt hva gjelder psykisk helse og sosiale forhold (3).

Det finnes hjelp

Det finnes hjelp (DFH) tilbyr helsehjelp til personer med seksuelle tanker om barn, som ikke er dømt for seksuallovbrudd, og som ikke har en pågående sak hos politi eller barnevern. Tilbudet er en lavterskeltjeneste, som innebærer at pasienter ikke trenger henvisning, men kan ta direkte kontakt med en av landets fem poliklinikker. I overkant av 450 personer har mottatt behandling i DFH landet rundt siden oppstarten i 2020. Langt flere har søkt råd anonymt på chattetjenesten eller per telefon. Også pårørende og helsepersonell kan ta kontakt dersom de ønsker råd eller veiledning.

Pasientjournalen er skjermet for innsyn fra andre aktører. En betydelig andel av pasientene ønsker ingen involvering av fastlege hverken før, under eller i etterkant av behandlingen. Det innebærer også at pasientene kan motsette seg at epikrisen sendes.

Dersom pasienten ønsker involvering av fastlege, vil behandler ved DFH ta initiativ til et samarbeidsmøte. Flere opplever involvering som positivt. Det som særlig trekkes frem er opplevelsen av at relasjonen til fastlegen ikke endres, og at det skapes et rom for å samtale om problematikken også etter avslutning i DFH. De som har rapportert om negative opplevelser har for eksempel opplevd at fastlegen har oppført pedofili-diagnose i henvisninger til somatisk spesialisthelsetjeneste hvor det neppe er relevant for problemstillingen, eller ikke har satt seg inn i voldsrisikovurderingen eller tiltaksplanen som foreligger.

Pasienter med seksuallovbruddsdom blir vurdert for behandling i andre tilbud. Disse tilbudene har i større grad et systemisk samarbeid rundt pasientene, hvor også fastlege inngår. Dersom en pasient ber om henvisning etter å ha begått seksuallovbrudd eller vedkommende er under etterforskning, er det anbefalt å kontakte tjenestetilbyderen i sin region og drøfte saken, da organiseringen av tilbudet varierer mellom helseregionene.

Hva med varslingsplikt?

Det er ikke uvanlig at helsepersonell uttrykker usikkerhet om hvordan de skal forholde seg til problematisk seksuell tiltrekning og adferd hos pasienter. DFH kan tilby veiledning, både hva gjelder tilstandene/fenomenene, og om grenseoppgangen mellom taushetsplikt og varslingsplikt. Sistnevnte kan innebære krevende vurderinger, og lovverket er ikke alltid entydig. Det er likevel mulig å trekke opp noen hovedlinjer: Avvergingsplikt, opplysningsplikt og -rett etter Helsepersonelloven tar alle sikte på å forhindre skade i nåtid eller fremtid. Kjennskap til at en pasient har befatning med seksualiserte fremstillinger av barn vil som hovedregel ikke utløse varslingsplikt. Det vil stille seg annerledes dersom en pasient har digital kontakt med mindreårige og begår seksuelle handlinger i den forbindelse.

Helsepersonell har meldeplikt til barnevernet når noen utøver seksuelle krenkelser mot barn i deres omsorg, også når de opplyser at dette har opphørt. I saker hvor en pasient med omsorg for barn har befatning med seksualiserte fremstillinger av barn, vil det gjøres en individuell vurdering av om meldeplikt til barnevern er aktualisert. Involvering av barnevern og eventuelt politi vil være en krevende situasjon for en familie, hvor fastlegen vil kunne få en rolle.

Differensialdiagnoser

Tvangstanker om å være seksuelt tiltrukket til barn ('P-OCD') (4) kan være krevende å skille fra reell seksuell tiltrekning. Begge pasientgruppene vil kunne unngå barn og rapportere om negative følelser knyttet til seksuelle impulser eller tanker om barn (5). Man kan skille tilstandene ved å kartlegge tilstedeværelse av faktisk opphisselse, hva som kjennetegner de negative tankene, samt når de oppstår. En person med seksuell tiltrekning vil kjenne opphisselse som respons på en seksuell tanke, som deretter følges av skamfølelse og bekymring for hvilke konsekvenser det vil få om tiltrekningen blir oppdaget. Personer med tvangstanker vil reagere på tankene med utelukkende negative følelser, som avsky, angstfølelse og/eller panikk, og fravær av opphisselse. Bekymringen vil knytte seg til hva det vil bety dersom man har en avvikende seksuell tiltrekning. OCD behandles i DPS. Ved usikkerhet om diagnosen kan det være nyttig med en vurdering ved DFH.

Alvorlig personlighetsproblematikk med skadelig seksuell adferd, herunder bruk av overgrepsmateriale i selvskadende eller regulerende øyemed, vil som regel best ivaretas på DPS.

I møte med pasienter med problematisk seksuell tiltrekning er det nyttig å kjenne til aktuelle behandlingstilbud, reglene for varslingsplikt, og hvor man kan be om råd og veiledning. For pasientene er det å ikke bli avvist eller misforstått helt sentralt for å våge åpenhet. Fastlegen som får pasientens tillit, kan utgjøre en positiv forskjell både for pasienten det gjelder og trolig også i et forebyggingsperspektiv.

REFERANSER

1. Savoie V et al. Prevalence and correlates of individuals with sexual interest in children: A systematic review. Child Abuse & Neglect (2021).
2. Wold A, Giske I. Pasienter med mørke hemmeligheter. Tidsskrift for Den norske legeforening Tidsskr Nor Legeforen 2026 Vol. 146.
3. Medisinsk kvalitetsregister for seksualovergrepsrelatert problematikk. Nyhetsbrev nr. 8, juni 2026.
4. Bruce SL et al. Pedophilia-themed obsessive-compulsive disorder. Archives of Sexual Behavior, 2018.
5. Vella-Zarb RA et al. Differentiating sexual thoughts in obsessive-compulsive disorder from paraphilias and nonparaphilic sexual disorders. Cognitive and Behavioral Practice, 2017 24(3), 342–352.

ANNWOL@OUS-HF.NO

NYE GRUNNKURS FOR ALLMENNLEGER I SPESIALISERING – et kart over et viktig landskap

INGVILD VATTEN • *Leder av spesialitetskomiteen i allmennmedisin*

Hva trenger en lege i spesialiseringsforløpet? Hverdagen er allerede fylt til randen av pasienter, legevakter, journalføring og nye kontaktårsaker – dag etter dag.

Å løfte blikket og se fagfeltet i fugleperspektiv krever rom og anledning. Det er nettopp det de fire allmennmedisinske grunnkursene skal gi.

I 2025 reviderte Spesialitetskomiteen i allmennmedisin og Norsk forening for allmennmedisin (NFA) grunnkurskatalogen i fellesskap. Resultatet er en oppdatert kursramme som bygger videre på det som har fungert – men som i enda større grad er innrettet mot det allmennleger i spesialisering trenger i dag.

Hva er grunnkursene, og hvorfor fins de?

Grunnkurs A–D er fire obligatoriske kurs i spesialistutdanningen. De er ikke emnekurs. De er heller ikke rene ferdighetskurs. Grunnkursene har et annet og bredere formål: å gi oversikt, skape fellesskap og styrke den allmennmedisinske identiteten.

Et begrep som gikk igjen i revisjonsarbeidet, var «å lære å fote seg». Allmennmedisin er et vidt og til dels uoversiktlig landskap. Det finnes medisinsk krevende terreng – og det finnes stier som er trygge å vandre om man kjenner dem. Grunnkursene skal gi kart og kompass.

Kursene er ment å gi deltakerne mer enn kunnskap. De skal gi økt trygghet til å arbeide, bevissthet rundt profesjonell og personlig identitet, motivasjon for faget – og ikke minst: fellesskap med kolleger fra hele landet. Det fins få andre arenaer i spesialiseringen som tilbyr dette.

Hva er nytt?

Vi har holdt fast ved mye. Men vi har også gjort tydelige grep.

Det viktigste er et styrket pedagogisk rammeverk. Grunnkursene skal ikke lenger primært være foredragsdrevne kurs der deltakerne sitter og lytter. Vi ønsker aktive deltakere – i dialog, i gruppearbeid, i refleksjon over egne erfaringer. Kasuistikker og pasienthistorier er gode undervisningsmetoder fordi de gjør det gjenkjennbart. Dilemmaer treffer hardere når de ligner noe man selv har stått i.

Forarbeid digitalt – i form av e-læringsmoduler – brukes til å forankre teoretisk kunnskap. Dermed kan oppmøtetiden på kurset brukes til det foredrag og nettstudier ikke kan erstatte: samtalen, møtet og meningsutvekslingen.

