

www.sykepleien.no



01.2023 · 111 år

# Sykepleien

**Hvorfor vet vi så lite  
om kvinners helse?**

# INNHold 01 2023

## Hvorfor vet vi så lite om kvinners helse?

- 04** Leder, redaktør Anne Hafstad: Skrik det ut!
- 10** En jente blir født
- 20** Fakta: Fødsler
- 24** Jenter får hjelp med kvinnehelse på Helsestasjon for ungdom
- 30** Kronikk: Unge jenter vil ha mer snakk om grenser
- 38** Fakta: Ungdom
- 40** Vi må stanse mytene rundt hormonell prevensjon
- 44** Forskningsartikkel: Kvinners erfaringer med helsetjenestetilbudet ved medikamentell abort
- 54** Essay: Det absurde ved å få kroppen delt i to
- 58** Du kan unngå sykmelding med enkle grep
- 62** Bokanmeldelse: Usynlige kvinner
- 64** – Et mål at kvinner kan stå lenger i arbeid
- 68** Stress er farligst for kvinnehjerner
- 76** Lill Sverresdatter Larsen blir provosert av mas om sykefravær
- 80** Fagartikkel: Langvarig smerte er et kvinnehelseproblem
- 86** Fakta: Endometriose og adenomyose
- 88** Han vurderer uføresøknader
- 93** Tror sykepleierne er mindre uføre enn gjennomsnittet
- 94** Mer hensyn på jobb, takk!
- 100** Sykepleier vant pris for kvinnehelseteknologi
- 102** Fagartikkel: Hormonterapi kan trygt brukes i overgangsalderen
- 108** Sverige: Kvinner fra 15 til 101 går til jordmor
- 116** Fagartikkel: Eldre innvandrerkvinner har dårligere helse enn resten av befolkningen



Illustrasjonsfoto:  
Science Photo Library / NTB  
Lennart Nilsson / Science Photo Library  
Piotr Marcinski / Mostphotos  
Berit Roald / NTB creative / NTB  
Zephyr / Science Photo Library  
Eva Rose Furmyr

# Sykepleien

## Ansvarlig redaktør

Anne Hafstad  
E-post: [anne.hafstad@sykepleien.no](mailto:anne.hafstad@sykepleien.no)  
Tlf. 91 79 39 73

## Nyhetsredaktør

Ulif Nygaard

## Redaksjonssjef

Ellen Morland

## Journalister

Eivor Hofstad, Marit Fonn,  
Ingvald Bergsagel

## Fagredaktører

Silje Ottestad og Eli Smedstad

## Manusredaktør, kronikker og korrektur

Signe Marie Flåt, Trine-Lise Gjesdal  
og Øystein Eian

## Design, illustrasjoner og grafisk produksjon

Nina E. H. Hauge og Monica Hilsen

## Forsidefoto

Eva Rose Furmyr

## Annonser

Markedssjef Ingunn Roald  
Tlf. 91 60 38 12  
Salgsfabrikken  
Tlf. 90 61 63 07

## Repro og trykk

Stibo Complete, Danmark

## Utgivelsesdato

24. februar 2023

## Sykepleien

PB 456 Sentrum, 0104 Oslo  
Tlf. +47 994 02409  
E-post: [redaksjonen@sykepleien.no](mailto:redaksjonen@sykepleien.no)

## Adresseendring:

medlemstjenester@  
sykepleierforbundet.no

**Tidsskriftet Sykepleien eies av  
Norsk Sykepleierforbund  
og arbeider etter Redaktørplakaten  
og pressens Vær varsom-plakat.**



FØLG OSS



[www.facebook.com/  
sykepleien](https://www.facebook.com/sykepleien)



[www.instagram.com/  
sykepleien](https://www.instagram.com/sykepleien)

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



Noen spør om kvinners helse er så veldig spesiell.  
Om kvinnehelse egentlig er noe å mase om. Svaret er ja.  
Det er mange grunner til å fortsette å mase.

# SKRIK DET UT!



**ANNE HAFSTAD,**  
ANSVARLIG  
REDAKTØR



FØLG MEG  
[www.twitter.com/AnneHafstad](https://www.twitter.com/AnneHafstad)

Foto: Jarle Nytingnes

**D**et helt åpenbare er de biologiske forskjellene mellom kvinner og menn. Kvinnekroppen er laget for reproduksjon med alt hva det innebærer av hormonelle og kroppslige endringer gjennom et langt livsløp.

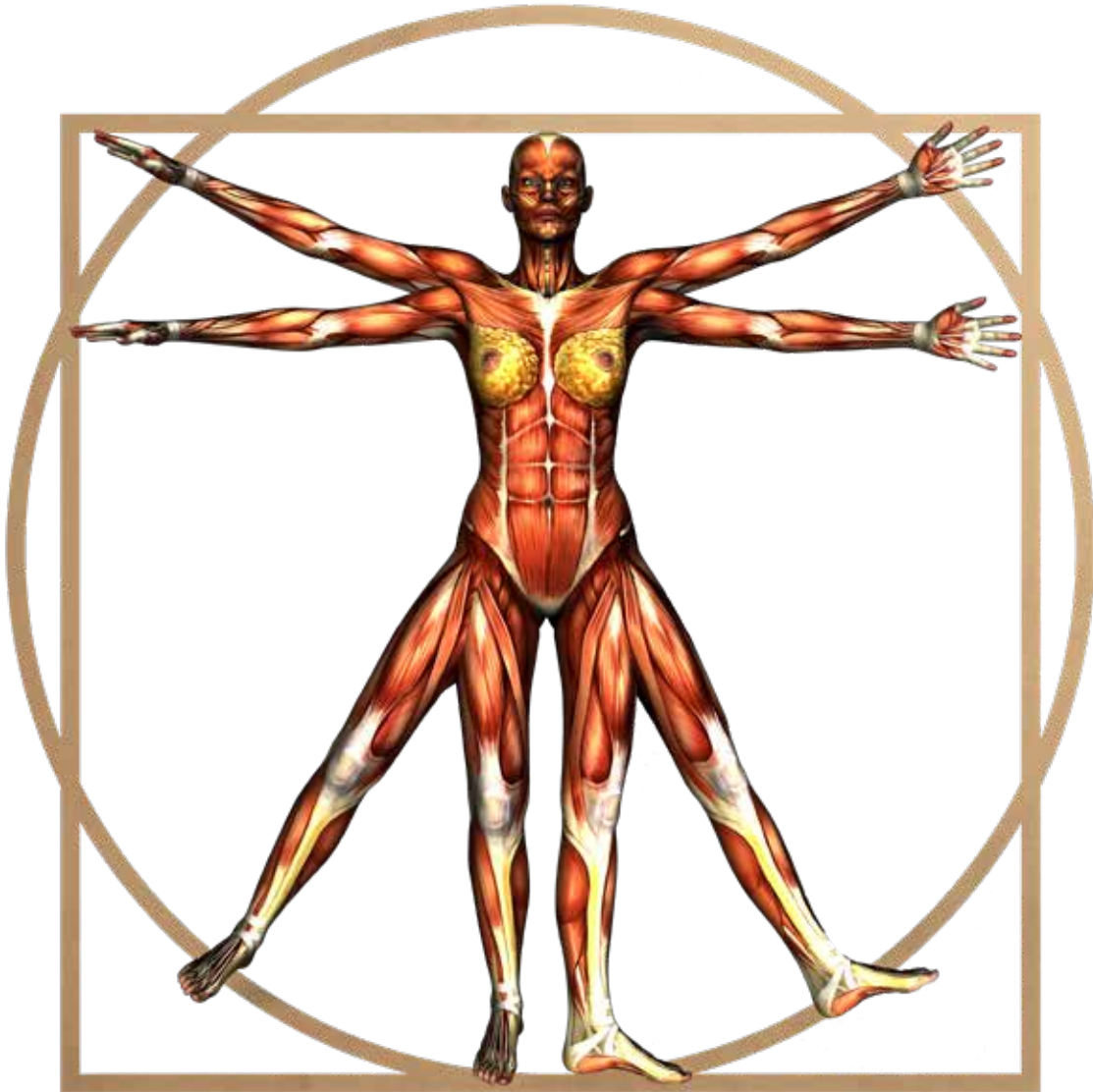
Det meste er knyttet til livmor, eggstokker og bryst. Menn har ikke livmor og eggstokker.

## **KVINNEUTFORDRINGER GJENNOM HELE LIVET**

Jeg kan nevne tenårene, når små jenter skal bli fertile kvinner. Trenger jeg å si mer enn menstruasjon, blødninger, smerter, ubehag, frykten for å bli gravid, prevensjon og eventuelle bivirkninger av dette? Jeg kan fortsette med svangerskap, som for noen kommer brått og ubeleilig, og vanskelige valg om å fullføre eller avslutte det. For andre blir drømmen om barn en tornefull vei, kanskje med massiv hormonbehandling og andre kroppslige inngrep, mot å gjøre familiedrømmen til virkelighet.

Og amming driver jo ikke menn med. Menn får ikke hetetokter og andre plager når overgangsalderen etter hvert melder seg, heller. Menn slipper å vurdere om





Illustrasjonsfoto: Science Photo Library / NTB

hormonbehandling ved overgangsplager er noe for dem.

Alt dette som er helt spesifikt for kvinners helse, krever kunnskap og gode helsetjenester.

Vi mangler fortsatt mye av denne kunnskapen.

#### **STORE KUNNSKAPSHULL**

Men dette stopper ikke med de helt kvinnespesifikke helseutfordringene. Det er forskjeller mellom kvinner og menns selvopplevde helse. Kvinner kommer dårligst ut.

Ulike sykdommer fremstår forskjellig for kvinner og menn. Kvinner får dårligere behandling for visse sykdommer enn menn. Hjertesykdom er et godt eksempel.

Det forskes for lite på kvinners helse. Dette ble slått fast allerede i 1999 i NOU-en *Kvinnens helse i Norge*. Spesielt ble mer forskning på kvinnesykdommer i de yngre og eldre aldersgruppene etterlyst.

Lite har skjedd, viser en ny systematisk oversikt fra Folkehelseinstituttet (FHI), bestilt av Helse- og omsorgsdepartementet. Rapporten er en del av Kvinnehelseutvalgets arbeid med en ny NOU om kvinners helse og helse i et kjønnsperspektiv som kommer i mars 2023.

Forskerne ved FHI fant 1739 systematiske oversikter om behandling av sykdommer som bare rammer kvinner. Videre fant de 777 systematiske oversikter om

---

behandling av sykdommer som kan ramme alle og som hadde egne analyser på kvinner.

Mer enn 20 år etter at mer forskning på kvinners helse generelt, og unge og eldre kvinner spesielt, ble etterlyst, er det fortsatt store kunnskapshull i forskning på nettopp disse aldersgruppene. At Forskningsrådet har finansiert 79 forskningsprosjekter på kvinnehelse de siste fire årene, monner dessverre ikke helt.

#### **KVINNER HAR MER PLAGER ENN MENN**

Tall fra *Levekårsundersøkelsen om helse fra SSB i 2020* viser at det har vært en økning i psykosomatiske plager blant unge kvinner i alderen 16–24 år. Kvinner står for nær tre firedeler av forekomsten av spiseforstyrrelser. Samme undersøkelse slår fast at rundt 40 prosent av kvinner har vært plaget av smerter i kroppen de siste tre månedene. Blant menn er andelen 30 prosent.

Jeg kunne fortsatt med å ramse opp sykdommer som rammer kvinner mer enn menn, og sykdommer hvor det meste av kunnskapen er forsket frem på menn.

Psykiske lidelser og muskel- og skjelettsykdommer er de vanligste årsakene til uførhet. Da kan det ikke overraske noen at blant de nå i overkant av 361 000 uføretrygdede her til lands er 58 prosent kvinner. Det er rundt 10 prosent av den kvinnelige befolkningen i yrkesaktiv alder. Flere kvinner enn menn får også sykepenger og arbeidsavklaringspenger.

#### **BELASTNINGEN BLIR FOR STOR**

Den til dels dystre helse- og trygdestatistikken for kvinner må sees i et større samfunnsperspektiv. Kvinner med lav utdanning jobber ofte i service- og omsorgsykker. Og selv om utdanningsnivået blant kvinner øker, er det fortsatt langt flere kvinner enn menn i omsorgsykker med store fysiske og mentale belastninger og til dels lave lønninger. Ofte jobber de deltid. Også det er årsak til dårligere helse.

Det er behov for mer kunnskap om sammenhengen mellom yrke og helse, særlig blant kvinner. Men noe vet vi. Sykefraværet over 16 dager i hjemmetjenesten er på

7,7 prosent. Det er nesten dobbelt så høyt som snittet i Norge, ifølge Statens arbeidsmiljøinstitutt (Stami).

