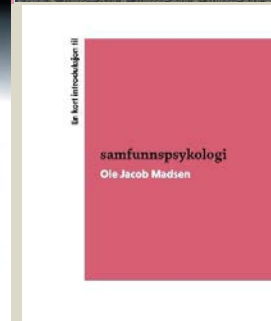
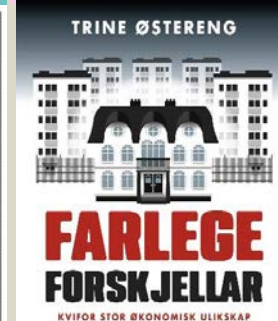
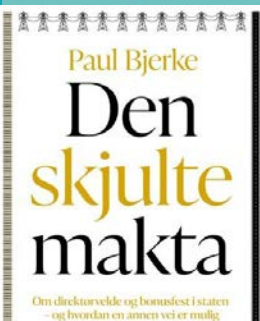
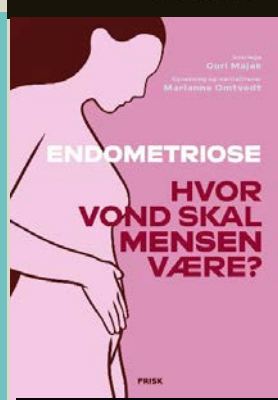
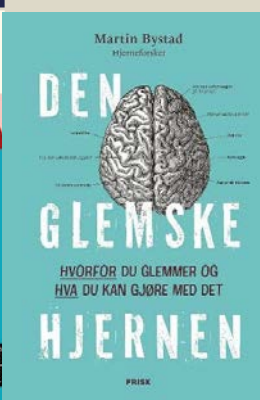
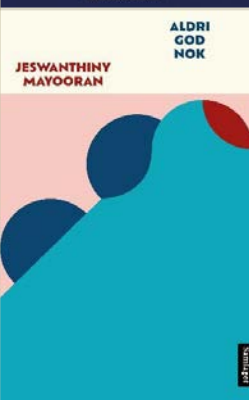
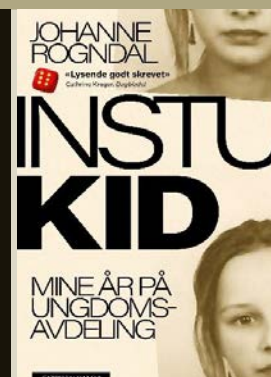
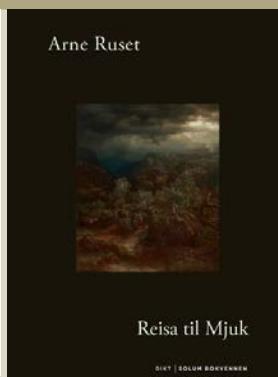


Michael



Tidsskrift for samfunnsmedisin og medisinsk historie



Boken lever!



Michael Skjelderup

Michael is a publication series named after professor *Michael Skjelderup* (1769–1852), one of the fathers of Norwegian medicine. He was born in Hof, Vestfold in Norway as the son of a priest, and was raised in the Norwegian countryside. Because of severe speech disturbances as a boy he did not get proper schooling. Lacking a student examination, an academic training seemed out of question, in spite of his obvious bright mind. However, in 1789 he was admitted to the new Surgical Academy in Copenhagen, where academic qualifications were not required.

From now on, his career flourished. He passed the surgical examination with the highest grade in 1794, he defended his doctoral thesis in 1803 and was appointed professor in 1805.

The first University in Norway was founded in Christiania (now: Oslo) in 1811. From 1814 the new medical faculty could offer medical training. Michael Skjelderup was appointed its first professor 1813, and started his teaching, mainly in anatomy in the fall of 1814, after a dramatic war time sea voyage from Denmark across the waters of Skagerrak where hostile Swedes fired at his swift sailing vessel.

As a University pioneer, he became active in several medical fields. When he resigned in 1849, eighty years old, he had seen all Norwegian trained medical doctors in his lecture room.

Skjelderup was instrumental in building a scientific medical community in Christiania. Together with his University colleague Frederik Holst (1791–1871) he founded the first Norwegian medical journal *Eyr*, named after a Norse medical goddess, in 1826. A reading club of physicians established in 1826 was formalized into an association in 1833, the still existing *Det norske medicinske Selskab* (The Norwegian

Medical Society), which over the decades to come played an important role in the development of the health services and of a national medicine. *Michael* is published by the same association – *Det norske medicinske Selskab*.

The editors



Michael Skjelderup portrayed by Johan Gørbitz (1782–1853)

Michael

Publication Series of The Norwegian Medical Society

Vol. 23 / 1 / 2026

Boken lever!



Michael 2026; 23: 1–96



Tidsskriftet *Michael* redigeres etter redaktørplakaten. Alt som publiseres, representerer forfatterens synspunkter. Disse samsvarer ikke nødvendigvis med redaksjonens eller Det norske medisinske Selskabs synspunkter, med mindre dette kommer særskilt til uttrykk.



Michael er et tidsskrift med åpen tilgang (open access) som publiseres på nett samtidig med papirutgaven, og er inkludert i Directory of Open Access Journals (DOAJ). Alt innhold, både i ordinære utgaver og supplementer, publiseres under Creative Commons-lisensen [CC BY-ND 4.0](https://creativecommons.org/licenses/by-nd/4.0/). Det innebærer at forfatterne har kopirettighetene og at alle kan kopiere og distribuere artikler i *Michael* i hvilket som helst medium eller format og til et hvilket som helst formål. Artiklene må gjengis uendret og med kildeangivelse. Dersom man bearbeider eller legger til noe i artikkelen, kan den endrede artikkelen ikke distribueres.



Tidsskriftet *Michael* er medlem av Committee on Publication Ethics (COPE) – www.publicationethics.org. Tidsskriftet *Michael* følger retningslinjene derfra og fra Vancouvergruppen (International Committee of Medical Journal Editors) – www.icmje.org. Tidsskriftet *Michael* er medlem av Fagpressen (www.fagpressen.no) og Tidsskriftforeningen (www.tidsskriftforeningen.no).



Enkelteksemplarer av tidsskriftet *Michael* og supplementer kan bestilles gjennom Tekstallmenningen via nettstedet <https://tekstallmenningen.no/>.

Det norske medisinske Selskab 2026
Postboks 1152 Sentrum
0107 Oslo

ISSN 1893-9651

Design og grafisk produksjon: Aksell AS – aksell.no, 2026



Innhold

Leder

Er fagboken død?

Erlend Hem, Nina Husom 7

Artikler

Norsk mediedekning av langvarige symptomer etter covid-19
– en kvantitativ innholdsanalyse

Maria Katinka Lie Norum, Henrik Vogt 11

Syndemi – en ny og nyttig term i allmennpraksis?

Anne Jølle 27

Demens og dødshjelp

Lars Johan Materstvedt, Gitte Hanssen Koksvik 36

Doktor Claude Lillingston – ein ambassadør for norsk medisin

Odd Jarle Kjørstad 44

Statistikk og uassistert fødsel – innspill til Sørnes' kronikk

Helene Brekkenes Clarke, Anja Bache-Wiig Solberg 57

Bokanmeldelser

Å bli borger av de sykes rike

Inger Johanne Christiansen 59

For mye uro?

Pål Gulbrandsen 61

Poetiske skildringer av alvorlig sykdom og rehabilitering

Tone Skaali 63

Når ordene ikke strekker til og hjelpen skader <i>Trude Fixdal</i>	65
Eit blaff av raude <i>Jo-Endre Midtbu</i>	67
Aldri god nok? En viktig og ærlig bok <i>Kenz Al-Shather</i>	69
En subjektiv reise i glemselens verden <i>Tor Rosness</i>	71
Alt du lurar på om endometriose (og litt til) <i>Bettina Fossberg</i>	73
Kronisk borreliose – finst det, då? <i>Geir Sverre Braut</i>	75
Guidet tur i rusland <i>Olaf Gjerløw Aasland</i>	77
Godt om privatlivets glidende grenser <i>Øivind Larsen</i>	79
Den skjulte makta <i>Christian Grimsgaard</i>	81
Farlege forskjellar <i>Berit Horn Bringedal</i>	83
Kanskje samfunnsmedisinen og samfunnspsykologien bør prata litt saman? <i>Geir Sverre Braut</i>	85
Veier til varig endring <i>Herman Escher Egenberg</i>	87
Hva skjer?	
Det norske medisinske Selskab 2025 <i>Magne Nylenna</i>	89

Er fagboken død?

Michael 2026; 23: 7-10

doi: 10.5617/michael.13072

Lesing av bøker er ikke lenger en selvfølge. For mange studenter framstår papirboken som tung, treg og lite treffsikker i en studiehverdag preget av stort pensum og eksamensstyrt lesing. I stedet søker de kunnskap digitalt, i korte formater som gir raske svar på avgrensede spørsmål. Den tradisjonelle fagboken kan oppleves som en omstendelig omvei.

For 15 år siden spurte en av oss på lederplass i *Tidsskrift for Den norske legeforening*: Trenger vi egentlig bøker lenger? (1). Allerede den gang var det meste av relevant informasjon tilgjengelig digitalt. Papirbøker kunne oppleves som upraktiske, kostbare, gammeldagse og raskt utdaterte, og dermed lite tilpasset en læringshverdag som ble stadig mer preget av digitale flater. Denne trenden har ikke stoppet. Faglitteraturen står fortsatt under press.

Tallene taler sitt tydelige språk. Ifølge Forleggerforeningen ble det i 2024 solgt 100 000 færre fag- og lærebøker i høyere utdanning enn året før (2). Også i allmennmarkedet er nedgangen tydelig. I 2024 ble det utgitt 280 færre unike sakprosaititler enn i 2015, et fall på 37 %. I samme periode er forlagenes inntekter fra sakprosa redusert med 22 %, og de store norske forlagene har bygd ned sine sakprosaredaksjoner (3).

Nedgangen kan ikke forklares med at norske lærebøker erstattes av engelskspråklige. Færre fagbøker innebærer redusert tilgang til grundig, kvalitetssikret og sammenhengende kunnskap. Over tid kan denne utviklingen også svekke norsk som fullverdig fagspråk, slik det er forankret i språkloven (4).

Ytringsfrihetskommisjonen slo i 2022 fast at: «Sakprosaen har en særlig oppgave i å bidra til en opplyst og undersøkende offentlig samtale» (5). Forleggerforeningen peker i samme retning når de framhever lesing som en forutsetning for demokrati og myndiggjøring. Når fagboken taper terreng,

er det ikke bare et markedspproblem, men også et samfunnsproblem. Når færre bøker skrives, redigeres og gis ut, snevres også den offentlige samtalen inn.

Motgangen for fagbøker må forstås som del av en større kulturell og teknologisk omveltning. Studenter i dag leser ikke færre bøker fordi de er mindre interessert i kunnskap, men fordi de lærer på andre måter. Podkaster, digitale forelesninger, korte videoer og kunstig intelligens fungerer i økende grad som den nye pensumlitteraturen. For mange studenter framstår fagboken på papir som dårlig tilpasset virkeligheten. Eksamen belønner effektivitet. Når eksamen definerer hva som leses, taper den sammenhengende teksten mot digitale snarveier.

I lys av denne omstillingen blir kildekritikk helt avgjørende og er en ferdighet alle lesere må tilegne seg. Å lære å vurdere kilder, hvem som står bak, hva som er dokumentert og hva som er tolkninger, er ikke et tillegg til fagkunnskapen, men en forutsetning for kunnskap når læring foregår på digitale flater.

Nye lesevaner

Utviklingen speiles også i befolkningens endrede lesevaner generelt. I 2009 oppga bare 3 % at de ikke leste bøker. I dag er tallet 19 %, ifølge Bokhandlerforeningens leserundersøkelser (6). Endringen er markant og et tydelig signal om at lesing blant folk flest ikke lenger kan tas for gitt.

De endrede forholdene reiser grunnleggende spørsmål. Hvilke sosiale forskjeller forsterkes når tilgang til kunnskap i økende grad avhenger av digitale ferdigheter, innsikt i hvordan og hva man skal søke etter, og økonomi til å kjøpe lærebøker som stimulerer til langsom lesing, sammenhengende tenkning og kritisk refleksjon? Og hvilken rolle vil kunstig intelligens spille – som støtte, snarvei eller erstatning?

I den algoritimestyrte digitale hverdagen fortjener skjønnlitteraturen en plass i utdanningene. Slik lesing gir erfaringer som ikke lar seg redusere til læringsmål eller eksamenskrav. Leo Tolstojs novelle *Ivan Iljitsj' død* – eller som den heter i den nyeste norske oversettelsen: *Då Ivan Iljitsj døydde* – er et klassisk eksempel (7). Fortellingen skildrer sykdom, ensomhet og menneskets frykt for døden. I denne korte teksten gir Tolstoj leseren en dypere forståelse for pasienterfaringer enn mange digitale fagtekster. For studenter som leser selektivt og eksamensrettet, kan skjønnlitterær lesing bidra til empati, refleksjon og styrket etisk dømmekraft (8).

Men bildet må nyanseres. Bokmarkedet viser også tegn til motstandskraft. I 2025 ble det solgt 7,9 millioner bøker fordelt på 50 700 titler i Norge, det høyeste nivået siden 2021 (9). Norsk sakprosa for voksne hadde

en vekst på nesten 20 %, og skjønnlitteraturen holder seg relativt stabil. Over 80 % av boksalgene kom fra andre titler enn topp 100, et tegn på at bredden fortsatt betyr noe.

Utfordringen er derfor ikke først og fremst om bøker skal finnes, men hvordan de utformes og formidles. Mange fagbøker skrives fortsatt som om leseren har ubegrenset tid og forkunnskaper. Det treffer ikke alltid 19-åringene som i dag skal lære medisin, historie eller fysioterapi. Skal fagboken overleve som læringsverktøy, må den i større grad møte studentene der de er, med tydelig struktur, relevans for praksis og koblinger til digitale ressurser.

Den nye læreboken i revmatologi er et eksempel på en slik tilnærming. Fagverket er publisert i samspill med bilder, filmer, podkast, ordliste og kviss (10, 11). Hele fagmiljøet ble involvert i arbeidet, med et uttalt mål om å beskrive faget slik det faktisk praktiseres i Norge.

Bokanmeldelsenes plass

I *Michael* har vi alltid ment at bøker fortjener omtale. Bokanmeldelser har hatt sin plass i tidsskriftet siden oppstarten i 2004, og fra 2021 ønsket vi å gi dem et tydeligere og større rom (12). Begrunnelsen er enkel: De fleste bøker som gis ut i Norge i dag, blir aldri anmeldt. Det gjelder også lærebøker. Som en lærebokforfatter treffende spurte på kronikkplass i *Aftenposten*: «Hvorfor er det ingen som anmelder dem?» (13).

Nedgangen i anmeldelser er godt dokumentert. Fra 2019 til 2024 ble antallet i norske redaktørstyrte dags- og ukemedier nær halvert, ifølge en ny rapport (6). En tilsvarende utvikling har skjedd i fagtidsskrifter. For rundt 15 år siden publiserte *Tidsskrift for Den norske legeforening* over 300 bokanmeldelser årlig (1). I 2025 var tallet seks (14). Etter at *Tidsskriftet* i praksis har avvirket anmelderiet, er *Michael* nå nærmest alene om å anmelde norskspråklige helsefaglige bøker.

Michael mener at bokanmeldelser er viktige. De veileder leserne, stimulerer til refleksjon og bidrar til at bøker faktisk blir brukt. Samtidig gir de forfatterne tilbakemelding og holder den faglige samtalen levende. Trolig påvirkes også forlagene når de skal beslutte hvilke fagbøker som skal produseres, og hvordan de skal treffe målgruppen.

I dette nummeret presenterer vi hele 15 bokanmeldelser – en bred samling av faglitteratur og skjønnlitteratur. Her finner vi fire svært ulike pasientfortellinger, to bøker der leger beskriver livet som lege, fem populærvitenskapelige bøker om privatlivets historie, endometriose, hjernen, rusmidler, flått og borreliose, to bøker om samfunnskritikk og to lærebøker om samfunnspsykologi og om atferd og helse.

Michael publiserer ikke bokanmeldelser bare for å informere om bøker som er verdt å lese. Vi gjør det som en tydelig markering i en tid der «pessimisme på litteraturens vegne virker å være i støtet» (15).

Så mens noen spår fagbokens død, sier vi: Fagboken lever, den leses, utfordres og finner sin plass på digitale flater.

Litteratur

1. Hem E. Trenger vi egentlig bøker lenger? *Tidsskrift for Den norske legeforening* 2010; 130: 1323.
2. Westvik FA. Studentar droppar å kjøpe pensumbøker. *NRK* 29.9.2025.
3. Larsen DEU. Sakprosaforleggeri i fritt fall. *Klassekampen* 9.1.2026, s. 26–27.
4. *Lov om språk (språklova).*
5. *En åpen og opplyst offentlig samtale. Ytringsfrihetskommisjonens utredning.* NOU 2022: 9, s. 299.
6. Kifle M. Kritikken er halvert på seks år. *Klassekampen* 22.11.2025, s. 50–52.
7. Tolstoj LN. *Då Ivan Iljitsj døydde.* Frå russisk ved Geir Pollen. Leikanger: Skald, 2023.
8. Hem E. Høytlesning og hektiske hverdager. *Tidsskrift for Den norske legeforening* 2026; 146. doi: 10.4045/tidsskr.25.0743
9. 7,9 millioner bøker solgt i 2025. *Klassekampen* 15.1.2026, s. 24.
10. Vikse J, Haavardsholm EA, Molberg Ø, red. *Revmatologi.* Oslo: Universitetsforlaget, 2024.
11. *Revmatologi.* <https://revmabok.no> (24.1.2026).
12. Hem E. Anmelderi. *Michael* 2021; 18: 91.
13. Christiansen A. Har du sett anmeldelsen av den nye matteboken? *Aftenposten* 3.11.2020, s. 28–29.
14. *Anmeldelser.* *Tidsskrift for Den norske legeforening.*
15. Bull L. Fire fine debutanter. *Dagens Næringsliv* 6.12.2025: 64–65.

Erlend Hem
erlend.hem@lefo.no

Erlend Hem er instituttsjef i Legeforskningsinstituttet, professor ved Universitetet i Oslo og redaktør i Michael.

Nina Husom
nina.husom@outlook.com

Nina Husom er fysioterapeut og journalist og redaktør i Michael.

Norsk mediedekning av langvarige symptomer etter covid-19 – en kvantitativ innholdsanalyse

Michael 2026; 23: 11-26

doi: 10.56175/michael.13073

Siden starten av koronapandemien i 2020 har norske medier hatt en omfattende dekning av langvarige symptomer etter SARS-CoV-2-infeksjon («lang covid»). Informasjon kan påvirke befolkningens, helsepersonells og andre beslutningstakers oppfatning av sykdommen, sykdomsatferd, hjelpesøking, håndtering, og også fortolkning og opplevelse av symptomene hos individer. Vi har derfor undersøkt mediedekningen av lang covid i Norge med vekt på hvordan helseproblemet er blitt fremstilt.

Vi brukte medicarkivet Retriever til å søke i 11 store eller toneangivende, norske, riksdekkende og skriftlige medier i perioden mars 2020 til november 2023. Vi fant 217 tekster og har gjennomført en kvantitativ innholdsanalyse av dette materialet.

Forskning og uttalelser fra medisinske forskere og fagfolk var en sentral del av mediedekningen. Mens symptomer knyttet til respirasjon ble nevnt hyppigst i starten av perioden, ble symptomer knyttet til hjernen nevnt hyppigst mot slutten og i perioden som helhet. I 76 % av tekstene ble organskade lagt til grunn som forklaring. 89 % av de omtalte pasientene var kvinner. Kun 5 % av intervjuobjektene ble omtalt som tilfrisknet. 59 % av tekstene brukte fryktskapende språk, og 55 % av tekstene kom med en eksplisitt negativ prediksjon for individets sykdomsutvikling og/eller den epidemiologiske utviklingen.

Dekningen har vært preget av en biomedisinsk forståelsesmodell der langvarige symptomer etter SARS-CoV-2-infeksjon primært fremstilles som en hjerne- og systemsykdom med negative utsikter over tid. Fryktskapende språk ble særlig brukt i saker om kvinner og barn.

Langvarige symptomer etter covid-19 ble først definert som en diagnose av Verdens helseorganisasjon (WHO) i oktober 2021 med navnet «post covid-19 condition» (1). Tilstanden er også kalt «post-akutte sekveler av SARS-

CoV-2-infeksjon» (2). Pasientgrupper har vært sentrale i konstruksjonen av denne diagnosen, og kalles ofte «lang covid» (3). Vi bruker dette begrepet her.

Forekomsten av lang covid blant tidligere smittede anslås ofte til 5–10 % (2). Symptomene er imidlertid vanlige i normalbefolkningen og kan oppstå både uten infeksjon og etter andre infeksjoner. En norsk studie fra 2023 fant at symptomene ikke var signifikant vanligere hos barn og unge (12–25 år) som hadde gjennomgått infeksjon, enn i en kontrollgruppe som ikke hadde det (4). En studie fra Folkehelseinstituttet fra 2023 fant at plagene var noe vanligere blant personer som hadde gjennomgått SARS-CoV-2-infeksjon (5).

Siden starten av koronapandemien i 2020 har norske medier publisert et betydelig antall artikler om lang covid (figur 1). Mediedekning av medisinske tilstander er relevant både medisinskfaglig og i et folkehelseperspektiv fordi dekingen kan påvirke befolkningens, helsepersonells og andre beslutningstakers oppfatning av tilstanden (6). Dette vil kunne påvirke individets sykdomsattferd, hjelpesøking, symptomfortolkning og symptomopplevelse (7).



Figur 1. Eksempler på medieoppslag om lang covid fra VG, Dagbladet, Aftenposten og TV2.

En journalistfaglig studie er gjort av mediedekningen av lang covid i Norge fra januar 2020 til mars 2022. Hovedtemaet var balansegangen mellom å lytte til pasienters fortellinger og behovet for å verifisere dem, men artikkelen fokuserte også på pessimistisk språk og hvordan mediedekningen kunne skape frykt i befolkningen (8).

Formålet med vår studie var å analysere mediedekningen av lang covid i Norge fra et medisinskfaglig ståsted. Vi undersøkte spesielt aspekter som påvirker oppfatning, fortolkning og håndtering av helseproblemet i befolkningen, av helsepersonell og av helsemyndigheter. Vi ønsket å besvare følgende forskningsspørsmål: Hva slags type tekster besto deknningen av og hvilke land omhandlet de? Hvordan utviklet deknningens omfang seg over tid? Hva slags type temaer og aktører var definerende for innholdet, og hvem handlet deknningen om? Hvilke symptomer ble vektlagt i deknningen over tid? Hva slags forståelse av tilstanden, årsaker, prognose og muligheter for bedring og løsninger formidlet mediene? Var deknningen fryktskapende, nøytral eller beroligende?

Materiale og metode

Vi har gjort en kvantitativ innholdsanalyse av 217 artikler.

Vi brukte mediearkivet Retriever i innsamlingen av materialet. Et utforskende søk i oktober 2023 resulterte i et mindre utvalg tekster som ble lest for å skape en oversikt over deknningen og utvikle søkestrategien (tabell 1). Det endelige søket ble utført november 2023 (tabell 1).

Tabell 1. Søkeord brukt i det utforskende søket og søkestrengen i det endelige søket.

Utforskende søk:	Endelig søk:
Long covid	(long covid) OR long-covid OR (long AND cov*) OR (long
Langtidscovid	AND cor*) OR langtidscov* OR langtidscor* OR langtidscovid
Langcovid	OR postcovid OR (postakutt AND cov*) OR (postakutt AND
Langcorona	cor*) OR postcov* OR postcor* OR (langtidsvirkninger AND
Langtidscorona	cov*) OR (langtidsvirkninger AND cor*) OR (senvirkning*
Postcorona	AND cov*) OR (senvirkning AND cor*) OR (senskad* AND
Postcovid.	cov*) OR (senscade AND cor*) OR langkorona OR langcor* OR
	langcov* OR langtidsko* OR langtidsko* OR (sekvele AND
	cov*) OR (sekvelse AND cor*) OR (vedvarende AND cov*) OR
	(vedvarende AND cor*) OR (langtidssyk* AND cor*) OR
	(langtidssyk* AND cov*) OR (hjerneskode AND cov*) OR
	(hjerneskode AND cor*) OR (hjerne AND cov*) OR (hjerne
	AND cor*) OR (postakutt AND cov*) OR (postakutt AND
	cor*)

For å definere kilder til det endelige søket tok vi utgangspunkt i en oversikt over lesertall for norske medier (9). Inklusjonskriterier for valg av kilde var: riksdekkende, skriftlige medier som formidler helsestoff til den generelle befolkningen, og som enten er blant de mest leste eller toneangivende eller begge deler. Totalt inngikk 11 medier i analysen (tabell 2). Vi inkluderte artikler som var produsert av andre medier eller nyhetsbyråer (for eksempel Forskning.no eller NTB), men publisert i disse 11 mediene.