Et annet tydelig grep er sterkere vekt på samarbeidspartnere. Vi ønsker at kursholdere i størst mulig grad inviterer inn de aktørene allmennleger jobber tett med til daglig – Nav, Helfo, statsforvalter, barnevern, ALIS-kontor og Legeforeningen, for å nevne noen. Det handler om å bryte ned barrierer og bygge relasjoner på tvers. Allmennlegen er ikke alene i arbeidet, og grunnkursene skal speile det.

Læringsutbyttebeskrivelsene (LUB) er tydeliggjort for hvert enkelt kurs. Det er disse som vil legges til grunn når kursene vurderes. Vi har bevisst valgt å ikke lage en oppskriftsbok. Gode grunnkurs kan lages på mange måter, av ulike arrangører, med ulik erfaringsbakgrunn. Men de skal ha et gjenkjennbart felles fundament.

Fire kurs – ett landskap

Grunnkurs A er introduksjonen: verdier, spesialisering, avtaleverk, normaltariff og allmennmedisinsk metode. Her legges grunnlaget. Kurs B handler om legen som forvalter – egenomsorg, roller, jus, Nav og samhandling. Kurs C tar for seg allmennlegen og samfunnet: folkehelse, palliasjon, rus, svangerskapsomsorg, barn og unge. Kurs D runder av med fagutvikling og kunnskapshåndtering: forskning, kvalitetsforbedring, retningslinjer og moderne teknologi.

Rekkefølgen er ikke tilfeldig. Vi anbefaler A, deretter B, og siden C og D i valgfri rekkefølge.

En arena vi trenger

Norsk allmennmedisin er anerkjent internasjonalt for sin kvalitet og bredde. Den kvaliteten opprettholdes ikke av seg selv – den forutsetter at leger som velger faget, opplever det som meningsfylt og læringsrikt. Grunnkursene er et bidrag til det. De gir rom til å se seg selv som del av noe større: et fagfellesskap, et system og en tradisjon verdt å videreføre.

Grunnkurskatalogen har vært på høring i Legeforeningen, Allmennlegeforeningen og NFA. Vi er takknemlige for de innspillene som kom, og mener det brede engasjementet bidrar til at kursene fortsetter å ha faglig tyngde og aktualitet. Beskrivelsen av grunnkursene vil være digitalt tilgjengelige på Legeforeningens nettsider.

God kursing – og god vandring i landskapet.

INGVILD.VATTEN@GMAIL.COM



ILLUSTRASJONSFOTO: MORTEN HERNÆS / KI – CHATGPT

PH.D. – HVORFOR DET?

Depresjon hos fastlegen

INA GRUNG • *Spesialist i allmennmedisin og Forsker III ved Allmennmedisinsk forskningsenhet (AFE), NORCE*

Ina Grung disputerte 28. august 2026 for ph.d.-graden ved Universitetet i Bergen med avhandlingen «Depression care in general practice – Perspectives from patients and general practitioners».

Som doktorgradsstipendiat var hun ansatt ved Allmennmedisinsk forskningsenhet i Bergen- i NORCE, med faglig tilknytning til Fagområde for allmennmedisin, Institutt for global helse og samfunnsmedisin ved Universitetet i Bergen. Hovedveileder var Øystein Hetlevik, og medveiledere Stefan Hjørleifsson og Norman Anderssen. Doktorgradsprosjektet ble finansiert av Allmennmedisinsk Forskningsfond.

❶ Hvorfor valgte du å ta denne graden?

Jeg hadde aldri tenkt at jeg skulle bli en forsker, det følte jeg meg ikke flink nok til. Dessuten synes jeg statistikk er avskrekkende! Når jeg likevel havnet inn i ph.d.-løpet, skjedde det omtrent som dette: Jeg jobbet som fastlegevikar og tok kurs i kognitiv atferdsterapi for allmennleger. Så leste jeg en utlysning hvor Allmennmedisinsk forskningsenhet (AFE) i Bergen etterlyste en allmennmedisiner uten forskningserfaring med interesse for psykisk helse. Det var jo meg!

Jeg søkte midler fra allmennmedisinsk forskningsutvalg (AFU-stipend), og ble en del av *The Norwegian GP dep study*, et større prosjekt med støtte fra Norsk forskningsråd, som undersøkte ulike aspekter ved depresjon i allmennpraksis. Mitt prosjekt var en spørreundersøkelse blant pasienter som hadde opplevd å ta opp med fastlegen at de følte seg deprimerte.

Det var mye kjekkere enn jeg hadde trodd, og ikke minst var det et forskningsmiljø som jeg følte meg utrolig privilegert over å få bli en del av. Depresjonsgruppen besto av allmennleger, psykologer, psykiatere og fysioterapeuter. Diskusjonene rundt bordet var spennende og lærerike. Da AFU-midlene tok slutt, ville jeg ikke forlate gruppen, og bestemte meg derfor for å fortsette. Jeg valgte altså å gå videre med ph.d. for å forbli i forskningsmiljøet jeg var blitt så begeistret for. Relasjoner er viktige!

❷ Hvordan var det?

Nå, et par uker etter disputas, har jeg lyst til å svare at det var helt fantastisk! Jeg svever fortsatt høyt, og våkner om natten av at jeg tror at jeg fortsatt har det foran meg. Så jeg opplever stor lettelse hver eneste dag når jeg innser at jeg faktisk er kommet i havn.

Det har vært en lang reise. Selv om jeg har ferdigstilt avhandlingen på normert tid, har det – inkludert AFU-stipend, fødselspermisjon og en ph.d. i 50 prosent stilling – tatt åtte og et halvt år. Det er lang tid! Svært mye har skjedd underveis, inkludert en pandemi og nedstengning av landet. Jeg har hatt lyst til å gi opp flere ganger, to av gangene var det nære på. Nå er jeg veldig glad for at jeg ikke gjorde det.

Jeg har lært veldig mye; ikke bare om akademisk skriving, statistikk og metode, og ikke bare om depresjon – jeg har lært om datahåndtering, blitt bedre til å bruke programmer som Word og PowerPoint, jeg har lært om litteratursøk og referansehåndtering. Jeg har lært å diskutere, presentere og holde innlegg på internasjonale konferanser. Jeg har lært å tåle kritikk (i hvert fall å tåle det bedre), og jeg har lært å være tålmodig og ikke gi opp. I tillegg har jeg fått reise

Doktorand og veiledere. Stefán Hjörleifsson, Ina Grung, Øystein Hetlevik og Norman Anderssen.



Utspørring med hevede armer. Andreopponent Lars Christian Lervik i engasjert diskusjon med Ina Grung.





Fra venstre: Disputasleder Lars T. Fadnes, professor UiB, komiteleder Caroline Engen, førsteamanuensis UiB, førsteopponent Anette S. Davidsen, lektor emerita Universitetet i København, andreopponent Lars Christian Lervik, førstemamanuensis NTNU, biveileder Stefán Hjörleifsson, førsteamanuensis UiB, doktororand Ina Grung, hovedveileder Øystein Hetlevik, professor UiB, medforfatter Berit Bringedal, seniorforsker ved Legeforskningsinstituttet og biveileder Norman Anderssen, professor UiB.



En glad Ina Grung har gjennomført disputasen.

på et spennende forskningsopphold til København. Det er jammen ikke lite! Jeg vil påstå at det å ta en ph.d. har vært utviklende for meg som menneske. Jeg har hatt fine kollegaer rundt meg. Allmennleger er bra folk, og allmennleger som driver med forskning er ofte spesielt idealistiske og filantropiske. Det er godt å være blant slike.

Dessuten er det min opplevelse at det å drive med forskning er en veldig god avlastning fra hektiske dager på fastlegekontoret. Det er deilig å kunne dypdykke inn i en artikkel med en kopp kaffe etter å ha hastet fra den ene problemstillingen til den andre i allmennpraksis. Å jobbe sånn, 50/50, med pasienter og forskning har for meg vært helt ideelt. Jeg har ikke blitt lei av noen av delene, siden det ene liksom har vært fri fra det andre!

Fleksibiliteten i forskningsarbeidet har gjort at jeg har kunnet hente tidlig i barnehagen og ta hjemmekontor ved syke barn. Muligheten for hjemme- og bortekontor har også ført til at betydelige deler av doktorgraden er skrevet på hytter ved sjøen og på fjellet, og faktisk også på en del greske strender – jeg jobber jo best når jeg har det bra.

❸ Hva fant du?