De ansatte i hjemmetjenesten er mest psykisk utmattet etter jobb, og de topper statistikken for ryggplager. Sammen med dem som jobber på sykehjem, har de mest muskel- og skjelettplager og søvnvansker.

Alt dette er kvinnehelse.

#### **TRE KJENDISER OG EN SKJØNNHETSKLINIKK**

Høsten 2022 satte tre kjendiskvinner som startet en skjønnhetsklinikk i Oslo, kvinnehelse på agendaen i det offentlige ordskiftet.

La meg være klokkeklar: Fettsuging, fillers, estetisk kirurgi eller innsprøytninger av likt og ulikt for å fjerne rynker har ingenting med kvinnehelse å gjøre.

Jeg vil snarere hevde at slikt skaper uhelse pakket inn i et slags skjønnhetsideal som de færreste kan eller vil leve opp til. Hver og en av oss må imidlertid få bruke pengene våre på hva vi vil. Noen kvinner velger å bruke penger på dette. Kanskje gir det dem velvære eller til og

med et bedre liv. Ikke vet jeg.

Leger har gjennom mange år skapt et marked for denne type virksomhet. Etter hvert har noen sykepleiere fulgt etter. Personlig skulle jeg gjerne sett at leger og sykepleiere brukte sin tid og kompetanse på å behandle pasienter som virkelig trenger helsehjelp. Men det kan ikke være yrkesforbud for dem som velger annerledes, selv ikke når mange av oss ikke liker valgene de tar.

#### **VI MÅ ROPE HØYT**

Kvinnehelse er for alvorlig til at oppmerksomheten tar slutt når reaksjonene på en skjønnhetsklinikk i Oslo stilner.

Det handler tross alt om helsen til rundt halve befolkningen. Det handler om at det vi gjør i dag, får store konsekvenser for neste generasjon. Det er ikke bærekraftig at kvinner faller tidligere ut av arbeidslivet på grunn av helseplager som langt på vei kunne vært unngått.

Derfor må vi ikke bare fortsette å mase om kvinnehelse. Vi må skrike ut! •

**«Kvinnehelse er for alvorlig til at oppmerksomheten tar slutt når reaksjonene på en skjønnhetsklinikk i Oslo stilner.»**

## Kom i gang med Stine Sofie Foreldrepakke

Stine Sofie Foreldrepakke er et gratis informasjonsprogram som skal gi støtte og verktøy til alle blivende og nybakte foreldre. Programmet hjelper deg som helsepersonell å ta opp viktige temaer som gråt, trøst, vold, tilknytning, hjernebygging og søvn med foreldre.

“ Stine Sofie Foreldrepakke har gjort det mer naturlig for meg å snakke med foreldre om voldserfaringer.

- Helseyskepleier på Sola



Bestill opplæring



Bestill gratis materiell



[stinesofiestiftelse.no](http://stinesofiestiftelse.no)

 Stine Sofies  
Stiftelse

hord

## Løsninger for pasientsikkerhet

Silentia tilbyr et komplett skjermssystem som fremmer privatliv og infeksjonsforebygging. Vi tror at hvis du klarer å rengjøre berøringspunkter på utstyret ditt flere ganger hver dag, så er det virkelig verdt investeringen. Silentia skjermssystem muliggjør at personalet kan desinfisere skjermene så ofte som man trenger for å forhindre krysskontaminasjon og heve nivået på infeksjonskontroll.

### Erlend Lågøyr, Silentia Norge

Ta kontakt med Erlend for et besøk eller en online demonstrasjon. [info@silentia.no](mailto:info@silentia.no)  
Les mer på [silentia.no](http://silentia.no)



THE FUTURE IN PRIVACY & HYGIENE SOLUTIONS



Foldesjerm med mobil sengegavlsjerm





# Tresiba<sup>®</sup>

Basalinsulin til  
daglig injeksjon ved  
behandling av diabetes  
mellitus<sup>1</sup>

Behandling med  
Tresiba<sup>®</sup> kan nå  
vurderes under  
graviditet<sup>2,3</sup>

## Bruk av Tresiba<sup>®</sup> under graviditet

Bruken av Tresiba<sup>®</sup> hos gravide kvinner med diabetes type 1 har blitt undersøkt i en intervensjonsstudie (EXPECT-studien).<sup>2</sup> Data fra kliniske studier og etter markedsføring (>400 graviditeter) indikerer ikke potensial for misdannelser eller føto/neonataltoksisitet.<sup>3</sup>

## Insulinbehov ved graviditet<sup>3</sup>

Insulinbehovet minker vanligvis i første trimester og stiger deretter i andre og tredje trimester. Etter fødselen går insulinbehovet vanligvis raskt tilbake til det samme nivået som før graviditeten. Nøye overvåking av glukosekontroll og individuell justering av insulindosen anbefales.



**Indikasjon<sup>4</sup>**

Behandling av diabetes mellitus hos voksne, ungdom og barn fra 1 år.

**Utvalgt sikkerhetsinformasjon<sup>5</sup>**

**Hypoglykemi** er en svært vanlig bivirkning ( $\geq 1/10$ ) og kan forekomme dersom insulin dosen er høy i forhold til insulinbehovet.

**Hyperglykemi** Bruk av utilstrekkelige doser eller avbrytelse av behandlingen, særlig hos pasienter med behov for insulin, kan føre til hyperglykemi og diabetisk ketoacidose.

**Lipodystrofi** (inkludert lipohypertrofi, lipoatrofi) og **kutan amyloidose** kan forekomme på injeksjonsstedet og forsinke lokal insulinabsorpsjon. Kontinuerlig rotering av injeksjonssted innen et gitt injeksjonsområde kan bidra til å redusere eller forebygge disse bivirkningene.

**Reaksjoner på injeksjonsstedet** kan forekomme. Disse er vanligvis milde og forbigående, og forsvinner normalt ved fortsatt behandling.

**Annen samtidig sykdom**, især infeksjoner og febertilstander, øker vanligvis pasientens insulinbehov.

	Kan benyttes uten dosejustering	Anbefales ikke
<b>Alder</b>	<b>Voksne, ungdom og barn fra 1 år</b> <b>Eldre (<math>\geq 65</math> år):</b> Måling av glukose må intensiveres hos eldre, og insulin dosen justeres individuelt	<b>Barn under 1 år</b> Ingen klinisk erfaring
<b>Nyrefunksjon</b>	<b>Kan brukes</b> Måling av glukose må intensiveres ved nedsatt nyrefunksjon, og insulin dosen justeres individuelt	
<b>Leverfunksjon</b>	<b>Kan brukes</b> Måling av glukose må intensiveres ved nedsatt leverfunksjon, og insulin dosen justeres individuelt	
<b>Graviditet</b>	<b>Kan brukes</b> Behandling med Tresiba® kan vurderes under graviditet hvis det er klinisk nødvendig	

**Dosering<sup>1</sup>**

Tresiba® administreres subkutan én gang daglig i låret, overarmen eller abdominalveggen når som helst i løpet av dagen, fortrinnsvis på samme tidspunkt hver dag. Det skal alltid være minst 8 timer mellom injeksjonene.

**Tresiba® kan forskrives på blåresept ved diabetes type 1 og diabetes type 2<sup>6-8</sup>**

**C Insulinanalog, langtidsvirkende.** ATC-nr.: A10A E06

**Refusjonsberettiget bruk:** Behandling av diabetes mellitus

**Refusjonskode:**

ICPC		Vilkår nr
T89	Diabetes type 1	180, 181
T90	Diabetes type 2	244

ICD		Vilkår nr
E10	Diabetes mellitus type 1	180, 181
E11	Diabetes mellitus type 2	244

**Vilkår:**

180	Refusjon ytes kun til pasienter som ikke oppnår behandlingsmålene til tross for optimal behandling med middels langtidsvirkende NPH-insulin på grunn av: - hyppige eller alvorlige nattlige følinger som skyldes insulinbruken - store blodsukkeringsvingninger som ikke gjør det mulig å oppnå akseptabel blodsukkerkontroll
181	Behandling skal kun startes av spesialist i indremedisin, barnesykdommer eller ved sykehusavdeling med tilsvarende spesialitet
244	Refusjon ytes kun til pasienter som til tross for optimal behandling med to daglige doser middels langtidsvirkende NPH-insulin har vedvarende utfordringer med hypoglykemier

**Pakninger og priser:**

**Injeksjonsvæske, oppløsning i sylinderrampulle: 100 enheter/ml:** 5 × 3 ml (Penfill sylinderramp.) kr 618,00.

**Injeksjonsvæske, oppløsning i ferdigfylt penn: 100 enheter/ml:** 5 × 3 ml (FlexTouch ferdigfylt penn) kr 732,50. (Pris per mars 2022)

**For ytterligere informasjon se fullstendig preparatomtale eller [www.felleskatalogen.no](http://www.felleskatalogen.no)**

**Referanser:** **1.** Tresiba® SPC, avsnitt 4.2 (sist oppdatert 13.01.2022) **2.** Tresiba® SPC, avsnitt 5.1 (sist oppdatert 13.01.2022) **3.** Tresiba® SPC, avsnitt 4.6 (sist oppdatert 13.01.2022) **4.** Tresiba® SPC, avsnitt 4.1 (sist oppdatert 13.01.2022) **5.** Tresiba® SPC, avsnitt 4.2, 4.4, 4.6 og 4.8 (sist oppdatert 13.01.2022) **6.** <https://www.felleskatalogen.no/medisin/blaarev-register/a10ae06-1> (lest 24.03.2022). **7.** Tresiba® SPC, avsnitt 3 (sist oppdatert 13.01.2022) **8.** <https://www.felleskatalogen.no/medisin/tresiba-novo-nordisk-589607> (lest 24.03.2022)



**100 enheter/ml:**

Kan gi opptil 80 enheter per injeksjon (1-80 enheter)



**200 enheter/ml:**

Kan gi opptil 160 enheter per injeksjon (2-160 enheter)

Skann QR-koden for å komme direkte til instruksjonsfilmer



**Novo Nordisk Norway AS**

Nydalsveien 28 · Postboks 4814 Nydalen · 0484 Oslo  
www.novonordisk.no · Telefon: +47 22 18 50 51

**TRESIBA®**  
insulin degludec



Illustrasjonsfoto: Lennart Nilsson / Science Photo Library

## Fødsel

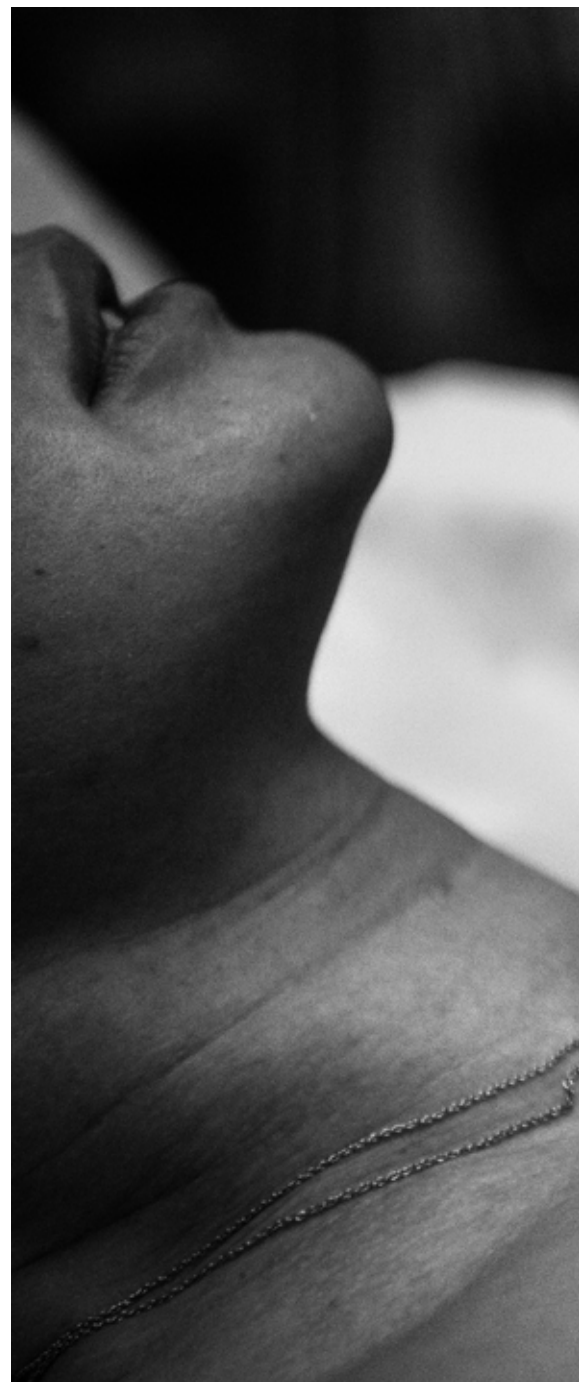
– Menn påvirker kvinnehelsen. Å kunne føde trygt er ikke bare en problemstilling for kvinner, sier den nybakte mammaen Rakel Sahlberg.