Tabell 2. Kildeutvalget

Kilde
ABC Nyheter
Aftenposten (papir)
Dagbladet
Dagens Næringsliv
Dagsavisen
Klassekampen
Morgenbladet
Nettavisen
NRK
TV2
VG

Selv om tilstanden ikke fikk et offisielt navn før oktober 2021, dukket medierapporter om langvarige symptomer og begrepet «lang covid» opp allerede våren 2020 (3). Det endelige søket dekket derfor tidsrommet fra 1. mars 2020 til 1. november 2023. Filtre ble brukt i Retrievers søkemotor slik at søket kun dekket følgende områder: Medisin og helse, vitenskap og teknologi, politikk, sosiale forhold samt arbeidsliv og utdanning. Søket ga rundt 1200 treff. Disse tekstene ble grovsortert utfra inklusjons- og eksklusjonskriteriene ved lesning på overskrifts- og ingressnivå eller fulltekst der det var usikkerhet. Dette ga 660 tekster. Etter at identiske tekster publisert både på papir og i nettavis (duplikater) ble fjernet gjensto 380 tekster. Vi ønsket ikke at tekster fra for eksempel nyhetsbyråer som gjengis i flere andre medier, skulle telle uforholdsmessig mye. Derfor ekskluderte vi også svært like tekster som var basert på samme opprinnelige tekst. Kun den fyldeste teksten ble inkludert. Da gjensto 241 tekster. Tekstene ble videre selektert ved lesing av fulltekst, i henhold til inklusjons- og eksklusjonskriteriene og

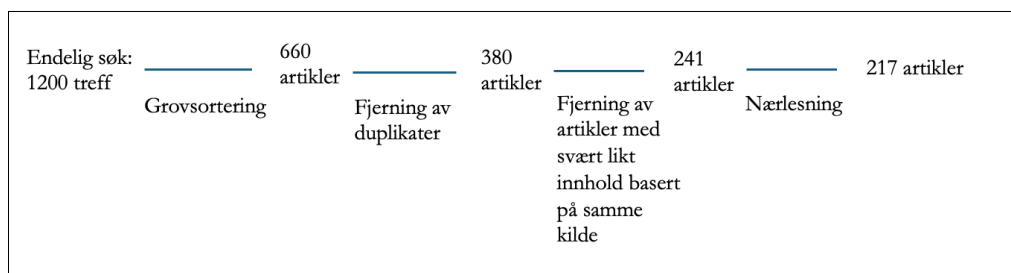
identifikasjon av ytterligere duplikater (tabell 3). Det endelige materialet bestod av 217 artikler. Seleksjonsprosessen er gjengitt i figur 2.

Tabell 3. Inklusjons- og eksklusjonskriterier.

Inklusjonskriterier	Eksklusjonskriterier
Innhold: Lang covid var hovedtema	Pasienter som har vært sykehusinnlagt med covid-19
Teksttype: Alle teksttyper	Pasienter med symptomer som har vart i mindre enn tre måneder
Pasienter som har hatt mild til moderat covid-19	Pasienthistorier fra utenfor Skandinavia
Pasienter med langvarige symptomer etter gjennomgått covid-19	
Tekster som omhandler skandinaviske forhold	
Tekster som omhandler forskning fra land utenfor Skandinavia	

Vi benyttet kvantitativ innholdsanalyse (10–12). Artikkene ble kodet manuelt i et Excel-dokument.

Ti tekster ble først nærlest av begge forfatterne. Hyppig brukte ord, beskrivelser og karakteristika ved tekstene ble notert for å definere variablene (tabell 4). En variabel representerer manifest innhold, altså innhold som både sender og mottaker forventes å oppfatte som tydelig og eksplisitt til stede i teksten (12). Dette innholdet kan dermed kategoriseres og kodes. Variablene er et analytisk verktøy som muliggjør kvantifisering av tekstenes innhold. Vi var på forhånd interessert i tekstenes persongalleri, symptombeskrivelser og tematikk, og noen av variablene er utviklet deduktivt for å dekke slike forhåndsbestemte aspekter. Vi ønsket samtidig også et induktivt element i tilnærmingen, der vi kunne la tekstene gi opphav til variabler.



Figur 2: Flytskjema over seleksjonsprosessen.

Én av forfatterne (MN) utførte søket, seleksjonen, kodingen og den kvantitative analysen av kodene. Etter å ha definert variablene ble 15 tekster testkodet for å sikre at variablene fanget opp ønsket innhold. Fire variabler falt bort, noen ble justert, og to ble lagt til. Kodeboken bestod til slutt av 25 variabler (tabell 4). Hver variabel har ulike koder. De fleste variablene ble kodet med verdiene «ja/nei», mens andre ble kodet med variabelspesifikke koder, som dato eller symptombeskrivelse. Enkelte av variablene og tilhørende koder er definert for å kvantifisere innhold som i utgangspunktet er av kvalitativ karakter (for eksempel antall artikler med et kvalitativt frykt-skapende innhold). Kodearbeidet bestod i at hver tekst ble nærlest, og innhold som svarte til de ulike variablene, ble registrert med tilhørende kode. Alle tekstene ble analysert for hver variabel. Kun én kode ble brukt per variabel. Eksempelvis ble en artikkel under variabelen V6 kodet som «forskning» hvis det var hovedtemaet selv om en pasient var nevnt.

I analysen ble variablene talt opp, og innholdet kvantifisert.

Tabell 4. Variabler og tilhørende koder, med forklaring.

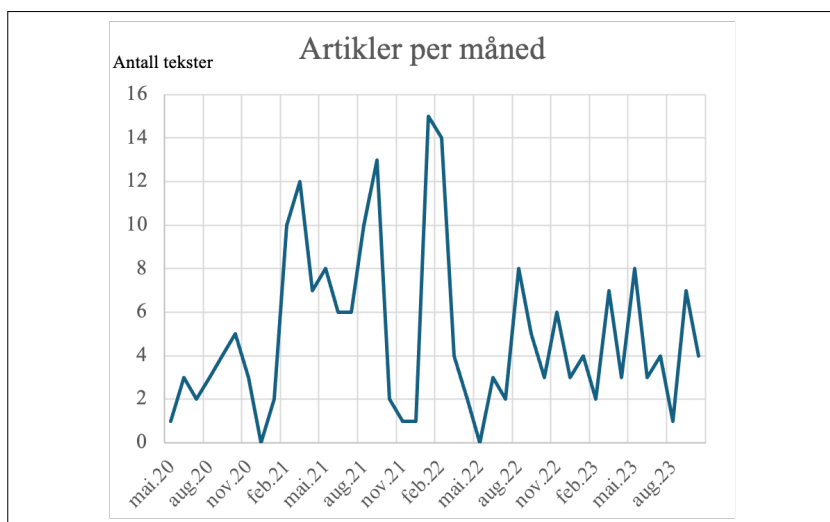
Variabelnavn	Kode (med eksempler)
V1:Artikkel-nummer	
V2:Publiserings-dato	
V3: Kilde	
V4: Type tekst	Nyhetsartikkel/Intervju/Kommentar/Notis/Reportasje/Leder/Debatt
V5: Land	Norge/Sverige/Danmark/Annet
V6: Tema	Forskning/Pasienthistorie/Behandling/Tiltak/Diagnostikk/Barn/Samfunnsdebatt/Annet (her ble mest vektlagte tema i hver tekst kodet)
V7: Pasient	Ja/Nei
V8: Pasientens kjønn	Kvinne/Mann
V9: Pasientens alder	Barn (under 18), Ung (under 30 år), Middelaldrende (30–70 år), Eldre (>70 år)
V10: Er pasienten yrkesaktiv?	Ja: Pasienten er arbeidstaker, eller er elev/student. Her menes det at pasienten var yrkesaktiv før sykdommen.
V11:Helsepersonell	Ja/Nei
V12:Forsker	Ja/Nei
V13: Byråkrat	Ja/Nei
V14: Institusjoner	Ja/Nei

Variabelnavn	Kode (med eksempler)
V15: Politiker	Ja/Nei
V16: Eksplisitt prediksjon	Positiv/negativ/ingen
V17: Tone i teksten som helhet	Betryggende (eks: «de fleste blir friske» Fryktskapende (eks: «krise», «hjelpeløse» etc) Nøytral (ikke registrert overvekt av fryktskapende eller betryggende språk)
V18: Tone i overskrift og ingress	Betryggende (eks: «de fleste blir friske» Fryktskapende (eks: «krise», «hjelpeløse» etc) Nøytral (ikke registrert overvekt av fryktskapende eller betryggende språk)
V19: Mest vektlagte symptom	Kognitiv (eks: «hjermetåke», «kognitiv svikt», «hukommelsesvansker») Respirasjon (eks: «tungpust») Utmattelse (eks: «utslitt», «orker ingenting») Annet: (eks: «mistet luktesansen», «muskelsmerter») Ingen: Ingen symptomer nevnt
V20: Fokus på organskade eller patofysiologisk defekt?	Ja/Nei.
V21: Fokus på medisinsk intervensjon som løsning?	Ja (eks: «venter på en kur») Nei (medisinsk intervensjon ikke nevnt eller annen intervensjon ikke fremstilt som reell mulighet)
V22: Pasientens rolle som passiv mottaker av sykdom	Ja (eks: «venter på hjelp», «rammet av long covid») Nei (Pasienten fremstår som aktiv ELLER fravær av beskrivelser av pasienten som passiv)
V23: Pasientens rolle som aktiv?	Ja (eks: «gjør så godt hun kan for å bli frisk» eller «vil ikke la meg hindre av sykdommen») Nei (Pasienten fremstår som passiv ELLER fravær av beskrivelse av pasienten som aktiv)
V24: Pasient som blir bedre	Ja/Nei
V25: Blir det nevnt sosiale faktorer?	Ja (eks: «nedstengning kan ha ført til økning i plager som kan minne om lang covid» eller «stress forverrer symptomene» Nei

Resultater

VG (46), ABC Nyheter (34) og, Dagbladet (31) hadde flest artikler, mens Dagens Næringsliv (2) og Klassekampen (1) hadde færrest. 71 % av tekstene var nyhetsartikler, 16 % var intervjuer, 9 % var debattinnlegg og 3 % var notiser.

Dekningen omhandlet først og fremst norske forhold, etterfulgt av saker om forskningspublikasjoner fra land utenfor Skandinavia.



Figur 3. Antall tekster publisert per måned.

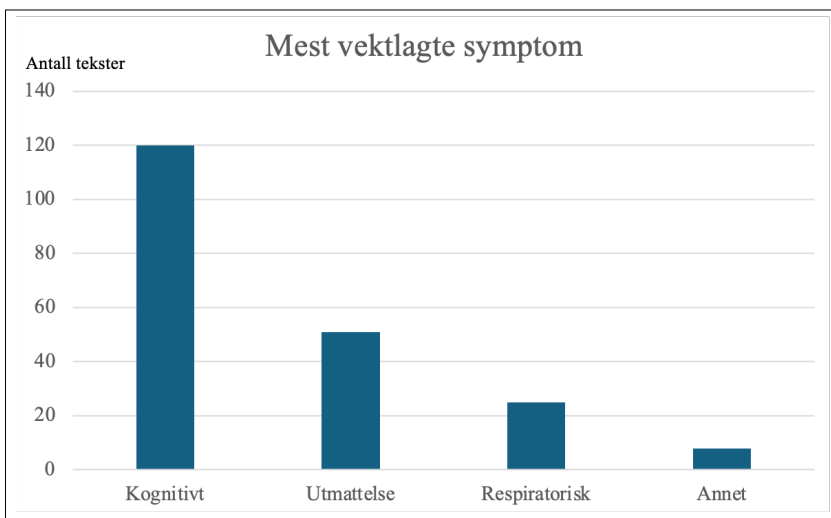
Første artikkel ble publisert 22. mai 2020. Publikasjonsraten var høyest fra januar 2021 til april 2022 før den ble lavere og relativt stabil fra mai 2022 (figur 3).

Hva handlet tekstene om (variabel V6)?

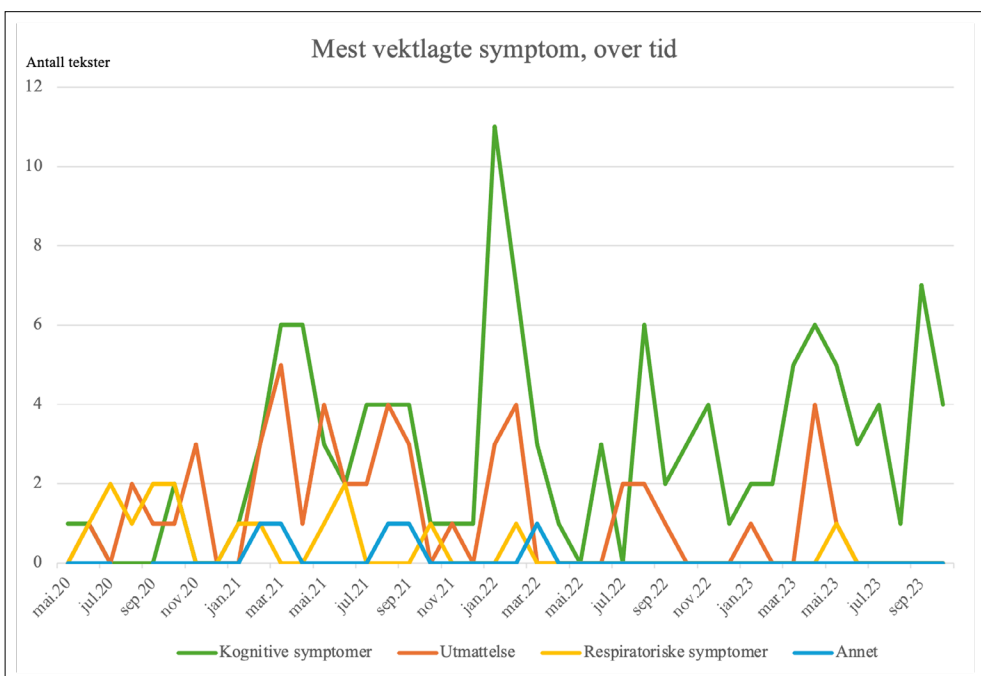
Forskning var hovedtema i 56 % av tekstene. 24 % var pasienthistorier med intervjuer om symptomer og sykdomsforløp. 8 % omhandlet behandling pasientene mottok i helsevesenet. 7,5 % av tekstene handlet om pandemi-håndteringen i relasjon til fare for lang covid. Kun 4 % av tekstene var tilknyttet samfunnsdebatt i form av debattinnlegg og intervjuer. 33 % av tekstene nevnte barn og unge.

Hvilke symptomer ble vektlagt over tid (variabel V19)?

90 % av tekstene omtalte spesifikke symptomer forbundet med lang covid (fordeling vist i figur 4). I 7 % av sakene som nevnte spesifikke symptomer, var respiratoriske symptomer vektlagt. Disse sakene, unntatt to, var fra 2020 og 2021. Kognitive symptomer var mest vektlagt i 51 % av tekstene. Disse symptomene dominerte senere perioden (figur 5).



Figur 4. Antall tekster ordnet etter mest vektlagte symptom.



Figur 5. Mest vektlagte symptom i tekstene over tid.

Hvilke aktører ble nevnt og hvem handlet dekningen om (variabel V7-14 og V22-25)?

60 % av tekstene siterte forskere, 32 % minst én pasient og 28 % helsepersonell. Offentlig tjenestepersoner, som representanter fra Helsedirektoratet, ble sitert i 29 % av tekstene. 17 % av tekstene refererte til uttalelser fra en institusjon, men politikere kun ble sitert i 2 %.

Det var 88 % kvinner blant pasientene som var hovedintervjuobjekt. 72 % var middelaldrende (40–70 år) og 18 % ble kodet som unge (18–39 år). 7 % av artiklene som omhandlet pasienter, handlet om et barn (<18 år).

Materialet består hovedsakelig av artikler om pasienter som fortsatt har symptomer og funksjonsnedsettelse. Kun fire tekster tar for seg pasienter som har blitt friske, eller har fått betydelig symptomreduksjon. Her finner vi en betydelig kjønnsforskjell. En tredjedel av mennene som er intervjuet, har blitt friske, mens kun 3 % av kvinnene og ingen av barna har blitt friske.

Forklaringer og mulige løsninger (variabel V19-24)

I 76 % av tekstene ble lang covid knyttet til organskade eller patofysiologisk defekt og brukte ord som «hjerneskade» eller «organsvikt». 65 % av sakene fremstiller pasienter som passive mottakere av, eller ofre for, sykdom (for eksempel «rammet av lang covid» eller «venter på hjelp»). Pasientens egen kognisjon, atferd eller sosiale interaksjoner tillegges ingen rolle i genereringen av symptomene. 10 % av tekstene omtaler pasienter som forteller om mestringsstrategier, eller med ord som impliserer at de spiller en aktiv rolle i egen sykdomsprosess eller tilfriskning.

65 % av sakene vektlegger medikamenter eller annen medisinsk teknologi som løsning, med fraser som «forskere jobber på spreng for å finne en medisin» (Dagbladet 11.02.22).

Hva sier tekstene om prognose og fremtid (variabel V16)

55 % av tekstene inneholder en negativ prediksjon knyttet til enten individers sykdomsforløp (prognose) eller epidemiologisk utvikling i samfunnet, for eksempel: «Vi er titusenvis som aldri ser ut til å bli friske – hjelp oss» (Dagbladet 04.06.20). 13 % har en eksplisitt positiv prediksjon, eksemplifisert med utsagn som «det er gode prognoser for å bli frisk» (VG 21.10.22).

Betryggende og fryktskapende språk (variabel V17-18)

62 % av tekstene har en fryktskapende overskrift og/eller ingress, for eksempel overskriften: «Hvis jeg ligger stille, må du sjekke at jeg lever» (VG,

08.07.23). 59 % av tekstene har en fryktskapende tone i teksten som helhet. Kun 11 % av tekstene bruker et tryggende eller positivt språk.

I tekstene med pasient er 82 % kodet som fryktskapende, 13 % som nøytral og 5 % som positive. I sakene uten pasient er 51 % kodet som fryktskapende, 38 % som nøytrale og 11,5 % som positive.

Diskusjon

Vår studie analyserer dekningen av lang covid i norske medier ut fra et rasjonale om at mediedekningen er viktig for befolkningens, pasienters og andre aktørers fortolkning, noe som teoretisk kan påvirke aktørenes valg, helseatferd og symptomer.

Betydelig forskningsinteresse

I motsetning til en dekning som følger smittebølger og debatter om smitteverntiltak, ser omtalen av publisert forskning ut til å være drivende for lang covid-dekningen. Et gjentakende mønster er at det publiseres en forskningsartikkel som omtales av flere mediekilder, og deretter følges opp av artikler med pasienthistorier. For eksempel omtalte fire av kildene publisering av en studie fra Folkehelseinstituttet (5) med overskrifter som: «FHI: 2,3 millioner nordmenn kan ha plager relatert til “long covid”» (TV2, 10.05.23).

I vårt materiale er forskere de mest sentrale aktørene, sitert i nesten to tredjedeler av artiklene, og det er få politikere eller offentlig tjenestepersoner. Et unntak er assisterende helsedirektør under pandemien, Espen Rostrup Nakstad, som også siteres i saker om nye forskningsfunn. Medisinske forskere kan dermed fortolkes som de viktigste premissleverandørene for dekningen.

Arbeidsføre, kvinner og barn som tema

I tekstene med pasienthistorier omtales ofte pasienter som lider og som opplever ikke å få hjelp. Kun fire av 70 saker med pasienter handler om pasienter som har blitt friske, eller som tar grep for å bli friske.

Pasientene er i hovedsak kvinner i arbeidsfør alder. Ingen intervjuete pasienter er i pensjonsalder eller har vært utenfor arbeidslivet fra tidligere. Dette kan gjenspeile at lang covid anses mest relevant for personer i arbeid. Flere av artiklene omhandler hvordan lang covid-symptomene vanskeliggjør kognitivt arbeid.

Kjønnsperspektivet i dekningen er tydelig ettersom kvinnelige pasienter er hovedtema i 89 % av tekstene med pasient. Dekningen er alvorligere og mindre optimistisk med tanke på prognose når det gjelder kvinner, med

eksempelvis overskriften: «Forsker bekymret: Ukjent sykdom rammer kvinner etter covid-19» (VG 10.03.21).

At én av tre artikler nevnte barn og unge og at 7 % av artiklene med pasienter omtalte barn, gjør at dekningen må forventes å påvirke foreldre.

Lang covid som kognisjonsproblem

Respirasjonssymptomer er vanligst i teksten fra starten, mens kognitive symptomer dominerer utover i pandemien. Dette kan indikere et skifte både i hva slags sykdom lang covid fryktes å være (fra lungesykdom til noe som rammer hjernen), i hva slags funksjonstap den oppfattes å medføre, og i hvilke symptomer folk forventer å få. Det kan reflektere at lang covid ikke har stabilt symptominnhold, men påvirkes av hvordan folk vektlegger symptomer. Dette kan ses i lys av Hackings teori om *looping-effekten*. Teorien beskriver den dynamiske prosessen der kategoriseringen av individer, her i en pasientgruppe, skaper interaksjon mellom individene som kategoriseres og kategorien selv (13). Slik kan kategorien (her lang covid) endre seg over tid.

Frykt og forventning om skade

Dekningen bruker i betydelig grad fryktskapende språk, på tvers av artikkeltyper og gjennom hele perioden. Over halvparten av tekstene kommer med en eksplisitt negativ prediksjon for prognosen til den enkeltes sykdom og/eller den epidemiologiske utviklingen. Lang covid fremstilles i sum som en farlig og dårlig forstått sykdom med få eller ingen utsikter til bedring. Dette ses blant annet i overskrifter som «Ingrid (42) fikk livet snudd på hodet – Kan bli tiårets nye kroniske sykdom» (Nettavisen, 19.01.23) og «Fortvilet og hjelpeløs» (VG, 21.09.23). Siden få tekster belyser ulike perspektiver på *hva* lang covid er og hvordan tilstanden kan håndteres, ser dekningen ut til å formidle et bilde av usikkerhet.

Pasienthistoriene bruker et særlig fryktskapende språk. I sakene med barn er det kun brukt fryktskapende språk. Artiklene om barn har overskrifter som «Long covid-barna» (VG 18.09.21) og «Foreldre fortviler – jeg kjenner ikke igjen barnet mitt» (TV2 29.05.23). Ingen av artiklene har med et barn som blir bedre, og alle artiklene gir en eksplisitt negativ prediksjon.

Samlet tegner pasienthistoriene et bilde av sykdommen som en system- og hjernesykdom ettersom kognitive symptomer og utmattelse er vektlagt i 92 % av sakene. Dekningen er primært knyttet til et biomedisinsk paradigme der forklaringene vektlegger organskade, forventningen er at problemet må løses med biomedisinsk intervensjon, og pasientens egne følelser, tanker, handlinger og sosiale relasjoner spiller liten rolle (14).

Det er også verdt å merke seg at 8 % av artiklene fokuserer på lang covid i relasjon til tiltak som skolestengning, noe som reflekterer at fenomenet blir et argument for ulike tiltak innen smittevern og vaksinasjon. Dette har vedvart også etter perioden vi har undersøkt systematisk (15).

Effekter av forventning

Vi vet at hjernens fortolkning av symptomer som uttrykk for noe farlig eller signifikant modulerer symptomer og kan gjøre dem mer langvarige (7, 16, 17). Noceboeffekter kan være mer langvarige enn placeboeffekter (18). Det finnes også empirisk belegg for at mediedekning kan påvirke medisinsk uforklarte symptomer som attribueres til miljøpåvirkning (19). En randomisert studie har sannsynliggjort at kommunikasjon av usikkerhet og symptomer som uttrykk for lang covid kan påvirke forventninger om symptomvarighet (20). Gitt at mediedekning av medisinske tilstander kan påvirke folks fortolkning, er det en hypotese at den kan bidra til økt symptombelastning i samfunnet (7, 21, 22). I tillegg kommer helseangst som deknningen kan medføre. Dette er både et folkehelseproblem, et medisinsk-etisk dilemma som kan forstås som en iatrogen skade på samfunnsnivå, og et journalistisk-etisk problem. Medisinsk informasjon er ikke helsemessig nøytral; den kan i seg selv fremme eller svekke helsen.

Dynamikken som eventuelt gjør at informasjon i media påvirker symptombelastningen i befolkningen er trolig kompleks, med både sosiale, mediemessige og infeksjonsepidemiologiske elementer. En studie som ble utført for å belyse en slik sammenheng, kunne ikke finne noen klar assosiasjon mellom vektlagte symptomer i mediedekningen av lang covid og rapporterte symptomer i befolkningen. Studien var imidlertid deskriptiv og ikke designet for å avdekke årsakssammenhenger. Den fokuserte heller ikke på kognitive symptomer som dominerte i vårt materiale.

Vår studie styrker behovet for mer forskning på sammenhengen mellom informasjon i medier og lang covid i befolkningen.

Styrker og svakheter ved metoden

Dette er den første studien av norsk mediedekning av langvarige symptomer etter covid-19 fra et medisinskfaglig perspektiv. Vi hadde ingen ambisjoner om en komplett oversikt over dekningen, og utelukker ikke oversette artikler, aspekter eller trender. Vi har analysert kun skriftlige, tradisjonelle medier, og man kan tenke at funnene ville vært noe annerledes hvis man hadde inkludert radio, TV og sosiale medier. Det skriftlige innholdet på TV2 og NRK forventes imidlertid i stor grad å følge radio- og TV-innholdet.

I søket vårt oppdaget vi mot slutten av arbeidet at vi kun har inkludert artikler fra Aftenpostens papirutgave. Retrievers grensesnitt er noe endret, men nettutgaven kan ha blitt utelatt ved en feil ved kildevalget i søkemotoren. Aftenposten-artikler kun publisert på nett vil derfor mangle, men vi regner ikke med at dette svekker materialets representativitet vesentlig. Vi har heller ikke til slutt ekstrahert artikler fra Dagsavisen, Klassekampen og Morgenbladet på papir. Dette kan skyldes at disse kun ga duplikater i søket, men vi kan i ettertid heller ikke utelukke at de ikke er blitt søkt i ved en feil. Da nettversjoner generelt er mer omfattende enn papirversjoner, regner vi ikke med at vi eventuelt har gått glipp av mange treff her og heller ikke at dette påvirker materialets representativitet vesentlig.

Vi har analysert et stort materiale, som gir et godt overblikk, og ser på utviklingen over tid. Det var utfordrende å etterstrebe målet om objektivitet i analysen, fordi man ikke kunne bruke et sett med ferdige variabler, men måtte lage vår egen kodebok. Dette medfører risiko for bias i utvelgelse av materialet, og kodebokens utforming. Vi har forsøkt å løse denne utfordringen ved å ha både en deduktiv og induktiv tilnærming til variabelanalysen, og kun registrere det manifeste innholdet i tekstene. For å redusere risikoen for feilklassifisering av innhold gjennomførte vi to testkodings, for å sikre at variablene fanget opp ønsket innhold.