Vi undersøkte pasienters og fastlegers perspektiver og erfaringer når det gjaldt depresjonsomsorg i allmennpraksis ved hjelp av spørreskjema.

Vi fant at pasienter som hadde tatt opp med fastlegen sin at de følte seg deprimert stort sett hadde fått hjelp – og at de satte pris på hjelpen de fikk. Det ble jeg glad for! Pasientene som svarte var opptatt av hvordan de ble møtt av fastlegen; det å bli møtt med empati og forståelse kunne være en hjelp i seg selv.

Fastlegene beskrev at de hadde en aktiv rolle i depresjonsbehandlingen. Mange brukte mer tid på pasienter med depresjon enn på andre konsultasjoner, og mange tilbød samtaleterapi. De fleste fulgte opp pasientene før og etter hjelp i spesialisthelsetjenesten, mens noen også fulgte opp underveis. Fastlegene er altså svært involvert i depresjonsbehandlingen, til tross for et konstant tidspress og høy arbeidsbelastning. Nesten alle fastlegene opplevde hjelpen de ga som nyttig for pasienten.

Likevel var det stor oppslutning blant fastlegene om å styrke andre deler av tjenestetilbudet. Flertallet var positive til utbygging av kommunale lavterskeltilbud hvor pasienter kan henvise seg selv direkte.

Omtrent halvparten av fastlegene opplevde samarbeidet med spesialisthelsetjenesten som velfungerende. Vi fant at godt samarbeid handlet om en felles forståelse av roller og ansvar. Fastlegene opplevde samarbeidet som best når oppgavefordelingen var tydelig, og når det var god informasjonsutveksling mellom tjenestene.

Funnene tyder på at god depresjonsomsorg ikke bare handler om tilgang til behandling, men også om gode relasjoner, kontinuitet og bedre samarbeid mellom tjenestene.

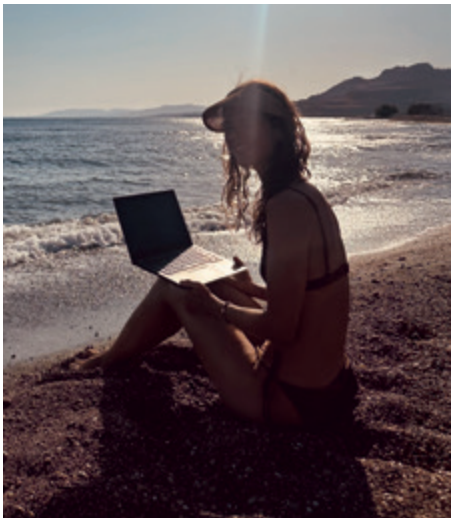
Jeg tenker at avhandlingen minner oss om hvor viktig fastlegen er i depresjonsomsorgen, og hvor sentrale allmennmedisinens kjerneverdier er i møtet med deprimerte pasienter.

IGRU@NORCERESEARCH.NO

Ina Grung i gang med å framlegge resultatene sine.



Arbeidet kunne også gjøres på gresk strand.



Langvarig utmattelse og CFS/ME – erfaringer fra fastlegepraksis

PETER PRYDZ • *Pensjonert fastlege*

Dette temaet har interessert meg i mange år. Delvis av private grunner, men også fordi jeg har hatt pasienter med slike tilstander opp gjennom årene, der utfordringen har vært å sammen finne en vei.



ILLUSTRASJONSFOTO: MORTEN HERNES / KI - CHATGPT

Da jeg rundt århundreskiftet hadde mine første pasienter med en slik tilstand, var det lite litteratur å finne. Den gangen fulgte jeg bare min intuisjon, og i den lå det en betydelig ballast fra mitt mangeårige engasjement i idrett. Man må finne ut hvor man står, og bygge seg forsiktig opp derfra. Min oppgave ble å være trener/coach for pasienten, hvor vi vektla det hen faktisk klarte og strakk målene videre derfra. Dette førte jo fram etter hvert, men tok lang tid. Jeg brukte samme tilnærming til fibromyalgi, som det var mye av på den tida.

Etter hvert kom det dokumentasjon på effekten av kognitiv terapi og gradert trening (1, 2). Jeg oppfattet dette som en bekreftelse på at det jeg holdt på med var riktig, dog mindre systematisk enn i forskningen. Seinere har vi fått dokumentasjon på at treningen fungerer best når den tilpasses individuelt (3), og det er jo det jeg har holdt på med.

I 2009 var jeg med på å starte NFAs faggruppe for MUPS-tilstander, medisinske uforklarte plager og symptomer (4). Jeg hadde da gjennom ovennevnte erfaringer utviklet stor interesse for fagfeltet, og følte jeg hadde noe å bidra med. Gjennom deltakelse i gruppa har jeg fått være med å arrangere kurs, lage undervisningsfilm, skrive kapittel i læreboka og representere vår forening i offentlig utrednings- og retningslinjearbeid, alt basert på de prinsippene jeg skisserer over.

I dette arbeidet har det vært utfordringer som det er grunn til å nevne. En av dem er holdningen fra kolleger. Når jeg har fortalt om min interesse for MUPS-tilstander til kolleger, har jeg ofte blitt møtt med latter eller overbærende smil. «Dette er de verste pasientene jeg møter på kontoret», sier mange. «Jeg synes de er de mest spennende pasientene å møte», svarer jeg. Paradokset for meg er at det ikke har vært noe «rush» etter å delta på kursene våre, hvis man opplever dette som så vanskelig. Kurs i for eksempel nyremedisin tiltrekker seg vesentlig flere deltakere på de store kongressene. Jeg opplever dette som uttrykk for manglende respekt for denne pasientgruppa, noe mange pasienter vil bekrefte.

Pasientforeningens syn på ME

En annen utfordring har vært holdningene i pasientforeningen Norges Myalgisk Encefalopati-forening (ME-foreningen) (5). Denne er del av et internasjonalt nettverk av pasientforeninger, som har fått et visst gjennomslag i både helsevesen og forskning. Holdningen går i hovedsak ut på at myalgisk encefalopati (ME) er en særskilt sykdom som skiller seg fra andre tilstander med alvorlig utmattelse. Dette er da en «biologisk» sykdom, og kan kun behandles biologisk. Alle former for trening og mental påvirkning frarådes, og angis å ha skadelig effekt. Fram til en «biologisk» behandling foreligger, er det beste man kan gjøre å unngå belastninger som kan forverre tilstanden. ME oppfattes som en kronisk tilstand, som man ikke kan regne med å bli frisk av.

Hvordan skiller man så mellom «ekte ME» og andre former for utmattelse? Ifølge ME-foreningen og deres medisinske støttespillere skiller ME seg fra øvrige tilstander med utmattelse ved at man har «Post-exertional malaise» (PEM). «Malaise» betyr sykdomsfølelse, men gjeldende definisjon av PEM sier at det er en generell forverring av symptomer etter mindre fysisk eller mental aktivitet, som kan komme innen to døgn etter aktiviteten. Som kjent vil alle med kronisk sykdom oppleve perioder hvor de blir dårligere. Da er det opp til pasienten sjøl, eventuelt i samråd med pårørende/behandler/pasientforening, om man vil se dette som en tilfeldig forverring, eller et resultat av at man for eksempel var i bursdagsselskap for to dager siden. Velger man det siste, har man PEM, velger man det første, har man det ikke.

For ME-foreningen og tilknyttede fagfolk har det vært viktig å fraråde aktiviteter som utløser PEM, og det kan jo være ganske mye. Dette vil naturlig føre til et liv som er mer passivt, avstengt og immobilt enn det hadde trengt å være, og virker neppe særlig positivt på tilstanden over tid. ME-foreningen hevder å bygge sine råd på medlemmenes erfaringer, men de har jo det til felles at de ikke er blitt friske. Det finnes også en forening for dem som faktisk har blitt friske, Recovery Norge (6), og disse beskriver at de har valgt helt andre strategier for å komme dit de er.

Jeg har hatt om lag ti pasienter gjennom karrieren som har hatt alvorlig utmattelse og oppfylt diagnosekriteriene for CFS/ME. De fleste av disse er blitt vesentlig friskere og helt eller delvis arbeidsføre over en periode på ett til ti år. En pasient ønsket ikke å følge mine råd, og ville heller følge ME-foreningen sine. Hun ble seinere sykehjemspasient.