# EN JENTE BLIR FØDT

TEKST **MARIT FONN**  
FOTO **EVA ROSE FURMYR**

### HVA VIL HUN MØTE?

Et kvarter inn i livet. Hun er en av rundt 27 700 jenter som kom til verden i Norge i 2022. Forventet levealder er nå 85 år.





**R**akel Sahlberg (34) våkner grytidlig. Det er fem dager siden termin, og hun har vært i fødemodus i flere uker. Hun skal føde for første gang.

Hun går på toalettet.

Tilbake i sengen, uten forvarsel, er det pang på. Hun er ikke i tvil, det er en kjemper.

Det er mandag, klokken er 2.15.

«Fint», tenker Rakel, «da får jeg plass på ABC-klinikken, den åpner klokken 7.30».

Klinikken, som holder til på Ullevål sykehus, kaller seg «landets mest kjente fødested for naturlige fødsler». Den har blitt stengt i helger fordi den mangler jordmødre.

Til mannen Mats Laaveg (35) sier hun: «Neste ri kommer om en halvtime.»

Rakel er selvjordmor.

Men neste ri kommer bardust bare ett minutt etter. Det er som om noen har trykket på en knapp. Riene stormer på, nesten uten pauser.

#### VIL FØDE UTEN EPIDURAL

Rakel Sahlberg vil føde uten medisinsk smertelindring. Gjerne i badekar. Uten epidural og uten lystgass. Hun har gått på gravidyoga og har forberedt seg godt, både fysisk og mentalt.

Hun vet at mormunnen nå har åpnet seg to centimeter.

Etter 20 minutter er riene så intense at de ringer føden på Ullevål sykehus, som bare er en fem minutters kjøretur unna.

«Ta to Paracet, gå i dusjen», er beskjeden.

FAKTA:

### Fødsler i 2022

- I 2022 ble det født om lag 52 000 barn i Norge.
- Rundt 25 300 var gutter
- Rundt 26 700 var jenter

Kilde: Medisinsk fødselsregister

Paracet har hun allerede tatt. Varmt vann på magen er «jätteskönt» for den svenske fødekvinne.

#### VANNET GÅR I ENTREEN

Mats pakker bagen de skal ha med. De ringer igjen.

«Kom for en sjekk, da», får de høre nå. I entreen, på vei ut til drosjen, går vannet.

De kommer rett inn på fødeavdelingen, der Rakel selv har sin arbeidsplass. Der ser de at hun har ordentlige rier.

Badekaret er opptatt, men hun får en varm dusj. Det er ingen selvfølge, for sykehuset har ikke varmt vann om natten. Klokken er snart 4, hadde de kommet før, hadde det kanskje blitt kalldusj.

Under hver ri ser Rakel for seg at hun springer i oppoverbakke. Hun tenker at smerten kommer fra hennes egen kropp, og at hun ikke får mer smerter enn hun klarer å håndtere.

Åpningen er nå sju centimeter.

#### FRA STORMRIER TIL PRESSRIER

Hun føler seg sikker: Dette kommer hun til å klare!





**LINDRE:** De prøver flere metoder for å smertelindre. Som hoftepress og varmt vann. ►





**MYK LANDING:**  
Fra fostervann til badevann. Pappa Mats tar imot. Jordmor Katrine Høgås Hay (t.v.) og barnepleier Ane Solli er med i teamet.



Jordmoren finner frem sterilt-vannspapler. Hun sprøyter vannet inn under huden i ryggen hennes for å lindre, og etter en halvtime er badekaret ledig.

Rakel flyter rundt i vannet, prøver ulike stillinger. Det kan se ut som hun er i sin egen boble, men hun hører alt som blir sagt.

Innimellom titter hun opp og sier: «Hei, teamet, så bra dere er her!»

Nå er åpningen ni centimeter. Rakel får en liten pause fra stormriene før pressriene kommer.

### **TRYKKER SELV BORT MORMUNNKANTEN**

Det er fortsatt en kant igjen før mormunnen har full åpning. Hun trykker selv bort kanten med hendene sine. Så er åpningen full, og Rakel registrerer at babyen kommer helt ned i bekkenet og roterer på veien ut. Pressriene begynner.

Etter rundt ti minutters pressing er babyen ute. Presis klokken 7.

Pappa Mats tar imot datteren sin og løfter henne til mammaens bryst.

Når Rakel blåser henne i ansiktet og stryker henne på ryggen, ytrer babyen seg forsiktig.

Siden Rakel blør litt, vil jordmoren ha henne opp av badevannet for å ha kontroll på blødningen.

### **KLIPPER NAVLESNOREN**

Rakel bærer selv den nyfødte ut av badekaret mens navlesnoeren fortsatt knytter dem sammen. De legger seg i en varm seng. Morkaken kommer ut som den skal. Så klipper far navlesnoeren.

ABC-klinikken har ennå ikke åpnet.

Jentebabyen veier 2 985 kilo og er 48 centimeter lang. Hennes Apgar-skår etter henholdsvis ett, fem og ti minutter er 9, 10 og 10.

## **«Det är inte enkelt! Det gör skitont!»**

RAKEL SAHLBERG

### **– EN DRØMMEFØDSEL**

– Vi var heldige siden det var en jordmor på vakt som kunne forløse i vann, sier Rakel en uke senere.

Den nybakte familien har kommet hjem, og alt står bra til med den lille.

– Det ble en drømmefødsel, konkluderer hun.

– Det gikk så bra som det gjorde, fordi jeg følte meg trygg, ikke fordi jeg er jordmor. Jeg brenner for at alle kvinner skal få føde på sine vilkår. Det er så viktig å ikke være redd.

### **– KAN IKKE FORVENTE EN BØLGE AV KJÆRLIGHET**

Mats forteller at han tenkte på forhånd: «Det blir sikkert flott å få sitt eget barn. Håper jeg kan få følelsene etter hvert.»

– Nå er det deilig å merke hvor glad jeg er i det lille nurket. Jeg har jo hørt historier, man kan ikke forvente en bølge av kjærlighet, sier han.

– Det var en forutsetning å ha en bra partner, sier Rakel.

– Om noen kjenner at noe er vanskelig, skal man tillate det hos hverandre. Gi det tid. Det snakket vi om på forhånd.

### **– MENN PÅVIRKER KVINNEHELSEN**

Mats sier han fikk seg en «wake up-call»:

– «Hæ, får man ikke varmt vann om natten?» Kan man ikke i velferdsstaten Norge forsikre mødrene om at vi har det beste tilbudet? Her sparer man på strømmen. Det skjer hver natt.

– Det viktigste er at partneren er engasjert, sier Rakel.

– Menn påvirker kvinnehelsen. Å kunne føde trygt er ikke bare en problemstilling for kvinner. Det berører hele familien og hele samfunnet, sier hun.

– Det var en veldig profesjonell fødsel, sier Mats.

FAKTA:

### **Mormunnens åpning**

Fødselen er i gang når mormunnen har åpnet seg 3–4 centimeter. Full åpning er 10 centimeter.

FAKTA:

### **Apgar-skår:**

Brukes for å vurdere tilstanden til den nyfødte. Hvert område gir skår mellom 0 og 2. Max Apgar-skår er 10. Måles etter ett, fem og ti minutter.

**A** Activity (muskeltonus, om barnet beveger seg aktivt)  
**P** Pulse (hjerterefrekvens)  
**G** Grimace (reaksjon på stimuli)  
**A** Appearance (hudfarge)  
**R** Respiration (respirasjon)

Kilde: Helsedirektoratet





**ENDELIG:**  
«Der er du  
jo, barnet  
mitt!»



**PAPPAKLIPP:**  
Mats klipper navlestrengen, men først når han holder datteren, kommer den sterke følelsen av kjærighet.



### **Partner-tips fra pappa Mats:**

- Vit hvilket sykehus dere skal til. Finn ut hvordan dere kommer dit, og hvor dere kan parkere. Ha en kjøreplan. Vi tok taxi, det er det jo ikke alle som kan.
- Les deg opp om fødsel.
- Vit hvordan du kan berolige partneren din best mulig. Det er likevel ikke sikkert at hun liker det hun har sagt at hun liker, og det kan du ikke ta deg nær av.
- Ha noe forberedt, som stryk og kos. Ikke alle vil ha massasje. Finn ut hva som er behagelig for henne.

### **Fødselstips fra mamma Rakel:**

- Forbered deg mentalt og fysisk. Finn passende trening. Jeg hadde bekkenløsning og kunne ikke trene som normalt.
- Prepp deg selv på at dette skal du klare og at dette vil gå bra.
- Tenk at smerten du får er fra din egen kropp, og den vil du tåle.
- Snakk med partneren om hva fødselen innebærer. For meg var det veldig, veldig viktig. Fødsel er et maraton, du blir trøtt. Partneren er som treneren som løper ved siden av deg.
- Avtal at partneren på et tidspunkt tar over kontrollen med det praktiske: Som å pakke fødebagen, følge med på at fødekvinnen tisser hver fjerde time, får i seg mat og vann, sjekke at fødebrevet blir lest. Da kan den fødende gi fra seg kontrollen for å konsentrere seg om seg selv.



**KJÆRLIGHET:** Nå er de tre.

– Rakel hadde styringen. Hun visste hva som skjedde og samarbeidet veldig godt med Katrine.

Katrine Høgås Hay er jordmoren som var med dem.

#### **– JEG FORBEREDTE MEG FOR ALLE SCENARIOER**

– Jeg liker å visualisere. Jeg forberedte meg for alle scenarioer, hadde mange bilder. Tenkte også at fødselen uansett ikke blir som man har forestilt seg, sier Rakel.

Rask fødsel var på repertoaret hennes. Men ikke styrtfødsel.

– Selv om det var styrtfødsel, var den velstyrt, sier Mats.

### **«Jeg hadde forventet mer primalskrik.»**

MATS LAAVEG

– Det så enkelt ut. Jeg kan se for meg at det fort kan bli litt mer armer og bein. Jeg er overrasket over at hun hadde så god kontroll. Hun hadde virkelig satt seg inn i hvordan hun skulle reagere på smerte med tankegangen sin.

– En eneste gang var jeg irritert på deg. Det var da du sa at det så enkelt ut, sier Rakel.

Da fikk Mats høre det: «Det är inte enkelt.! Det gör skitont!»

#### **– DET ER JO SÅ RÅTT!**

Mats hadde forventet mer primalskrik.

– Det er jo så rått! Jeg var overrasket over at hun tok det så bra. Hun klarte å visualisere, sånn som sportsaktører gjør, sier han.

– Jeg er superimponert. Som alle menn sikkert sier. Det var gøy! Interessant slash gøy! Jeg fikk ingen redsel selv. Hun var jo overraskende rolig. Hvis kvinnen er redd selv, blir ofte partneren mer redd. •

## MØDREDØDELIGHET

Noe av det farligste kvinner kan gjøre er å føde barn. På verdensbasis. De risikerer livet. Flere afrikanske land topper statistikken for mødredødeligheten med over tusen døde per 100 000 levendefødte. Norge «troner» nederst på listen med tallet 2.

Kilde: FN-sambandet, tall for 2017

## HVOR LENGE VIL HUN LEVE?

Forventet levealder for barn som fødes i 2023:  
Jenter 85 år.  
Gutter: 81,6 år.

Kilde: SSB

## MØDREDØDSFALL GLOBALT HAR SUNKET MED OVER 30 PROSENT FRA 2000 TIL 2017

Det er foreløpig lite tall tilgjengelig på om hvordan utviklingen har vært under pandemien. En artikkel publisert i 2022 som brukte faktiske tall fra 18 lavinntektsland på bruk av helse-tjenester, beregnet at mødredødeligheten kan ha økt med 1,5 prosent i perioden mars 2020-juni 2021. (Ahmed T, Robertson T, Vergeer P, Hansen PM, Peters MA, et al.)