I tillegg til å ekskludere duplikater valgte vi å ekskludere tekster med svært likt innhold basert på samme opprinnelige kilde. Dette ble gjort for å belyse det tematiske innholdet i deknningen. Samtidig er det problematisk fordi publisering av lignende og ikke-originale tekster også reflekterer redaksjonelle valg og hvilke budskap befolkningen i størst grad eksponeres for. Det er sannsynlig at de kvantitative fordelingene hadde vært noe annerledes dersom disse tekstene var inkludert.

En svakhet ved metoden er at bare én av oss (MN) utførte kodingen og den kvantitative analysen av kodene. Vi gjorde ingen test av interkoderreliabilitet før denne kodingen. Særlig for kodene som innebærer subjektiv fortolkning (for eksempel V17 og V18, som omhandler tone i teksten som helhet og i ingress/overskrift), kan andre kodere kunne tolke innholdet annerledes. At søket og seleksjonen ble utført av en person øker også risikoen for at enkelte referanser kan ha blitt feilekskludert.

Konklusjon

Vi fant at norsk mediedekning av lang covid i stor grad er drevet av forskning og aktører fra medisinske fagfelt. Fokus i deknningen har endret seg fra symptomer knyttet til lunger til symptomer knyttet til hjernen. Pasientene som intervjues er primært kvinner mellom 40 og 60 år, og det er få tilfrisk-

nede pasienter. Dekningen kan tolkes som at lang covid er en farlig sykdom som forstås i lys av en biomedisinsk modell, med uklar prognose, med liten utsikt til hjelp og pasientene som passive mottagere av sykdom og symptomer. I saker som omhandler kvinner og barn, brukes et særlig fryktskapende språk.

Litteratur

1. WHO: *A clinical case definition of post COVID-19 condition by a Delphi consensus*, 6. oktober 2021. Genève: WHO; 2021. https://www.who.int/publications/i/item/WHO-2019-nCoV-Post_COVID-19_condition-Clinical_case_definition-2021.1 (20.11.2025)
2. Dalgard O. *Long covid*. Store medisinske leksikon Oslo. https://sml.snl.no/long_covid (20.11.2025)
3. Callard F, Perego E. How and why patients made Long Covid. *Social Science of Medicine* 2021; 268: 113426. doi: 10.1016/j.socscimed.2020.113426
4. Selvakumar J, Havdal LB, Drevvatne M et al. Prevalence and characteristics associated with post–COVID-19 condition among nonhospitalized adolescents and young adults. *JAMA Network Open* 2023; 6: e235763.
5. Magnusson K, Turkiewicz A, Flottorp SA et al. Prevalence of long COVID complaints in persons with and without COVID-19. *Scientific Reports* 2023; 13: 6074. doi: 10.1038/s41598-023-32636-y
6. Korshakova E, Marsh JK, Kleinberg S. Health Information Sourcing and Health Knowledge Quality: Repeated Cross-sectional Survey. *JMIR Formative Research* 2022; 6: e39274.
7. Joffe AR, Elliott A. Long COVID as a functional somatic symptom disorder caused by abnormally precise prior expectations during Bayesian perceptual processing: A new hypothesis and implications for pandemic response. *SAGE Open Medicine* 2023; 11: 20503121231194400.
8. Jacobsen HØ. *Empathetic verification: covering 'Long COVID' in Norwegian newsrooms*. Reuters Institute for the Study of Journalism; 2022. https://reutersinstitute.politics.ox.ac.uk/sites/default/files/2022-07/RISJ%20Paper_HanneO_Final.pdf (20.11.2025)
9. *Medietall.no*. Persontall. https://www.medietall.no/index.php?liste=persontall&r=PER_SONTALL&pid=53545&p=2312&gs=1&g_sels= (20.11.2025)
10. Hansen A, Machin D. *Media and communication research methods*. 2. utg. London: Globe Press, 2019.
11. Neuendorf KA. *The content analysis guidebook*. 2. utg. Los Angeles: SAGE, 2017.
12. Schröder KC. Discursive realities. I: Jensen KB, red. *A Handbook of Media and Communication Research. Qualitative and Quantitative Methodologies*. 2. utg. London: Routledge, 2012.
13. Hacking I. The looping effects of human kinds. I: *Causal cognition: A multidisciplinary debate*. Oxford: Oxford University Press; 1996: 351–394.
14. Engel GL. The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. *Science* 1977; 196: 129–136.

15. Wilthil J. FHI: Mener færre bør ta koronavaksinen. NRK. <https://www.nrk.no/buskerud/fhi-mener-faerre-bor-ta-koronavaksinen-1.17502153> (20.11.2025)
16. Kube T, Rozenkrantz L, Rief W et al. Understanding persistent physical symptoms: Conceptual integration of psychological expectation models and predictive processing accounts. *Clinical Psychological Review* 2020; 76: 101829. doi: 10.1016/j.cpr.2020.101829
17. Colloca L. The Nocebo Effect. *Annual Review of Pharmacology and Toxicology* 2024; 64: 171–190. doi: 10.1146/annurev-pharmtox-022723-112425
18. Kunkel A, Schmidt K, Hartmann H et al. Nocebo effects are stronger and more persistent than placebo effects in healthy individuals. *eLife*. 2025; 14. doi: 10.7554/eLife.105753
19. Witthoft M, Rubin GJ. Are media warnings about the adverse health effects of modern life self-fulfilling? An experimental study on idiopathic environmental intolerance attributed to electromagnetic fields (IEI-EMF). *Journal of Psychosomatic Research* 2013; 74: 206–212. doi: 10.1016/j.jpsychores.2012.12.002
20. Mills F, Bhogal JK, Dennis A, Spoiala C et al. The effects of messaging on long COVID expectations: An online experiment. *Health Psychology* 2022; 41: 853–863. doi: 10.1037/hea0001230
21. Amanzio M, Cipriani GE, Mitsikostas DD. The nocebo phenomenon in the COVID-19 pandemic: a nocebodemic effect. *Expert Review of Clinical Pharmacology* 2022; 15: 1377–1382. doi: 10.1080/17512433.2022.2142115
22. Barsky AJ. The iatrogenic potential of the physician's words. *JAMA* 2017; 318: 2425–2426. doi: 10.1001/jama.2017.16216

Maria Katinka Lie Norum
m.k.l.norum@studmed.uio.no
Griffenfeldts gate 19A
0460 Oslo

Maria Katinka Lie Norum er medisinstudent, Det medisinske fakultet, Universitetet i Oslo.

Henrik Vogt
henrik.vogt@medisin.uio.no
Avdeling for samfunnsmedisin og global helse
Postboks 1130 Blindern
0318 Oslo

Henrik Vogt er førsteamanuensis, Institutt for helse og samfunn, Avdeling for samfunnsmedisin og global helse, Det medisinske fakultet, Universitetet i Oslo

Artikkelen er fagfellevurdert

Syndemi – en ny og nyttig term i allmennpraksis?

Michael 2026; 23: 27-35

doi: 10.56175/michael.13074

Mange pasienter lever med sammensatte helseplager i skjæringspunktet mellom psykiske, somatiske, sosiale og strukturelle utfordringer. I slike situasjoner strekker ikke tradisjonelle diagnostiske og behandlingsorienterte tilnærminger i allmennlegepraksis alltid til.

Med utgangspunkt i en klinisk kasuistikk drøfter jeg hvordan begrepet syndemi kan fungere som et språklig verktøy for å belyse komplekse sykdomsforløp preget av utenforskap.

En syndemi viser til tilfeller der to eller flere helseproblemer opptrer samtidig og forsterkes av sosiale og strukturelle belastninger. I nordiske velferdssamfunn kan slike mekanismer lett overses. Et syndemisk perspektiv synliggjør hvordan ulikhet og marginalisering forsterker samspillet mellom sykdom og livsbelastninger.

Drøftingen tar utgangspunkt i nordiske kontekster – særlig økende utenforskap blant unge og utfordringer knyttet til velferdsstatens fragmenterte hjelpesystemer. Fravær av felles begreper kan vanskeliggjøre samordning på tvers av fag og nivåer. Jeg argumenterer derfor for at begrepet syndemi kan utvide den faglige forståelsen og styrke kvaliteten på oppfølgingen av pasienter med sammensatte behov.

Internasjonalt er begrepet *syndemic* godt etablert innen epidemiologi, folkehelse og medisinsk antropologi – med særlig økt oppmerksomhet etter 2019–2020. Men i Norge er begrepet lite brukt. Det fikk en viss oppmerksomhet under koronapandemien, men er fortsatt relativt ukjent i fagmiljøene innen helse, utdanning og arbeid.

Begrepet *syndemi* ble introdusert i 1994 av den amerikanske sosialantropologen Merrill Singer (1950–2025), som kombinerte ordene *synergy* og *epidemic* til *syndemic*. Gjennom studier av rusmisbrukere med hiv i USA

beskrev han hvordan rusmisbruk, smittsomme sykdommer og strukturell vold samvirket og forsterket hverandre ved at sosiale, politiske og økonomiske systemer systematisk skapte og opprettholdt ulikhet, lidelse og marginalisering (1).

Singer omtalte denne syndemien som SAVA (Substance Abuse, Violence, AIDS), og den oppsto i miljøer preget av diskriminering i helsevesenet, trakassering fra politiet, tvungen mobilitet og mangelfull infrastruktur. Slike forhold bidro til å opprettholde fattigdom, vanskelige boforhold, arbeidsledighet, dårlig ernæring og begrenset tilgang til helsetjenester, rent vann, transport og sosial støtte. Den komplekse livssituasjonen ble forsterket av sykdom og sosial nød, som tuberkulose, seksuelt overførbare infeksjoner, hepatitt, høy spedbarnsdødelighet, rusavhengighet, selvmord og kriminalitet.

Singer beskrev syndemi som *a set of closely intertwined health problems that mutually reinforce each other*. Han viste hvordan urettferdige samfunnsstrukturer skaper så tøffe livsbetingelser at summen av belastningene blir større enn enkeltfaktorene til sammen (2, 3).

Begrepet har altså sin opprinnelse i studier av smittsomme sykdommer der samspeillet mellom ulike helseproblemer ofte er lett å observere, men det er også aktuelt for ikke-smittsomme sykdommer. Kroniske lidelser som hjertesykdom, diabetes og depresjon påvirkes i stor grad av de samme sosiale og økonomiske strukturene, og samspeillet mellom dem kan forsterke sykdomsbyrden tilsvarende. De siste 10–15 årene har derfor begrepet i økende grad blitt brukt innen forskning og folkehelsearbeid knyttet til ikke-smittsomme sykdommer. Eksempler er studier fra Brasil og USA som dokumenterer hvordan ekstrem sosial ulikhet og vold henger sammen med sykdomsklynger av depresjon og type 2-diabetes (4, 5).

Selv om utfordringene i Norge ikke er like dramatiske som i mange andre land, finnes det syndemiske mønstre også her. Dette ble tydelig under koronapandemien, da eksisterende sosiale og strukturelle ulikheter ble ekstra synlige på en måte som sjelden er sett i Norge. *The Lancet* omtalte covid-19 som en syndemi der virusets biologiske effekt samvirket med sosiale og strukturelle faktorer og forsterket sykdomsbyrden, og hvordan ulikhet i levekår gjorde enkelte grupper mer sårbare (6). Selv med en sterk velferdsstat ble dette tydelig også i Norge, særlig gjennom høyere smittespredning og dødelighet i enkelte bydeler og lokalsamfunn i Oslo og Viken. Dette er områder preget av høyere prevalens av smittsomme og ikke-smittsomme sykdommer, lav inntekt, trangboddhet, usikre arbeidsforhold, svak kulturell integrasjon og lav sosial tillit (7).

I et land med høy levestandard og et omfattende sosialt sikkerhetsnett er det lett å overse strukturene og maktforholdene som påvirker utsatte grupper. Foucaults teori om normalisering viser hvordan sosiale ulikheter kan bli en del av samfunnets «normaltilstand», slik at vi ikke utfordrer urettferdighetene som opprettholder dem (8). Dette bidrar til at helseproblemer, økonomisk usikkerhet og sosial isolasjon oppfattes som naturlige, og dermed får mindre oppmerksomhet.

Bourdieu's teori om symbolsk vold utdyper dynamikken: Ulikheter blir usynlige når de er innnevde i institusjonenes praksis og tenkning (9). Problemer ignoreres ikke fordi de er skjulte, men fordi de anses som normale. Når institusjoner som skole, Nav og helsevesen har lave forventninger til hva marginaliserte personer kan oppnå, blir heller ikke utfordringene deres reelt tatt tak i.

Oskars vei til utenforskap

«Oskar» er inspirert av en reell pasient, men historien er satt sammen av flere ulike pasientforløp for å ivareta anonymiteten.

Oskar vokste opp i en marginalisert familie preget av vold, økonomisk ustabilitet og helseproblemer. Han hadde en utagerende søster med en utviklingsforstyrrelse, som krevde mye oppfølging av foreldrene. Foreldrene ba om avlastning fra kommunen, men fikk ikke det. De slet med stor forbruksgjeld, forsøkte å få hjelp fra kommunen til egen bolig, men støtten var begrenset. Begge foreldrene slet med depresjon, fedme og type 2-diabetes. Foreldrenes helseproblemer og gjeldsbyrde gjorde det vanskelig å opprettholde en stabil inntekt, noe som forsterket økonomisk utrygghet og bidro til en hverdag preget av uforutsigbarhet og stress.

Oskar gikk på skole, men deltok ikke i skolefritidsordningen. Han var aktiv i idrett frem til 12-årsalder, men sluttet da familiens økonomi gjorde det vanskelig å fortsette. På ungdomsskolen ble det avdekket lese- og konsentrasjonsvansker, men han fikk ingen systematisk oppfølging, da det ble vurdert at problemene handlet om manglende interesse. Uten tilpasset støtte fikk han aldri mulighet til å kompensere for vanskene, noe som senere påvirket både lærlingetid og arbeidsliv.

Fra 17-årsalderen begynte Oskar å oppsøke fastlegen jevnlig. Han var engstelig, deprimert, overvektig og hadde smerter i hæl og rygg, noe som gjorde det vanskelig å fullføre tømmerlæringsperioden. Han ble henvist til spesialister innen ortopedi, nevrologi, psykologi og smertebehandling, men ingen fant tydelige medisinske forklaringer. Han ble operert i hælene, diagnostisert med angst, somatiseringslidelse og gjentatte depressive episoder.

Systemet rundt ham var fragmentert uten reell samhandling mellom distriktpspsykiatrisk senter, smerteklinikk og fastlege.

Da Oskar var 21 år mistet han lærlingplassen. Han tok opp et forbrukslån som han ikke klarte å betjene, og onkelen som sto som kausjonist, fikk økonomiske problemer. Forholdet til familien brøt sammen, og Oskar kuttet kontakten både med familie og venner. Han kjente på økende mistillit til omgivelsene.

Erfaringene med omsorgssvikt og et fragmentert hjelpeapparat satte dype spor i hans relasjoner – også til dem som oppriktig ønsket å støtte ham.

Nav forsøkte å hjelpe, men Oskar hadde problemer med å nyttiggjøre seg hjelpen. Systemet var byråkratisk og digitalisert, og det var krevende å navigere i for en som strevde med lesevansker og mistillit. I stedet for individuelt tilpassede tiltak ble han gradvis skjøvet over på passive ytelser, noe som svekket motivasjonen og mestringsfølelsen. Fastlegen opplevde at han snakket overfladisk om problemene, og funksjonsnivået hans var lavere enn diagnosene alene kunne tilsi. Etter ett år med sykmelding gikk Oskar over på arbeidsavklaringspenger, og da denne perioden nærmet seg slutten, forsvant han fra både Nav og fastlegens synsfelt. Etter flere forsøk på å oppnå kontakt ble det klart at han hadde flyttet til en annen landsdel. Ingen visste om han var i jobb eller hvordan han hadde det.

Når helseproblemer og systemsvakheter forsterker hverandre

Oskars oppvekst er verken ekstrem eller unik – og nettopp derfor er historien relevant. Tall fra Statistisk sentralbyrå viser at 16 % av unge mellom 20 og 29 år sto utenfor både arbeid og utdanning ved utgangen av 2023, og antallet unge uføre er doblet siden 2010 (10). En lignende utvikling ser vi i våre nordiske naboland.

Forskning viser at vanskelige barndomsopplevelser er tett knyttet til en rekke alvorlige helseplager som hjerte- og karsykdommer, metabolske lidelser, autoimmune sykdommer, søvnforstyrrelser, angst og også økt dødelighet (11). Dette kan forstås gjennom begrepet *allostatisk overbelastning*: Kronisk stress på grunn av utrygghet, økonomiske vansker, omsorgssvikt og sosiale belastninger setter kroppen under konstant trykk, og over tid slites de hormonelle, immunologiske og metabolske reguleringsystemene ut. På denne måten blir sosiale og strukturelle utfordringer «biologisk» manifestert og øker risikoen for at unge mennesker, som Oskar, utvikler alvorlige helseproblemer senere i livet.

Parallelt med dette ser vi ofte sosiale konsekvenser, som økt frafall fra skole og studier, lav arbeidstilknytning, relasjonelle vansker, svekket demokratisk deltakelse og i enkelte tilfeller økt risiko for radikaliserings (12–14).

Dette samspillet mellom negative livserfaringer, utenforskap og uhelse får stadig større oppmerksomhet blant interesseorganisasjoner, forskere og politikere, og er aktuelt blant annet ved høyt sykefravær og ung kriminalitet.

En gjennomgang av nordisk forskning viser at skreddersydde tiltak med tett oppfølging er mest effektivt for unge i risiko for å falle utenfor skole og arbeidsliv (15). Flere norske initiativer bygger på dette, med tverrfaglig samarbeid, individuell oppfølging og helhetlig innsats mellom helsevesen, Nav, utdanning og arbeidsliv. Tiltakene styrker arbeidsevne, mestring og deltakelse, men omfang og varighet på slike tiltak er ofte begrenset.

Flere rapporter peker på manglende samhandling som en gjennomgående svakhet i det norske velferdssystemet. Fragmenterte tjenester, manglende koordinering og utilstrekkelige strukturelle tiltak bidrar til vedvarende helseulikheter. Både barn og familier med lav inntekt rammes, og mange får ikke nødvendig samordnet hjelp, noe som viderefører barnefattigdom og sosial ulikhet. Sosial ulikhet i helse har i liten grad blitt redusert det siste tiåret, særlig blant barn og unge, og politikk og tiltak vektlegger i for liten grad de strukturelle driverne. Flere analyser fremhever behovet for *et felles begrepsapparat for tydelig retning på tvers av sektorer* (1619).

Fra individforklaring til strukturell innsikt

Hvordan skulle vi møtt Oskar innenfor en syndemisk forståelsesramme? Det er selvfølgelig ikke et entydig svar på dette. En integrert tilnærming på tvers av fag og nivå kan se veldig ulik ut. Det er perspektivet – og kanskje holdningen – som er det viktigste, og som gir retning for arbeidet og de ulike tiltakene.

En integrert tilnærming ville kanskje gjort det mulig å utvikle en mer sensitiv, forebyggende strategi der de tidlige advarselstegnene raskere ble fanget opp, og der en unngikk å fokusere for mye på enkeltsituasjoner på bekostning av systemutfordringer. Dette kunne ført til mer insisterende og målrettede tiltak for den marginaliserte familien.

I Oskars tilfelle ville det innebære at skole, Nav og helsevesen ikke tok utfordringene hans for gitt, men stilte spørsmål ved de strukturelle årsakene.

I stedet for å stemple ham som «uinteressert» kunne skolen ha undersøkt om hans manglende konsentrasjon skyldtes en konstant belastning som gjorde læring vanskelig. Fastlegen og Nav kunne sett konturene av en negativ spiral mellom foreldrenes kroniske sykdommer, økonomi og ustabil bolig, og hvordan barna arvet både utfordringene og handlingsmønstrene. De kunne hjulpet dem med å få husbanklån, avlastning til datteren, og med økonomisk støtte for å holde Oskar i idretten. Senere i livet kunne Nav tilbudt mer tilpassede tiltak i stedet for passive ytelser. Fastlegen kunne

vurdert somatiseringen i sammenheng med hele livshistorien, og i større grad samarbeidet med andre instanser fremfor å rette oppmerksomheten isolert på de ulike plagene.

Oskars historie – og tilsvarende pasientforløp – fremstår som individuelle og unike, men mønstrene er ofte like: helseproblemer, utenforskap og lav skole- eller arbeidstilknytning som springer ut av og forsterkes av samfunnets normer, maktforhold og institusjonelle praksiser. Biologiske, sosiale og strukturelle faktorer samvirker på måter som skaper en tydelig syndemisk dynamikk: Én sårbarhet forsterker den neste, og manglende koordinering i helse- og velferdssystemet gjør at sårbare personer får mindre effektive tiltak.

Eierskap til egen livshistorie og følelsen av verdi

Søkelys på syndemiske strukturer alene er ikke tilstrekkelig sett fra et behandlerperspektiv. Vi trenger også mer individorienterte rammer, slik vi finner i narrativ medisin, som vektlegger pasientens livshistorie og erfaringer og dermed gir et mer helhetlig bilde av personen (20). Et sentralt begrep er *narrativitet* – evnen til å skape en sammenhengende og meningsfull livshistorie.

Eierskap til egen historie og liv er en stadig større samfunnsutfordring. Mange pasienter strever med slitenhet, meningsløshet og vansker med å forstå årsakene til egne problemer. Ofte har de lav egenmotivasjon og søker forklaringer utenfor seg selv. Mine vurderinger er at disse pasientene i stor grad har tapt følelsen av å bety noe og ha innflytelse og verdi. Samtidig vet vi at alle har et grunnleggende behov for å føle seg verdsatt, både som individ og samfunnsborger. Det innebærer at man opplever seg respektert og inkludert i sosiale fellesskap, og at man bidrar aktivt og opplever at ens handlinger har positiv effekt på omgivelsene. I sosiologien er dette kjent som *mattering* (21). Når manglende opplevelse av *mattering* etablerer mønstre som går igjen hos mange, slik jeg ser i møte med mine pasienter, må vi ikke bare lete etter svar hos individet, men også stille spørsmål ved hvilke strukturer og samfunnsforhold som gjør det vanskelig å oppleve at man betyr noe for noen. Min vurdering er at de som er fanget i en syndemisk spiral, er mer utsatt for å føle at de har liten betydning og verdi.

Hvis Oskar hadde fått hjelp til å skape en sammenhengende og meningsfull livshistorie, kunne han bedre ha forstått hvordan omsorgssvikt, vold og økonomiske utfordringer har påvirket hans personlighet, valg og helse. Resultatet kunne blitt en mer empatisk og tilpasset behandling. Oskar ville fått et bedre grunnlag for å eie sin egen historie og med det lagt grunnlaget for en bedre selvfølelse og tro på egen verdi. Dette kunne igjen bidratt til

at han fant motivasjon til å bryte negative mønstre og kunne utviklet mer konstruktive løsninger på egne utfordringer.

Mot et nytt språk for helhetlig praksis

Møtet med mennesker med store og sammensatte hjelpebehov, sett gjennom et *syndemisk perspektiv*, kan avdekke hvordan strukturelle, sosiale, biologiske og psykologiske faktorer samvirker og forsterker sårbarhet og ulikhet – ofte usynlig, men med konkrete konsekvenser.

Målet med artikkelen er å gi språk til en virkelighet mange møter i arbeidet med utsatte grupper. Dette språket rommer både strukturelle betingelser og individuelle erfaringer og kan bygge bro mellom fagfelt og forvaltningsnivåer.

Refleksjonene springer ut fra egen praksis, med håp om å stimulere til samtale og videre utvikling. Forståelsen av syndemiske sammenhenger mellom utenforskap, sykdom og økonomisk utrygghet åpner for helhetlige og treffsikre tiltak – både i behandling og forebygging. Ambisjonen er ikke å presentere ferdige løsninger, men å gi et perspektiv som tydeliggjør det vi ofte overser, og som inviterer til diskusjon om hvordan samfunnet kan handle klokere og mer sammenhengende.

Når mange rammes på lignende måter, må vi løfte blikket fra enkelt-skjebner og erkjenne at marginaliserte menneskers komplekse livssituasjon henger sammen med sosiale og strukturelle mekanismer som opprettholder urettferdighet. Samtidig må vi erkjenne at kompleksitet ikke er et hinder for handling, men en forutsetning for nye og kloke løsninger.