Rehabilitering er avgjørende

Nå skal det sies at ME-foreningen er en legitim interesseorganisasjon for dem som ikke er blitt friske av alvorlig utmattelse. De støtter sine medlemmer i kampen for deres rettigheter hos Nav, og den kampen kan være lang og tøff. De beskriver også en lang rekke dårlige erfaringer med helsevesenet hos sine medlemmer, som kan ses i lys av de holdningene jeg har beskrevet over. Dette virker destruktivt på muligheten til å bli frisk, og gjør det vanskelig å oppnå den nødvendige tilliten for å få pasienten inn på et spor mot gradvis rehabilitering.

Jeg har deltatt som NFA-representant i ei gruppe som har arbeidet med nye retningslinjer for alvorlig utmattelse, både med og uten diagnosen CFS/ME. Vi allmennmedisinere som deltok i arbeidet, trakk oss fra dette i vår, da den endelige versjonen anbefalte passivitet og forsiktighet i større grad enn det vi kunne gå god for. Hvis retningslinjene skulle bli publisert, ville de derfor ikke ha legitimitet blant allmennleger. Jeg anbefaler kolleger av denne grunn å forholde seg til alvorlig utmattelse, med eller uten CFS/ME-diagnosen, som til all annen kronisk sykdom: Rehabilitering er avgjørende viktig for utkommet. Det bør planlegges og følges opp individuelt for den enkelte, basert på hvor man står i utgangspunktet, hvilke aktiviteter man liker å holde på med, og hva som synes å fungere. Dette er en naturlig oppgave for fastlegen, men dersom man har andre dyktige medarbeidere tilgjengelig, for eksempel fysioterapeut, kan det være til hjelp.

Det meste jeg skriver her er altså erfaringsbasert, jeg har ikke noen akademisk bakgrunn på området. Jeg tar ikke stilling til årsaker til tilstanden. Den biopsykososiale forklaringsmodellen har møtt sterk motbør i ME-kretser, men for meg er all sykdom biopsykososial i varierende grad, og skal håndteres deretter.

Hvis du som leser dette synes dette temaet er interessant, anbefaler jeg deg å bli med i Faggruppa for MUPS. Velkommen!

Takk til Kirsti Malterud for hjelp med referansene.

REFERANSER

1. Price JR, Mitchell E, Tidy E, Hunot V. Cognitive behaviour therapy for chronic fatigue syndrome in adults. Cochrane Database Syst Rev. 2008(3): CD001027.
2. Edmonds M, McGuire H, Price J. Exercise therapy for chronic fatigue syndrome. Cochrane Database Syst Rev. 2004(3): CD003200.
3. Larun L, Malterud K. Treningsbehandling ved kronisk utmattelsessyndrom [Exercise therapy for patients with chronic fatigue syndrome] (in Norwegian). Tidsskr Nor Laegeforen. 2011; 131(3): 231–6.
4. Norsk forening for allmennmedisins faggruppe for MUPS-tilstander. https://www.legeforeningen.no/foreningsledd/fagmed/norsk–forening–for–allmennmedisin/faggrupper/medisinsk–uforklarte–plager–og–symptomer–mups/ (24.08.2026).
5. Norges ME-forening. https://www.me–foreningen.no/ (24.08.2026).
6. Recovery Norge. https://www.recoverynorge.org/ (24.08.2026).

JOBB@PETERPRYDZ.NO



Oppsummerende lister og NEI-lapp



ILLUSTRASJONSFOTO: INGER JOHANNE RAVN

Nå vil jeg ta dere med inn i mitt konsultasjonsrom for å dele et par små tips som jeg synes er nyttige i min fastlegehverdag: Pluss- og minuslister og et oppsummerende ord på en lapp som pasienten får med seg hjem.

Vi har alle opplevd det mange ganger. I timeboka står det «stress» eller «utbrent» eller «psykisk» som problemstilling. Sånne pasienter dukker opp stort sett hver eneste dag, og ofte er det flere av dem på samme dag. Jeg pleier å sukke litt (inni meg) før jeg henter disse menneskene inn fra venteværelset. På veien rekker jeg å tenke kort: «Hva har jeg å bidra med som lege her?» «Er det bare sykemelding de vil ha, eller får vi til en samtale der vi faktisk får løst noe på en god og konkret måte?» «Hva kan jeg som lege gi dem med hjem?»

Jeg har etter hvert funnet noen tilnærminger som mange pasienter sier til meg at de har vært glade for, og som de synes har vært håndfaste og brukbare. Det gjør at jeg kan sukke litt mindre før disse samtalene. Mange av dere bruker sikkert lignende teknikker som meg eller har funnet deres helt egne gode løsninger. Allikevel synes jeg at det kan være verdt å dele også disse litt enklere og mer praktiske tipsene i pasientkommunikasjonen.

Pasienten trenger oftest hjelp til å sortere. Der kan pluss- og minuslister være en god begynnelse, en slags samtalestarter. Selvsagt etter at pasienten har fått snakket litt fritt om hvorfor de har kommet, og hva de selv tenker om problemet. Jeg tar gjerne et A4-ark og tegner en loddrett strek på midten. Så ber jeg pasienten skrive ned minst tre ting som «gir» energi på plussiden av streken og minst tre ting som «tar» energi på minussiden. Noen ganger kommer det ingenting og de ser bare oppgitt på meg. Da kan lappen tas med hjem og bli en oppgave de skal jobbe med til neste samtale.

Så ser vi på listen sammen. Først spør jeg om det er noen av disse tingene på plussiden som de har sluttet å gjøre eller ikke har tid til mer, fordi de er stressa. Så får man ganske fort pasienten til å trekke egne konklusjoner. «Ja, jeg får jo ikke trent like mye som før» eller «Jeg har ikke tid til å trene i det hele tatt», «Jeg får aldri gått på kino lenger».

Etterpå tar vi minussiden. Er det noe av det som står der som kan ivaretas av andre eller som man kan gjøre på en annen måte? Hvis man kan klare å rydde litt på minussiden, kan det være at det vil frigi litt plass til aktiviteter på plussiden.

Det som går igjen hos mange av disse pasientene er at de ikke klarer å si «nei» eller at de påtar seg for mye som de ikke har tid, lyst eller overskudd til. Jeg pleier å ta en gul post-it lapp og skrive NEI med store bokstaver på den. Så gir jeg den til pasienten og sier at de skal gå med den i lom- meboka eller henge den på kjøleskapet. Hver gang de kommer i en situasjon hvor de burde si nei, men ikke klarer det, skal de ta fram lappen. Det virker! Det er til og med en pasient som har bedt om ny lapp fordi den hun hadde fått av meg tidligere, hadde blitt så slitt! Hun mente at lappen kun virket hvis det var fastlegen som hadde skrevet den.

Andre ord som jeg kan finne på å skrive på sånne lapper er «**kan**» eller «**skal**» eller «**vil**» eller «**pust**». Det er bare fantasien og problemstillingen som setter grenser. Prøv det! Det virker i hvert fall for meg og mange av mine pasienter!

INGER JOHANNE RAVN
Fastlege i København og redaktør i Utposten
INGERJOHANNE.RAVN@GMAIL.COM

Legehverdagen er full av kompliserte spørsmål. Hvor finnes gode svar? Hos en erfaren kollega på kontoret? Internett? Av og til trenger vi å snakke med en ekspert! I denne spalten presenterer Utposten nasjonale rådgivningstelefoner for leger.

Legeforeningens telefon for juss og arbeidsliv

23 10 90 00

Hvem er dere?

Jus- og arbeidslivsavdelingen, JA-avdelingen som vi kaller oss, er Legeforeningens juridiske og arbeidslivsfaglige kompetansemiljø. Vi består av cirka 25 advokater/jurister, to økonomer og fem konsulenter. Vi bistår i alle forhandlinger om legenes lønns- og arbeidsvilkår, jobber med politisk påvirkningsarbeid og sørger for at tillitsvalgte blir kurset og får råd når de trenger det. Så er en stor del av vårt arbeid å gi gratis juridisk bistand til våre medlemmer. Avdelingen bistår hvert år tusenvis av medlemmer i saker som spenner fra enkle rådgivningsspørsmål til omfattende tvister og rettsprosesser. Rådgivningstelefonen, eller telefonvakten som vi kaller den, er en viktig del av dette medlemsgodet.

Hvem kan ringe til dere?

Alle som er medlemmer av Legeforeningen, kan ringe oss for råd og veiledning. Noen ganger blir saken løst på telefon, i andre tilfeller trenger vi noe skriftlig fra medlemmet for å kunne gi et godt svar. Da ber vi om at de sender inn saken, kontaktskjema finnes på Legeforeningens nettsider.

Hva kan man spørre om?