Kilde: Ingvild Fossgard Sandøy, professor ved Senter for internasjonal helse, Universitetet i Bergen

## KVINNERS HELSE I LAV- OG MELLOM-INNTEKTSLAND

- Forventet levealder for kvinner er 66 år, menn 62 år
- Cirka 300 000 mødredødsfall hvert år
- Mer enn 7 millioner tenåringsjenter under 18 år føder barn hvert år
- Risikoen for hiv-smitte er fremdeles høy blant unge kvinner i Afrika
- Barneekteskap er utbredt
- Cirka 80 prosent av kvinner som trenger prevensjon, har tilgang til det
- Cirka 80 prosent av fødende kvinner får kvalifisert fødselshjelp

Kilde: Ingvild Fossgard Sandøy, professor ved Senter for internasjonal helse, Universitetet i Bergen





## pensjonert sykepleier eller spesialsykepleier?

**full lønn uten avkortning = sant.**

Er du sykepleier eller spesialsykepleier som tenker på å gå av med pensjon? Eller er du allerede pensjonert og savner faget ditt?

Som fast ansatt vikar i Randstad Care kan du selv bestemme arbeidsmengden og samtidig beholde hele lønnen som tilsvarer stillingsprosenten din, uansett hvor mye du jobber og om du har pensjon ved siden av. Du får også stor fleksibilitet, jobb hvor og når du vil og ta fri når du har behov for det. Samtidig har vi ordnede arbeidsforhold for alle våre vikarer, du får faglig utvikling og tett oppfølging.

Husk også at det å ta oppdrag for oss er enkelt fordi vi ordner bolig, reise og hjelper deg både før, under og etter oppdrag. Interessert? Vår eminente bemanningsansvarlige, som også er operasjonssykepleier, Jøran Lundahl, gleder seg til å høre fra deg!



**jøran lundahl**  
bemanningsansvarlig  
joran.lundahl.randstad.no  
Tlf: +47 472 32 803

## RISIKOEN FOR SPONTANABORTER

**Lavest:** 25-29 år: 9,8 prosent  
Øker drastisk etter 31 år  
**Høyst:** Etter 45 år: 53,6 prosent

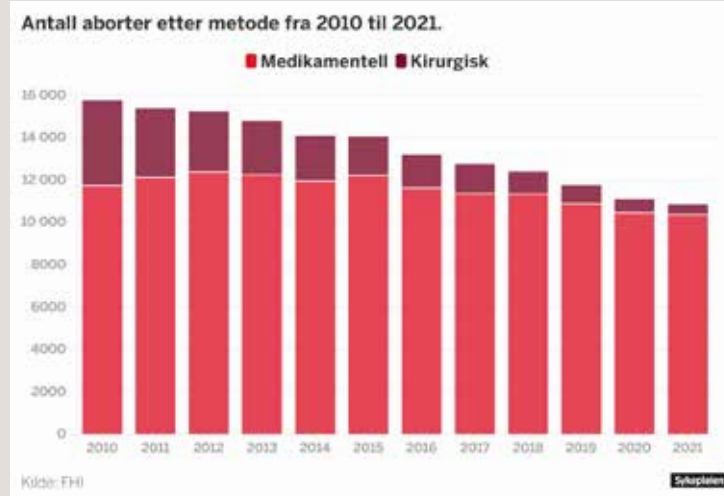
Kilde: BMJ

## FERTILITETEN GÅR NED

På 1970-tallet fødte en kvinne i gjennomsnitt 2,7 barn. I 2020 var tallet sunket til 1,5 barn. Alder ved første fødsel har økt fra cirka 24 år i 1970 til 30,1 år i 2021.

Kilde: FHI

## ANTALL ABORTER ETTER METODE



Grafikk: Nils Kristian Reppen

Fra 2010 har andelen medikamentelle aborter økt på bekostning av kirurgiske.

I 2010 ble det til sammen foretatt 15 741 provoserte aborter.

I 2021 var tallet sunket til 10 841.

Kvinner mellom 25 og 29 år tar oftest abort.

Kilde: FHI

## DETTE ER DE TYPISKE KVINNESYKDOMMENE:

- Angst og depresjon er 2 til 3 ganger vanligere hos kvinner, menn har andre typer psykiske plager.
- Muskel- og skjelettlidelser som fibromyalgi, reumatisme og ME er den store gruppen og årsaken til mange sykmeldinger og uforhet.
- Hjerte- og karsykdom, kommer ti år senere hos kvinner enn hos menn.
- Immunsykdommer – stor gruppe, typiske kvinnesykdommer
- Gallestein
- Osteoporose
- Alzheimer
- Hodepine
- Urinveisinfeksjon
- Hormonsykdommer som lavt stoffskifte

## FORSKNING PÅ KVINNEHELSE

Folkehelseinstituttet kartla i 2022 systematiske oversikter over forskning på kvinnehelse fra 2018 til 2021. Det vil si behandling av sykdommer som bare rammer kvinner og som kan ramme kvinner og menn forskjellig.

- For 15 av 77 sykdommer som kan ramme kjønnene ulikt, fantes det ingen egen analyse for kvinner.
- Det var få systematiske oversikter om behandling av barn og eldre.
- Halvparten av prosjektene som har fått midler, er knyttet til forplantning og fødsel.
- Nest mest forskes det på kreftsykdom.
- Svært få tok for seg endometriose, abort, overgangsalder, menstruasjon eller hormon- og stoffskiftes spørsmål, urinveier og kjønnsorgan.

Kilde: FHI



## Kjære deg som er sykepleier

**DU VET KANSKJE** at du har pensjonen din i KLP og at du har «offentlig tjenstepensjon», men vet du hva dette egentlig betyr for deg? Denne pensjonsordningen er nemlig en veldig bra ordning, og som har noen klare fordeler som er spesielt tilpasset deg som jobber i det offentlige.

I det private får du normalt utbetalt pensjonen din over ti år, mens offentlig tjenstepensjon blir utbetalt fra du går av og resten av livet. Skulle du bli syk eller skadet, kan du ha rett på uførepensjon og med et tillegg om du har barn under 18. Og det hele er en ferdig pakke som er fremforhandlet av partene i arbeidslivet. Denne kombinasjonen gir deg trygghet og forutsigbarhet til den dagen du selv ønsker å gå av med pensjon.

Om du **logger inn på klp.no med bank-ID og sjekker pensjonskalkulatoren**, så kan du bli bedre kjent med din pensjon. Hva får du i pensjon om du går av «som normalt»? Og hvordan blir pensjonen påvirket om du tjener litt mindre eller går av litt senere? Det kan være lurt å sette seg litt inn i hvordan disse tingene påvirker pensjonen din, så du vet hvordan valgene du tar i livet kan påvirke pensjonstiden din.

Og du – uansett om du er ny i arbeidslivet, vel etablert, eller nærmer deg pensjonsalder, så finner du gode råd for økonomi og pensjon på klp.no.

Hilsen KLP,  
Kommune- og helse-Norges eget pensjonsselskap





Illustrasjonsfoto: Piotr Marcinski / Mostphotos

## Ung seksuell helse

SKREVET AV MEDLEMMER AV HFU RESSURSGRUPPE I LAH NSF:



**ANNE HOLTER  
BENTZRØD**

Helsesykepleier og  
rådgiver, BUF-dir  
og ung.no



**AGNES W. GIERTSEN**

Høgskolelektor og helsesykepleier,  
Høgskolen på Vestlandet og  
Helsestasjon for ungdom  
og studenter i Bergen



**CAMILLA  
RØRTVEIT**

Teamleder, Skolehelse-  
tjenesten for ungdom og  
HFU, Oslo kommune



**EVA KONSTANSE  
STEFFENSEN**

Helsesykepleier,  
Skolehelsetjenesten i  
Nordre Follo kommune



**MERETE  
NYPAN**

Helsesykepleier,  
Helsestasjon for  
ungdom i Tromsø

På Helsestasjon for ungdom har helsepersonellet opparbeidet seg en solid kompetanse om ungdomshelse, og mange har jobbet med dette i årevis.

# Jenter får hjelp med kvinnehelse

**O**vergrep, fetisjer, pornoavhengighet, kjønnsidentitet, forelskelse, tenning, omskjæring, underlivsplager, kjønnssykdommer, prevensjon, graviditet, kløe i underlivet, manglende orgasme eller abort. På Helsestasjon for ungdom (HFU) møter ungdom fagpersoner som de kan prate med om dette og mange andre ungdomshelsetemaer.

Det trengs erfaring, kunnskap og finfølelse for å prate

åpent og fordomsfritt med ungdom om alle sider av ungdomsliv og seksuell helse. Heldigvis er det også et fagområde som mange nyutdannede helsesykepleiere ønsker seg inn i.

### DET FØRSTE MØTET MED HELSEHJELP

HFU har blitt ungdommers første møte med helsehjelp. Spesielt for jenter når de har sin seksuelle debut. Ungdom er fornøyd og forteller hverandre om tilbudet. ►





De hører om det på skolen. Mødre som har opplevd å få god oppfølging på helsestasjonen, oppfordrer også døtrene sine til å bruke HFU.

Kjerneoppgavene til HFU er prevensjonsveiledning og testing av kjønns sykdommer. Disse «enkle» temaene fungerer også som en inngangsbillett som gjør at det er lett å stikke innom for å få informasjon, en resept, eller ta en kjapp klamydiatest. Det gir også en mulighet til å få i gang en samtale om vanskelige temaer som overgrep, misbruk, salg av sex, psykiske vansker, seksuelle problemer og så videre.

På HFU får seksuelle helse den rollen den bør ha.

#### **VIKTIG TILBUD FOR DE MEST SÅRBARE**

De yngste jentene som har sex, er en sårbar gruppe. Også jenter som har sex med mange partnere, og som kanskje også får goder eller betaling for sex, er sårbare grupper. Også ungdom som grubler over kjønnsidentitet eller seksuelle preferanser, er sårbare.

Med definisjonen «sårbar» mener vi at enkelte grupper rammes av stigma. Det kan være vanskelig å søke hjelp, og det kan være sammensatte problemstillinger som krever mye oppfølging. HFU er et viktig tilbud for nettopp dette.

Helsestasjon for ungdom skal gi kunnskapsbasert hjelp og være et korrektiv også ved ulike «trender» og «praksiser» som ungdom dras mot. Når ungdom følger influensere, som for eksempel anbefaler å slutte med prevensjon for å føle seg bedre, må HFU være der og møte dem og deres bekymring og gi kunnskapsbasert informasjon.

Når ungdom deler nakenbilder som en måte å flørte på, må helsesykepleierne på HFU anerkjenne det som virkeligheten og respondere på en klok måte.

#### **NYE PROBLEMSTILLINGER OG NYE OPPGAVER**

Helsesykepleierne på HFU møter stadig nye problemstillinger og får stadig nye oppgaver. Den senere tiden har kjønnsidentitetsproblematikk stått høyt på dagsordenen. De har skaffet seg kunnskap om dette, møtt ungdom og etablert gode tilbud som ikke fantes tidligere.

Forebygging av problematisk og skadelig seksuell atferd er nå et fokustema der helsesykepleiere er utpekt til å gi hjelp. Da bretter vi opp ermene og går inn i det også.

De siste årene har det vært en stor satsing på bruk av langtidsprevensjon (spiral og p-stav). Da har helsesykepleiere og jordmødre på HFU satt seg grundig inn i dette. Og de har lært seg nye prosedyrer.

Ikke minst må HFU være der ungdom er. Mange har vært dyktige og lært seg bruken av sosiale medier for å informere og etablere kontakt.



Illustrasjonsfoto: Lev Dolgachov / Mostphotos

### **«På Helsestasjon for ungdom får jenter og gutter svar på alle de «kleine» spørsmålene de måtte ha.»**

#### **VIKTIG TILBUD FOR MINORITETSJENTER**

HFU har en viktig rolle også for jenter med annen kulturell bakgrunn. Erfaring viser at de kan ha svært liten kunnskap om kropp og seksualitet. Særlig hvis de ikke har bodd lenge i Norge. Da har de ikke fått grunnopplæring i løpet av skoletiden.

Det kan være mange kulturelle problemstillinger som gjør temaer som, for eksempel, seksualitet og forhold vanskelig. Det kan være problemstillinger rundt omskjæring eller andre typer overgrep de har vært utsatt for.

På HFU blir ungdom møtt av helsesykepleiere som forstår hva dette handler om. Uansett hvor «lite» eller «stort» det er, gir de jentene støtte og gode råd.

#### **STEDET Å KOMME MED ALT DET «KLEINE»**

Hvor kan man ellers gå om man trenger råd fordi kondomet sprakk ved det første, fomlete samleiet, hvis man er

redd for at utfloden har unormal farge, eller hvis man ikke får orgasme når man har sex?