Litteratur

1. Singer M. A dose of drugs, a touch of violence, a case of AIDS: conceptualizing the SAVA syndemic. *Free Inquiry in Creative Sociology* 1996; 24: 99–110.
2. Singer M, Clair S. Syndemics and public health: reconceptualizing disease in bio-social context. *Medical Anthropology Quarterly* 2003; 17: 423–441. doi: 10.1525/maq.2003.17.4.423
3. Singer M, Bulled N, Ostrach B et al. Syndemics and the biosocial conception of health. *Lancet* 2017; 389: 941–950. doi: 10.1016/S0140-6736(17)30003-X
4. Diderichsen F, Andersen I. The syndemics of diabetes and depression in Brazil – an epidemiological analysis. *SSM Population Health* 2019; 7: 100222. doi: 10.1016/j.ssmph.2018.11.002
5. Mendenhall E. *Syndemic suffering: social distress, depression, and diabetes among Mexican immigrant women*. Walnut Creek, CA: Left Coast Press, 2012.
6. Horton R. Offline: COVID-19 is not a pandemic. *Lancet* 2020; 396: 874. doi: 10.1016/S0140-6736(20)32000-6

7. Folkehelseinstituttet. *Dødelighet i Norge under koronapandemien 2020 til høsten 2022*. Oslo: Folkehelseinstituttet, 2022. www.fhi.no/publ/2022/Dodelighet-under-pandemien (7.8.2025)
8. Foucault M. *Overvåkning og straff: det moderne fengsels historie*. Oslo: Gyldendal, 1977.
9. Bourdieu P. *Language and symbolic power*. Cambridge, MA: Harvard University Press, 1991.
10. Statistisk sentralbyrå. *Unge utenfor arbeid, utdanning eller opplæring (NEET)*. Oslo: Statistisk sentralbyrå, 9. juni 2025. <https://www.ssb.no/arbeid-og-lonn/sysselsetting/statistikk/tilknytning-til-arbeid-utdanning-og-velferdsordninger> (30.11.2025)
11. Tomasdottir MO, Sigurdsson JA, Petursson H et al. Self reported childhood difficulties, adult multimorbidity and allostatic load: a cross-sectional analysis of the Norwegian HUNT study. *PLoS One* 2015; 10: e0130591. doi:10.1371/journal.pone.0130591
12. Rod NH, Bengtsson J, Budtz Jørgensen E et al. Trajectories of childhood adversity and mortality in early adulthood: a population based cohort study. *Lancet* 2020; 396: 489–497.
13. Kirkengen AL, Næss AB. *Hvordan krenkede barn blir syke voksne*. 4. utg. Oslo: Universitetsforlaget; 2021. <https://www.nb.no/items/9e43f6c2d58fdbddc6ea48bb284ab5f8?page=0> (9.6.2025)
14. Getz L, Mjølstad BP. Livserfaringer, helse og sykdom. I: Hunsbår S, red. *Allmennmedisin*. 4. utg. Oslo: Gyldendal; 2023: 131–140.
15. Frøyland K, Ballo JG, Leseth A et al. *Inkludering av unge i skole, arbeid og samfunn – en sammenstilling av kunnskap fra nordisk forskning*. AFI-rapport 2022:02. <https://nva.sikt.no/registration/0198cc7b6931-5b8f93b5-504a-46c4-b526-90a3af58a6be> (1.12.2025)
16. Meld. St. 32 (2020–2021). *Ingen utenfor – En helhetlig politikk for å inkludere flere i arbeids- og samfunnsliv*. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-32-20202021/id2856870> (9.6.2025)
17. Goldblatt P, Castedo A, Allen J et al. *Rapid review of inequalities in health and wellbeing in Norway since 2014*. Report 3/2023. London: Institute of Health Equity; 2023. <https://www.instituteofhealthequity.org/resources-reports/rapid-review-of-inequalities-in-health-and-wellbeing-in-norway-since-2014> (9.6.2025)
18. Ådnanes M, Westby LC, Kaspersen SL et al. *Helsehjelp til barn i barnevernet – behov, barrierer og helsetjenestebruk*. SINTEF Digital; 2024. <https://nva.sikt.no/registration/0198cc8f2f29-2b527438-0439-48a7-a469-ad9dabc51189> (1.12.2025)
19. Hemler ME. Child welfare inequalities in an egalitarian nation: a Norwegian cohort study. *Children and Youth Services Review* 2025; 175: 108372. doi: 10.1016/j.child-youth.2025.108372
20. Charon R. Narrative medicine: a model for empathy, reflection, profession, and trust. *JAMA* 2001; 286: 1897–1902. doi: 10.1001/jama.286.15.1897
21. Prilleltensky I. Mattering at the intersection of psychology, philosophy, and politics. *American Journal of Community Psychology* 2020; 65: 16–34. doi: 10.1002/ajcp.12368

Takk til Linn O. Getz og John-Arne Skolbekken for verdifulle bidrag til artikkelen.

*Anne Jølle
anne.jolle@saksviklegekontor.no
Saksvik legekantor
Saxe Viks vei 4
7562 Saksvik*

Anne Jølle er spesialist i allmennmedisin, ph.d., fastlege, flyktninglege og forsker tilknyttet Allmennmedisinsk forskningsenhet, Institutt for samfunnsmedisin og sykepleie, Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet. Artikkelen er fagfellevurdert.

Demens og dødshjelp

Michael 2026; 23: 36-43

doi: 10.56175/michael.13075

I den pågående norske debatten om eventuell legalisering av dødshjelp er det ett tema som så å si er fraværende: dødshjelp til personer med demens. Dette er kanskje ikke overraskende ettersom temaet er særlig problematisk både klinisk og etisk. I denne artikkelen drøfter vi komplekse aspekter ved slik dødshjelp, basert på utvalgt nyere forskning i Nederland og i Québec, Canada.

Eldreølgen er over oss – med stadig flere som lever lenger og med multiple og kompliserte sykdommer. Demens er en av disse sykdommene, og også her til lands står vi overfor en forutsett dramatisk økt insidens: «Om lag 101 000 personer lever med demens i Norge i dag, og det forventes mer enn en dobling innen år 2050 på grunn av økende antall eldre» (1).

Dødshjelp til demenslidende er eksisterende praksis: Den nederlandske dødshjelploven av 2002 har en egen paragraf om livstestament, «written declaration» (2), også kjent som «advance directive». Québec (men ikke resten av Canada) tillater også dødshjelp basert på «advance request» etter at loven fra 2015 ble endret i 2024 (3).

Noen har hevdet at det kan finnes en moralsk plikt til å etablere denne typen livstestament mens man ennå er ved sine fulle fem. En eventuell slik plikt begrunnes med at dødshjelp til personer med demens kan spare staten for store og økende helseutgifter, og at pårørende slipper å bli belastet med den demenssykes fortsatte eksistens – psykologisk, praktisk og økonomisk (4).

Eutanasi og assistert selvmord

Dødshjelp – internasjonalt *assisted dying* (5) – er en fellesbetegnelse for to ulike handlinger:

Eutanasi: En lege eller sykepleiers injeksjon av dødbringende medikamenter etter en kompetent pasients frivillige forespørsel.

Assistert selvmord: Pasienten får utskrevet en dødelig dose medikamenter av sin lege eller av annet helsepersonell, og tar disse selv (6).

I Québec kan enten en lege eller «a specialized nurse practitioner» utføre dødshjelp (7). I Nederland er det bare tillatt for leger (8).

Livstestament-basert dødshjelp i Nederland og i Québec, Canada

Følgende er den nederlandske lovens hovedkriterier:

CHAPTER II. DUE CARE CRITERIA ... the attending physician must: (a) be satisfied that the patient has made a voluntary and carefully considered request; (b) be satisfied that the patient's suffering was unbearable, and that there was no prospect of improvement; ... (d) have come to the conclusion, together with the patient, that there is no reasonable alternative in the light of the patient's situation; (e) have consulted at least one other, independent physician, who must have seen the patient and given a written opinion on the due care criteria referred to in (a) to (d) above; ... (2)

Med «reasonable alternative», det vil si behandling i stedet for dødshjelp, menes altså både sett fra pasientens og legenes perspektiv. Dersom en samtykkekompetent demenssyk fremsetter en skriftlig forespørsel om fremtidig eutanasi når vedkommende «is no longer capable of expressing his will», slår loven fast at nevnte «due care criteria ... shall apply *mutatis mutandis*» (2), det vil si at det tas høyde for de forskjeller som nødvendigvis gjør seg gjeldende i en slik fremtidig situasjon.

Som ved dødshjelp for øvrig er ikke leger i Nederland rettslig pålagt å innvilge forespørselen (8). De står fritt. Samme frihet gjelder i Québec (3). Rundt 60 % av alle med demens har Alzheimers sykdom (9), som nevnes spesifikt i Québec-loven: «An advance request for medical aid in dying is made by a person who has been diagnosed with a serious and incurable illness leading to incapacity (for example, Alzheimer's disease)» (3).

Demens og spørsmålet om livskvalitet og lidelse

Felles for alle fire hovedformer av demens (9) er kronisk, progressiv degenerering av hjernen. Vanlige symptomer inkluderer hukommelsestap, språk- og orienteringsvansker og tidvis personlighetsendringer, nedsatt motorfunksjon og depresjon. Etter hvert vil den formelle samtykkekompetansen minke eller forsvinne. I media fremstilles demens ofte som en tragisk skjebne både for pasienten selv og for de pårørende, og sykdommen har til og med blitt omtalt som en form for «død-i-livet» (10).

Det er ikke uvanlig å tenke at selve personen er i ferd med å gå tapt når hverken livshistorien eller minner gjenstår (i koherent form), og fysisk autonomi og kognitive evner svinner hen. Demens fremstår dermed som lidelsesfullt nettopp på grunn av de tapene tilstanden innebærer, i tillegg til at pasienten kan oppleve uro, forvirring og angst. Dessuten anses det i vår kultur som uverdig å bli gradvis mer og mer pleietrengende.

Legers (u)villighet til å utføre eutanasi ved demens

Når den demenslidende har mistet sin samtykkekompetanse, melder særlig følgende spørsmål seg: Hvordan kan man avgjøre hvorvidt pasientens nåværende lidelse er utålelig/uutholdelig, slik loven krever både i Nederland og Québec? (2, 3). Det foreligger foreløpig ikke publisert forskning på utført livstestament-basert eutanasi i Québec etter lovendringen i 2024 (3). Men det har vært påpekt i nederlandsk forskning at leger strever med å tolke lovens «due care criteria»-rammeverk ved avansert demens (11). I Nederland er det allmennleger som oftest utfører dødshjelp. En studie fant at hele 82,4 % av dem mener det er vanskelig å vurdere om en demenssyk som ikke lenger er samtykkekompetent, oppfyller lovens krav (12).

En annen studie dokumenterer at ingen (0 %) av legene som stod nærmest pasientene, *elderly care physicians*, ga eutanasi i henhold til livstestament (13). Som mulig forklaring på denne uviljen fremsetter forskerne at disse legene arbeider med helhetlig omsorg til eldre pasienter i langtidspleie, «as opposed to concentrating solely on» dødshjelp (13).

Elderly care physicians ble sammenlignet med to andre legegrupper. Den første gruppen er leger som tilhører Support and Consultation Euthanasia in the Netherlands (SCEN), et nettverk med spesialutdannede som vurderer eutanasioforespørsler og hjelper leger å fatte beslutninger når de får slike forespørsler (13). Den andre gruppen besto av *euthanasia expertise center physicians* (13). Sistnevnte utgjør et nettverk av mobile team som oppsøker pasienten der vedkommende befinner seg, og utfører dødshjelp der, det være seg i hjemmet eller på helseinstitusjon (14). Noen ganger skjer dette når pasientens egen lege – som ikke nødvendigvis er mot dødshjelp – er uvillig til å etterkomme pasientens forespørsel. Det kan skyldes at legen mener at et essensielt lovkrav ikke er oppfylt (14). Det later dermed til at *euthanasia expertise center physicians* tidvis har en mer liberal tolkning av lovteksten. I disse to legegruppene var fordelingen av utført livstestament-basert eutanasi henholdsvis 2 % og 23 % (13).

Pasienters og pårørendes perspektiv – og legens rolle

En kvalitativ intervjustudie blant syv nederlandske demenspasienter som hadde et ønske om eutanasi – alle samtykkekompetente på intervjustidspunktene – gir et unikt innblikk i deres tenkning og følelser (15). Nærmeste pårørende er også intervjuet, slik at familiedynamikken trer frem.

Av de mange tankevekkende funnene vil vi trekke frem noen som er spesielt interessante: «Most respondents feared losing their identity or control over who they are in the eyes of others. They described a fear of being or becoming a physical or mental burden to their spouse or child(ren) and the negative impact this will have on their well-being» (15).

Bekymringen for å belaste pårørende har også en skjult og problematisk bakside, ifølge denne kvalitative intervjustudien: Demenslidende føler at de løfter en byrde fra familien når de etablerer livstestament for eutanasi, men er muligens ikke klar over at deres dødsønske samtidig utgjør en byrde (15). Forskerne oppfatter også at det forelå en stilltiende, gjensidig enighet om at pårørende ikke hadde noe med å blande seg inn. De forventes tvert imot «to respect and agree with and support the euthanasia wish», og ingen familiemedlemmer «questioned their loved one's euthanasia request or opposed it firmly» (15).

Det fremkommer også at pasientene anser rollen til behandlende lege som mindre relevant enn den rollen ektefelle eller barn har når det gjelder pasientens liv og verdier (15).

Legen må altså etter den nederlandske dødshjelploven konsultere minst én uavhengig lege, og begge må forsikre seg om at pasientens eutanasi forespørsel er frivillig og veloverveid (2). Myndighetenes utdypning av loven på dette punktet er at forespørselen må fremmes uten utilbørlig påvirkning (8). Slik påvirkning har vært beskrevet i juridisk litteratur som: «undue influence generally involves subtle manipulation and control tactics» (16). I samme gate krever Québec-loven at en forhåndsforespørsel må være frem satt «in a free and informed manner, meaning that the request is not being made as a result of external pressure» (3).

I de tilfellene personer med demens holder legen på armlengdes avstand, som dokumentert i artikkelen (15), må man anta at det er spesielt vanskelig for legen å utelukke at pårørende på ulike vis, inkludert utilbørlig, presser den demenssyke – men fortsatt kompetente – til å etablere livstestament for eutanasi. Dessuten er det en utbredt bekymring blant motstandere av dødshjelp, men også blant noen tilhengere, at pasienter kan føle et forventningspress fra omgivelsene om å «tre av» før tiden dersom dødshjelp legaliseres – før de dør av at sykdommen innhenter dem.

Men det finnes også røster som hevder at det er positivt om demenslidende føler seg presset til å be om dødshjelp. Et eksempel på dette er den innflytelsesrike engelske moralfilosofen Mary Warnock, som også var politisk aktiv som medlem av House of Lords (4).

Avsluttende bemerkninger

Toneangivende aktører på prosiden i Norge, inkludert flere leger, tok like før stortingsvalget i 2025 til orde for en norsk utredning om dødshjelp (17). Oppropet omtaler ikke demens. Ei heller nevnes særdeles utfordrende problemstillinger i andre enden av livet, to praksiser som er regulert ved lov i Nederland: medisinske drap på nyfødte (18) og på barn mellom ett og tolv år (19). Oppropet ignorerer også det kompliserte spørsmålet om dødshjelp til pasienter med psykiatrisk lidelse, noe som er praksis i henhold til nederlandsk lov (2). Dette er usedvanlig komplekse tematikker som en eventuell utredning vil måtte forholde seg til dersom den skal kunne utgjøre et velfundert vitenskapelig, klinisk og etisk beslutningsgrunnlag for Stortinget.

En studie i Vancouver i Canada fant at 64 % av *dementia care clinicians* mener at livstestament-basert dødshjelp bør bli lovlig (20). Imidlertid er det påfallende at hele «96 % of respondents articulated barriers and concerns, including determination of capacity, protecting the interests of the future individual, navigating conflict among stakeholders, and identifying coercion» (20).

Seks år før livstestament-basert dødshjelp ble legalt i 2024 i Québec (3) gjennomførte man en kvalitativ studie med semistrukturerte intervjuer. Åtte pasienter fra provinsen deltok, og alle hadde «early-stage Alzheimer's disease». Alle deltakerne var positive til en eventuell lovendring, og samtlige sa at de ville benytte seg av muligheten om den kom (21). En av hovedgrunnene var hensynet til pårørende; deres kjære skulle slippe å lide ved den demenssykes fortsatte eksistens.

Kvalitativ forskning fra Nederland viser videre at demenslidende er svært vare for hvordan de oppfattes av dem de er i kontakt med. En intervjustudie med demenssyke fant at «de andres blikk», i bokstavelig og overført betydning, har svært stor innflytelse på selvbildet til personer med demens (22). Dette kan også påvirke pasientenes avgjørelser omkring livstestament-basert eutanasi: Det er kjent at demenssyke kan oppleve skam. Skam er noe man gjerne føler i andres påsyn. Dermed kan skammen som er forbundet med avansert demens gi næring til ønsket om å velge døden, noe som potensielt kan forverre den negative oppfatningen av å leve med tilstanden (22). Når det gjelder andres innflytelse, fremhever en nederlandsk etnogra-

fisk studie at det å be om eutanasi ved demens ikke er en individuell avgjørelse, men resultatet av en kompleks sosial og kollektiv prosess som involverer personen med demens, familiemedlemmer, venner og helsepersonell (23).

Kunnskapsgrunnlaget til en eventuell norsk utredning må inkludere slike forskningsresultater. Dessuten bør tilsvarende forskning gjennomføres her til lands.

Litteratur

1. Folkehelseinstituttet. *Folkehelse rapporten: demens*. <https://www.fhi.no/he/fr/folkehelse rapporten/ikke-smittsomme/demens/?term=> (10.12.2025)
2. Netherlands. Termination of Life on Request and Assisted Suicide (Review Procedures) Act, 2002. <https://publications.parliament.uk/pa/ld200405/ldselect/ldasdy/86/4121603.htm> (10.12.2025)
3. Gouvernement du Québec. *Advance request for medical aid in dying*. <https://www.quebec.ca/en/health/health-system-and-services/end-of-life-care/medical-aid-in-dying/advance-request-medical-aid-dying> (10.12.2025)
4. Materstvedt LJ. Mary Warnock (1924–2019) om ‘en plikt til å dø’: En begreps- og argumentasjonsanalyse. *Norsk filosofisk tidsskrift* 2025; 60: 1–2: 4–17. <https://www.scup.com/doi/10.18261/nft.60.1-2.2> (10.12.2025)
5. Materstvedt LJ. Ethical issues in physician aid-in-dying. Kap. 19.6. I: Cherny N, Fallon M, Kaasa S et al, red. *Oxford Textbook of Palliative Medicine*. 6. utgave. Oxford: Oxford University Press, 2021: 1161–1169.
6. Materstvedt LJ. *Dødshjelp – begreper, definisjoner, lover, klinikk og etikk*. Bergen: Fagbokforlaget, 2022.
7. Gouvernement du Québec. *About medical aid in dying*. <https://www.quebec.ca/en/health/health-system-and-services/end-of-life-care/medical-aid-in-dying/description> (10.12.2025)
8. Government of the Netherlands. *Is euthanasia legal in the Netherlands?* <https://www.government.nl/topics/euthanasia/is-euthanasia-allowed> (10.12.2025)
9. Nasjonalforeningen for folkehelsen. *Ulike typer demens*. <https://nasjonalforeningen.no/demens/ulike-typer-demens/> (10.12.2025)
10. Kaufman SR. Dementia-near-death and “life itself”. Kap. 1. I: Leibing A, Cohen L, red. *Thinking About Dementia. Culture, Loss, and the Anthropology of Senility*. Rutgers, N.J.: Rutgers University Press, 2006: 23–42.
11. de Boer ME, Coers DO, Sizoo EM et al. Seeking consensus on dilemmas related to euthanasia in dementia based on an advance directive: a Delphi study from a medical, ethical and legal perspective. *Journal of Medical Ethics* 2025; 51: e110276. doi: [10.1136/jme-2024-110276](https://doi.org/10.1136/jme-2024-110276) (10.12.2025)
12. Schuurmans J, Crol C, Chabot B et al. Euthanasia in advanced dementia; the view of the general practitioners in the Netherlands on a vignette case along the juridical and ethical dispute. *BMC Family Practice* 2021; 22: 232. <https://bmcpriamcare.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12875-021-01580-z> (10.12.2025)

13. Coers DO, Sizoo EM, Bloemen M et al. Navigating dilemmas on advance euthanasia directives of patients with advanced dementia. *Journal of the American Medical Directors Association* 2024; 105300. doi: [10.1016/j.jamda.2024.105300](https://doi.org/10.1016/j.jamda.2024.105300) (10.12.2025)
14. Boer TA. Erfarenheter från femtio år med dödshjälp i Nederländerna. Kap. 13. I: Horn MA, Kleiven DJH, Magelssen M, red. *Dødshjelp i Norden? Etikk, klinikk og politikk*. Oslo: Cappelen Damm Akademisk, 2020: 251–273. <https://cdforskning.no/cdf/catalog/book/96> (10.12.2025)
15. Scheeres-Feitsma TM, Schaafsma P, van der Steen JT. A family affair: Repeated interviews with people with dementia and a euthanasia wish and their families. *Death Studies* 2025; 49: 1012–1022. doi: [0.1080/07481187.2024.2376819](https://doi.org/10.1080/07481187.2024.2376819) (10.12.2025)
16. Keystone Law Group. *What it means to be under duress: undue influence vs. duress*. July 29, 2025. <https://keystone-law.com/what-it-means-to-be-under-duress-undue-influence-vs-duress> (10.12.2025)
17. Blomkvist AW, Fragell L, Gamlund E et al. Dødshjelp må utredes nå! VG 2.9.2025. <https://www.vg.no/nyheter/i/Xjr17m/opprop-dødshjelp-maa-utredes-naa> (10.12.2025)
18. Government of the Netherlands. *Termination of life newborn infants and late-term abortion*. <https://www.government.nl/topics/euthanasia/late-term-abortion-and-termination-of-life-newborn-infants> (10.12.2025)
19. Government of the Netherlands. *Termination of life for terminally ill children aged 1 to 12*. <https://www.government.nl/topics/euthanasia/termination-of-life-for-terminally-ill-children-aged-1-to-12> (10.12.2025)
20. Nakanishi A, Cuthbertson L, Chase J. Advance requests for medical assistance in dying in dementia: a survey study of dementia care specialists. *Canadian Geriatrics Journal* 2021; 24: 82–95. <https://cgjonline.ca/index.php/cgj/article/view/496> (10.12.2025)
21. Thériault V, Guay D, Bravo G. Extending medical aid in dying to incompetent patients: a qualitative descriptive study of the attitudes of people living with Alzheimer's disease in Quebec. *Canadian Journal of Bioethics* 2021; 4: 69–77. <https://cjb-rcb.ca/index.php/cjb-rcb/article/view/379> (10.12.2025)
22. van Wijngaarden E, Alma M, The A-M. 'The eyes of others' are what really matters: The experience of living with dementia from an insider perspective. *PLoS ONE* 2019; 14: 1–23. <https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0214724> (10.12.2025)
23. Dekker NL. Anticipating an unwanted future: euthanasia and dementia in the Netherlands. *Journal of the Royal Anthropological Institute* 2020; 27: 815–831. <https://raai.onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/1467-9655.13429> (10.12.2025)

Lars Johan Materstvedt
 lars.johan@materstvedt.net
 Trøavegen 1 D
 7046 Trondheim

Lars Johan Materstvedt er dr.art. og professor emeritus i filosofi og medisinsk etikk, Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet (NTNU). Han er

*tidligere leder av The Ethics Task Force on Palliative Care and Euthanasia,
European Association for Palliative Care (EAPC).*

*Gitte Hanssen Koksvik
gitte.koksvik@ntnu.no
Institutt for geografi og sosialantropologi
NTNU
Postboks 8900
Torgarden
7491 Trondheim*

*Gitte Hanssen Koksvik er MA i filosofi og ph.d. i sosialantropologi. Hun er
førsteamanuensis ved Institutt for geografi og sosialantropologi, Norges
teknisk-naturvitenskapelige universitet (NTNU).*

Doktor Claude Lillingston – ein ambassadør for norsk medisin

Michael 2026; 23: 44-56

doi: 10.56175/michael.13076

Oppvaksen veglaust i Sunnfjord drog Claude Lillingston (1881–1961) på tampen av 1800-talet til medisinstudium i Cambridge. Kvar han kom, som sanatorielege eller i ein verdsomspennande organisasjon, arbeidde han iherdig for å løfte fram kjennskapen til norsk medisin i utlandet.

I norsk medisinske historie leitar ein fäfengt etter namnet hans.

Eg fekk først høyre om Claude Lillingston (1881–1961) då eg kom til Fjaler i 1980. Folk flest i bygda kjende til «doktor Claude» og at han ein gong hadde hatt ei høg stilling i Paris.

Kjeldematerialet eg etter kvart fekk samla inn, gav ikkje svar på alle spørsmål. Men det skulle vere nok til å gje ei nokolunde samanhengande livssoge og bilde av mannen og innsyn i nokre medisinske tema i samtida hans.

Vaksen opp i to kulturar, engelsk og norsk, og med erfaring frå eigen sjukdom vart han føregangsmann for ein ny behandlingsmetode for tuberkulose i England. Kjennskap til denne metoden bar han med seg frå Noreg. Seinare heldt han fram med å formidle til engelskspråklege legar mangt han fann som nyvinningar og god praksis hos norske kollegaer – som lege i England, i administrativ stilling i Paris og med engasjerte innlegg i engelske fagtidsskrift etter heimkomsten til Sunnfjord.

Hovudformålet med artikkelen er å få fram dette store arbeidet Claude Lillingston la ned i formidling av norsk og skandinavisk medisinsk kunnskap til legar i utlandet.

I ein biografisk tekst som denne vil ein del av kjeldene liggje andre stader enn i vitskapleg litteratur. Men avgjerande deler av dokumentasjonen er henta frå medisinske tidsskrift – norske og engelskspråklege.

Direkte sitat frå tekstar av og om hovudpersonen har fått ei berande rolle i denne framstillinga.

Oppvekst i Sunnfjord

Claude Lillingston vart fødd 29. april 1881 på garden Tysse i noverande Fjaler kommune og Vestland fylke. Familien var engelsk og skilde seg sterkt ut frå bygdefolket elles i ei bygd med mest berre småbønder.

Faren, Claude Augustus Lillingston (1836–1905), var teolog, men praktiserte ikkje som prest. Han var av velstående familie og saman med kona hadde han reist frå Ipswich til Bergen i 1866. Det er sagt at grunnen var intern strid i den anglikanske kyrkja og minkande familieformue (1). Etter åtte år i Bergen som tilsett ved eit større handelshus, flytta han med familien til eit meir landleg liv og bokstudiar ved Dalsfjorden i Sunnfjord. Etter ei tid der kjøpte han sorenskrivargarden Tysse og herskapshuset etter den avlidne sorenskrivaren Niels Landmark (1775–1859) (1). Her voks Claude opp som tiandemann av elleve søsken (2). Garden vart driven av ein paktar-familie (figur 1).



Figur 1. Lillingstonheimen. Sorenskrivarbustad 1808–1858. Seinare budde distriktslegen i Ytre Sunnfjord her i 9–10 år før Lillingston flytta inn i 1884. Dei siste Lillingston-søskena testamenterte huset til kommunen og garden til paktarfamilien. Fortidsminneforeningen har vore eigar av huset siste åra. Det har blitt nytta til ulike kulturarrangement og i periodar vore ope for publikum. Foto: OJ Kjørstad

Borna fekk undervisning i heimen, først av engelske guvernanter så av norske huslærarar. Vidare underviste faren sønene like opp mot universitetsstudium (1).