Man kan stille spørsmål om alle forhold som gjelder legers yrkesutøvelse, fortrinnsvis juridiske problemstillinger. Vi gir ikke råd i privatrettslige saker som arv og familierett, og har også avgrenset mot spørsmål knyttet til selskapsrett og skatt. I de sakene kan man få bistand gjennom Legeforeningens avtaler med Skattebetalerforeningen eller advokatfirmaet Solver.

Hva er de vanligste spørsmålene dere får?

De fleste spørsmålene gjelder rettigheter og plikter i arbeidsforholdet, for eksempel lønn og annen godtgjøring, og det er arbeidsrettslige spørsmål om arbeidstid, tilrettelegging, advarsler og oppsigelser. For næringsdrivende leger er det mange spørsmål som gjelder drift av praksis, takster, avtaler med kommunen og andre samarbeidsparter, og overdragelse av praksis. Avdelingen har ett av landets fremst helserettsmiljø, og på telefon besvarer vi ofte spørsmål om dokumentasjonsplikt, utlevering av journal og taushetsplikt. Medlemmene ringer også ofte til oss når de er involvert i tilsynssak eller Helfo har tatt kontakt.

Hva er det rareste spørsmålet dere har fått?

Det er et stort spenn i spørsmålene vi får, og av og til kommer også noen rariteter som det kunne vært morsomt å fortelle om. Som advokater har vi taushetsplikt, så vi kan nok ikke gjengi disse her. For oss er det viktig at våre medlemmer kan stole på at vi ikke deler videre, og at ikke noe spørsmål er for dumt eller rart.

HANNE B. RIISE-HANSSEN
Advokat og seksjonssjef i Den norske legeforening, Avdeling for Jus- og arbeidsliv
JA@LEGEFORENINGEN.NO



ILLUSTRASJONSFOTO: GETTY IMAGES

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

Bortenfor tid

Døden kom. Ubarmhjertig og slem. Først forsiktig. Smøg seg fram. Langsom, kroppen vagt i ulage. Siden i byks og sprang og fikk sevjen til å renne ut av kroppen. Ut av livet.

Jeg var fersk i faget. Likevel hadde vi kjent hverandre en stund. Forresten kjente jeg hans familie også, ganske godt til og med. Disse møtene, eller konsultasjonene for å være korrekt, ble av betydning for mitt valg av spesialitet. Rart i grunn. For jeg hadde jo sviktet – diagnosen var stilt altfor sent. Helbredelse var ikke lenger mulig. Mine viktigste oppgaver var å lindre og trøste.

Han var ikke den som dro til legen i tide og utide. Inn på fastlegekontoret kommer som kjent stort og smått. Han kom med stort i det små. Kvikk og lun, med glimt i øyet, vant til å ta i et tak. Han hadde store, sterke arbeidsnever med trevler og læret hud. Plagen som først ble oppfattet som noe banalt, viste seg å være «et skikkelig møkkahøgg». Slik beskrev han den. Jeg forstod uttrykket som i retning av et banesår, som det jo var. Og at han befant seg på et utrivelig sted, i ei grøft med kratt og nokså ugjennomtrengelig buskas. Disse assosiasjonene dukket opp kanskje fordi han var av den praktiske og jordnære typen.

Alvoret til tross, han hadde bestemt seg for å være «framoverlent i skoa». Det var holdningen der han jobbet, og en tilnærming etter hans smak.

Nå er ikke dette en fortelling på oppdrag fra Nav om gradert sykmelding. Heller ikke om de nye sykmeldingstakstene. Denne historien er fra en tid da slike erklæringer ble skrevet på papirblankett, stemplet og signert med penn. Men kjernen er at han var glad i jobben sin og satte pris på samværet med kollegene, og at både oppgavene og fellesskapet ble ekstra viktig for ham da uhelse rammet.

Da et år var gått med gradert sykmelding ønsket han seg tilbake i full stilling. Jeg husker at det overrasket, for plagene var ganske store, funksjonen nokså nedsatt. Men han var bestemt i sin sak. Midt i dette gikk arbeidsgiver til innkjøp av en splitter ny maskin, til pasientens disposisjon, og den kostet ikke rent lite. Han ble utvilsomt satt pris på.

Som fastlege var jeg først og fremst en som lyttet. Ulike plager dukket opp underveis og ble håndtert. Jeg koordinerte helsetjenester, som seg hør og bør, og så til om krav til førerkortet var oppfylt, pluss ordnet med ulike papirer til Nav.

Han og pårørende hadde en del spørsmål til oppfølgingen og behandlingen ved sykehuset. Ikke på en kritisk måte, de opplevde å være godt ivaretatt. Mer for å forstå. Mitt inntrykk var at sykehuslegene gav informasjon tilpasset og grundig. Deler av behandlingen han fikk på sykehuset var superspesialisert, og flere av medisinene var nokså ukjente for meg. Så jeg kunne nok ikke svare så godt, men tror både han og pårørende satte pris på anstrengelsene, og at spørsmål som «Hvor lenge har jeg igjen?» ikke hadde noen fasit.

For meg som ferdesvenn og vitne opplevdes reisen overraskende nok ikke som tyngende. Det betyr ikke at en og annen tåre ikke ble felt underveis. Tvert imot. Det var en fin blanding av alvor, latter og konkrete gjøremål – for både pasienten og fastlegen.

Arbeidsgiveren og kollegene hans fungerte som et vennlig oppmuntringskompani, jeg tror også de var forbilder for pasienten. Han var takknemlig for hverdagens små mirakler midt i alvorlig sykdom – og det gjorde sterkt inntrykk på en ung og nokså uerfaren lege.

På et tidspunkt fungerte ikke fulltidsarbeid lenger. Han måtte erkjenne nederlaget. Kanskje fordi vi da kjente hverandre såpass godt våget han å sette ord på ei gjeld fra tidligere tider. Den hadde krympet over årenes løp, men var fortsatt ikke helt nedbetalt. Ei banal historie opprinnelig. Men med stor innvirkning på levd liv. Nå kastet den skygger av usikkerhet over ettertiden.

Trivsel på arbeidsplassen til tross. Jeg gjorde meg noen tanker om at livet rommer mye, og det er ikke alt som blir satt ord på før man er tilliten verdig.

Vi tok avskjed på sykehjemmet. Da hadde han vært syk i drøye to år. Pårørende var også der. Lederen hans hadde sørget for en spesialtilpasset stol, personalet på sykehjemmet for krakk til hvile for til hovne, bandasjerte føtter. Han var forberedt. Lettet, utestående var funnet en ordning for. Med et smil omkranset av tårer bejaet han livet til det siste.

Med sjarm og svak sensur. Tidvis brutalt og rått. Selve livet – med alt det har å by på. I allmennmedisinen i allmennpraksis.

Gjengitt med tillatelse fra pårørende.



ILLUSTRASJONSFOTO: GETTY IMAGES

ELIN HOEL
Fastlege, redaktør i Utposten
ELINTORA@HOTMAIL.COM

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 ferien, lydbok i bilen på vei fra jobb? I denne spalten ønsker vi å lese om akkurat det, om boken legen leser og hvorfor akkurat *den* boken ble valgt.

HVA LESER... Anne Kveim Lie?



Professor ved Avdeling for Samfunnsmedisin og global helse, universitetet i Oslo
A.K.LIE@MEDISIN.UIO.NO

Hva leser du nå, og hvorfor leser du disse bøkene?

Jeg er akkurat ferdig med Jon Fosses nyeste bok, *Vaim*. Det er Fosse i kortversjon, fornøyelig, alvorlig og overraskende, om savn, ensomhet og hav, om drøm og virkelighet. Ellers i sommer har jeg lest Amitav Gosh sin pageturner av en bok *Et hav av valmuer*. Vi blir tatt tilbake til 1830-tallet, til tida like før opiumskrigen begynner mellom Kina og det britiske imperiet. Kineserne har begynt å gjøre motstand og det indiske kastesystemet og den britiske kapitalismen begynner å komme på kollisjonskurs. Alt møtes i det ombygde slaveskipet Ibis, som nå skal bruke de nye slavene, kontraktarbeidere, til Mauritius. En bok om hvordan gamle tradisjoner er i ferd med å gå tapt og nye allianser dannes, og enkeltpersoner blir rammet av begge deler. Og så har jeg lest Tove Ditlefsens *Ansigterne*, en fantastisk roman som skildrer en kvinnes dype psykose og oppløsning av virkelighetsforståelsen innenfra mens hun er innlagt på psykiatrisk sykehus. Siden jeg har vært i Lofoten i sommer, har jeg også gjenlest *Den siste Viking* av Johan Bojer, en fantastisk beretning om slitet i nord. Da vi rodde i sommer, var det altfor mye snakk om vikinger og for lite snakk om at nordmenn har rodd langs hele den lange kysten vår for å fange mat og ha levebrød gjennom hele historien. Det er roere vi er, alle sammen.