Eller for å få vite hvordan man kan få en bedre nytelse ved sex alene eller sammen med partner, av samme eller et annet kjønn? For eksempel hvordan klitorislegemet med sine 8000 nerveender (mot penis sine 4000) gir dem et svært godt utgangspunkt for nytelse.

På Helsestasjon for ungdom får jenter og gutter svar på alle de «kleine» spørsmålene de måtte ha. De blir møtt av profesjonelle helsearbeidere, som helsesykepleiere, jordmødre og leger, som tar dem på alvor.

Her kommer de alene, sammen med kjæreste eller partner, med venninner, med venner eller kanskje med mamma/en foresatt. HFU er for veldig mange ungdommer det første møtet hvor de tar kontakt med helsevesenet på egen hånd. Og der får de god hjelp til blant annet seksuell helse.

Gjennom trygge møter blir de lyttet til og tatt på alvor. Det legges et viktig grunnlag for opplevelse av egen mestring og ivaretagelse av egen helse. De får kunnskap om egen seksuelle helse og blir styrket i det å ivareta egen helse. Det er også en viktig og positiv erfaring i det å ta kontakt med helsevesen når det kommer til sin seksuelle helse. •

FAKTA:

## Helsestasjon for ungdom (HFU)

- Alle ungdommer skal kunne ta kontakt på HFU der de befinner seg og få hjelp.
- Målgruppen er primært dem mellom 13 og 20 år, noen steder opp til 23 eller eldre.
- De kommunene som ikke har egen HFU, skal ha avtale med en nabokommune.
- HFU er et lovpålagt, gratis, kommunalt og lett tilgjengelig helsetilbud med blant annet åpningstider på ettermiddager/kveld.

# Snakk med gravide og ammende om nok jod i kostholdet

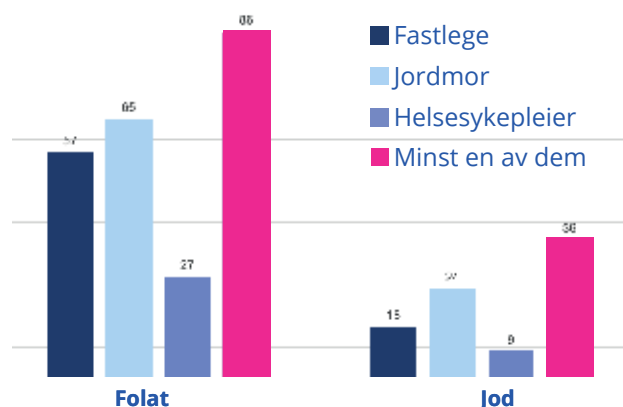
«Spiser du fisk? Driker du melk?» Det trenger ikke være så vanskelig å avdekke om den gravide eller ammende, og dermed også barnet, står i fare for å få i seg for lite jod.

Over halvparten av norske gravide og ammende får ikke i seg nok jod fra kostholdet. **De største kildene til jod i kostholdet er melk, meieriprodukter og hvit fisk.** For lite jod hos mor kan få negative konsekvenser for barnet, slik som negativ effekt på kognitiv utvikling.

Mange kvinner vet ikke at jod er viktig, men helsepersonell kan bidra til trygg informasjon.

En nyere undersøkelse avdekket at blant kvinner som hadde fått barn i løpet av de siste tre årene svarte 86 % at de hadde fått informasjon om folat fra helsepersonell i svangerskapsomsorgen\*.

**For jod var tallet så lavt som 36 %.** Dette må bli høyere!



**Det å spørre om den gravide eller ammende spiser fisk eller drikker melk kan fange opp om kvinnen står i fare for å få for lite, samt sette i gang en verdifull samtale om kosthold.**

Undersøkelsen viste også at kjennskapet var høyest blant dem med høyere utdanning, og lavere hos dem med lav utdanning (66% vs. 33%).

Ved å følge Helsedirektoratets kostråd om 3 porsjoner magre meieriprodukter hver dag og et regelmessig inntak av fisk, kan man klare å få i seg nok jod som gravid eller ammende. **2 av 3 meieriprodukter bør være melk, yoghurt eller syrnet melk, da disse er ekstra gode kilder til jod.**

Les mer om jodmangel og prøv vår Jodkalkulator ved å scanne QR-koden med mobilkameraet.



\* Landsrepresentativ undersøkelse utført av Norstat på vegne av Opplysningskontoret for Meieriprodukter (Melk.no) i 2022.



melk.no Opplysningskontoret for Meieriprodukter



# Vydura<sup>®</sup> 75mg

(rimegepant)  
smeltetablett



## NYTT LEGEMIDDEL FOR MIGRENEPASIENTER



### Første orale CGRP\*-antagonist for<sup>1-3</sup>

- **AKUTT** behandling av migrene med eller uten aura hos voksne
- **FOREBYGGENDE** behandling av episodisk migrene hos voksne som har minst 4 migreaneanfall i måneden

### ADMINISTRASJONSFORM

Smeltetabletten skal legges på eller under tungen og kan tas med eller uten mat/drikke

### DOSERING

- Anbefalt dose ved behandling av akutt migrene er 75mg 1 gang daglig ved behov
- Ved forebyggende behandling av episodisk migrene, er anbefalt dose 75mg annen hver dag
- Maks daglig dose er 75mg

\*CGRP: Calcitonin gene-related peptide.





vydura.no

**NYHET!**  
- Nå tilgjengelig i Norge<sup>1</sup>

## BIVIRKNINGER

Vanligste bivirkning ved akutt behandling og migreneprofylakse var kvalme, hhv. 1,2% og 1,4%. Mindre vanlig er overfølsomhet med symptomer som utslett og dyspne.

## PAKNINGER OG PRISER:

75 mg: 2 stk. (blister) kr 544,80. **Refusjon** foreligger foreløpig ikke. Reseptgruppe C.

## VIKTIG SIKKERHETSINFORMASJON:

- Ikke anbefalt ved alvorlig nedsatt leverfunksjon, terminal nyresvikt, graviditet, samtidig bruk av sterke CYP3A4 hemmere eller moderate/sterke CYP3A4 induktorer.
- Vurder medikamentoverforbrukshodepine (MOH) ved hyppig eller daglig migrene under behandling
- Kontraindisert ved overfølsomhet for noen av innholdsstoffene

For fullstendig informasjon, se VYDURA preparatomtale og SPC tilgjengelig på [www.legemiddelverket.no](http://www.legemiddelverket.no).

### Referanser:

1. Vydura® (Rimegepant) SPC (12.2022), tilgjengelig på [www.legemiddelverket.no](http://www.legemiddelverket.no). 2. Croop R, Goadsby PJ, Stock DA, et al. Efficacy, safety, and tolerability of rimegepant orally disintegrating tablet for the acute treatment of migraine: a randomised, phase 3, double-blind, placebo-controlled trial. Lancet 2019; 394: 737–45. 3. Croop R, Lipton RB, Kudrow D, Stock DA, et al. Oral rimegepant for preventive treatment of migraine: a phase 2/3, randomised, double-blind, placebo-controlled trial. Lancet. 2021 Jan 2;397(10268):51-60



**FÅ SOSIALE ARENAER:** Det er nesten bare på skolen at ungdom i Sogndal møtes ansikt til ansikt. Her har Kristin Fredheim (fra v.), Adelheid Weka og helsesykepleier Linda H. Skorve slått seg ned i skolens fellesområde.





Illustrasjonsfoto: Piotr Marcinski / Mostphotos

## Ung seksuell helse

– Pornoen lærer oss at gutter skal dominere og jenter bare akseptere, sier to jenter på 18 år. De vil at helsesykepleier snakker om seksuell grensesetting for alle på videregående skole.

# VIL HA MER SNAKK OM GRENSE

TEKST EIVOR HOFSTAD FOTO ERIK M. SUNDT

**P**orno har blitt en del av hverdagen til norske barn. Den følger med, nærmest som en naturlov, side om side med nettilgangen. Ungene har med seg mobilen på skolen og viser hverandre det som til enhver tid fenger. Klikkvinneren er seksualisert innhold.

Ved Sogndal videregående skole har to jenter alliert seg med skolens helsesykepleier for at elevene der skal lære å sette grenser på det seksuelle området.

– Jeg var omtrent ni år da jeg

første gangen så porno på nettet, sier Adelheid Weka, som går i tredje klasse på idrettslinjen.

– Jeg var vel ti, sier klassevenninnen Kristin Fredheim.

Vi treffer dem og helsesykepleier Linda Habbestad Skorve i den tribuneinspirerte trappa ned til skolens kantine. Takhøyden er generøs som i en katedral og sikrer fri tankevirk-somhet med masse luft og lys.

Skolen har 750 elever, omtrent likt fordelt mellom kjønnene, men klas-sene har veldig ulik kjønnsfordeling, avhengig av hvilken linje det er.

### – GAMLE MENN OG UNGE JENTER

Som småjenter var Weka og Fredheim interesserte og nysgjerrige på pornoen som de kikket «fort og gale» på. Begge husker fremdeles spørsmålene de spekulerte på, og som de ikke fikk spurt noen om.

– Jeg lurte på om det virkelig var så godt som det så ut som, sier Fredheim.

– Jeg syntes den store aldersforskjellen var ekkel. Gamle menn og unge jenter. Det kunne ikke være lov! Og etter hvert grua jeg meg til jeg selv skulle debutere, sier Weka. ►

## Ni av ti jenter vil ha bedre seksualundervisning

- Både elever og lærere ønsker seg bedre seksualundervisning, viser den siste rapporten om dette fra Sex og samfunn, som kom i februar 2022.
- 1140 elever mellom 16 og 17 år og 1151 lærere fra hele landet er intervjuet. Lærerne jobbet på barne- og ungdomsskoler.
- Blant jentene ønsker ni av ti (89 prosent) en bedre seksualundervisning.
- Kun to av ti lærere (22 prosent) synes kvaliteten på seksualundervisningen er tilfredsstillende.
- Rapporten viser også at det store flertallet av både lærere og elever ønsker at seksualundervisningen gjøres av helsesykepleier.

Hun mener all pornoen gir de unge en forventning om hvordan sex skal skje.

– Gutter skal dominere og jenter bare akseptere, sier hun.

Fredheim nikker:

– Ja, de tror det skal være sånn de ser på nettet. Men det er vanskelig for begge kjønn. Guttene opplever også et sexpress.

### – SPØR OM ANALSEX OG

#### «SQUIRTING» FØR DE HAR KYSSA

– Unge i dag spør om analsex og «squirting» lenge før de har kyssa. Men de trenger jo å lære å gå før de springer. Nå virker det som de må springe maraton før de kan gå, sier Linda Habbestad Skorve.

Hun har vært helsesykepleier ved Sogndal videregående skole siden 2008 og har merket en forstemmende utvikling siden da.

Riktignok har aborttallene sunket, siden flere har fått lettere tilgang til prevensjon, og heldigvis er det blitt mer normalisert å snakke om psykisk helse. Men antallet jenter som oppsøker henne fordi de har vært utsatt for ulike former for seksuelle overgrep, har økt.

– Jeg ser en klar økning av jenter

## «Det tok meg seks måneder å innse at det ikke var greit, selv om jeg gråt da det skjedde».

ADELHEID WEKA, ELEV

som har fått grensene sine tråkka over gang på gang. Det gjør noe med selvfølelsen og den verdien du føler at du har. Det kan bli ødeleggende for selvbildet, sier Skorve.

### MANGE KRENKES SEKSUELT

Ei jente som var innom kontoret til Skorve for noen år siden, fortalte om å bli tvunget av gutten til å suge ham. Han holdt fast hodet hennes og slapp ikke før hun gråt.

– Den mest sette pornosnutten på nettet er med en mann som holder hodet til ei dame mens hun suger ham. Han drar henne i håret og sier «Look at me, you whore!», forteller Skorve.

Andre jenter har kommet flere måneder etter at et overgrep skjedde, fordi de lenge etterpå har fått kroppslige reaksjoner som har grenset mot angstanfall.



**FELLES ERFARING:** Tredjeklassingene Adelheid

Weka og Fredheim har begge fått sine seksuelle grenser tråkket over, selv om de sa nei.

– Det tok meg seks måneder å innse at det ikke var greit, selv om jeg gråt da det skjedde, sier Weka.

Også Fredheim brukte tid på å fordøye sin hendelse, men til





Weka (til venstre) og Kristin Fredheim ved Sogndal videregående skole har begge fått sine seksuelle grenser tråkket over, selv om de sa nei.

slutt oppsøkte de helsesykepleier sammen og fikk snakket om opplevelsene sine.