Familien hadde sosial omgang med gardbrukarfamiliane omkring og dei kondisjonerte familiane i kommunesenteret Dale. Faren likte den norske konfirmantundervisninga, så borna gjekk for presten saman med ungdomane i bygda (1).

I heimen var talemålet engelsk, men ute mellom folk tala dei norsk – ikkje bygdemål, men eit tilnærma riksmål. Claude skreiv godt og feilfritt norsk.

England, med norsk intermesso

I 1899 hadde heimeundervisninga på Tysse ført Claude fram til opptak ved medisinstudiet ved universitetet i Cambridge, ved Pembroke College og St. Mary's Hospital (3, 4). *Licentia practicandi* vart oppnådd der i 1906 (3).

Men då, som nyutdanna lege ved fødeavdelinga på St. Mary's, vart framtida hans brått uviss. Han fekk påvist lungetuberkulose (4). Ein ung medisinar av engelsk herkomst, fødd og oppvaksen i Noreg, men med studieår og praksis i velrenommert medisinsk miljø i hjartet av det britiske imperiet, kvar søkte han hjelp?

Han reiste tilbake til Noreg.

Her vart han innlagd på sanatorium, kvar er ukjent. Men han blei ikkje betre. Til slutt vart det utført pneumothorax-behandling, og den hjelpste godt (4). Dette var som kjent ei behandling som fekk den angripne lunga til å klappe saman ved å sleppe luft inn mellom brystvegg og lunge. Mellom folk flest kjent som *blåsing*.

Det synt seg at han hadde ein norsk kjæraste som ofte var hos han på sanatoriet. Dei gifte seg i september 1906 (5). I vigselnotatet frå Uranienborg kirke i Oslo er han oppført med bustad London. Brura var Ingeborg Wiese (1879–1957), dotter av ein tidlegare handelsmann i Osmundvågen ved Sildagapet mot Stadhavet (3).

I 1910 var den unge legen og kona tilbake i England. Han er der omtala i stillingar ved Berkshire and Buckinghamshire Joint Sanatorium, East Anglian Sanatorium og The Mundesley Hospital Tuberculosis Sanatorium (4, 6). Tuberkuloseerfaringa hadde tydeleg verka inn på karrierevegen.

Utbreiing av behandling med kunstig pneumothorax før 1910

I England var pneumothorax forsøksvis prøvd som behandling for lunge-sjukdom tidleg på 1800-talet og i 1880-åra, utan godt resultat (6). I 1882 beskriv italienaren Carlo Forlanini (1847–1918) ein metode for slik terapi

(7). Ved hundreårsskiftet var ein tilsvarende metode prøvd i USA og frå 1905 i Tyskland (6). Dansken Christian Saugmann (1864–1923) forbedra framgangsmåten ved bruk av manometer i 1906 (6).

I *Norges Læger 1800–1908* blir det opplyst at heile tre norske legar skreiv artiklar om pneumothorax-behandling for tuberkulose i 1908 (8, 9).

Kven som behandla Claude Lillingston, veit ein ikkje, men etter inngrepet her i landet sette Lillingston sjølv i gang med pneumothorax-behandling ved Mundeslay Sanatorium i august 1910 (6). At metoden då var lite brukt i England, går fram av eit innlegg Lillingston hadde i *The British Medical Journal (BMJ)* i 1911:

Why is the treatment by artificial pneumothorax not more popular in England? Probably the correct answer is partly to be found in the almost general belief that an artificial pneumothorax and an accidental pneumothorax are similar. The similarity is about as great as that which exists between anaesthesia induced by a skilled anaesthetist and anaesthesia induced by a blow on the head (10).

Han skreiv i åra deretter ofte om metoden både i *BMJ* og *The Lancet* og om korleis ein kunne unngå alvorlege komplikasjonar (11, 12).

I 1914 opplyste Lillingston lesarane av *BMJ* om at det var oppretta ei foreining for studium og fagleg diskusjon om kunstig pneumothorax, *The Artificial Pneumothorax Association*, med eige tidsskrift (13).

Til bruk i denne behandlings hadde han utvikla ei eigen nål, Lillingston-nåla, som blei produsert og nytta internasjonalt (14). Også ei trekasse med fullt utstyr ferdigmontert til inngrepet kom i sal som *Lillingston & Pearson Pneumothorax Apparatus* i 1913 (15) (figur 2). Doktorgraden vart nådd i 1919 (4).

Kvinner som leiarar?

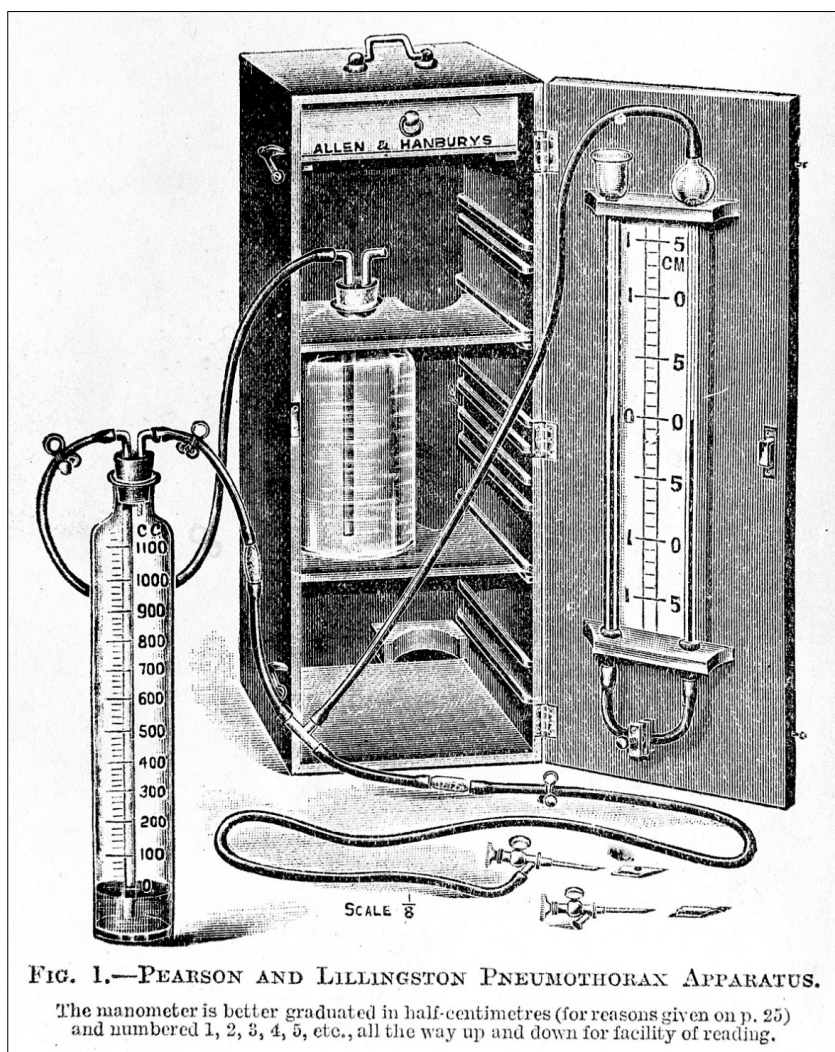
I tillegg til fagleg entusiasme legg Lillingston for dagen eit moderne syn på andre spørsmål. I 1919 svarte han ein Dr. Rivers i eit innlegg i *The Lancet*:

Women Chiefs?

We all know the stenophrenic male, with the mentality of a monkey and the spitefulness of an eunuch. Many of us also know the gifted woman with vision, tact, and administrative genius. If Dr. Rivers finds these types on the medical staff of a municipality, does he suggest promotion of the former at the expense of the latter? (16)

«Hans store interesse for Norge og norske læger»

I 1923 drog den norske legen Harald Wilhelm Widmark Holmboe (1876–1949) frå tuberkulosesanatoriet på Mesnali ved Lillehammer til England for å studere utprøvinga av ein vaksine mot tuberkulose utvikla av den danskfødde Oxford-professoren Georges Dreyer (1873–1934) (17). Utprø-



Figur 2. Teikning frå 1927 (15). Wikimedia Commons file: Lillingston & Pearson Pneumothorax Apparatus. Licence: Creative Commons Attribution 4.0 International

vinga vart avslutta året etter då vaksinen synt seg å ikkje leve opp til forventingane (18). Frå andre halvdel av 1920-talet vart så ei BCG-vaksine, utvikla i Frankrike, prøvd ut her i landet (19). Heimkomen skreiv Holmboe referat frå studiereisa i *Tidsskrift for Den norske lægeforening*, og avslutta slik:

Jeg vil ikke slutte disse linjer uten at tilføie, at uten min gode ven, dr. Lillingston, hadde jeg ikke faat anledning til at komme ind saa let overalt. Han var utrættelig i at føre mig

rundt, og han fik rikelig anledning til at vise, at hans store interesse for Norge og norske leger var den gode gamle. En hjertelig tak for det (17).

Paris

Sommaren 1924 endra mykje seg for Claude Lillingston. Han vart utnemnd som redaktør av *The World's Health*, tidsskriftet til den internasjonale Røde Kors-ligaen i Paris (20). Organisasjonen skifte seinare namn til *Det internasjonale forbundet av Røde Kors- og Røde Halvmåneforeninger* (IFRC).

43-åringen med mein av tuberkulose skal ha vore uroleg for eiga helse då han bestemte seg for å bryte opp frå England (4). Han ville bort frå det tunge kliniske arbeidet og hadde ei tid tenkt på å livnære seg som medisinsk journalist og korrespondent for engelske fagtidsskrift (4). No vart dette løyst ved ei fast redaktørstilling i ein stor verdsomspennande organisasjon.

Sjømannshelse

Medan Lillingston var i Paris, arbeidde norsk Røde Kors opp mot ligaen med tiltak for sjømannshelse. Det var ønskje om ei internasjonal vidareføring av arbeid som var igangsett i Noreg, der marinelegen Harald Engelsen (1883–1954), redaktør av *Legebok for sjømenn*, var ei leiande kraft (21). I 1929 vart så Engelsen medlem av *Den permanente komite for sjøfolks helse og velferd* under Røde Kors-ligaen i Paris (21).

Som redaktør i *World's Health* tok Claude Lillingston inn artiklar av Engelsen om sjømannshelse (22). Han tok sjølv opp temaet i *BMJ* i 1927 (23).

Jens Meinich jr. (1901–1988) var i Paris i åra 1928–1930. Han skriv i *Mitt liv med Røde Kors* at han saman med faren kom i kontakt med doktor Lillingston i Røde Kors-arbeidet for sjøfolks helse, og omtalar han som sterkt engasjert i saka (24). Meinich la elles ned eit livslangt arbeid i Norges Røde Kors og er kjend som mannen bak Røde Kors pasientvenner og besøksteneste (24).

Forfattar

I 1928 gav Lillingston ut ei bok saman med Norah Hill, *How to Enjoy Health* (25). På tittelbladet er han presentert som redaktøren av *The World's Health*, og føreordet er av redaktøren i *The Lancet*. Lillingston hadde skrive dei fleste av dei 37 artiklane om helseinformasjon til lekfolk; frå oppmoding om å gje skuleborn mjølk og tran til helseeffekten av tobakksbruk. Den siste syner kor lite dei visste om skadeverknadene av røyking på den tida.

I 1936 prøvde han seg som skjønnlitterær forfattar med romanen *His Patients Died*, som skildrar eit pompøst og sjølvtilfreds medisinsk miljø

i England (26). Hovudpersonen er ein ung lege som tek seg av pasientar som er oppgjevne av andre, med utradisjonelle og risikable metodar. Det kjem fram at legen på eiga hand avgjer kva som er leveverdig liv for pasientane, og dei fleste dør uventa raskt. Gamle og uføre blir vippt over rekkverk og båtripper. Boka kan lesast som ei bileteleg framstilling av og åtvaring mot den nazistiske ideologien i Europa på den tida.

Privatliv og vennskap

Ekteskapet til Claude og Ingeborg var barnlaust. Ho hjalp ektemannen som sekretær i det omfattande skrivearbeidet med maskinskriving og steno-grafi. I sommarferien drog dei ofte til søskena hans på Tysse.

Frå studieåra i Paris på slutten av 1920-talet skildrar Jens Meinich Lillingston som «*en sjelden, fin personlighet*» som snakka norsk med *lett engelsk-sunnfjordsk aksent*. Heimen til ekteparet Lillingston var samlingsstad for dei norske i Paris, skriv han. Og dei vart hans venner for livet (24).

Den norske bakteriologen Konrad Birkhaug (1892–1980) var internasjonalt kjend for å ha utvikla antiserum mot erysipelas, som før dette var ein livstrugande infeksjon. No var han i Paris ved Pasteur-instituttet i tre år frå 1932 (27). Han fortel i memoarboka si at han ein søndag ettermiddag vart med til

[...] teselskapet som den norsk-engelske legen Claude Lillingston og hans kone holdt for sine venner og bekjente hver søndag i hjemmet på Rue Grousselle. [...] Samtalen gikk på norsk, engelsk og fransk om hverandre. Den kosmopolitiske blanding hadde likevel et sterkt islett av nordmenn, og atmosfæren var så spontant koselig, at jeg straks følte meg som hjemme (27).

Birkhaug sette pris på Lillingstons «*elskelige vesen og hans sans for humor*» og vart god venn av ekteparet. Dei to kollegaene var begge svært opptekne av BCG-vaksinen mot tuberkulose (27).

Medisinskfagleg stilling

Fleire utsegner tyder på at Lillingston også har hatt ei medisinskfagleg rolle i Røde Kors-ligaen. Både Meinich på slutten av 1920-talet og Birkhaug på 1930-talet har nemnt ei slik stilling, tilsynelatande uavhengig av redaktørstillinga: Nemningane *Ligaens medisinske konsulent* av Meinich (24) og *sjef for dets helsekontor* av Birkhaug (27), kan anten omtale same stillinga, vere to ulike stillingar eller syne avansement.

Birkhaug nemner Lillingston også som visepresident i verdsorganisasjonen. Det er ikkje funne bekrefta i andre kjelder og blir ikkje lagt vekt på her.

Pensjonistår heime i Sunnfjord

På førjulsvinteren 1938 døydde broren Michael (1873–1938) heime. Den vinteren vart tung for dei to attverande søstrene, og ifølgje dagboka til søstera Laura (1867–1957) var dette avgjerande for at Ingeborg og Claude braut opp frå Paris-tilværet våren 1939.

Under trugande krigsskyer drog dei ikkje tilbake til England, men heim til søstrene hans på Tysse. Og der vart dei verande (1, 2) (figur 3).

Ein har ingen opplysingar som tyder på at Claude har hatt noko inntektsgjevande arbeid etter at ekteparet kom heim. Om han hadde planar om medisinsk journalistverksemd for engelske tidsskrift, vart dei i så fall stansa av krigen. Søskena heime hadde alle hatt formue som leveveg ved folketeljinga i 1920 (28). Claude og Ingeborg ser ut til å ha gått inn i sams hushaldning med dei to søstrene hans. Der kan ekteparet ha hatt oppsparde midlar å bidra med.

Frå krigsåra går ei historie om at tyskarane vart merksame på at der budde ein med engelsk namn på Tysse, så dei tok med seg lensmannen ut dit for å kontrollere den mistenkjelege. Lillingston hadde fått ymt om dette så dei fann han liggjande til sengs, tilsynelatande svært dårleg og knapt i stand til å snakke. Og på nattbordet låg *Mein Kampf*. Konklusjonen blei at han måtte vurderast som harmlaus, og han blei ikkje meir plaga av tyskarane, seier saga.

Distriktslegen i Fjaler, Harald J. Blaauw (1889–1977) og frå 1949 Asbjørn Østby (1909–1970), hadde på denne tida faste konsultasjonsdagar på Lillingstonheimen. Kontoret er sagt å ha vore på soverommet til Lillingston. Og sjølv var han med distriktslegen under konsultasjonane, fortel eldre folk.

Claude vart også på eiga hand oppsøkt og tilkalla av folk i nabolaget som trong legehjelp. Og det fekk dei, vennleg og utan betaling.

Dei som var born i grenda då, fortel at han gav dei undervisning i engelsk, lenge før det kom inn i skuleverket her. Leksene kunne vere å lære engelske dikt av Shakespeare og Tennyson utanboks.

Den pensjonerte legen og journalisten følgde godt med i fagdiskusjonane, og etter krigen var han atter flittig i tidsskrifta, dels med sterke retoriske verkemiddel. I 1946 skreiv han i *BMJ*:

The papers published in Scandinavia under and after the war on the parenteral administration of B.C.G. have made me wondering what is happening in England now with regard to it. Is it possible that we have been caught napping as we were nearly 30 years ago over the introduction of artificial pneumothorax into England? (29)

På nyåret 1948 nytta han eit sitat frå hymnen *There is a land of pure delight* av Isaac Watts (1674–1748) til å løfte fram Noreg som eit land å lære av:



Figur 3. Claude Lillingston ved hagegrinda heime på Tysse. Frå privat album. Fotograf ukjend.

Sir, — May I remind those of my fellow-countrymen who «still linger shivering on the brink and fear to launch away» that in December, 1947, the Norwegian Storting inspired by Norwegian health authorities, passed a law for compulsory vaccination against tuberculosis? [...] May I now suggest that [...] we visit, in no tip-and-run spirit, the Scandinavian B.C.G. centres and there seriously study the mass of evidence accumulated..? [...] Might this not be a wiser course than to assume that their observations and conclusions are all wrong [...]? (30)

Seinare same året refererte han i *BMJ* til ein engelskspråkleg rapport av den norske legen Gerhard Hertzberg (1904–1999) som etter å ha undersøkt eit stort materiale frå Oslo, fann at BCG-vaksinasjon var ufarleg og gav betydeleg (*considerable*) vern mot tuberkulose (31).

Det siste innlegget i *BMJ* i 1960, året før han døydde, er, ikkje uventa, også om norsk medisin, men no om eit anna tema: *Cancer in Norway*. Det var ein omtale av ein rapport frå det norske Krefregisteret 1953–1954 (32).

Eit ord til kritikarar

Den skarpe tonen i fleire av artiklane hans var, etter det folk fortel, aldri merkbar i privatlivet. I heimegrenda blir han omtala som ein vennleg og imøtekomande mann.

74 år gammel reflekterte den pensjonerte legen over lettvtint og latteleggerande kritikk i tidsskrifta. Oppmodinga derifrå får stå som det siste sitatet frå han:

Having toiled in medical journalism for more than 40 years, alternately as reviewer, author, and editor, I would like to say how heartily I abominate the anonymous reviewer with a sting in his tail [...]. There is nothing so easy and cheaply fascinating as to demolish in a few sprightly sentences a work which has taken years.

The reviewer with an itch to be witty at the expense of some fellow-being should remember Pascal's verdict: «Diseur de bons mots, mauvais caractère» (33).

Den avgjerande bakgrunnen

I pensjoniståra heime på Tysse skreiv Claude Lillingston ei siste bok, *Landed Gentry*, ei forteljing om livet i ei lita vestlandsgrend på slutten av 1800-talet (34).

Formidlaren av norsk medisinsk kunnskap til internasjonale kollegaer skreiv her for eit vidare engelskspråkleg publikum. Og han let skine gjennom ei glede og ein byrgskap over sin eigen norske bakgrunn som ein forstår må ha lege bak og medverka til det omfattande formidlingsarbeidet.

Professor Alan E. Franklin ved Trent University, Ontario, Canada skriv i føreordet ved ei posthum prenting av boka:

The physiology of this small society in its rugged but beautiful habitat is analyzed with love, respect and sensitivity (34).

Det siste ønsket

Ingeborg fall frå i 1957. Den tidlegare sanatoriepasienten, Claude, døydde 23. april 1961 (4) (figur 4).

Nekrologen i *The British Medical Journal* er usignert og etter ordlyden å dømme skriven av redaksjonen:

At one time an authority on the treatment of tuberculosis, he later turned to writing as a career [...]. For many years he contributed annotations to this journal, commenting on various aspects of the Scandinavian medical scene (4).

Claude Lillingston hadde kome med eit siste ønskje til vennen Konrad Birkhaug. Han hadde bede Birkhaug vidareføre arbeidet hans med omsetjing av vesentlege skandinaviske tuberkulosearbeid til engelsk for det vidt utbreidde *Tuberculosis Index*:

Gjennom dette arbeidet, skriv Birkhaug, fikk jeg bedre forståelse for hvilken uvurderlig innsats han hadde gjort for å holde den engelske og norske legestanden orientert om de nyere fremskritt på tuberkuloseforskningens område (27).

Figur 4. Claude, nest
nedste namnet på
Lillingston-gravsteinen
ved Dale kyrkje.
Foto: OJ Kjørstad



Desse to sitata får stå som oppsummering og konklusjon på denne artikkelen om Claude Lillingston.

Litteratur

1. Vårdal M. Lillingston-ætti på Tysse. I: *Jol i Sunnfjord*. Førde 1937: 15–19.
2. Fagerheim M, Fagerheim R. *Fjaler gards- og ættesoge*, bd.1. Førde 1976: 417.
3. Amundsen OD. *Stamtavle over familien Wiese*. Oslo: Nationaltrykkeriet 1927: 89.
4. The British Medical Journal. Obituary. *BMJ* 1961; 1: 1467–1469.
5. *Uranienborg Kirkes kirkebok*: Digitalarkivet. Giftermål 1906: 116b
6. Joynt GHC. The History of Artificial Pneumothorax. *University of Western Ontario Medical Journal* 1940; 10: 113–114. <https://ojs.lib.uwo.ca/index.php/uwomj/article/view/18868> (4.1.2026)

7. Mazzarello P. A Physical Cure for Tuberculosis. Carlo Forlanini and the Invention of Therapeutic Pneumothorax, *Applied Sciences* 2020; 10: 3138. <https://doi.org/10.3390/app10093138> (18.12.2025)
8. Kobro I. *Norges læger 1800-1908*, bd 1. Kristiania 1908; Holmboe HWW, publikasjonslista: 525.
9. Kobro I. *Norges læger 1800-1908*, bd 2. Kristiania 1915; Mjøen JFT, publikasjonslista: 130. Thue K, publikasjonslista: 477.
10. Lillingston C. The Treatment of Pulmonal Tuberculosis by inducing an artificial Pneumothorax. *British Medical Journal* 1911; 2: 1328–1329.
11. Lillingston C. Treatment of dry Pleurisy by Temporary Artificial Pneumothorax. *British Medical Journal* 1915; 1: 659–660.
12. Lillingston C. Avoidance of sudden death from the induction of an artificial pneumothorax, *Lancet* 1913; 182: 796–797.
13. Lillingston C. The Artificial Pneumothorax Association and Journal. *The Hospital* 1914; 1: 77.
14. Wellcome Collection. *Catalogue of Surgical Instruments and Surgical Sundries*: Lillingston's pneumothorax needle: 436. <https://wellcomecollection.org/works/tzujgema> (4.1.2026)
15. Wellcome Collection. Lillingston & Pearson Pneumothorax Apparatus, <https://wellcomecollection.org/works/zrs4svcp> (4.1.2026)
16. Lillingston C. Women Chiefs. *Lancet* 1919; 193: 636.
17. Holmboe W. Professor Dreyers vaccine mot tuberkulose. *Tidsskrift for Den norske lægeforening* 1923; 43: 1171–1175 .
18. 1Bryder L. «We shall not find salvation in inoculation». BCG vaccination in Scandinavia, Britain and the USA 1921–1960. *Social Science & Medicine* 1999; 49: 1157–1167. <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0277953699001574> (7.1.2026)
19. Bjartveit, K. Olaf Scheel og Johannes Heimbeck og deres arbeid med BCG-vaksinen. *Tidsskrift for Den norske lægeforening* 2001; 121: 1076–1081.
20. Hospital and Health News. *The Hospital and Health Review* 1924; 73: 225. <https://pdfs.semanticscholar.org/bbe8/5096c686f0397dd658777f930b5030456c48.pdf> (7.1.2026)
21. Sommerfelt-Pettersen J. Maritim medisinsk historie sett frå Norge. Røde Kors' helsearbeid for sjøfolk. *Michael* 2020; 17, Supplement 25: 70–72.
22. Kobro I. *Norges læger 1909–1925*. Oslo: Aschehoug, 1927; Engelsen H, publikasjonslista: 79.
23. Lillingston C, MacIntyre DDE. Wireless Medical Consultations at Sea. *British Medical Journal* 1927; 1: 492–493.
24. Meinich J. *Mitt liv med Røde Kors*. Oslo: Dreyer 2004: 26 +omslag bakside.
25. Lillingston C, Hill N. *How to Enjoy Health*. London: Hodder and Stoughton Publishers 1928.
26. Lillingston C. *His Patients Died*. Edinburgh/London: William Blackwood & Sons Ltd, 1936.
27. Birkhaug K. *Lege ved veis ende. Livserindringer*, Oslo: Aschehoug, 1968: 206–207.
28. Digitalarkivet. *Folketeljing for Fjaler 1920*: 3997–4001.
29. Lillingston C. B.C.G. Vaccination. *British Medical Journal* 1946; 1: 501.

30. Lillingston C. B.C.G. Vaccination. *British Medical Journal* 1948; 1: 78.
31. Lillingston C. The Achievements of the BCG Vaccination. *British Medical Journal* 1948; 2: 1118.
32. Lillingston C. Cancer in Norway. *British Medical Journal* 1960; 1: 1031–1032.
33. Lillingston C. Book reviews. *British Medical Journal* 1955; 2: 492.
34. Lillingston C. *Landed Gentry*, foreord ved Alan E. Franklin. Peterborough, Ontario, Canada: Trent University. Posthum opptrykking, udatert : III-IV. Fjaler Folkebibliotek.

Odd Jarle Kjørstad
odd.kjorstad@eninvest.net
Klokkarlia 6
6963 Dale

Odd Jarle Kjørstad er tidlegare spesialist i allmennmedisin med godkjenning for kompetanseområdet palliativ medisin.

Artikkelen er fagfellevurdert.