Hvor leser du?

Nå i sommer leser jeg helst i stolen foran vinduet i stua i huset mitt på Ørsnes i Lofoten, hvor jeg kan se ut over Vestfjorden og Lofotfjellene. Men ferie med storfamilien i Lofoten er en slags fantastisk aktivitetsleir, med fjellturer, tur på havet, store fellesmiddager på tunet, masse ritualer vi må gjennom hvert år, blant annet en telttur på nordsida, så vanligvis blir det ikke mye sitting i den stolen. I år har det imidlertid vært kaldt og vått med mye skodde, så stolen har vært brukt mer enn vanlig.

Når det ikke er ferie, leser jeg mest på senga, jeg greier dessverre ikke å prioritere tid til å lese ikke-faglig litteratur annet enn ved leggetid.

Hvilke bøker vil du helst lese?

Jeg skal lese de to andre bøkene i *Ibis-trilogien*. Og så skal jeg lese Olga Tokarczuk sin bok *Jakobsbøkene*, som nå har kommet i en veldig god norsk oversettelse – gleder meg sånn til å lese den boka! Hun er en fabelaktig forfatter og språket hennes er så nydelig. Etter det skal jeg lese Elizabeth Strout sin serie om Lucy Barton. Og hvis høsten bringer mer lesetid – det er alltids lov å håpe – skal jeg følge tipset til en venninne som hadde lest *Middlemarch* av George Eliot i sommer.

Har du en anbefaling til Utpostens lesere?

Det er vanskelig å velge bare én, men siden jeg nå har et forskingsprosjekt om migrasjonshelse, tror jeg det må bli boka *On Earth We're Briefly Gorgeous*. Det er Ocean Vuongs debutroman, skrevet som et langt brev fra en sønn til moren, som ikke kan lese og dermed ikke kan lese brevet. Fortelleren, Little Dog, vokser opp som vietnamesisk-amerikaner i en arbeiderklassefamilie i USA, og gjennom fortellinger om morens liv i Vietnam under Vietnamkrigen, om migrasjon, fattigdom, vold og kjærlighet forsøker han å forstå morens liv og sin egen historie. Romanen beveger seg mellom generasjoner og kontinenter, og viser hvordan krig og migrasjon kan sette spor i kroppen og i familier lenge etter at de historiske hendelsene er over. Språket er så poetisk og gripende, selv om handlingen er forferdelig, og boka gir en så fin innsikt i hvordan sykdom, psykisk uhelse, fattigdom og strukturell ulikhet former menneskers liv og relasjoner over tid. For allmennleger er den en påminnelse om det dere allerede vet – at pasientenes historier sjelden begynner idet de trer inn på legekontoret, men springer ut av familiehistorie, migrasjonserfaringer og liv preget av tap, omsorg og kampen for å overleve.

En av mine favorittbøker som jeg mener alle som er glad i god litteratur bør lese, er før nevnte Olga Tokarczuk sin merkelige og eventyrlige perle av en bok *Før plogen din over de dødes knokler*. Den handler om Janina Duszejko, som tilbringer dagene i et fjellplatå fordypet i William Blakes poetiske verden som en dag oppdager at en nabo er blitt funnet død. Snart følger flere dødsfall, og Duszejko utvikler sin egen teori: at dyrene gjør opprør mot menneskene som jakter på og mishandler dem. Ved siden av å være en absurd kriminalgåte, er den også en filosofisk fortelling om natur, menneskets grusomhet og forholdet mellom liv og død. Er det mennesket, snarere enn naturen, som har mistet forstanden?

Ellers må jeg slå et slag for medisinhistorie. Min tidligere ph.d-student Ketil Slagstad har skrevet to veldig fine bøker som er så godt skrevet og forteller nye ting om norsk historie. Den ene er D*et ligger i blodet* om aidsepidemien i Norge. Han viser så fint hvordan den dødelige sykdommen innebar stigma, sorg, lidelse og død, men også endret synet på sykdom, vitenskap, og seksualitet. Ikke minst beskriver han hvordan den endret forholdet mellom myndighetene og dem som var berørt: pasienter og brukere fikk en ny og viktig rolle i utformingen av helsepolitikken. Den andre er på engelsk og kom på Chicago University Press i fjor og handler om historien til norsk transmedisin. I *Standardizing Sex* undersøker Ketil Slagstad hvordan transmedisinen vokste frem i Skandinavia, og hvordan medisinske, juridiske og byråkratiske systemer forsøkte å definere og standardisere kjønn. Boka viser at transmedisin ikke er et nytt fenomen, slik det ofte fremstilles på ytre høyre, men har en lang historie der transpersoner både har vært marginalisert og selv har vært med på å forme medisinsk praksis og helsepolitikk.

RELIS
Nord-Norge: 77 75 59 98
Midt-Norge: 72 82 91 10
Sør-Øst: 23 07 55 00
Vest: 55 97 53 60
www.relis.no

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

Er økt forskrivning av etorikoksib uproblematisk?

Ikke-steroide antiinflammatoriske midler (NSAID) virker ved å hemme cyklooksygenase-enzymene (COX), som katalyserer dannelsen av prostaglandiner involvert i smerte, inflammasjon og fysiologiske reguleringsmekanismer.

COX-1 bidrar blant annet til produksjon av slimhinnebeskyttende prostaglandiner i ventrikkel og tromboksan A2 i trombocytter. COX-2 er viktigere for produksjon av inflammasjonsrelaterte prostaglandiner, men har også sentrale fysiologiske funksjoner, blant annet gjennom produksjon av prostasyklin i karendotelet.

Prostasyklin virker vasodilaterende og hemmer trombocyttaggregasjon. Selektiv hemming av COX-2 reduserer derfor en viktig karbeskyttende mekanisme uten samtidig å hemme trombocyttenes produksjon av tromboksan A2. Resultatet bidrar til en forskyvning i protrombotisk retning med økt risiko for hjerteinfarkt, hjerneslag og vaskulær død (2–5).

Både COX-1 og COX-2 er samtidig viktige for opprettholdelse av nyrenes gjennomblødning og funksjon. Alle NSAID kan derfor gi redusert nyrefunksjon, væskeretensjon og dermed økt blodtrykk og forverring av hjertesvikt (2, 5).

NSAID kan deles inn i ikke-selektive NSAID og COX-2-selektive NSAID. De kan rangeres etter COX-2-selektivitet, se figur 1.

HOVEDBUDSKAP

- Forskrivningen av COX-2-hemmeren etorikoksib (Arcoxia, Etoricoxib) har økt betydelig i Norge de siste årene.
- Etorikoksib gir lavere risiko for gastrointestinale komplikasjoner enn mange tradisjonelle NSAID, men er forbundet med økt risiko for kardiovaskulære hendelser.
- Antall utleverte definerte døgndoser (DDD) av NSAID økte fra om lag 64 millioner i 2015 til over 81 millioner i 2025 (1).
- Utviklingen skyldes i hovedsak økt bruk av etorikoksib og kombinasjonspreparatet naproksen/esomeprazol (Vimovo, Vamtexar).
- Etorikoksib er blant de mest COX-2-selektive NSAID på markedet, og nettopp COX-2-selektivitet har vært knyttet til økt risiko for alvorlige kardiovaskulære hendelser.
- Risikoen ved COX-2-hemming synes i liten grad å gjenspeiles i dagens forskrivningsmønster.

Etorikoksib skiller seg ut

Mellom 2015 og 2025 ble forskrivningen av etorikoksib mer enn fordoblet i Norge, fra 5,9 til 12,6 millioner definerte døgndose (DDD) årlig (1).

Årsakene til denne økningen er usikre. En mulig forklaring er at legemiddelet oppfattes å ha god klinisk effekt og lav risiko for gastrointestinale komplikasjoner. God effekt kan blant annet skyldes at relativ dose ved standard dosering er høyere for etorikoksib enn for andre NSAID. Nytten må vurderes opp mot en mindre gunstig kardiovaskulær sikkerhetsprofil.

Historien om rofekoksib (Vioxx) illustrerer problemstillingen. Legemiddelet ble trukket fra markedet i 2004 etter dokumentasjon på økt risiko for alvorlige kardiovaskulære hendelser (5–7). Etorikoksib har en COX-2-selektivitet som ligger nær COX-2-selektiviteten til rofekoksib (2, 5).