**– Å ANMELDE SITTE LANGT INNE**

Hvis det er så grove hendelser at det kan bli snakk om anmeldelse, rådgir Skorve om hvordan gangen

i slike saker vanligvis er.

– De må velge anmeldelse hvis det er riktig for dem. Men det å anmelde sitter ofte langt inne hos jentene, sier hun.

Skorve har inntrykk av at jentene oftere har et behov for å konfrontere eller opplyse gutten eller

mannen om hvordan de opplevde situasjonen, for å hindre at det skal skje igjen med noen andre.

– *Har guttene vanskeligere for å forstå et nei enn jentene?*

– Ja, utbryter både Weka og Fredheim i kor.

– Jeg hadde fått helt avsmak og

holdt meg unna hvis han hadde sagt nei, legger Weka til.

#### **PÅ AKKORD MED EGNE BEHOV**

– Dessverre er det altfor mange jenter som går på akkord med egne behov, sier Skorve.

– Alle har jo et grunnleggende behov for å bli likt. Og vi jenter strekker kanskje grensene litt lenger hvis den andre parten er litt eldre, sier Weka.

Å bli i stand til å sette tydeligere grenser for seg selv handler også om å bygge opp en trygghet i seg selv, mener Skorve:

– Jeg bruker å sammenlikne det med en båt på fjorden. Selv om man ikke kan se ankerfestet, er det lettere for båten å ligge i ro når du har festet ankeret. Man må også tåle at den

### **«Magefølelsen er viktig å kjenne på og ta på alvor.»**

LINDA HABBESTAD SKORVE,  
HELSESYKEPLEIER

andre ikke liker at man sier nei. Særlig jentene trenger å trene på å stå i det ubehagelige som kan følge etter et «nei», sier Skorve.

Det kan for eksempel koste sosial status å være den som setter foten ned:

– Kanskje blir hun ikke invitert på neste fest eller får ikke være med å rulle med russen neste gang, sier Skorve.

#### **– TA MAGEFØLELSEN PÅ ALVOR**

Hun peker på at jenter også trenger å trene på å være tydelige:

– Guttene sier at det er vanskelig å tolke jenta hvis hun sier nei og ler, eller hvis hun ikke sier noe.

– Er man på en fest, er det en forventning om sex med en gang du har god kjemi med noen, sier



**VIL MØTE FLERE ELEVER:** Den gode tilbakemeldingen fra denne klassen gjør at Linda

Fredheim og legger til:

– Jenter trenger å finne ut av hvor deres egne grenser går. Det kan hjelpe å diskutere det med andre.

– Ja, å snakke om hva man synes er ubehagelig, sier Weka.

– Magefølelsen er viktig å kjenne på og ta på alvor, råder helsesykepleier Skorve.

– Gjør dere ikke det, kan det fort ende opp med at dere går på akkord med det dere egentlig vil. Kanskje fryser man til i situasjonen.

#### **– TRENGER ET SJEKKEKURS**

Skorve tenker at det mange hadde trengt, var et sjekkekurs. I dag sitter de unge hjemme og taster til hverandre på mobilene i stedet for å se hverandre inn i øynene og snakke.

– Gutter og jenter sier de ikke vet hvordan de skal starte en samtale.

De har ikke så mange sosiale arenaer å møtes på lenger, heller.

– Her er ingen ungdomsklubb, ingen fredagsdisco. Og Haugen, der russen brukte å møtes i et telt før, er



Habbestad Skorve planlegger å dra innom de andre tredjeklassene i løpet av våren.

borte etter at det ble bygget høyskole der, sier Skorve.

#### **FIKK HELSESYKEPLEIEREN INN I KLASSEN**

For Weka og Fredheim endte besøket hos Skorve med at de to jentene ba læreren om at helsesykepleieren fikk komme i klassen for å snakke om seksuell grensesetting.

Læreren var positiv til tiltaket, og Skorve avla klassen et to timers besøk i høst med et foredrag der hun

### **«De færreste på videregående har hatt sex.»**

LINDA HABBESTAD SKORVE,  
HELSESYKEPLEIER

også snakket om positiv seksualitet.

– Jeg så på øynene deres at dette var interessant. De kikket på meg i stedet for ut av vinduet. Jeg snakket blant annet om kjærighetstrappen

som brukes i undervisningsopplegget til «Spør først» og viste noen filmer, sier Skorve.

Hun viser en av dem til Sykepleien: En engelsk film som ved hjelp av matbilder tar for seg pornofantasi og sammenlikner den med sex i virkeligheten.

«Spør først» er laget av Helsestasjon for kjønn og seksualitet i samarbeid med Norske Kvinners Sanitetsforening, og planen er at alle helsesykepleiere skal kurses i dette undervisningsopplegget som er tilpasset både barneskole, ungdomsskole og videregående.

#### **– EIBRA ØKT**

– Det var ei bra økt. Vi snakket om at dette egentlig bør inn på tidligere klassetrinn også, sier lærer Lars Olav Halleråker.

Skorve har tatt Sykepleien med inn til klassen hans og fyrer opp noen power pointer fra foredraget for å høre om klassen husker hva de snakket om tidligere i høst.

Ei jente rekker opp hånden og sier hun lærte at hun ikke trenger å svare når hun kommer på skolen på mandags morgen og får spørsmål fra klassekamerater om hun har hatt sex.

Adelheid Weka har fremmet forslag for elevrådet om at seksualundervisning rundt grensesetting må bli en permanent ordning for alle klassetrinnene på videregående. Men ingenting har blitt vedtatt fra skolens ledelse ennå.

– Undervisning om seksuell helse står under et av de tverrfaglige temaene som ligger i den overordnede delen av læreplanen, det vil si at temaet skal gå inn i flere fag. Men i praksis blir ikke dette gjort, hevder Skorve.

#### **SPØR OM DET DE HAR SETT I PORNOFILMER**

Når Linda Habbestad Skorve underviser om seksualitet, gir hun elevene





**ØKNING:** Helseesykepleier Linda Habbestad Skorve ser en klar økning av jenter som har fått de seksuelle grensene sine tråkka over gang på gang.

muligheten til å komme med skriftlige anonyme spørsmål i forkant av undervisningen, slik at hun kan forberede svarene sine. Ofte må hun ty til Google, for spørsmålene kan være nokså avanserte: «Er det vanlig å bæsje etter analsex?», og

«hvor normalt er det å squirte?», for eksempel.

– *Hva svarer du da?*

– På analsexen svarer jeg at det innen pornofilminnspillinger ofte er vanlig med veldige forberedelser til analsex, sånn som tarmskylning og

buttplugg, for eksempel.

– *Buttplugg? Men er ikke det for å... ?*

– Ja, men de bruker dem også for å utvide analåpningen.

– *Og hva svarer du om «squirting»?*



### «NEVN OG DEMONSTRER FEM SEXSTILLINGER»

Andre spørsmål har vært «nevn fem sexstillinger og kan du demonstrere dem?». Da googlet hun igjen og fant frem til misjonæren, doggystyle, cowgirl, 69 og spooning.

Det ble et minneverdig øyeblikk i klasserommet da den kvinnelige helsefaglæreren på 60 år som var til stede, skulle hjelpe Skorve å demonstrere stillingene, men krevde at et par av guttene ble med for å hjelpe til. Elevene rødmet lett av forespørselen, og det endte med at alle lo godt.

## «Det er bare tull at det er obligatorisk seksualundervisning i videregående skole.»

LINDA HABBESTAD SKORVE,  
HELSESYKEPLEIER

– Det var jo et artig spørsmål som vi møtte med humor, noe som er viktig når vi skal nå ungdom. Det må ikke bli for alvorlig, sier Skorve.

### DEBUTALDEREN HAR ØKT

Før en sesjon med spørsmål snakker hun alltid om grenseavklaring. Hun ber dem tenke gjennom hva som er greit å dele, hva de kan spørre om og hva som er privat. Dermed kan hun henvise til det og legge bort spørsmålet når noen spør om hvor mange i klassen som har hatt sex.

– Da tar jeg i stedet tallene fra statistikken som viser at de færreste på videregående har hatt sex. Debutalderen har økt til 18 år for guttene og 17 år for jentene.

Skorve merker forskjell på spørsmålene fra de med norskspråklig bakgrunn og de minoritetsspråklige elevene. Sistnevnte gruppe har for

eksempel spurt om onani er sunt, om det er vanlig å ha vondt hver gang man har sex, om hvorfor gutter bommer på hullet og om foreldre kan se at man bruker prevensjon.

– Elevene fra denne gruppa har ofte flere spørsmål knyttet til prevensjon enn de etnisk norske, sier Skorve.

### VIL HA DET SOM ET EGET KOMPETANSEMÅL

Skorve har tidligere gjort en uhytidelig spørreundersøkelse blant elevene på videregående om hvilken seksualundervisning de har hatt. Det viser seg at det er veldig varierende: Noen har ikke lært noe, andre har lært mer, og de fleste har lært den gamle klassikeren: å tre kondom på en banan og hørt litt om skumle kjønns sykdommer.

– Det er bare tull at det er obligatorisk seksualundervisning i videregående skole. Undervisningen om dette er veldig tilfeldig så lenge det ikke er et tydelig kompetansemål, hevder Skorve.

I dag ligger seksualundervisningen under et delmål i læreplanen som heter livsmestring, men Skorve skulle ønske det var et tydelig kompetansemål som skolen må dokumentere at den har gjort.

– Jeg vil ha det inn i et system helt fra toppen. Utdanningsdirektoratet og Helsedirektoratet må gå sammen om dette. For at seksualundervisningen skal ha bra kvalitet, må lærerne ha et samarbeid med skolehelsetjenesten om det, sier hun.

– Hvis du får det som du vil, blir det enda mer å gjøre på deg?

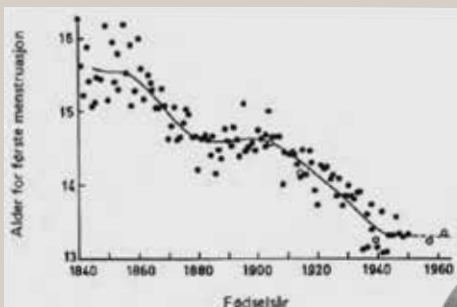
– Men hvis dette går inn i et fast løp, kan vi også søke om stillinger til det, påpeker hun.

Adelheid Weka og Kristin Fredheim støtter Skorve 100 prosent.

– Seksualundervisningen er ikke god nok på grensesetting i dag, slår de fast. ●

– Da sier jeg at til å være så lite vanlig er det litt artig at det er et så vanlig spørsmål. Så forklarer jeg at det er en kvinnelig utløsning som kan komme med en orgasme. Noen opplever dette ofte, andre aldri, og det er ikke noe som kan trenes opp.





**FØRSTE MENS:** Gro Harlem Brundtland sine tall (med Liestøl og Walløe) er hentet så tidlig som fra 1840, da vanlig alder for første mens var 15-16 år. Studien var på jenter i Oslo.

## VISSTE DU AT ...

... Gro Harlem Brundtland forsket på alder og første menstruasjon? I 1973 publiserte hun en forskningsartikkel om alder for første menstruasjon i Nature (vol 241 februar 16 1973). Artikkelen pekte på det som ble kalt en radikal trend mot tidligere menstruasjon i Europa, Nord-Amerika og Japan. Brundtland brukte norske data helt tilbake fra 1840.

Hun trodde tallene ville flate ut på 1960-tallet, og at årsaken var bedre helse, men tallene har fortsatt å synke, og man tror nå at årsakene kan være andre og mer bekymringsfulle enn tidligere antatt.

Alder for første mens henger sammen med andre indikatorer hos kvinner og påvirker sykdommer som hjerte og kar-sykdom, forskjellige typer kreft, risikoadferd og noen psykiske og psykiatriske plager, overvekt og metabolisk syndrom og endometriose. Nye tall fra UiB viser at norske jenter nå i gjennomsnitt får første mens ved 12,9 års alder.

Kilde: Siri E. Håberg, Senter for fruktbarhet og helse

## ANOREKSI OG BULIMI

- Anoreksi og bulimi er to underkategorier av spiseforstyrrelser og kjennetegnes ved sykkelig undervekt som følge av lite spising, for bulimi i kombinasjon med episoder med overspising.

- Anoreksi og bulimi er en alvorlig psykisk sykdom som særlig rammer kvinner (80–90 prosent).

- Den starter cirka ved 15 års alder.

- Sykdommen får store og langvarige helsemessige konsekvenser.

- Den har høyest dødelighet blant alle psykiske lidelser.

- Mange har i tillegg andre psykiske lidelser, som translidelser, depresjon, personlighetsforstyrrelser og autisme.