Statistikk og uassistert fødsel – innspill til Sørnes' kronikk

Michael 2026; 23: 57-58

doi: 10.56175/michael.13077

Vi har med interesse lest gynekolog Torgrim Sørnes' kronikk [Mellom frihet og sikkerhet – fødselshjelpens unike dilemma](#) (1). Teksten fremstiller uassistert fødsel som et forsøk på å unngå [iatrogene](#) (2) skader i fødselsomsorgen, men med en høyere risiko for dårlig utfall.

Som tallgrunnlag henviser Sørnes til statistiske data fra en religiøs gruppe kalt *The Order of The Old Amish* i USA, som angivelig praktiserer hjemmefødsel uten jordmor. Han påstår at: «De [The Order of the Old Amish] har en noe høyere nyfødtdødelighet enn resten av landet (5,4 per 1000 fødsler versus 4,5 i den generelle populasjonen i USA).» Sørnes har ikke lagt ved referanse på dette i litteraturlisten, men etter noen undersøkelser har vi funnet igjen de eksakt samme tallene i [en studie](#) (3) med data fra en fødestue (birth center) betjent av både jordmor (nurse-midwife) og lege (family physicians), som tilbyr fødselshjelp til Amish-kvinner i Southwest Wisconsin, USA.

Studien stadfester riktignok innledningsvis at flertallet av fødslene i det aktuelle Amish-området foregår hjemme med en ikke-autorisert fødselshjelper (unlicensed birth attendant), men inneholder kun statistiske data for dødelighet i lege- og jordmorassisterte fødsler.

Hvis det er denne studien Sørnes har hentet tallene fra, har han misforstått funnene.

Det finnes ingen kvantitative studier fra høyinntektsland som måler nyfødtdødelighet for planlagt hjemmefødsel uten jordmor. Den statistiske risikoen for uassistert fødsel i denne konteksten, er ukjent.

Sørnes avslutter paradoksalt nok sin sterke og opprørende refleksjon over iatrogene skader med en etisk problematisering av de som er skånet fra nettopp iatrogene forhold ved å føde – og bli født – uten helsepersonell til stede.

Vi deler Sørnes' bekymring for overbehandling, og kan sympatisere med at da han «som obstetriker sto overfor en situasjon som endte galt, var den bitreste refleksjonen alltid: 'Dette ville ikke ha hendt hvis kvinnen hadde holdt seg hjemme.'» (1). Fødsel må få være en normal, fysiologisk prosess, ikke bare når den er uassistert.

Litteratur

1. Sørnes T. Mellom frihet og sikkerhet – fødselshjelpens unike dilemma. *Michael* 2025; 22: 212–218. <https://doi.org/10.5617/michael.12616>
2. Bruusgaard D. iatrogen. I: *Store medisinske leksikon*. <https://sml.snl.no/iatrogen> (9.10.2025)
3. Deline J, Varnes-Epstein L, Dresang LT et al. Low primary cesarean rate and high VBAC rate with good outcomes in an Amish birthing center. *Annals of Family Medicine* 2012; 10: 530–537. <https://doi.org/10.1370/afm.1403>

Helene Brekkenes Clarke
helenebrekkenes@gmail.com
sosiologistudent
tilsluttet Frifødselsnettverket

Anja Bache-Wiig Solberg
anbawiso@gmail.com
master i filosofi
tilsluttet Frifødselsnettverket

Å bli borger av de sykes rike

Tore Rem

Tidligere frisk mann: en sykdomshistorie

Oslo: Cappelen Damm, 2025

220 s.

ISBN 9788202879891

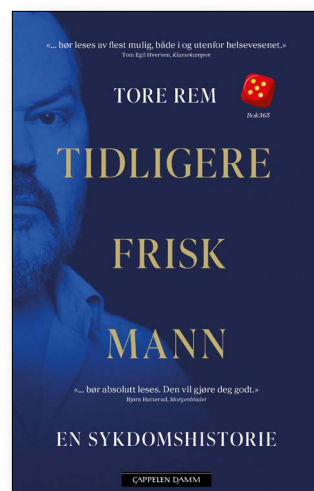
Michael 2026; 23: 59-60

doi: 10.5617/michael.13078

«47 år gammel mann, tidligere frisk.» Slik åpner pasientjournalen, og slik settes også tonen i *Tidligere frisk mann*. Dette er en personlig sykdomsfortelling skrevet av forfatter og professor i engelsk litteratur ved Universitetet i Oslo, Tore Rem. Som lege opplever jeg teksten som ualminnelig sterk lesning – en skildring av tilværelsen sett fra pasientens ståsted.

5. januar 2014 falt Rem om mens han spilte fotball. Han ble reddet av kamerater, men det viste seg snart at årsaken var kardial sarkoidose, en sjelden sykdom som kan gi livstruende arytmier. Brått var han blitt en «borger av de sykes rike». Etter diagnosen har Rem vært gjennom et krevende behandlingsløp, med mange inngrep og medikamenter med store bivirkninger. Særlig sterkt er beskrivelsen av hvordan høye doser prednisolon har satt spor i kropp og ansikt.

Rem skildrer på en rå og sårbar måte hva sykdom gjør med et menneske – hvordan den endrer blikket på tilværelsen og påvirker forholdet til dem som står nær. Medisinsk usikkerhet er et gjennomgående tema. Kardial sarkoidose er en sjelden tilstand med begrenset kunnskapsgrunnlag, og for



Rem blir denne usikkerheten en gjennomgripende livserfaring, preget av tap av sammenheng og et liv i midlertidighet.

Språket er gjennomarbeidet og presist. At Rem er professor i litteratur, merkes i en tekst som er tydelig komponert og rik på referanser til litteratur, filosofi og medisinhistorie. Referansene gir erfaringene språk og plasserer dem i en større sammenheng.

Den franske filosofen Michel Foucault (1926–1984) skrev om medisinerens tendens til å objektivisere pasienten: Følelser og personlighet skyves til side, mens kroppen blir det eneste som teller. Under lesingen merker jeg flere ganger hvordan jeg glir inn i klinikerrollen. Når lidelsen skildres så nært, er det fristende å søke tilflukt i analyse og faglig refleksjon – som en form for beskyttelse. Nettopp derfor er boken krevende. Den insisterer på at jeg forholder meg til pasientens erfaring slik den faktisk leves.

Boken tematiserer også samhandlingen mellom profesjoner. Når mange sykehus og spesialister er involvert, kan helheten gå tapt og ansvaret fragmenteres. Rem beskriver et tydelig savn etter en koordinerende lege, en helsekoordinator eller «hovedlege». Dette fremstår ikke som kritikk av enkeltleger, men som en erfaring av hvordan et komplekst helsesystem kan kjennes på kroppen for den som er pasient.

Refleksjonene rundt samvalg er særlig treffende. Rem viser til kirurgen og forfatteren Atul Gawande, som beskriver to dominerende lege–pasientforhold: det paternalistiske, der legen tar beslutningene, og det informative, der «de nakne fakta» legges frem og ansvaret overlates til pasienten. Rem har erfaring med begge tilnærmingene og reflekterer nyansert over hvordan de oppleves fra pasientens ståsted. Gawande løfter frem et tredje alternativ, det fortolkende forholdet, der legen ikke bare informerer, men også aktivt bidrar til å avklare hva som betyr mest for pasienten i den situasjonen han står i.

Jeg leser ikke *Tidligere frisk mann* som et anklageskrift mot helsevesenet. Snarere oppleves den som et uttrykk for tillit og takknemlighet, kombinert med et sterkt ønske om å bli sett som mer enn en pasientjournal. For meg blir boken en viktig påminnelse om at usikkerhet kan være krevende for oss som leger, men for pasienter kan den bli altomfattende.

Inger Johanne Christiansen

inger.j.christiansen@kristiansand.kommune.no

Inger Johanne Christiansen er rådgivende lege ved ALIS og SamLIS sør i Kristiansand, spesialist i allmennmedisin og LIS-lege i samfunnsmedisin.

For mye uro?

Finn Skårderud

Mer uro: om moderne sjeleliv

Oslo: Oktober, 2025

559 s.

ISBN 978-82-495-2568-3

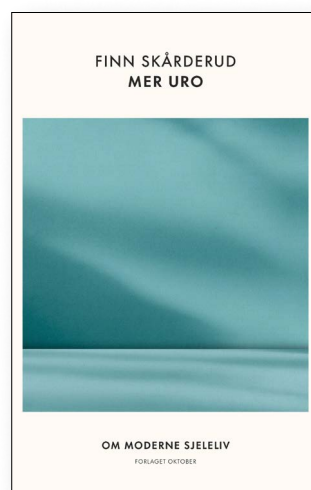
Michael 2026; 23: 61-62

doi: 10.5617/michael.13080

Hvordan skal jeg omtale denne boken? Forfatteren, en kjendispsykiater, må det være lov å si, åpner med tre sider om sitt fall: sorg, bitterhet, depresjon og innleggelser i psykiatrisk avdeling. Dermed tar han tyren ved hornene; han vet at leseren kjenner til anklagene, til at han har mistet lisensen sin, og til hendelsene som ledet dit.

Et gjennomgående tema er hvordan vi blir mennesker i møte med andre mennesker, og at det starter fra dag én. Sårbarhet og skam, den sosiale følelsen *par excellence*, er sentrale begreper i Skårderuds skrifter. Det påvirker også meg mens jeg skriver denne omtalen. Jeg befinner meg i en slags dialog med forfatteren, men uten kroppsspråk og uten fysisk tilstedeværelse. Vi har ingen personlig relasjon, men jeg har møtt ham, og han skrev et godt kapittel i en bok jeg redigerte for 20 år siden. Det ville vært lettere dersom jeg kunne gi entydig ros i bokanmeldelsen. Men det er mer komplisert enn som så. Jeg kjenner på en uro for å såre.

Boken ble påbegynt før fallet. Tekstene er bevisst komponert med et kunstnerisk formål, og ulike sjangergrep og temperament er satt i spill. Det er en urolig tekst – med hensikt. Kanskje kan dette være fruktbart for mange lesere. For meg fungerer imidlertid ikke litteratur på samme måte



som musikk og bildekunst. Men her er definitivt flere perler, ikke minst de sterke kapitlene om kunstneren Per Inge Bjørlo og forfatteren Gunnar Ekelöf. Det er fascinerende å bli ført innom så mange kunstnernavn og få innsikt i hvorfor Skårderud søker mot kunst og kunstnere – hvordan han opplever kunsten, og hvilke assosiasjoner den vekker til mennesket, livet og dets vanskeligheter.

Skårderud skriver selv at det å sette ord på erfaringene ble en nødvendighet for å komme videre. Og skrive, det kan han virkelig. Kunnskapen hans er udiskutabel, ikke bare om psykiatri, men også om kunst- og kulturhistorie og tilgrensende filosofi. Assosiasjonsevnen, ordleken og den språklige sensibiliteten skinner igjennom. Likevel tar jeg meg i å spørre: Hvem er målgruppen? Og hvor var forlagsredaktøren? Jeg spør fordi gjentakelsene er mange, og jeg forstår ikke helt hvorfor de noen ganger refereres eksplisitt, andre ganger ikke. Jeg skjønner at den samme kilden kan være relevant i ulike kapitler, men den usystematiske bruken forvirrer meg. Det handler ikke om sjangerblandingen i seg selv. Tvert imot er innsmettene – de små observasjonene fra arbeid og hverdagsliv – presise og velkomne.

For meg som leser fremstår boken som et potpurri. I et potpurri kan man glede seg over plutselige, klare melodilinjer, men blir det for mye av alt, svekkes interessen. Dette kan være en noe urettferdig vurdering, preget av at jeg selv har vært opptatt av skam, kommunikasjon og samfunnstrender med medisinske bivirkninger i over 30 år. Boken vil sannsynligvis være en inspirerende og god kilde for leseglade helsearbeidere, pasienter og pårørende i møte med psykisk lidelse, og kanskje også for lærere og andre som forsøker å forstå det akselererende samfunnet vi lever i. Skårderud løfter frem moderne mega- og mikrotrender og drøfter dem på innsiktsfullt vis. Likevel, selv om temaet berøres, savner jeg en mer omfattende diskusjon om maktens betydning – både som attraksjon og som drivkraft i utviklingen. Dette gjelder både i skjønnhets- og prestasjonsjaget, og i forholdet mellom lege og pasient.

Pål Gulbrandsen

pal.gulbrandsen@medisin.uio.no

Pål Gulbrandsen er spesialist i allmennmedisin og i samfunnsmedisin, pensjonert professor i helsetjenesteforskning ved Universitetet i Oslo og redaktør i Michael.

Poetiske skildringer av alvorlig sykdom og rehabilitering

Arne Ruset

Reisa til Mjuk

Oslo: Solum Bokvennen, 2025

188 s.

ISBN 97882056031061

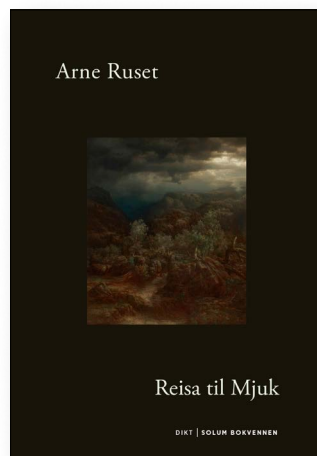
Michael 2026; 23: 63-64

doi: 10.5617/michael.13081

Psykiater og forfatter Arne Ruset (f. 1951) har skrevet flere diktsamlinger, romaner og barnebøker på nynorsk, og ga våren 2025 ut diktsamlingen *Reisa til Mjuk*. Forsidebildet med maleriet *Rullestadjuvet* av Lars Hertervig viser tunge skyer og strimer av lys, og gir oss et frempek om diktenes innhold.

Arne Ruset tar oss med på en personlig reise i fire kapitler. Del 1, *Preklinikk*, inneholder dikt fra ungdom og oppvekst, og tematikken veksler mellom sportsidoler, religiøs undring og fremtidsdrømmer. I del 2, *Skumringshesten*, formidles opplevelser som alvorlig syk på sykehus, svevende mellom liv og død og med både deliriose og religiøse opplevelser, som i diktet *Skumringshesten*:

Kjem du snart,
lydde ropet frå underverda.
Kjem du snart,
lydde ropet fra himmelhøgð,
Kjem du snart,
lydde ropet frå den opplyste korridoren.



Og i diktet *Morgon på rom 2011*:

Dette å skjøne
at du framleis er i live, trass
i rikeleg med teikn
på det motsette.

Del 3, *Engelen*, er en diktserie som hyller den som står ved hans side gjennom sykdommen:

du legg armen kring skuldrene mine og
slepper meg aldri,

I del 4, *Reisa til Mjuk*, skildres reisen tilbake til livet. Mange motbakker, og støtten som trengs, som beskrevet i *Den store kjærleiken*:

dei små løfta som skal til
for å kome seg i ståande stilling att,
er heller ikkje å forakte

Ruset skriver sine dikt i et lett forståelig språk, med sterke bilder og metaforer. Diktene byr på en spennende kombinasjon av eksistensiell tyngde og humoristisk letthet. Gjennom diktsamlingen får leseren innblikk i hvordan alvorlig sykdom og frykten for det ukjente kan oppleves fra innsiden. Som psykiater på en kreftavdeling fikk jeg både en god leseropplevelse og nyttig faglig påfyll om pasientperspektivet.

Tone Skaali
tskaa@ous-hf.no

Tone Skaali er psykiater og arbeider som seksjonsleder ved Kreftklinikken, Oslo universitetssykehus.

Når ordene ikke strekker til og hjelpen skader

Johanne Rogndal

Instukid: mine år på ungdomsavdeling

Oslo: Cappelen Damm, 2025

204 s.

ISBN 9788202846619

Michael 2026; 23: 65-66

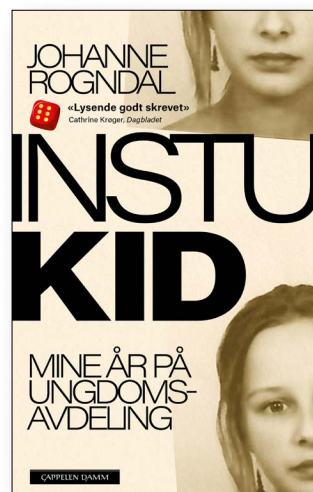
doi: 10.56175/michael.13082

Instukid er fortellingen om 15 år gamle Johanne Rogndal som i 2005 legges inn på en psykiatrisk ungdomsavdeling. Historien fortelles av den voksne Johanne, som har utdannet seg til psykolog.

Boka følger Johanne gjennom de 1,5 årene hun er innlagt, og veksler mellom beskrivelser av oppholdet, erfaringer med å skrive sin egen historie og refleksjoner fra en fagperson. Dette er en av boks virkelige sterke sider. Fortellingen om omfattende og urimelig tvang og et hjelpeløst hjelpeapparat blir ikke ensidig eller unyansert, men gjenstand for refleksjon som gjør sterkt inntrykk.

Vekslingen mellom beskrivelsene sett fra Johannes ståsted under innleggelsen og refleksjonene over det som skjedde fra et «voksent» perspektiv, skaper dynamikk i fortellingen. Gjennom arbeidet med boka bearbeider hun sin historie og de alvorlige traumene hun er påført.

Språk er sentralt i boka. Rogndals språk er direkte og nøkternt når hun beskriver beltelegginger, fastholding, tvangsmedisinering og samspillet mellom jenta og helperne. Dramatikken er likevel helt tydelig, uten at det kreves verken store ord eller fagterminologi. Rogndal bruker lite fagspråk, men vier oppmerksomheten mot det som skjer, både inne i 15 år gamle



Johanne og rundt og utenfor henne. Johanne mangler et språk for det hun opplever, i likhet med mange unge i psykisk helsevern. Likevel har hun i starten en forventning om å bli forstått og få hjelp til å finne ord og kunne kommunisere. Paradokset er at hun møter et system som forventer at hun selv skal finne ordene for å få hjelp, og som har et eget språk og terminologi som kan virke upersonlig, fremmedgjørende og skremmende.

Når Johanne ikke finner ordene og ikke responderer som forventet, øker frustrasjonen og hjelpeløsheten både hos pasient og hjelper, og de havner i et samspill der atferd og reaksjon på atferd utgjør mye av «kommunikasjonen». Istedenfor å skape mening og forståelse, skapes antakelser og usikkerhet. Johanne søker mot medpasienter og lærer atferd som forsterker det destruktive spillet. Ansvar for manglende bedring, og særlig for selvskadingen, skyves i stor grad over på henne. Tvingen og overgrepene øker i omfang og hyppighet når personalet tolker atferden som «motstand», «manipulasjon» eller «oppmerksomhetssøken». Hjelpeløse helpere reagerer med det de har tilgjengelig; mer kontroll.

Rogndal beskriver godt unntakene, de som møter henne med interesse og ikke forventer at hun skal ta ansvar for samtalen. Hun beskriver relasjoner som utvikler seg i en mer likeverdig retning, der voksne viser ekte nysgjerrighet og interesse. Ikke minst legger de merke til det friske i Johanne ved siden av det syke, og de forventer ikke forklaringer eller ord når disse ikke finnes.

Hun forteller om psykiaterens trygge og vennlige blikk og langsomme kroppsspråk og miljøterapeutens optimisme, humor og aktiviteter. Til slutt møter hun en eldre psykiater som spør: *Hvordan har du det egentlig her?* Spørsmålet åpner for hennes egen fortelling.

Johanne Rogndals bok gir ikke svar på spørsmål om diagnose eller innleggesårsak, og den omtaler ikke behandlingsmetodikk eller tilnærminger. Boka er et viktig og tankevekkende vitnesbyrd om hvilket ansvar som hviler på oss som skal hjelpe andre, og som samtidig forvalter et lovverk som gjør det mulig å bruke tvang. Jeg anbefaler boka for alle som jobber i psykisk helsevern.

Trude Fixdal
trudefix@start.no

Trude Fixdal er spesialist i psykiatri og i barne- og ungdomspsykiatri og avdelingsleder ved Barne- og ungdomspsykiatrisk poliklinikk (BUP Vest) ved Diakonhjemmet sykehus.

Eit blaff av raude

Ingvild Skølt

Du vil kjenne eit lite stikk

Oslo: Aschehoug, 2025

243 s.

ISBN 978-82-03-45567-4

Michael 2026; 23: 67-68

doi: 10.5617/michael.13083

Fastlege Invild Skølt i Honningsvåg debuterer som forfatter med en turnuslegeroman som setter det meste på spissen – og det med treffsikker observasjonsevne.

I boka følger vi turnuslegen Hanne gjennom sykehusåret på Granmo sykehus, «eit bitte lite sjukehus i ein lite omtalt krok av Noreg». Hun har tatt medisinstudiet ved Universitetet i Oslo, mens hun bodde hjemme hos mamma. Overgangen fra hovedstaden til Granmo er skildret med både varme og snert. For de av oss som i sin tid trakk høye turnusnummer og var så heldige å bli sendt ut i periferien, er mye gjenkjennelig. Men til tross for turnusråd, innføringsuker og obligatorisk veiledning virker det som om lite har blitt bedre på 25 år.

Dette er andre boka om turnuslegelivet fra unge debutanter det siste året. Begge jobber til alt overmål i Finnmark. Vi skal være takknemlige for at noen tar pennen fatt.

Det er utvilsomt utfordrende å være både ung lege med fersk turnuserfaring og forfatter, slik Skølt er, og samtidig balansere mellom fiksjon og virkelighet i en bok for et bredt publikum. Jeg tror mange vil finne den både interessant og spennende, men for meg ble den litt forutsigbar.



Overgangen fra studier til arbeidsliv kan være krevende for unge leger, og nettopp dette er altså kjernen i boka. Det er sjelden fagkunnskapen som svikter – men alt det andre. Studentene bør antakelig forberedes bedre på legelivet. Faren for å gjøre feil ligger som en klam hånd over dem og det i et fag hvor egentlig ingenting er hundre prosent rett.

Fortellingen er lagt til et lite lokalsykehus med bakvaktene i hjemmestvaktordning der pasientene dumper inn i ujevnt tempo. Boka drives fram av korte kliniske kasuistikker, og dramatikken lar ikke vente på seg: fulminant meningitt hos en toåring og pårørende som truer med VG og spytter turnuslegen i ansiktet. Alt bidrar til å forsterke den unge legens nevrotisme og flink pike-syndrom hos en som har litt for lett for å putte fingeren i halsen.

Klinikken er lett gjenkjennelig, men forhåpentligvis tilsatt en solid porsjon overdrivelse og forenkling. Som i så mange legeromaner er det også her plass til både romantikk og drama.

Jeg skulle ønske at Hannes fastlege fremsto som noe mer representativ for sorten enn det hun gjør (s. 114). Skølt er selv fastlege, og jeg kan ikke unngå å undre meg over hva som ligger bak fremstillingen av kollegene som så lite hjelpsomme. For det er vi vel ikke, Ingvild Skølt? Romanen ville ikke blitt dårligere av å droppe noen av overdrivelsene. Hverdagen for oss leger er spennende nok. Når sant skal sies, gir boka generelt en lite oppbyggende skildring av leger, både i og utenfor sykehus. Det eneste unntaket må være inntrykket vi får av hovedpersonen selv, som har mye å fare med, i hvert fall på det menneskelige planet.

Ingvild Skølt stikker elegant hull på en rekke oppblåste lege-egoer med sin skarpe penn. Erfarne kolleger må bidra til trygge rammer, ikke det motsatte. Hvis turnuslegen Hannes erfaringer i det hele tatt nærmer seg realisme, bør nok noen hver i kollegiet skjemmes med «eit blaff av raude».

En stor styrke i boka er det varme og presise språket, badet i vakker nynorsk. Selv om det angivelig tok fire år å skrive boka, er den lettlest og tilgjengelig både for lekfolk og kolleger. Jeg håper på en oppfølger.

Jo-Endre Midtbu
potetsalat@gmail.com

Jo-Endre Midtbu er spesialist i allmennmedisin og i anestesilogi og arbeider som fastlege ved Langnes legesenter i Tromsø.

Aldri god nok? En viktig og ærlig bok

Jeswanthiny Mayooraan

Aldri god nok

Oslo: Samlaget, 2025

104 s.

ISBN 9788234014932

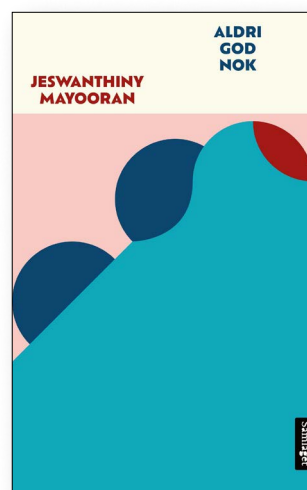
Michael 2026; 23: 69-70

doi: 10.5617/michael.13084

I *Aldri god nok* skildrer psykiater Jeswanthiny Mayooraan sin egen oppvekst som barn av innvanderforeldre, og løfter fram sentrale temaer som familieforhold, kulturkonflikter og prestasjonspress. Boken er en kort selvbiografi på 104 sider, fordelt på 19 kapitler, hvor vi følger forfatteren fra barndommen i Ulsteinvik til livet som overlege i psykiatri i Stavanger.

Fortellingen åpner med et innblikk i forfatterens hverdag som spesialist i psykiatri, et arbeid hun opplever som både meningsfullt og krevende. Samtidig beskriver hun en uro som stadig følger henne: en gjennomgripende frykt for ikke å være god nok. Ikke god nok som psykiater, kollega, kone eller mor. Denne følelsen går som en rød tråd gjennom hele boken, og hun undersøker hvilke erfaringer og forventninger som har formet den.

Gjennom personlige refleksjoner tegner Mayooraan et bilde av forholdet til foreldrene. Hun er født i Norge med tamilsk bakgrunn, og hun leverdegjør kravene og forventningene som preget oppveksten. Hun formidler en vedvarende kamp mellom egne interesser og behovet for å gjøre familien stolt. Hun gir også innblikk i en opplevelse av å stå i gjeld til foreldrene som flyktet fra hjemlandet og ofret mye for å gi barna et tryggere liv. Dette er problemstillinger som mange andregenerasjonsinnvandrere vil kjenne igjen. Hun lar seg presse på flere områder, blant annet i valget om å bli lege. Først



når hun velger psykiatri, til tross for foreldrenes misnøye, setter hun for alvor egne ønsker foran familiens forventninger.