Kardiovaskulær risiko er godt dokumentert

Den mest omfattende metaanalysen av randomiserte studier viste at både COX-2-hemmere og diklofenak var assosiert med omtrent 30 prosent økning i alvorlige vaskulære hendelser sammenlignet med placebo (8).

For COX-2-hemmere var relativ risiko for vaskulær død 1,58 (95 prosent KI 1,00–2,49). Tilsvarende estimat for diklofenak var 1,65 (95 prosent KI 0,95–2,85) (8).

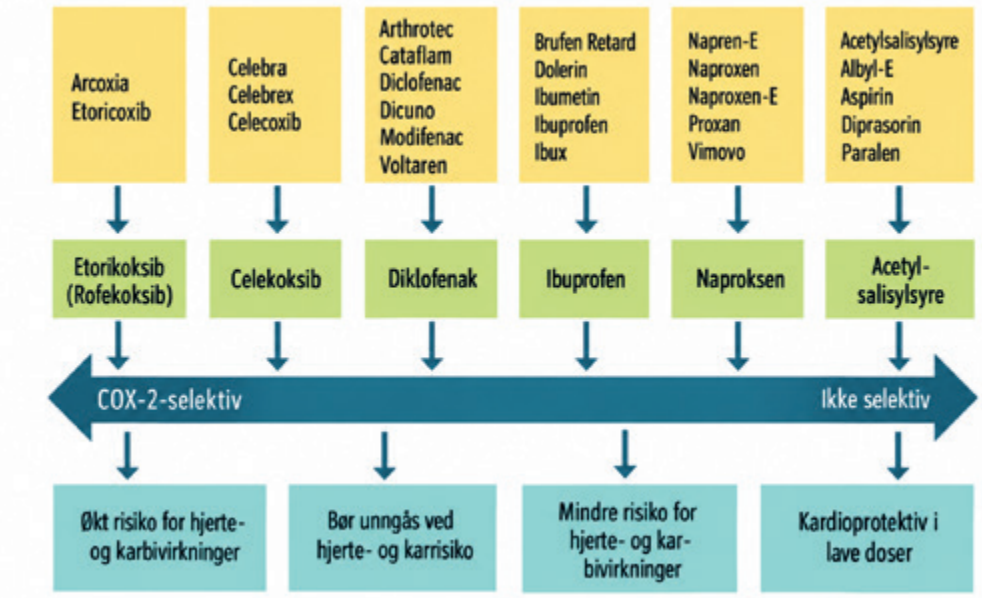
Risikoøkningen må også ses i lys av at mange brukere av NSAID er eldre personer med allerede forhøyet bakgrunnsrisiko for hjerte- og karsykdom. Selv moderate relative risikoforhøyelser kan derfor få betydelige kliniske konsekvenser på befolkningsnivå.

Samtidig er det viktig å understreke at de gastrointestinale fordelene ved COX-2-hemmere er reelle. Koksiber gir mindre risiko for ulcus og øvre gastrointestinal (GI)-blødning enn flere tradisjonelle NSAID. Utfordringen er at redusert gastrointestinal risiko ofte oppnås på bekostning av økt kardiovaskulær risiko (2, 8, 9).

Alle NSAID kan gi økt kardiovaskulær risiko

Risikoen ved NSAID varierer betydelig mellom preparatene i de doser som benyttes terapeutisk, se figur 1.

Naproksen fremstår gjennomgående som alternativet med lavest dokumentert kardiovaskulær risiko, mens diklofenak og de mest COX-2-selektive preparatene har den minst gunstige kardiovaskulære profilen (2, 8, 10).



FIGUR 1. *Hjerte- og karrisiko for noen utvalgte NSAID.*
KILDE: KUPP-KAMPANJEN «RIKTIGERE BRUK AV NSAIDS», MODIFISERT FOR NORSK FARMACEUTISK TIDSSKRIFT (FARMATID) (4).

Risikoen ser ut til å være doseavhengig. Høyere doser og lengre behandlingstid gir økt sannsynlighet for bivirkninger (2, 8, 11).

COX-selektivitet er ikke et absolutt fenomen. Flere NSAID blir mer COX-2-selektive ved økende konsentrasjoner. Dette er særlig godt dokumentert for ibuprofen (10), og understøtter anbefalingen om å bruke laveste effektive dose i kortest mulig tid.

Nyrene må ikke glemmes

Kardiovaskulær risiko får ofte størst oppmerksomhet, men de renale bivirkningene er minst like viktige i allmennpraksis. NSAID hemmer prostaglandin-mediert dilatasjon av afferent arteriole i nyrene. Dette kan redusere glomerulær filtrasjon og utløse akutt nyresvikt hos disponerte pasienter. Risikoen er særlig høy hos eldre, ved dehydrering, ved samtidig bruk av ACE-hemmere, angiotensin II-reseptorblokkere eller diuretika, samt hos pasienter med etablert nyresykdom eller hjertesvikt (12, 13).

Alle NSAID bør anses kontraindisert ved alvorlig nyresvikt (eGFR < 30 ml/min/1,73 m^2), ustabil hjertesvikt, ukontrollert hypertensjon, aktiv GI-blødning eller nylig gjennomgått alvorlig kardiovaskulær hendelse.

Hva bør allmennleger gjøre?

Valg av NSAID bør baseres på en individuell vurdering av gastrointestinal, renal og kardiovaskulær risiko. Hos pasienter med kjent eller antatt høy risiko for hjerte- og karsykdom bør etorikoksib og andre sterkt COX-2-selektive preparater unngås. Dersom NSAID er nødvendig, synes naproksen å være et av de sikreste alternativene med hensyn til kardiovaskulær risiko.

Ved lokale muskel- og skjelettplager bør topikale NSAID vurderes før systemisk behandling. Dette kan redusere risikoen for systemiske bivirkninger betydelig.

Spesielle pasientgrupper

Alle systemiske NSAID må anses kontraindisert ved noen tilstander:

- Alvorlig nyresvikt med eGFR < 30 (nyresvikt grad 4 og 5) (NB! eGFR overestimerer ofte nyrefunksjonen hos eldre og hos personer med lav muskelmasse)
- Ustabil hjertesvikt
- Symptomer på overvæsking som ødemer, pleuraveske, dyspné og halsvenestuvning
- Ukontrollert hypertensjon
- Nylig gjennomgått kardiovaskulær hendelse
- Aktiv GI-blødning
- Tidligere allergisk reaksjon på annen COX-2-hemmer, ikke-selektiv NSAID eller ASA
- Inflammatorisk tarmsykdom

Forsiktighet må utvises hos andre pasienter ved:

- Mild og moderat nyresvikt med eGFR > 30 (nyresvikt grad 1–3)
- Kjent hjertesvikt
- Væskeretensjon
- Utilstrekkelig behandlet hypertensjon
- Bruk av ACE-hemmere, angiotensin-2-blokkere og/eller diuretika
- Etter nyretransplantasjon

Ved sterk indikasjon vil NSAID (inklusive COX-2-hemmeren celekoksib i en dose på 200 mg) kunne benyttes som noen få dagers smertebehandling ved stabil koronarsykdom, stabil hypertensjon og kompensert hjertesvikt, forutsatt adekvat oppfølging.

Konklusjon

Den sterke økningen i forskrivning av etorikoksib gir grunn til ettertanke. Selv om preparatet har fordeler ved at risikoen for gastrointestinale bivirkninger er lavere enn for mange tradisjonelle NSAID, er det godt dokumentert at COX-2-hemming er forbundet med økt risiko for alvorlige kardiovaskulære hendelser.

Særlig hos eldre og pasienter med nyre- og/eller hjerte/kar-sykdom bør indikasjonen vurderes nøye før etorikoksib forskrives.

For de fleste pasienter bør NSAID brukes i laveste effektive dose og kortest mulig tid.