- Bare 50 prosent av pasientene oppnår tilfredsstillende resultat av behandlingen.

- 20 prosent får langvarig, kronisk anoreksi/bulimi.

- 2700 personer har anoreksi i Norge, 18 000 har bulimi – tallet har økt etter koronapandemien.

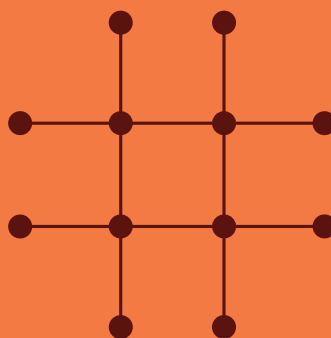
- Man tror mørketallene er store og at kun 1 av 4 tar kontakt for behandling, ifølge RASP/OUS.

- Spiseforstyrrelser rammer også gutter, og mørketallene er trolig høye.

- Et nytt forskningsprosjekt skal se på om manipulering av tarmfloraen kan gjøre anoreksi-pasienter bedre. Ledende forskningsmiljøer innen spiseforstyrrelser i Norge og ved Karolinska Institutet i Stockholm samarbeider om prosjektet.

Kilde: Siv Kjølrsrud Bøhn, NMBU og FHI

Illustrasjonsfoto: Science Photo Library / NTB



# VID

## Visste du at...

...VID vitenskapelige høgskole tilbyr bachelor- og masterstudier i sykepleie, vernepleie, ergoterapi, sosialt arbeid, teologi, diakoni, familieterapi og ledelse i tillegg til en rekke videreutdanninger og ph.d. grader?

Vi utdanner fremtidens fagfolk som vil gjøre en forskjell i andre menneskers liv.

60  
studietilbud

Utveksling  
til mange  
land

Relevante  
praksisplasser

Splitter nye  
campus



Les mer på [vid.no](http://vid.no)

Oslo Bergen Stavanger Tromsø Helgeland Sandvika

VID  
vitenskapelige  
høgskole



Illustrasjonsfoto: JPC-PROD / Shutterstock

## Hormonell prevensjon

Helsepersonell må gi kunnskapsbasert informasjon i den stormen av skremmende personlige historier pasientene møter på nettet.

# *Vi må stanse mytene rundt hormonell prevensjon*



SKREVET AV:

**TRINE AARVOLD,**  
Lege, Sex og samfunn

**D**et siste året har vi merket en økende skepsis til hormonell prevensjon. På Sex og samfunn merker vi det hos våre pasienter, men også blant helsepersonell vi møter.

Samtidig hører vi om stigende aborttall på norske sykehus. Vi må gjøre noe, ellers mister vi det viktigste virkemiddelet vi har for å hjelpe unge som vil ha et sexliv uten å bli gravide.

Historiene i mediene og sosiale medier handler om personer som opplever negative bivirkninger. De handler også ofte om for lite informasjon og lite forståelse fra helsepersonell. Historiene er ofte skremmende og forteller om hvordan hjernen kan endre seg og hvordan man mister seg selv. Det er ikke rart de er redde. ►





### REDDE FOR Å PRATE OM BIVIRKNINGER

Mange influensere forteller at de nå erstatter hormonell prevensjon med det de kaller naturlig prevensjon. De overvåker syklus og unngår sex eller bruker kondom i perioder hvor det er høy risiko for graviditet.

En slik metode forutsetter stor kontroll og regelmessighet i livet, og risikoen for å bli gravid er høy. Særlig for de mest fertile unge. Samtidig hører vi fra sykehusene om en økning i antall aborter. De forteller også at færre av dem som tar abort, ønsker en resept på prevensjon i etterkant. Hva er det som skjer?

Vi som helsepersonell må kanskje ta på oss litt av skylda for den økte motstanden. Mange har kanskje vært redde for å snakke om bivirkninger i frykt for å skremme pasienten. Andre av oss har hatt problemer med å finne hold i forskningen for at hormonell prevensjon gir nedsatt humør eller nedsatt sexlyst.

Forskningsresultatene spriker, og det er vanskelig å gi konkrete råd. Det er fordi effekten av hormoner på kroppen er så veldig individuell.

### MÅ SNAKKE MER MED PASIENTENE

Hormonell prevensjon kommer med hormoner i ulike varianter, akkurat som kropp er ulike både på utsiden og innsiden. P-stav kan fungere fantastisk for deg, men den kan også være en grusom opplevelse for din beste venn. Vi kan derfor ikke anbefale et prevensjonsmiddel på bakgrunn av egne opplevelser eller de historiene vi har hørt.

Vi må gi den informasjonen vi har, og vi må lytte til den informasjonen pasienten kommer med.

Vi må snakke mer med pasienten om hvorfor vi har prevensjon. Om at hvis ønsket er å være naturlig, så er det naturlige egentlig å bli gravid. Vi skal ikke så langt tilbake i historien før det var vanlig å få barn i tenårene,

da mange fikk 8–12 barn. Da var ikke prevensjon tilgjengelig, og abort var ulovlig.

Så kom den hormonelle prevensjonen. Det gjorde det mulig for kvinner å bestemme om de ville ha barn og når de ville ha det. Vi bruker prevensjon fordi vi ønsker å ha sex uten å bli gravid. Det naturlige, dersom du har heterofilt samleie, er å bli gravid, men det naturlige er ikke noe vi nødvendigvis ønsker oss.

### VI MÅ LÆRE MER OM PREVENSJON

Vår oppgave som helsepersonell er å finne ut hva behovet til den som søker råd fra oss, er. Vi kan gi generelle råd om sikkerheten til prevensjonsmiddelet, fordeler og

ulempes ved bruk, blødningsmønster og hva kvinner skal gjøre hvis de opplever prevensjonssvikt eller bivirkninger.

Pasienten kan ut ifra denne informasjonen ta et valg for sitt liv og sin kropp. Nå som informasjonen kommer i

form av skremmende historier og feilaktig informasjon om sikkerhet mot graviditet, så kan pasienten ta valg som kanskje ikke er så gode fordi informasjonen er feil.

Mange av våre pasienter opplever også bruk av prevensjon som noe svært positivt. De har mindre menstruasjonsplager, mindre bekymringer rundt graviditet, og mange slipper også plager med PMS. Disse historiene kommer aldri frem i mediene. Vi får sjelden høre historiene om dem som ble gravide da de slutta på hormonell prevensjon. Det å bli uønsket gravid er også noe vi må diskutere når vi snakker om prevensjon.

Så hva kan vi som helsepersonell gjøre videre? Vi må lære mer om prevensjon. Vi må stanse mytene og misforståelsene, og vi må kunne gi fakta. Vi må være ærlige, og vi må ta alle som opplever negative bivirkninger, på alvor. Helsepersonell må gi kunnskapsbasert informasjon i den stormen av skremmende personlige historier pasientene møter på nettet. Vi må være de trygge. •

**«Mange influensere forteller at de nå erstatter hormonell prevensjon med det de kaller naturlig prevensjon.»**

# Slinda®

DROSPIRENON 4 mg



Østrogenfri  
p-pille med  
drospirenon<sup>1</sup>

## Slinda® er en østrogenfri p-pille med drospirenon (4 mg)<sup>1</sup>

- Hvert blisterbrett inneholder 24 aktive tabletter og 4 placebotabletter<sup>1</sup>
- Prevensjonseffekten til Slinda® skyldes primært hemming av eggløsning<sup>1</sup>
- Pearl-indeks for Slinda® er 0,73<sup>1\*</sup>
- Opprettholder hemming av eggløsning, også ved forsinket inntak i **opptil 24 timer**<sup>1\*\*</sup>
- Dokumentert tolerabilitet og aksept - også hos unge<sup>1\*\*\*</sup>

### Utvalgt sikkerhetsinformasjon:

**Kontraindikasjoner:** Aktiv, venøs tromboembolisk forstyrrelse. Nåværende eller tidligere alvorlig leversykdom, så lenge leverfunksjonsverdiene ikke er normalisert igjen. Alvorlig nedsatt nyrefunksjon eller akutt nyresvikt. Kjente eller mistenkte kjønnsormonsensitive, ondartede sykdommer. Udiagnostisert vaginalblødning.

**Forsiktighetsregler:** Serumkaliumnivået kontrolleres i første behandlingsyklus ved nedsatt nyrefunksjon og serumkaliumnivå i øvre del av referanseområdet før behandlingen, samt ved samtidig bruk av kaliumsparende legemidler. Ved hypertensjon kan risikoen for slag være noe økt. Behandlingen avbrytes umiddelbart ved symptomer på eller mistanke om arteriell eller venøs trombotisk hendelse. Mulig økt risiko for brystkreft. Ektopisk graviditet bør tas i betraktning ved amenoré eller buksmerter. Levertumor skal vurderes ved sterke smerter i øvre abdomen, forstørrelse av leveren eller tegn på intraabdominal blødning. Seponeres ved gulsott eller forhøyede leververdier. Diabetespasienter bør observeres de første behandlingsmånedene. Ved samtidig langtidsbehandling med enzyminduserende legemidler anbefales en annen og ikke-hormonell prevensjonsmetode. Skal ikke brukes under graviditet.

**Bivirkninger:** Vanlig er akne, metroragi, hodepine og ømme bryst. Andre vanlige bivirkninger er libidoforstyrrelser, humørsvingninger, kvalme, magesmerter, vaginal blødning, dysmenoré, uregelmessig menstruasjon og vektøkning. Hypertensjon og depresjon er rapportert.

**Slinda®** (drospirenon 4 mg). **Indikasjoner:** Prevensjon. **Dosering:** 1 tablett daglig i 28 sammenhengende dager (24 aktive + 4 inaktive). 1 tablett tas på 1. menstruasjonssdag. Det skal ikke være pause i tablettinntak. For mer informasjon om oppstart av behandling, se SPC. **Pakninger og priser (AUP):** 84 (3x28) stk. (kalenderpakn.): kr 353,40. **Reseptgruppe:** C. For mer informasjon om dosering, kontraindikasjoner, forsiktighetsregler og bivirkninger, se Slinda SPC 06.04.22. **Referanse:** 1. Slinda preparatomtale 06.04.22. \* Kvinner 18–45 år, brukerfeil + metodesvikt (øvre grense for 95 % konfidensintervall 1,43). \*\* I en fase II-studie med 130 kvinner ble egglosningshemmingen opprettholdt med Slinda til tross for fire planlagte forsinkede (24 timer) inntak på dag 3, 6, 11 og 22. \*\*\* Fase III-studie i Europa: Evaluering av tolerabilitet, sikkerhet og akseptabilitet av Slinda, 103 ungdommer deltok, varighet var 13 sykluser. Sikkerhet og effekt forventes å være lik hos postpubertal ungdom under 18 år og brukere som er over 18 år. Bruk av dette legemidlet før menarke er ikke indisert.

De føler seg som en ressursbelastning og savner omsorg og reell medbestemmelse.

# Kvinneres erfaringer med helsetjenestetilbudet ved medikamentell abort



EVA SOMMERSETH

Førsteamanuensis, Institutt for sykepleie- og helsevitenskap, Fakultet for helse- og sosialvitenskap, Universitetet i Sørøst-Norge



BERIT M. SANDVIK

Førstelektor, Institutt for sykepleie- og helsevitenskap, Fakultet for helse- og sosialvitenskap, Universitetet i Sørøst-Norge



BENTE DAHL

Professor, Institutt for sykepleie- og helsevitenskap, Fakultet for helse- og sosialvitenskap, Universitetet i Sørøst-Norge



IDUN RØSETH

Seniorforsker, Avdeling for barn og unges psykiske helse, Sykehuset Telemark



ANNE LYBERG

Dosent, Institutt for sykepleie- og helsevitenskap, Fakultet for helse- og sosialvitenskap, Universitetet i Sørøst-Norge

Tilgang til abort er et vesentlig helsetilbud innen seksuell og reproduktiv helse og skal holde de samme standardene som andre helsetjenester. I Norge har kvinner rett til selvbestemt abort inntil tolvte svangerskapsuke. Medikamentell abort, det vil si svangerskapsavbrudd ved hjelp av medikamenter og ikke kirurgi, ble innført i 1998. I 2021 var 10 349 av totalt 10 841 aborter gjennomført med denne metoden (1).

Verdens helseorganisasjon (WHO) (2) har estimert at halvparten av utførte svangerskapsavbrudd på verdensbasis gjennomføres under uforvarsomme omstendigheter. Uforvarsomme svangerskapsavbrudd skjer når graviditeten termineres av personer som ikke har nødvendige ferdigheter, og/eller når de skjer i et miljø som ikke er i samsvar med medisinske minstestandarder.