Hun utdyper også utfordringene ved å vokse opp med utenlandsk bakgrunn: følelsen av å være annerledes og dermed ikke like god som de andre.

Boken er konsis, ærlig og lettlest. Den gir verdifulle perspektiver på hvordan kulturelle forventninger og prestasjonspress kan forme både identitet og psykisk helse, og den vil være særlig relevant for helsepersonell som møter pasienter med liknende erfaringer. Jeg vil spesielt anbefale den til andre som har vokst opp mellom to kulturer, fordi den setter ord på følelser mange vil gjenkjenne. I bunn og grunn handler den om det universelle behovet for å bli sett, anerkjent og akseptert, både av andre og av seg selv. Derfor tror jeg den vil engasjere alle lesere, uavhengig av bakgrunn.

Mayoorans historie viser hvordan press og forventninger fra omgivelsene kan sette dype spor, men også hvor frigjørende det kan være å lytte til egne ønsker og behov.

Kenz Al-Shather

kenz.al-shather@studmed.uio.no

Kenz Al-Shather er medisinstudent og forskerlinjestudent ved Universitetet i Oslo og Legeforskningsinstituttet.

En subjektiv reise i glemselens verden

Martin Bystad

Den glemske hjernen: hvorfor du glemmer og hva du kan gjøre med det

Stavanger: Frisk forlag, 2025

173 s.

ISBN 9788284371603

Michael 2026; 23: 71-72

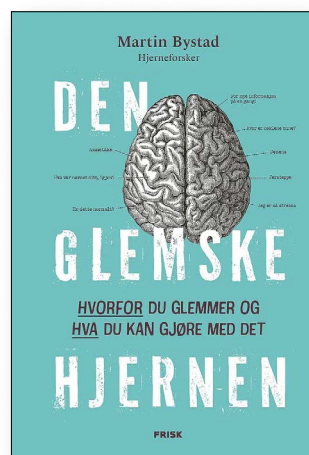
doi: 10.5617/michael.13085

Den glemske hjernen markedsføres som en populærvitenskapelig bok som skal gjøre komplisert hjerneforskning tilgjengelig og interessant for et bredt publikum. Forfatteren er psykolog og har forsket på personer med demens.

Tittelen *Den glemske hjernen* er lite treffende. Det er ikke hjernen din som er glemsk, det er deg som person, slik det fremkommer i undertittelen. Man kan ikke skille hjernen fra mennesket og gi den kvaliteter som kun mennesker kan oppleve.

Del 1 omhandler normal glemsel, del 2 patologisk glemsel og del 3 har overskriften *Motgiften mot glemsel*. Målet er å gi innsikt i hvordan hjernen fungerer, hvorfor vi glemmer, og hvordan hukommelsen egentlig er konstruert.

Boken leverer mindre enn den lover, og det på en måte som i verste fall bidrar til misforståelser snarere enn opplysning. I første del finnes det innhold som kan virke opplysende, mest i form av spørsmål og korte svar. Forfatteren trekker flere ganger inn Freuds teser og viser blant annet til fortrenghning som en reaksjon på glemsel. Det blir for lettvinnet ettersom Freuds teorier ikke kan testes empirisk, baserer seg i stor grad på tolkningen av ubevisste tanker hos en selektert gruppe og hvor funnene ikke er generaliserbare. Mye plass vies til mammahjernen, ammetåke, søvn,



stress, slitenhet, drømmetolkning og om å være distré. Faktabokser med ulike tips kommer etter hvert kapittel.

I del 2 om den aldrende hjernen gjengir forfatteren anekdoter, forenklinger og spekulasjoner som enten mangler kildegrunnlag eller er presentert på en skråsikker måte. Eksempelvis behandles nevroplastisitet – hjernens evne til å endre seg – som en nærmest grenseløs superkraft, uten særlig nyansering eller omtale av begrensningene som faktisk finnes. Hukommelse fremstilles videre i dualistiske baner, enten som et sviktende system eller som noe vi fullstendig kan forme med teknikker og bevissthet. Denne dikotomien er faglig unyansert, og forfatteren går for langt i å forenkle komplekse prosesser. Det blir nærmest tabloid når boken gjengir to lange lister om hva som er normalt og unormalt å glemme. Det kan virke som om Bystad i for stor grad blander inn egne erfaringer og litterære refleksjoner. Det blir et problem når disse delene utgjør en stor del av bokens grunnstruktur og ikke klart skilles fra det vitenskapelige. Komplexiteten i nevrovitenskapen og psykologien er i stor grad utelatt. For leseren blir det vanskelig å vite hva som faktisk er godt dokumentert og hva som er spekulativt. Dette er spesielt problematisk i en tid der mange leter etter pålitelig kunnskap om mental helse, hjernens funksjon og kognitiv utvikling.

Den glemske hjernen har ambisjoner om å gjøre vitenskap om hjernen tilgjengelig for folk flest. Det er et prisverdig mål. Men boken er et eksempel på hvor krevende populærvitenskap kan være. I forsøket på å være underholdende og lettlest ender den opp med å ta for lett på fakta og hvile for tungt på anekdoter.

Tor Rosness
rosness@gmail.com

Tor Rosness er lege og forfatter med doktorgrad om yngre personer med demens.

Alt du lurar på om endometriose (og litt til)

Guri Majak, Marianne Omtvedt

Endometriose: hvor vond skal mensen være?

Stavanger: Frisk, 2025

222 s.

ISBN 9788284372075

Michael 2026; 23: 73-74

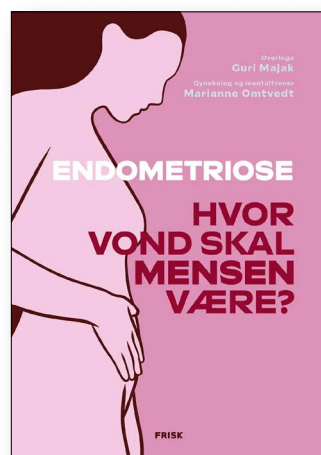
doi: 10.5617/michael.13086

I 2023 leverte kvinnehelseutvalget en offentlig utredning om kvinners helse og betydningen av kjønn for helse (NOU 2023: 5). De pekte på noen sentrale utfordringer, som at kvinners helse har lav status, at en sviktende *kunnskapsbro* gjør at oppdatert kunnskap ikke når frem, og at *kvinnens stemmer* får for lite gjennomslag.

Denne boka om endometriose er et aktuelt og relevant bidrag. Den er skrevet av to gynekologer med god fagkunnskap på området, og er krydret med små sitater fra tre pasienter.

Forfatterne vil mye: «I denne boka finner du svarene du har lett etter. Gjennom oppdatert forskning, personlige erfaringer og praktiske råd tar gynekologene deg med bak fasaden til en av de mest underdiagnostiserte og underbehandlede sykdommene i historien.»

Med et uttalt mål om å gi alle svar blir det naturlig nok en bok som favner bredt. Den omhandler fakta, diagnostikk og behandling av endometriose, og temaer som mestringsstrategier, kosthold, graviditet, ufrivillig barnløshet, ulike typer prevensjonsmidler, stress, dating og rettigheter. Her finner man alt fra faglige forklaringer på hormonnivåer under menstruasjonssyklus til tips om hvordan du kan forberede deg til et møte med Nav.



Det er ingen helt tydelig rød tråd i inndelingen av boka, og særlig siste halvdel har en del løsrevne kapitler. Det er 14 kapitler med flere underkapitler, men en lang innholdsfortegnelse gjør det enkelt å slå opp direkte på det temaet man er interessert i. Dette er en styrke, for boka er litt tung å lese fra perm til perm, rett og slett fordi det er veldig mye stoff.

Språket er lett og muntlig og henvender seg direkte til leseren i du-form. Det er lite bruk av medisinsk fagterminologi og mange gode forklaringer. Det muntlige språket kommer også til uttrykk i overskrifter som «Født sann eller blitt sann?», «Søk hjelp!» eller «Gruppechatter bakteriene i vagina og tarm?». De mange overskriftene og underoverskriftene bidrar til å dele opp teksten. Det er også utstrakt bruk av uthevet tekst for å fremheve viktige setninger og passasjer samt tekstbokser med utdypende informasjon. Boka har en lang kildeliste med oppdaterte artikler. Det er ikke direkte henvisninger i teksten, men kildelisten er sortert etter kapitlene i boka.

Som andre populærvitenskapelige bøker er også denne rettet mot folk flest. Det er mange gode og letteste kapitler, som jeg vil anbefale mine tenåringsdøtre å lese. Selv om boka ikke er rettet mot fagfolk, er det mye detaljert kunnskap, som leger og annet helsepersonell kan ha nytte av å lese i møte med pasienter med mulige endometrioseplager.

Helt i tråd med kvinnehelseutvalgets ønsker bruker forfatterne egne stemmer og stemmer fra pasientene sine til å øke kunnskap og forståelse om endometriose, og dermed heve sykdommens status. Alt i alt er dette en ambisiøs bok som kanskje gaper over litt for mye, men som kan fungere godt som et oppslagsverk for dem som ønsker en underholdende og lettskrevet bok med god informasjon om endometriose og livet med denne sykdommen.

Bettina Fossberg

BettinaCaroline.Fossberg@lillestrom.kommune.no

Bettina Fossberg er kommuneoverlege i Lillestrøm kommune.

Kronisk borreliose – finst det, då?

Ingvill Henmo

Flåttfronten: borreliosestriden i Norge

Oslo: Henmo forlag, 2025

278 s.

ISBN 9788230369395

Michael 2026; 23: 75-76

doi: 10.5617/michael.13087

Boka handlar om ein tematikk som er utfordrande for pasientar, pårørende og medisinarar. Eigentleg handlar ho om kva som finst, og korleis vi skal tolka det vi erfarer. Teksten rører altså ved dei grunnleggjande vitskapsteoretiske innfallsvinklane ontologi og epistemologi.

Til grunn ligg ei undring over ei helseteneste som ikkje følgjer opp det som personar med etterverknader av borreliainfeksjon opplever. Kona til forfattaren er mellom desse personane. For mange av desse har tilliten til helsetenesta smuldra bort. Boka er skriven nært innpå pasientrøynslene. Forfattaren ønskjer ikkje å fremja eit einsidig partsinnlegg. Eg meiner at ho har lukkast godt med det. Ulike synspunkt blir i stor grad fremja på dei ulike deltakarane i debatten sine eigne premisser – ofte med solid ankerfeste i dei samanhengane desse står i.

Innleiingsvis får lesaren ei grei innføring i arbeidsmåten bak teksten. Forfattaren har nytta skriftlege, offentleg tilgjengelege dokument. Ho skriv at utgangspunktet har vore søk i Nasjonalbiblioteket sin digitaliserte avisbase. Med grunnlag i funna derfrå har ho søkt vidare i anna skriftleg materiale og til ein viss grad også følgd opp med samtalar med involverte personar.



Forfattaren signaliserer at ho legg vekt på vesentlege spørsmål knytte til dei ordinære medisinske vurderingane og behandlinga som desse pasientane får i helsetenesta. Spørsmålet om langvarig behandling med antibiotika står til dømes sentralt. Boka er full av ganske kraftige utsegner frå mange av aktørane. Trass i den tragiske grunntonen gir dette spenning til lesinga, utan at teksten blir usakleg.

Alternative behandlingsformer blir ikkje drøfta i det heile. Midt oppi dei medisinsk-faglege drøftingane melder dei politiske kreftene seg av og på i debatten. Nettopp denne vekslinga mellom ulike faglege syn og ein samfunnsmessig kontekst som vaker litt til og frå, gir teksten eit spennande preg, sjølv om den har ein tydeleg kronologisk struktur. Vi får følgja debatten nasjonalt og dels også internasjonalt, gjennom nærare 50 år.

Teksten utfordrar det medisinske grunnfellet. Gjennom heile lesinga har eg to overordna gjengangsspørsmål: (1) Er det her tale om «kunnskap om manglande effekt» eller er det «manglande kunnskap om effekt»? (2) Kva må til for at kunnskap framkomen gjennom forskning om verknader på gruppenivå, også skal vera gyldig på individnivå?

Dette er viktige prinsipielle spørsmål som går langt ut over «borreliosestriden». Vi møter liknande utfordringar når det gjeld behandling av sjeldne sjukdommar med nye metodar og i aukande grad etter kvart som bruken av individuelt tilpassa lækjemiddel breier om seg.

Boka er vel verd å lesa for den aktuelle tematikken sin del, men vel så mykje fordi den har noko å seia om medisinen sitt allmenne teoretiske og empiriske grunnlag. Den gir vidare grunnlag for tenkinga omkring grensene for medisinen sin rolle i samfunnet og ønskjet om å få sett diagnosar på det som blir opplevd som sjukdom. Spørsmålet om kronisk borreliose eksisterer, er derfor utfordrande, både for einskildpersonar, det medisinske fagfeltet og for samfunnet.

Geir Sverre Braut
gsb@sus.no

Geir Sverre Braut er lege og spesialist i samfunnsmedisin, seniorrådgivar ved Stavanger universitetssjukehus, pensjonert professor frå Handelshøgskulen, Høgskulen på Vestlandet. Han har vore tilsett ved Statens helsetilsyn, men hadde ikkje noko å gjera med vurderingane av sakene som er omtala i denne boka.

Guidet tur i rusland

Willy Pedersen

Rusmidlenes skjønnhet og smerte

Oslo: Cappelen Damm Akademisk, 2025

264 s.

ISBN 9788202816025

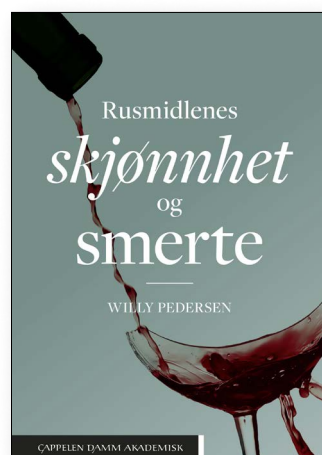
Michael 2026; 23: 77-78

doi: 10.5617/michael.13088

Willy Pedersen har viet sitt liv til å forske på ungdom og rus, særlig med intervju- og observasjonsdata. Han er tidligere professor i sosiologi med bakgrunn fra pedagogikk og psykiatri. I denne boka deler han rundhåndet sin innsikt i rusmidlenes rolle og virkninger i vårt moderne samfunn, inkludert egne erfaringer. Han tar oss med til følgende stasjoner (antall sider i parentes): nikotin (24), alkohol (45), cannabis (24), kokain og amfetamin (22), opioider (35) og psykedelika (19) i tillegg til en fyldig innledning, en avslutning om *God ruspolitikk*, og en litteraturliste med over 400 oppføringer.

Å lese boka er som en reise hvor vi får hilse på en rekke av Willys venner. Vi møter Hedda og Sara og Thomas og mange andre rusbrukere, som beskrives og kommenteres. Dette fungerer stort sett bra, men det blir noen ganger for monotont og deskriptivt.

På forlagets nettside står det at boka passer for fagområdene politifag og kriminalomsorg, psykologi, samfunnsfag, sosialfag og sosiologi. Det er neppe tilfeldig at medisin ikke er nevnt. Det står mye om legene i boka, men det meste er negativt. De fremstilles gjerne som pushere som skaffer folk rusmidler på resept. Egentlig synes jeg det er bra, mange tror at leger kan



helbrede rusavhengighet. I virkeligheten har vi ikke mer å bidra med enn hva en dyktig miljøarbeider kan gjøre når det gjelder å endre misbrukernes atferd. Vårt eneste fortrinn er reseptblokken. Dessverre har ikke helsemyndighetene tatt konsekvensen av dette. Det meste av rusomsorgen foregår nå i spesialisthelsetjenesten der det finnes hundrevis av leger i rus- og avhengighetsmedisin.

Selv om alkoholkapittelet er størst, kunne jeg ønsket at det var enda større. Siden alkohol er det eneste rusmiddelet som inntas i gramdoser, kan alkoholrusen også gi en skikkelig bakrus, noe som bare så vidt blir berørt i et sitat av forfatteren Vigdis Hjorth (s. 63): «Oppsøker ikke bare rusen, men også den sårbare bakrusen som får meg ned på jorda som det heter, der jeg må leve og der hverdagslivets sjarm er svært relativ.» Her hadde det vært naturlig å ta med forskningen som viser at alkoholen i en moralistisk sammenheng er det foretrukne rusmiddelet, fordi det følger en naturlig straff etter belønningen, ikke minst som en refleksjon av bokens tittel om skjønnhet og smerte.

Jeg savner også noe om symposiet, drikkegildet, som ifølge historiker Bjørn Qviller hadde fire hensikter: 1) å fremje vennskap for å skape politisk og sosial integrasjon, 2) å fremje moralsk oppseding, 3) å gi deltakarane noko konkret, gjennom eit ritual som symbolsk gjer vener og fiendar om til slektningar, og 4) å vere eit forum for avgjerdar (1). I den grad dette har overlevd kan det kanskje forklare noe av alkoholskadeparadokset: De rike drikker mest, men rusmidlene rammer fattige hardest (s. 74). Trygge sosiale rammer gir mindre skader.

Så er det er en elefant i Pedersens rom: avhengighet. Begrepet dukker selvsagt opp utallige ganger, men jeg savner en diskusjon om hvorfor noen rusmidler lettere gir avhengighet, og om hvordan livet som rusavhengig kan være et endeløst tog av nederlag. Hvorfor er ikke sosiologiprofessor Jon Elsters intellektuelle dugnad om avhengighet med på lista (2)?

Litteratur

1. Qviller B. Rusens historie. Oslo: Samlaget, 1996. <https://www.nb.no/items/d7e0cfa402a78582b1ae9f7dcec18686?page=7> (17.10.2025).
2. Elster J, red. Addiction: entries and exits. New York: Russell Sage Foundation, 1999.

Olaf Gjerløw Aasland
olaf2306@gmail.com

Olaf Gjerløw Aasland er lege, professor emeritus og tidligere instituttssjef ved Legeforskningsinstituttet.

Godt om privatlivets glidende grenser

Hilde Gunn Slottemo

Privatlivets historie: slikkepotten, skjermen, soverommet og andre fortellinger

Oslo: Humanist forlag, 2025

207 s.

ISBN 978-82-8282-282-4

Michael 2026; 23: 79-80

doi: 10.5617/michael.13089

Hilde Gunn Slottemo (f. 1968) er professor i historie ved Nord universitet, avdeling Levanger. Hun har en lang rekke historiepublikasjoner på sin merittliste, særlig om arbeidsliv og relaterte emner. Slottemo har ry som historiefremidler på flere plan. Det er derfor med spenning man åpner hennes populærvitenskapelig anlagte bok *Privatlivets historie*.

Det er nettopp *fortellinger* som danner strukturen i boka. Det er 13 enkeltkapitler om forskjellige emner som i nokså kronologisk rekkefølge utgjør en kortfattet, norsk kulturhistorie fra midten av 1800-tallet og fram til nå. Det går imidlertid en rød tråd gjennom det hele – hun ser på hvordan grensene mellom det *private* og det *offentlige* utvikler seg over tid – fra fortidens overfylte arbeiderboliger til dagens gutte- eller jenterom der tenåringsbeboeren dyrker sin ensomhet og livslede. Det er et stort, men også et dristig prosjekt, å skulle framstille dette på knappe 200 sider, og dertil skrive populært på en måte som fanger folk flest. Hun har klart det!

Kapitlene åpner gjerne med noen slående eksempler: Freuds divan, morens slikkepott og så videre. Deretter følger historiefortellingen som hører til, før hun analyserer og forklarer. Forenklingens kunst er ikke lett.



Noen kapitler er kanskje skrevet med en litt for bred penn og er noe unyanserte og kategoriske, men det unnskyldes av formidlergleden. Min for lengst henfarne mor ville nok humret gjenkjennende, men av og til også knurret kritisk hvis hun hadde lest kapitlene om mellomkrigstiden, krigsårene og tiden etterpå. Dagens unge vil kanskje først lese kapitlene om parforhold, hjemmekontor nå for tiden, og om folk som på den ene siden er opptatt av personvern, mens de samtidig bretter ut privatlivet i sosiale medier. Og om hvordan grensen er mellom hvordan man *er privat*, og hvordan man ønsker å framstå som privat i det offentlige rom.

Personlig festet jeg meg særlig ved kapittelet om psykoanalysens betydning for hva som er privat og hva som er offentlig. Kapittelet om byplanlegging er annerledes. Det tar utgangspunkt i professor Sverre Pedersens (1882–1971) stedsplanlegging, der han på en banebrytende måte la vekt på totalkonsepter for funksjon, helse, trivsel og estetikk ved utformingen av byer og tettsteder.

Slottemos poeng er at stedsplanlegging og arkitektur skaper rammer om enkeltindividenes liv – rammer som blir normdannende også for grensene mellom hva som er privat, og hvordan offentligheten omkring skal fungere. Kapittelet er kort, men har mye å fortelle.

Teksten har noen diskrete henvisningstall. De viser til et omfattende noteapparat bakerst i boka med 289 sluttnoter. Deretter følger en tilsvarende innholdsrik liste over kilder og litteratur. De gode og nyttige kildehenvisningene er i seg selv en grunn til å lese boken. Her er det den profesjonelle historikeren som har satt sitt stempel på en spennende og lesverdig tekst.

Øivind Larsen

oivind@oivindlarsen.no

Øivind Larsen er professor emeritus i medisinsk historie ved Universitetet i Oslo.

Den skjulte makta

Paul Bjerke

Den skjulte makta

Oslo: Manifest, 2025

149 s.

ISBN 978-82-8342-192-7

Michael 2026; 23: 81-82

doi: 10.5617/michael.13090

Paul Bjerke må kunne regnes til venstresiden i det politiske landskapet. Han er professor emeritus i mediefag fra Høgskulen i Volda og har tidligere vært redaktør i Klassekampen og medarbeider i stiftelsen De Facto. I *Den skjulte makta* tar han for seg selskapsgjøring og oppsplitting av statlige virksomheter innen jernbane, skog, kraft, olje, telekommunikasjon og sykehus. Bokas undertittel, «direktørvelde i staten – og hvordan en annen vei er mulig», uttrykker tydelig forfatterens kritiske syn på denne utviklingen.

Bjerke legger i hovedsak ansvaret på Arbeiderpartiet. Han viser til planleggingsminister Per Kleppes (1923–2021) innlegg på Den nordiske arbeiderkongressen i 1982 der Kleppe stilte spørsmål ved om sosialdemokratiets økonomiske politikk hadde fungert etter hensikten. Han argumenterte for desentralisering av beslutninger og økt bruk av markedsmekanismer, som skulle realiseres gjennom «nye systemer for styring». Bjerke mener at dette markerer røttene til New Public Management i Norge, i kontrast til den mer etablerte oppfatningen om at modellen ble importert fra Tony Blair og New Labour.

Boka skildrer utviklingen de siste tiårene innen mange tidligere offentlige virksomheter. Forfatteren viser hvordan disse er blitt omdannet til et



mylder av statlige selskaper med ulik grad av politisk styring. Felles for dem er at makt flyttes fra folkevalgte organer til et høytlønnnet direktørsjikt, samtidig som virksomhetenes målsettinger endres. Han viser også hvordan transport- og energisektoren er blitt fragmentert i en rekke selskaper uten innbyrdes samordning, og gir en overordnet framstilling av sykehusene under foretaksorganiseringen.

For en som har fulgt endringene fra innsiden av sykehusene, er det vanskelig å ikke la seg engasjere av Bjerkes tema og hans vurderinger. Det er særlig interessant å se foretaksorganiseringen satt inn i en bredere sammenheng med endringer i annen offentlig virksomhet. Dette gir økt innsikt i de underliggende motivene og drivkreftene som har endret og formet helsetjenestene våre. Bjerkes beskrivelser gjør at tankesettet til endringsagentene og de nye lederne blir tydelig. Samtidig viser han at en annen vei er mulig, og løfter som eksempel fram hvordan et av landets største samferdselselskaper – Oslo sporveier – har valgt å stå imot tidsånden. Ved å fastholde sin samlede virksomhet har de styrket sin posisjon.

Elefanten har mange sider. Dette er ingen fullstendig analyse av endringene i offentlig sektor de siste tiårene, og det har nok heller ikke vært Bjerkes mål. Han legger ikke skjul på sine egne vurderinger, og han er tydelig i sin kritikk. Bjerke skriver lett og underholdende, tidvis med et snev av sarkasme, men uten å falle for fristelsen til mer outrert harselas, som mange kunne ha gjort. I framstillingen av helsefeltet finner jeg enkelte unøyaktigheter i en ellers god framstilling. Et eksempel er omtalen av Bent Høie. Han ønsket ikke å gå bort fra foretaksmodellen, slik Bjerke skriver, men å avvikle det regionale leddet. Dette er imidlertid ikke avgjørende for helheten i teksten.

Bjerke har skrevet en lettlest og opplysende bok på snaut 150 sider. Den vil særlig appellere til lesere som har latt seg engasjere – og tidvis irritere – over utviklingstrekkene i offentlig sektor de siste tiårene.

Christian Grimsgaard
christiangrimsgaard@gmail.com

Christian Grimsgaard er overlege ved Ortopedisk avdeling, Oslo universitets-sykehus og konserntillitsvalgt for Akademikerne i Helse sør-øst.

Farlege forskjellar

Trine Østereng

Farlege forskjellar: kvifor stor økonomisk ulikskap er eit samfunnsproblem

Oslo: Res Publica, 2025

202 s.