REFERANSER

1. Folkehelseinstituttet. Statistikk. Legemiddelstatistikk per ATC-kode. https://statistikk.fhi.no/lmr/ (Sist oppdatert: 3. mars 2026).
2. Stiller CO, Hjemdahl P. Lessons from 20 years with COX-2 inhibitors: Importance of dose-response considerations and fair play in comparative trials. J Intern Med 2022; 292: 557–74.
3. KUPP – Kunnskapsbaserte oppdateringsvisitter. Riktigere bruk av NSAIDs. https://relis.no/kampanjer-arkiv/ (Publisert: 28. august 2015).
4. Bandlien CL., Espnes KA. Har vi glemt problemet med COX-2-hemmere? Nor Farmaceut Tidsskr 2025; 135(4): 22–4.
5. Reikvam Å, Hexeberg S et al. Klinisk bruk av COX-hemmere – en konsensus. Tidsskr Nor Lægeforen 2006; 126: 591–5.
6. Roland PDH. NSAIDs: «Det er fali' det!». Utposten 2015; 44: 52–3.
7. Jüni P, Nartey L et al. Risk of cardiovascular events and rofecoxib: cumulative meta-analysis. Lancet 2004; 364: 2021–9.
8. Coxib and traditional NSAID Trialists' (CNT) Collaboration. Vascular and upper gastrointestinal effects of non-steroidal anti-inflammatory drugs: meta-analyses of individual participant data from randomised trials. Lancet 2013; 382: 769–79.
9. Domper Arnal MJ, Hijos-Mallada G et al. Gastrointestinal and cardiovascular adverse events associated with NSAIDs. Expert Opin Drug Saf 2022; 21: 373–84.
10. McGettigan P, Henry D. Cardiovascular risk with non-steroidal anti-inflammatory drugs: systematic review of population-based controlled observational studies. PLoS Med 2011; 8: e1001098.
11. Minhas D, Nidhaan A et al. Recommendations for the Use of Nonsteroidal Anti-inflammatory Drugs and Cardiovascular Disease Risk: Decades Later, Any New Lessons Learned? Abstract. Rheum Dis Clin North Am 2023; 49: 179–91.
12. Drożdżal S, Lechowicz K et al. Kidney damage from nonsteroidal anti-inflammatory drugs-Myth or truth? Review of selected literature. Pharmacol Res Perspect 2021; 9: e00817.
13. RELIS database 2023; id.nr. 9648, RELIS Midt-Norge (www.relis.no).

CHRISTINE LINDEBØ BANDLIEN
overlege, spesialist i klinisk farmakologi og allmennmedisin, RELIS Midt-Norge, Avdeling for klinisk farmakologi, St. Olavs hospital

KETIL ARNE ESPNES
overlege, spesialist i klinisk farmakologi og allmennmedisin, RELIS Midt-Norge, Avdeling for klinisk farmakologi, St. Olavs hospital

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

Velkommen og lykke til! *Tove Rutle – lagleder*

Når noen forlater oss uten svar

Jeg synes jeg har hatt en veldig fin jobb i alle år. Jeg har aldri angret på yrkesvalg eller jobbvalg. Som allmennlege i distrikt kommer man nært innpå mange mennesker i alle livets faser, og med en aldrende befolkning i distriktene jeg har arbeidet, har jeg møtt mange i sin siste fase av livet. Det er flott og spennende på mange vis – faglig, men like mye på det personlige plan som ellers i livet.

Men noen få ganger forlater mennesker oss uten at noen, hverken pårørende eller behandler, egentlig aner hva som har skjedd. Det oppstår en del tanker i slike situasjoner.

Etter en slik hendelse har jeg fått lese et dikt av Hans Børli som sikkert kan tolkes på ulikt vis.

Forfatteren er jo en skogens dikter, som kan passe her i Østerdalen. Jeg utfordrer kollega Tor Halvor Bjørnstad på Tynset.

Hilsen fra
Knut M. Selmer

Slik du forlater et bål

Slik du en høstdag inni tømmerliene
forlater et bål
som ennå brenner – slik du
tar redskapen din og går
bort i skodda og stillheten
mens skjæret fra bålet du tente
famler over stammene bak deg,
over ansiktene til dem som
ble sittende att i lysringen –

Slik
skulle jeg ville bryte opp
fra dette livet.

Skjønt jeg vet jo at det er
bare en kort frist. Om ikke lenge
vil kvitoska fyke i vinden
over den kalde gropa etter
alle flakkende bål, rådyret
prente si snøskurte klauv
midt i eldstedet.

HANS BØRLI (1918–1989)

FOTO: KNUT M. SELMER



CAPVAXIVE®
Pneumococcal 21-valent
Conjugate Vaccine



BESKYTT ELDRE OG PERSONER I RISIKOGRUPPER[1]

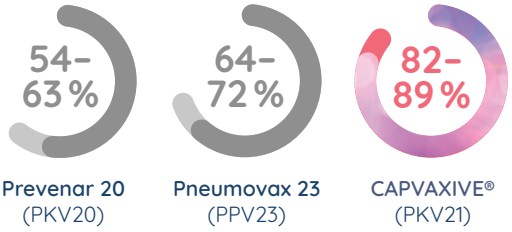
▼CAPVAXIVE® er en ny pneumokokkvaksine for voksne inkludert i de nasjonale anbefalingene.[1]

Norske overvåkingsdata fra 2015–2023 viste forskjeller mellom serotypene hos personer over 65 år og serotypene som inngår i de nå tilgjengelige pneumokokkvaksinene.[3]

Indikasjon for CAPVAXIVE® er forebygging av invasiv sykdom og pneumoni forårsaket av Streptococcus pneumoniae hos personer 18 år og eldre.[2]

Skann QR-koden for å lese mer om CAPVAXIVE® (PKV21)

Beregnet serotypedekning (%) for perioden 2015–2023*



Prevenar 20 (PKV20) | Pneumovax 23 (PPV23) | CAPVAXIVE® (PKV21)

Disse tre vaksinene er inkludert i anbefalingene

Bivirkninger: De vanligste bivirkningene etter vaksinering er lokale reaksjoner som smerte på injeksjonsstedet, tretthet, hodepine og myalgi. De fleste bivirkninger var milde til moderate og forbigående (≤3 dager). Alvorlige hendelser forekom hos ≤1 % av voksne.[2] Hyppigheten og typen bivirkninger kan variere med alder og tidligere vaksinasjonsstatus.[2]

Dosering: Én enkel dose (0,5 ml) administreres intramuskulært.[2]
*Behovet for revaksinering med en påfølgende dose CAPVAXIVE® (PKV21) er ikke fastslått.

Kontraindikasjoner: Overfølsomhet overfor virkestoffene eller noen av hjelpestoffene.[2]

Bruk hos spesielle pasientgrupper: Sikkerhet og effekt hos personer under 18 år er ikke fastslått.[2] Data for bruk under graviditet og amming er begrensede.

Produktinformasjon: CAPVAXIVE® (PKV21) pneumokokkonjugatvaksine, 21-valent, Reseptpliktig legemiddel. Pakninger: Ferdigfylt sprøyte, 1 x 0,5 ml. Maksimal utsalgspris AUP 1 369 NOK. Reseptgruppe: C

Referanser:

1. FHI.no [Internet]. Folkehelseinstituttet. 2026 cited 2026 Jan 14]. Available from: https://www.fhi.no/va/vaksinasjonshandboka/vaksiner-mot-de-enkelte-sykdommene/pneumokokkvaksinasjon/
2. CAPVAXIVE® (PKV21) – preparatomtale. Publisert 31.03.25. Tilgjengelig fra: ema.europa.eu
3. Tidsskriftet for Den norske legeforening, Berild JD, Kristoffersen AB, Winje BA. Invasiv pneumokokksykdom i Norge 2004–23 og valg av vaksiner til eldre. Tidsskr Nor Legeforen. 2025;145. Tilgjengelig fra: https://tidsskriftet.no/2025/03/originalartikkel/invasiv-pneumokokksykdom-i-norge-2004-23-og-valg-av-vaksiner-til-eldre

*Verdien er basert på epidemiologiske data fra Berild et al. (2025)[3] og gjenspeiler ikke effekten til de respektive vaksinene. Det finnes for øyeblikket ingen studier som sammenligner effekten til CAPVAXIVE® (PKV21), Prevenar 20 (PKV20) og Pneumovax 23 (PPV23)

MSD MSD (Norge) AS, Haakon VII Gate 5, 0161 Oslo. Copyright © 2025 Merck & Co, Inc., Rahway, NJ, USA and its affiliates. All rights reserved. NO-PCN-00009 01/2026

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

LILLY
KARDIOMETABOLSK FORUM 2026

Mot et paradigmeskifte i fedmebehandlingen?

Delta på årets møte innen kardiometabolsk helse og få oppdatert innsikt fra ledende eksperter

Årets møte innen **kardiometabolsk helse**

11. november 2026
Deichman Bjørvika, Oslo
Delta fysisk eller digitalt



Skann for påmelding
Påmeldingsfrist: **1. november**
*Begrenset antall plasser

Kun for helsepersonell

Lilly
A MEDICINE COMPANY

© 2025 Eli Lilly and Company. All rights reserved.
Lilly are registered trademark of Eli Lilly and Company.
CMAT-47669 08.2026