ISBN 9788282263214

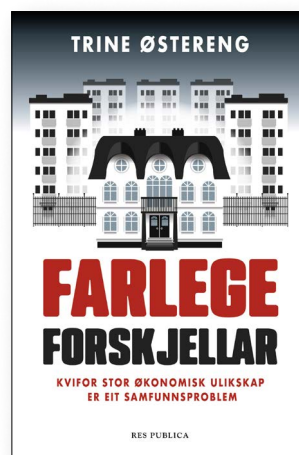
Michael 2026; 23: 83-84

doi: 10.5617/michael.13091

Då eg las Trine Østereng si bok om ulikskap i Noreg, tenkte eg på Mullainathan og Shafirs bok om kva som skjer med hjernen vår når vi blir utsett for stor knappleik (1). Tankane blir besett av det du manglar, det blir det einaste som står i hovudet på deg, og dette forklarar kvifor det å ha lite betyr så mykje. Ein kan ha så lite mat at det dominerer heile livet, eller ein kan bli besett av at ein har for lite pengar, tid eller kjærleik.

I den informative og velskrivne boka er det særleg verknader av materiell knappleik Østereng tek opp, sjølv om ho òg syner at dette kan ha verknader langt ut over det materielle. Undertittelen *Kvifor stor økonomisk ulikskap er eit samfunnsproblem* syner at ho ikkje berre er oppteke av kva fattigdom har å seie for den einskilde, men òg i et samfunns-perspektiv. Ho gjev oss mykje relevant og god statistikk, og der det trengs, gjev ho lettfattelege forklaringar på tala.

Ein tilbakevendande diskusjon gjeld korleis vi måler omfanget av fattigdom. Er det beste målet kva den einskilde har i absolutt forstand, til dømes inntekt etter skatt eller i relativ forstand, til dømes sett i høve til medianinntekta i det landet der vedkommande bur? Det første målet kan gje ein peikepinn på kor trongt det er i hushaldet, om det er tilstrekkeleg



til mat, klede og husvære. Det andre målet peiker på korleis hushaldet ligg an i høve til andre, og er ikkje berre eit mål på kor mange fattige det er i eit samfunn, men òg eit mål på omfanget av ulikskapen.

Østereng er oppteke av begge perspektiv, men legg vekt på ulikskap. I kapittelet *Pengestress* er det ikkje mangel på pengar ho drøfter, men det at vi samanliknar oss med andre, og at det å ha (mykje) mindre enn andre genererer stress. I kapittelet *Fattigdom stel barndom, håp og helse* nærmar ho seg fattigdom både frå individnivået – stress og skam som følgjer av knappleik for den einskilde – og frå samfunnsnivået, der fleire fattige fører til konflikt, oppløysing av tillit, svekking av demokratiet og forsterking av ulikskapen.

Størst vekt legg Østereng på kva politikk som bidreg til meir fattigdom og auka skilnader, og i siste kapittel foreslår ho seks vegar ut av forskjellsveksten. Dei seks vegane er eit endra skattesystem, marknadsregulering, fleire med i fagforeningar, heve fattigdomsgrensa, styrking av velferdsstaten og forsvar av demokratiet. Kva som er dei mest effektive verkemidla er stadig diskutert, både blant politikarar og forskarar. Fleire forsøk er på sin plass, og slik kan ein få betre kunnskapsgrunnlag for dei tiltaka ein set i verk. Med bakgrunn i Mullainathan og Shafir sin argumentasjon (1) ville eg først ha lagt vekt på å hindre at dei som har minst, slepp å tenkje heile døgnet på korleis dei skal få endene til å møtes. Det stel all merksemd og energi og hindrar ein frå å ta seg av barn, ha eit meningsfullt liv, delta i samfunnet, tenkje på utdanning eller å få seg ein jobb.

Lesarar vil ikkje vere einig med Østereng i alt ho skriv, men at lange køar til matsentralar som går tomme for mat ikkje er ein velferdsstat verdig – det er det umogeleg å vere ueinig i, er det ikkje?

Litteratur

1. Mullainathan S, Shafir E. *Scarcity: why having too little means so much*. London: Times Books, 2013.

Berit Horn Bringedal
berit.bringedal@lefo.no

Berit Horn Bringedal er sosiolog, dr.polit. og seniorforskar ved Legeforskningsinstituttet.

Kanskje samfunnsmedisinen og samfunnspsykologien bør prata litt saman?

Ole Jacob Madsen

En kort introduksjon til samfunnspsykologi

Bergen: Fagbokforlaget, 2025

175 s.

ISBN 9788245023213

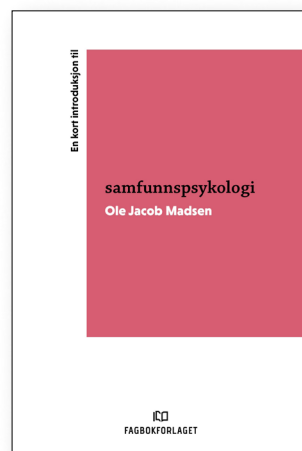
Michael 2026; 23: 85-86

doi: 10.5617/michael.13092

Dette er ein velskriven og kortfatta monografi om fagfeltet samfunnspsykologi. Forfattaren har utforma teksten som eit forsvarsskrift for ein truga fagtradisjon. Eg kjenner ikkje det psykologiske feltet godt nok til å seia om uroa er grunna, men med over 40 års røynsle frå samfunnsmedisinen forstår eg kva han kjenner på.

Hjelpeplikta, det daglege kravet frå dei einskilte meir eller mindre akutt trengjande, er vel noko som både psykologar og legar støtt møter. Det krev mot og kunnskap å gå oppover langs elva for å finna fram til kven som kastar personane uti, når redningsbehovet nedstraums er stort. Dette biletet frå Aaron Antonovsky plasserer fagfeltet i ein tverrfagleg samanheng.

Madsen lukkast med å få fram balansen mellom det individuelle og det kollektive imperativet som ulike hjelpeprofesjonar støtt står i. Slik sett bør boka ha appell langt utanfor psykologane sitt fagfelt. Forfattaren går inn i historia til samfunnspsykologien. Ut frå dette viser han til teori og empiri som fagfeltet trekkjer på. Han støttar seg både til medisinen og ikkje minst samfunnsvitskapane, men gjennom heile boka trekkjer han med seg psykologien si eiga fagforståing som ein bindande tråd.



I første kapittel definerer Madsen fagfeltet. Han knytter det til nasjonale og internasjonale påverknader om at psykologane må nytta kompetansen sin til å vera med på å løysa samfunnsproblem, ikkje berre til å behandla trengjande menneske.

Det andre kapitlet om fellesskap er for meg høgdepunktet. Det er ein flott argumentasjon over tretti sider om fordelar og ulemper ved å vera del av ein fellesskap. Ikkje berre får forfattaren fram føremonene med samhald, men han klarer å vega dette opp mot ulempene og påkjenningane i samværet. Her spelar han også på ein vitug måte på skjønnlitterære forfattarar som John Donne og samfunnsteoretikarar som Zygmunt Bauman.

Den meir klassiske helsefremjings- og førebyggingsteorien finn vi i det tredje kapitlet. Madsen brukar klokeleg Geoffrey Rose si inndeling i høg-risiko- og befolkningsstrategi. Denne tilnærminga er som hand i hanske med både eit samfunnspsykologisk og eit samfunnsmedisinsk perspektiv. Om forfattaren hadde vald å illustrera dei to strategiske tilnærmingane med døme frå rusmiddelarbeidet, ville han kome tett på det praktisk politiske og operasjonelle og synleggjort spenningane mellom det individuelle og det kollektive.

Eg saknar noko om årsaks-verknadstenking, ein referanse til Austin Bradford Hill og ein presentasjon og analyse av Verdas helseorganisasjon sin helsedefinisjon. Ei djupare drøfting av mono- og multikausalitet kunne også vore med. Dette hadde knytt samfunnspsykologien nært til samfunnsmedisinen.

I det fjerde kapitlet blir det engelskspråklege omgrepet *empowerment* drøfta. Ofte brukar me myndiggjering på norsk. Madsen knytter det elegant til omgrepet livsmeistring. Det er klokt, fordi det er dette som blir nytta i det nye læreplanverket for skulen.

Femte og siste kapittel ser på samfunnspsykologi i eit kritisk perspektiv. Her tar forfattaren eit teoretisk utgangspunkt, der han skil mellom empirisk-analytiske, historisk-hermeneutiske og kritiske vitskapar. Boka ber preg av ei søking etter å knyta desse tre teoretiske innfallsvinklane saman.

Forfattaren viser også korta sine i god akademisk tradisjon, med eit omfattande og relevant noteapparat.

Geir Sverre Braut
gsb@sus.no

Geir Sverre Braut er lege og spesialist i samfunnsmedisin, seniorrådgivar ved Stavanger universitetssjukehus og pensjonert professor frå Handelshøgskulen, Høgskulen på Vestlandet.

Veier til varig endring

Peter Prescott

Atferd og helse: veien til stabil endring

Bergen: Fagbokforlaget, 2025

150 s.

ISBN 978-82-450-5304-3

Michael 2026; 23: 87-88

doi: 10.5617/michael.13093

Når jeg foreleser for medisinstudentene ved Universitetet i Oslo om hvordan hjelpe pasienter med røykeslutt og vektnedgang, tyr jeg ofte til endringshjulet til Prochaska og Diclemente. Du har kanskje sett modellen, som prøver å kaste lys på atferdsendring. Studentene synes endringshjulet er komplisert: «Unnskyld, kan du forklare føroverveielse én gang til?»

Derfor var det med stor iver jeg tok fatt boka til psykolog Peter Prescott, som lover å vise veien til stabil endring. Målgruppa er «studenter i en rekke profesjonsutdanninger».

Det første kapittelet beskriver hvordan atferd og helse henger sammen. Det er fint å få opplysninger som «70 prosent av de som røyker ønsker å slutte å røyke». Alt er dokumentert med referanser.

I kapittel 2 og 3 definerer Prescott to typer atferd: Type 1-atferd er «Det vi gjør for mye av», som snusing og gambling. Type 2-atferd er «Det vi gjør for lite av», som trening og å være selvhevdende. Aristoteles kalte det for *laster* og *dyder*, og i helsevesenet brukes ofte *avhengigheter* og *helsefremmende atferd*.



Prescotts kategorisering gjør det mulig å gi mer spesifikke råd til behandlere som skal hjelpe mennesker med atferdsendring. Det er grunnleggende forskjellig å slutte med noe og å begynne med noe. Som Prescott skriver: «Mens manglende selvkontroll (å være impulsstyrt) er problemet ved type 1-atferd, er mangel på selvdisiplin (å gjøre som vi har tenkt når vi møter motstand) problemet ved type 2-atferd» (s. 30).

Den sterkeste delen av boka er den grundige beskrivelsen av «impulser» og «motstand». Prescott bruker figurer og eksempler for å tydeliggjøre disse fenomenene og hvordan de stikker kjepper i hjulene for folk som vil endre atferd.

Gjennom boka følger vi seks personer med forskjellige atferdsutfordringer, blant annet Fred som er avhengig av dataspill. Det fungerer fint å få innblikk i disse menneskenes tanker og følelser. Jeg skulle gjerne sett mer av dem, for eksempel i form av dialoger med behandlere.

Andre halvdel handler om hvordan man kan få til atferdsendring gjennom å bli motivert (kapittel 5), bestemme seg (kapittel 6), gjøre tiltak (kapittel 7) og mobilisere egne ressurser (kapittel 8). Her tar Prescott for seg store tema, noe som er imponerende når boka er på bare 139 sider.

Særlig kapittel 8 har mange konsepter på liten plass. Her bruker Prescott sin erfaring med kognitiv atferdsterapi og beskriver minst åtte forskjellige «tankemessige ressurser». Et eksempel er debattforumet hvor en person forestiller seg en debatt mellom motstridende tanker i hodet for å få et mer balansert forhold til sin atferd. Det er få instruksjoner til hvordan en behandler leder et slikt debattforum. Kanskje hadde boka tjent på å konsentrere seg om færre konsepter, heller enn å dekke alt?

Det hjelper at Prescott legger til både skjemaer til pasientene og tips til behandlere etter hvert kapittel. Skjemaet «suksessfaktorer i endring» er flott, og jeg gleder meg til å prøve det ut med studenter og pasienter.

Atferd og helse er en kompakt bok om et komplisert og viktig tema og er solid forankret i motiverende intervju og kognitiv atferdsterapi. Den er nyttig for klinikere og studenter som vil lære mer om helse, atferd og endring.

Herman Escher Egenberg
h.e.egenberg@medisin.uio.no

Herman Escher Egenberg er lege og stipendiat ved Universitetet i Oslo.

Det norske medisinske Selskab 2025

Michael 2026; 23: 89-95

doi: 10.5617/michael.13094

Det norske medisinske Selskab hadde 316 medlemmer ved utgangen av 2025. Møtedeltakelsen har vært økende, med et gjennomsnitt på 54 deltakere ved årets ni møter. Legenes hus har etablert seg som et naturlig og velfungerende «hjem» for Selskabet. I april 2025 inngikk Den norske legeforening og Det norske medisinske Selskab en ny, tiårig samarbeidsavtale som sikrer Selskabet stabile og kostnadsfrie møtelokaler for framtiden.

Tidsskriftet Michael utga i tillegg til fire ordinære hefter også ett supplement i sin 22. årgang.

Våren 2025

Onsdag 19. februar 2025 kl. 19:15 ble *Nytt brystkreftsenter og det nye Radiumhospitalet* presentert med to innlegg:

Radiumhospitalet: nytt sykehus, nye muligheter ved Sigbjørn Smeland, klinikkleder, Kreftklinikken, Oslo universitetssykehus og professor ved Universitetet i Oslo.

The sky is the limit! Brystkreftsenteret på det nye Radiumhospitalet ved Randi Margit Ruud Mathiesen, seksjonsleder, seksjon for brystonkologi, Avdeling for kreftbehandling, Oslo universitetssykehus.

Styret i stiftelsen Det norske radiumhospital var spesielt invitert. 45 deltakere.

Onsdag 19. mars 2025 kl. 19:15 var temaet *Hva kan dempe demensbølgen? Demens og funksjonsvurdering*, også dette møtet med to innledninger:

Hva kan dempe demensbølgen – kur eller forebygging? ved Geir Selbæk, spesialist i psykiatri, forskningssjef ved Nasjonalt senter for aldring og helse og professor ved Universitetet i Oslo.

Funksjon er viktigere enn diagnose. Hvordan kan vi vurdere og bedre funksjon? ved Marte Wang-Hansen, spesialist i geriatri, Sykehuset i Vestfold og prosjektleder for Vitality – integrerte helsetjenester.

74 deltakere.

Onsdag 9. april 2025 kl. 19:15 var temaet *Behandling med avføring* med to innledninger:

Avføring som terapi – historisk overblikk ved Jørgen Valeur, overlege i gastroenterologi, Lovisenberg Diakonale Sykehus og professor ved Universitetet i Oslo.

Evidens for tarmflorabehandling ved Frederik Emil Juul, lege i spesialisering i fordøyelsessykdommer og postdoktor, Bærum sykehus og Klinisk effektforskning, Universitetet i Oslo.

39 deltakere.

Onsdag 21. mai 2025 kl. 19:15 var temaet *Medisin i norsk kriminallitteratur* ved Magne Nylenna, professor emeritus, Universitetet i Oslo og styreleder i Selskabet.

Etter møtet ble årsmøtet avholdt. 51 deltakere.

Høsten 2025

Onsdag 20. august 2025 kl. 19:15 ble høstsemesteret innledet med et debattmøte om *Trumpismens betydning for norsk og internasjonal helse og helsetjeneste*. Det var tre innledninger (figur 1):

Amerikansk helsepolitikk under president Donald Trump ved Jacob Jorem, lege og jurist, Postdoctoral Research Fellow ved Harvard Medical School og Adjunct Associate Research Scientist ved Columbia University.

USAs utmelding av Verdens helseorganisasjon ved Bente Mikkelsen, tidligere Director of Noncommunicable Diseases, WHO.

Forskningssamarbeid, smittevern og folkehelsearbeid ved Guri Rørtveit, direktør, Folkehelseinstituttet.

75 deltakere til stede, i tillegg fulgte 36 møtet digitalt.

Møtet var støttet av Fritt Ord og Norsk tidsskriftforening.

Onsdag 17. september 2025 kl. 19:15 var temaet *Persontilpasset medisin* ved Hege Russnes, overlege, seksjon for molekylærpatologi, Oslo universitetssykehus, professor ved Universitetet i Oslo og leder av Nasjonalt kompetansesenter for persontilpasset medisin. 40 deltakere.



Figur 1. Høstens første møte om trumpismen betydning for norsk og internasjonal helse og helsetjeneste vakte stor interesse. Her er innlederne (fra venstre): Guri Rørtveit, Jacob Jorem, Bente Mikkelsen (Foto: Øivind Larsen)

Onsdag 15. oktober 2025 kl. 19:15 var temaet *Hvordan kan fastlegen håndtere pasienter med langvarige fysiske symptomer?*

Cathrine Abrahamsen, fastlege, ph.d., Tinghauglegene, Nøtterøy og Avdeling for allmennmedisin, Institutt for helse og samfunn, Universitetet i Oslo presenterte funn fra sin doktoravhandling. 40 deltakere.

Onsdag 12. november 2025 kl. 19:15 var temaet *Moderne rettsmedisin* ved Ida Kathrine Gravensteen, lege og forsker ved seksjon for rettspatologi og klinisk rettsmedisin, Oslo universitetssykehus (figur 2). 55 deltakere.

Onsdag 10. desember 2025 kl. 18:00 ble årets julemøte avholdt i Oslo katedralskoles lokaler. Temaet var *Reseptene forteller*, og det var tre innledninger:

Resepten som kommunikasjonsmiddel mellom lege og apotek ved Anne Gerd Granås, professor ved Universitetet i Oslo.

Signering i resepturen – de opprinnelige tankene bak designet på den ikoniske røde apoteketiketten ved Inger Wabø, tidligere apoteker.



Figur 2. Moderne rettsmedisin var tema for novembermøtet med foredrag av Ida Kathrine Gravensteen, lege og forsker ved seksjon for rettspatologi og klinisk rettsmedisin, Oslo universitetssykehus (Foto: Øivind Larsen)

Da alkohol var medisin – glimt fra forbudstiden 1916–1926 ved Erlend Hem, instituttsjef, Legeforskningsinstituttet og professor ved Universitetet i Oslo.

Avslutningsvis var det sosialt samvær med buffet. 70 deltakere.

Årsmøtet 2025

Årsmøtet ble avholdt 21. mai 2024. Årsmeldingen for 2024 ble tatt til orientering, og regnskapet godkjent. Årskontingenten for 2026 ble fastsatt til kr 700.

Øivind Larsen og Arvid Heiberg gikk ut av styret etter eget ønske. Arvid Heiberg ble utnevnt til æresmedlem og Øivind Larsen, som allerede er æresmedlem, mottok Michaels æresstatuett (figur 3).

Styret for perioden 2025–2027:

- Leder: Magne Nylenna
- Styremedlemmer: Stein A. Evensen, Bettina Fossberg, Erlend Hem, Frøydis Langmark, Astrid Nylenna, Jørgen Valeur
- Varamedlemmer: Helene Helgeland, Kristine Lillestøl

Selskabet og Legeforeningen

I 2019 overdro Selskabet sin historiske portrettsamling til Den norske legeforening, med sikte på at portrettene skal fungere som synlige påminnelser om medisins faglige og institusjonelle historie. Som del av avtalen skulle Selskabet samtidig sikres rammer for videre virksomhet gjennom tilknytning til Legeforeningen og Legenes hus.

Erfaringene har vist at samarbeidet er til gjensidig nytte for begge parter. I april 2025 ble det derfor inngått en ny, tiårig samarbeidsavtale som sikrer Selskabet kostnadsfri tilgang til møtelokaler i Legenes hus for redaksjons-, styre- og medlemsmøter.

Michael

I november 2025 inngikk Det norske medicinske Selskab en formell avtale med Nasjonalbiblioteket om tilgjengeliggjøring av tidsskriftet *Michael*. Nasjonalbiblioteket har stått for digitalisering av tidsskriftet siden oppstarten, men den nye avtalen innebærer at alle utgaver nå er fritt tilgjengelige for publikum via bokhylla.no. Tidligere krevde tilgang til *Michael* innlogging.

I sin 22. årgang publiserte *Michael* fire ordinære nummer med til sammen 28 artikler og 37 bokanmeldelser, fordelt på 462 sider. I tillegg utkom et engelskspråklig supplement, *The Harkness fellowship – the Norwegian experience*.



Figur 3. Under årsmøtet 2025 fikk Øivind Larsen (t.v.) og Arvid Heiberg velfortjent takk og heder for sin årelange innsats for Det norske medicinske Selskab (Foto: Magne Nylenna)

Øivind Larsen, en av tidsskriftets grunnleggere, trådte i 2025 ut av redaksjonen og ble hedret gjennom portrettintervju og forsidebilde i *Michael* nr. 4–2025.

Redaksjonen består nå av Jan Frich, Pål Gulbrandsen, Erlend Hem, Nina Husom og Magne Nylenna. Medlemmene av redaksjonskomiteen er Geir Sverre Braut, Kari Tove Elvbakken, Linn Okkenhaug Getz, Christoph Gradmann, Cato Innerdal og Hilde L. Sommerseth. Redaksjonskomiteen avholdt ett digitalt møte i 2025, der tidligere utgivelser ble gjennomgått og ideer til videre utvikling diskutert.

Hver utgivelse publiseres både på tidsskriftets nettsted (<https://www.michaeljournal.no>) og på journals.uio.no, som er Universitetet i Oslos åpne publiseringsjeneste (FRITT). Gjennom denne tjenesten tildeles hver artikkel en doi (digital object identifier), som sikrer en permanent og entydig nettadresse. Enkelteksemplarer av papirutgaven kan kjøpes via Tekstallmenningen i Bergen (<https://tekstallmenningen.no>).

Utgivelser i 2025:

- *Michael 1-2025: Prioriteringer – medikalisering.* En studie av diagnostiske kategorier i kosmetisk medisin fikk stor, allmenn medieomtale. Ressursprioritering i helsetjenesten er en kontinuerlig utfordring med hyppige, offentlige utredninger. Som en av forfatterne i dette nummeret skriver: «All aktivitet i helsetjenesten, ikke bare behandling, bør bidra til målet om å bruke knappe ressurser best mulig.»
- *Michael 2-2025: Tilsyn: trygghet og trussel.* Offentlig tilsyn av helsetjenesten skal sikre forsvarlighet og kvalitet. Iblant oppfattes tilsynsmyndighetene også som en trussel av helsepersonell. Det statlige helsetilsynet har utviklet seg fra å ha et kontrollperspektiv til å legge vekt på kvalitetsutvikling. Både tilsynets gransking av uønskede hendelser og legenes opplevelse av å være under tilsyn ble drøftet i flere artikler.
- *Michael 3-2025: For mye medisin?* videreførte diskusjonen om medikalisering i nr. 1. Filosofen Sigurd Hverven presenterte et filosofisk blikk på medisinsk overaktivitet, og etikkprofessor Bjørn Hofmann drøftet «Medisinens manglende moderasjon». Tittelen på lederartikkelen «Hvor skal grensen settes, og hvem skal sette den?» er nøkkelspørsmål i debatten.
- *Michael 4-2025: Allmennmedisinsk forskning – de første årene.* Selv om allmennmedisin er selve grunnfellet i norsk helsetjeneste, ble det et eget undervisningsfag først i 1970-årene og en egen medisinsk spesialitet så sent som i 1985. Nummeret ble i sin helhet viet allmennmedisinsk forskningshistorie gjennom det 20. århundre, og

inneholdt en rekke hittil udokumenterte og upubliserte pionerhistorier med mye nytt bildemateriale.

- *Supplement 34: The Harkness fellowship – the Norwegian experience* presenterte stipendiatorordningen som The Commonwealth Fund har tilbudt norske søkere gjennom 15 år. Erfaringene fra 13 norske stipendiater i helsetjenesteforskning ved amerikanske prestisjeuniversiteter viser et mangfold i temaer og personlige opplevelser. Boken ble redigert av Jan Frich og Magne Nylenna og publisert i forbindelse med The Commonwealth Funds 100-årsjubileum.

Magne Nylenna
magne@nylenna.no

Magne Nylenna er styreleder i Det norske medisinske Selskab

Michael

1. *Michael* is a publication series of The Norwegian Medical Society (Det norske medicinske Selskab).
2. *Michael* is named after Michael Skjelderup (1769–1852), the first medical professor in Norway and one of the founding fathers of the Society.
3. *Michael* is distributed to the members of the Society, other subscribers and libraries. Separate issues may also be distributed to external groups of readers.
4. *Michael* publishes high quality papers on medical history, medical humanities, public health and health politics. The manuscripts will be peer reviewed prior to the editorial decision on acceptance.
5. *Michael* publishes articles in the Scandinavian languages or in English, depending on topic and main readership. *Michael* is available open access at www.michaeljournal.no.
6. *Michael* publishes four regular issues a year. Supplements may be published at irregular intervals.

Editors:

Jan Frich
Pål Gulbrandsen
Erlend Hem
Nina Husom
Magne Nylenna

Postal address:

Tidsskriftet *Michael*
P.O. Box 1152 Sentrum
NO-0107 Oslo
Norway
michael@dnms.no

Editorial board:

Geir Sverre Braut
Kari Tove Elvbakken
Linn Okkenhaug Getz
Christoph Gradmann
Cato Innerdal
Hilde L. Sommerseth

Annual subscription rate
NOK 700

ISSN 1893-9651

Boken lever!

I *Michael* er bokanmeldelser viktige. De veileder leserne, stimulerer til refleksjon og bidrar til at bøker faktisk blir brukt. Samtidig gir de forfatterne tilbakemelding og bidrar til å holde den faglige samtalen levende. Det er grunn til å tro at også forlagene lar seg påvirke når de skal beslutte hvilke fagbøker som skal produseres, og hvordan de skal treffe målgruppen.

I dette nummeret presenterer vi 15 bokanmeldelser – en bred samling av faglitteratur og skjønnlitteratur. Her finner vi fire svært ulike pasientfortellinger, to bøker der leger beskriver livet som lege, fem populærvitenskapelige bøker om privatlivets historie, endometriose, hjernen, rusmidler, flått og borreliose, to bøker om samfunnskritikk og to lærebøker om samfunnspsykologi og om atferd og helse.

Erlend Hem, Nina Husom

www.dnms.no

ISSN 1893-9651



9 771893 965004