Vanligvis foregår medikamentell abort ved at kvinnen får tabletter med virkestoffet mifepriston på en gynekologisk poliklinikk etter at graviditet er konstatert. Etter to døgn tar kvinnen lege-

middelet misoprostol, som gjør at livmoren trekker seg sammen og fostret utstøtes (3).

Det norske abortregisteret har ikke statistikk på hvor stor andel som gjennomfører denne siste delen av aborten i eget hjem. Ifølge Helsenorges informasjonssider skal norske kvinner ha mulighet til å velge mellom kirurgisk eller medikamentell abort som metode (3). Dersom hun velger medikamentell abort, skal hun også få velge om hun vil gjennomføre den på sykehus eller hjemme.

Denne studien setter søkelyset på medikamentell abort i hjemmet. Det er lik praksis i Norge når det gjelder gjennomføring av abort i hjemmet. Kvinnen skal være frisk, og noen sykehus setter en nedre aldersgrense på 18 år. Kvinnene anbefales at de skal ha en person hos seg under aborten. Noen sykehus praktiserer at sykepleieren ringer etter noen dager for å høre hvordan det har gått. Etter fire uker anbefales det å ta en graviditetstest for å påvise at aborten er sluttført (4).

Medikamentell abort skal utføres på en respektfull og forsvarlig måte

## ★ FAGFELLEVDERT ARTIKKEL – SYKEPLEIEN FORSKNING

**NØKKEORD** • Svangerskap • Kvinnehelse • Personsentrert omsorg  
• Kvalitativ studie • Intervju

**DOI-NUMMER** 10.4220/Sykepleienf.2022.89883



### Abort

#### SAMMENDRAG

**BAKGRUNN:** De fleste svangerskapsavbrudd i Norge gjennomføres som medikamentell abort, enten på sykehus eller i eget hjem. Abort skal gjennomføres med de samme standardene som ved andre helsetjenester, men på bakgrunn av eksisterende kunnskap kan man stille spørsmål ved om dette er tilfelle.

**HENSIKT:** Hensikten med denne studien var å belyse norske kvinners erfaringer med helsetjenestetilbudet ved gjennomføring av medikamentell abort.

**METODE:** Studien hadde et utforskende og beskrivende design med individuelle intervjuer med 24 kvinner som hadde gjennomført en medikamentell abort hjemme før slutten av tolvte svangerskapsuke. Dataene ble analysert med systematisk tekstkondensering.

**RESULTAT:** I hovedsak trakk kvinnene frem negative erfaringer i møte med både helsepersonell og helsetjenestene. Hovedfunnene er knyttet til kvinnenes opplevelse av å være en ressursbelastning som ikke fortjener omsorg, møter med en rutinepreget tjeneste som ensidig fokuserer på fysiske aspekter fremfor en personsentrert tilnærming, samt opplevelsen av mangel på valgfrihet, medbestemmelse og forberedthet.

**KONKLUSJON:** Kvinnene erfarte at tilbudet om å snakke om abortvalg var begrenset. Videre opplevde de mangel på informasjon og tilgjengelighet samt individuell tilnærming ved uro eller uventet forløp. Andre erfaringer var at de ble møtt med distansering og mangel på respekt samt en følelse av ensomhet. Tilgang til personell med fordypet kunnskap om abortforløp, for eksempel jordmortjeneste, kan styrke tjenestetilbudet og sikre faglig forsvarlighet.

med en åpenhet, en forståelse og et likeverd som gjør det mulig å sikre den enkeltes rett til selvbestemmelse (3, 4). Nyere forskning viser at globalt sett mislykkes helsetjenestene i å tilby en personsentrert tilnærming ved svangerskapsavbrudd. Mange kvinner opplever det å ta abort som en ensom og utfordrende prosess med eksistensielle dimensjoner (5–7).

Kvinnene kan kjenne på ambivalens, og noen er fortsatt usikre på beslutningen sin når de kommer til gynekologisk poliklinikk (3, 6). En metasyntese av seks kvalitative studier indikerer at helsepersonellet ivaretar kvinners fysiske helse etter abort, men at det er lite eller ingen oppmerksomhet på psykiske og følelsesmessige behov (8). Muligheten til å gjennomføre medikamentell abort i eget hjem kan gi kvinner en

følelse av autonomi, avhengig av hvilken informasjon som gis, og hvordan møtet med helsepersonellet oppleves (9–11).

Dypt forankret sosialt stigma, institusjonelle begrensninger, lover og forskrifter kan forhindre personsentrert tilnærming ved svangerskapsavbrudd (12). Stigma fører ofte til at kvinner holder aborten skjult, gjerne mange år i etterkant (13–15). Negative holdninger til abort generelt eksisterer både innenfor og utenfor helsetjenestene og påvirker kvinnes opplevelse av prosessen rundt svangerskapsavbruddet (9, 13).

God reproduktiv og seksuell helse er et mål for folkehelsearbeidet som skal bidra til å fremme velferd og motvirke sosial ulikhet. Samfunnet har en forpliktelse til å forebygge uønsket svangerskap (5).

Kvinner som fremsetter ønske om selvbestemt abort, skal få gjennomført dette så snart de vil, og med den beste metoden ut fra medisinske kriterier og kvinnenes eget ønske (4). Personsentrert tilnærming er en nøkkeldimensjon i helsetjenestenes kvalitet, som innlemmer pasientenes personlige perspektiver, behov og verdier i omsorgsarbeidet.

#### Hensikten med studien

Hensikten med denne studien var å belyse norske kvinners erfaringer med helsetjenestetilbudet ved gjennomføring av medikamentell abort.

#### METODE

Studien hadde et utforskende og beskrivende design (16) og ble gjennomført ved hjelp av individuelle intervjuer (17). Studien er en del av et



større forskningsprosjekt som belyser ulike sider av kvinners erfaringer med medikamentell abort, som skyld, skam og emosjonell distansering (5, 9).

### Utvalg og datasamling

Utvalget besto av 24 kvinner. Inklusjonskriteriet var at de skulle ha gjennomgått en medikamentell abort før utgangen av tolvte svangerskapsuke. Rekrutteringen foregikk via egenannonse på Facebook med lenke til universitetet der vi er ansatt. I løpet av ett døgn hadde 27 kvinner meldt interesse for å delta, og annonsen ble da fjernet.

Etter å ha mottatt skriftlig informert samtykke på e-post fra informantene ble de fordelt mellom seks forskere i gruppen som gjennomførte intervjuene fra oktober 2019 til januar 2020. Tre kvinner av slo å delta da vi kontaktet dem for å avtale intervjutidspunkt.

Vi intervjuet to informanter via Zoom (18) på grunn av avstanden. De øvrige ble intervjuet der informanten ønsket det, i skjermede omgivelser, ofte på nærliggende høyskoler eller universiteter eller i deres eget hjem. Vi benyttet en intervjuguide med følgende åpne spørsmål:

Innledende spørsmål: «Jeg vil gjerne at du forteller meg om aborten du gjennomførte for en tid tilbake.»

Videre: «Hvordan opplevde du å gjennomføre en medisinsk abort hjemme? Hvordan opplevde du møtet med helsevesenet underveis i prosessen? Hvilken oppfølging ble du tilbudt i ettertid av aborten?»

Informantene ble oppfordret til å fortelle om konkrete erfaringer knyttet til helsetjenestetilbudet i forbindelse med at de gjennomførte medikamentell abort. Kvinnene fortalte fritt, og vi etter spurte ytterligere informasjon når det var behov for utdypninger og klargjøringer.

Intervjuene varte fra 19 til 71

minutter, med et gjennomsnitt på 47 minutter. Vi gjorde lydopptak under intervjuene og transkriberte dem ordrett. Datamaterialets totale omfang var på cirka 360 tekstsider.

### Analyse

Vi analyserte dataene med systematisk tekstkondensering (STC), en firetrinnsstrategi for tverrgående tematisk analyse av kvalitativt skriftlig datamateriale (19). I første analysetrinn ble alle intervjuene lest for å få et inntrykk av foreløpige temaer som dannet grunnlag for videre analyse.

**«Men bare å få en liten sånn bekreftelse på at det er ditt valg, og det er helt okay at du har tatt dette valget. Og det tror jeg er sykt viktig for hvordan man bearbejder det etterpå.» (informant 4)**

Deretter fant vi meningsbærende enheter i datamaterialet som omhandlet informantenes erfaringer med helsetjenestene. Disse ble systematisk kodet i grupper som omhandlet samme fenomen, og deretter sortert i undergrupper. Innholdet i hver undergruppe ble fortettet til et kondensat, det vil si et kunstig sitat som gjenforteller og sammenfatter innholdet i undergruppen.

Avslutningsvis brukte vi kondensatene til å utvikle en analytisk tekst bestående av tre temaer. To av forfatterne (AL og BMS) gjennomførte den første analysen. Deretter diskuterte alle forfatterne til vi oppnådde konsensus. Vi har ulik

helsefaglig bakgrunn som jordmor, helsesykepleier, psykisk helsearbeider og psykolog.

### Forskningsetiske overveielser

Vi la frem studien for Norsk senter for forskningsdata (NSD) (referanse-nummer 22708). Regional komité for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK) vurderte at studien faller utenfor ansvarsområdet for lov om medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (referansennummer 36616).

Deltakerne fikk muntlig og skriftlig informasjon om studien før intervjuene startet, og signerte en informert samtykkeerklæring. De fikk opplyst at de når som helst kunne trekke seg fra studien uten konsekvenser, og at alle dataene de hadde bidratt med, ville bli slettet før analysearbeidet startet.

### RESULTATER

Informantene var kvinner i alderen 24–45 år, som var bosatt i sju norske fylker fra nord til sør i landet. Kvinnene hadde gjennomført medikamentell abort mellom 2008 og 2019, de fleste de siste fire årene.

Kvinnene trakk i hovedsak frem negative erfaringer knyttet til møter med både helsepersonell og helsetjenestene generelt. Ut fra dataanalysen kan vi kategorisere kvinnenes erfaringer i følgende temaer: «Ikke fullverdig pasient», «Møte med et rutinepreget tilbud» og «Ført bak lyset av helsetjenestene».

### Ikke fullverdig pasient

Informanter med tidligere pasienterfaringer følte seg som en ressursbelastning. I møte med helsetjenestene mottok de ikke den omsorgen nå som de hadde erfart tidligere i andre sammenhenger.

Noen kvinner ble møtt med kommentarer som «vet du ikke hvordan du blir gravid?» eller det



**KVINNENE SAVNET DIALOG:** Helsepersonell må opptre på en respektfull og forsvarlig måte med en åpenhet, en forståelse og et likeverd som gjør det mulig å sikre den enkeltes rett til selvbestemmelse. Illustrasjonsfoto: Science Photo Library / NTB

en informant betegnet som en «fordømmende stillhet». Andre opplevde at de ble møtt med en dømmende holdning på sykehuset. De skulle gjennom noe som var «fullt lovlig», men som de oppfattet som skambelagt:

«Ingen var ufine, men jeg opplevde heller ikke at noen ga noe ekstra for å få meg til å føle meg bedre. Men det er vanskelig for meg å si hvorvidt det var måten hun møtte meg på, eller om det bare var mine egne tanker om skam, og at jeg selv følte at jeg ikke fortjente omsorg» (informant 23).

Disse kvinnene følte at det var få som brydde seg om hvordan de hadde det. Når de prøvde å prate om det vanskelige valget, opplevde noen å bli avvist med at «dette er ditt valg,

og du trenger ikke prate med oss om det», eller at det ikke var mer tid til å overveie abortbeslutningen:

«Da jeg kom for å ta den pilla, så sa de at når du tar den, så slutter alt liv. Da sa jeg: 'Nei, vi tenker litt på det', og hun svarte: 'Ja, men du har ikke noe mer tid å tenke på nå', og jeg sa: 'Ok, ja, nei, da tar jeg den pilla her, da'. For meg var det ganske brutalt. Jeg var ikke sterk nok til å si stopp» (informant 22).

Kvinnene beskrev en situasjon der de opplevde lite empati og omsorg fra helsepersonellet gjennom hele abortprosessen. Da de hadde tatt tablettene som avslutter fosterets liv, ble de overlatt til seg selv. De fikk utdelt medikamentet som driver ut fosteret. Noen fikk smertestillende tabletter.

Deretter dro de hjem, og prosessen var i gang. De fleste kvinnene fikk ingen oppfølging etter aborten:

«Når du tar en operasjon, så ringer de deg etter tre dager og spør hvordan det går med deg og sånn. Da føler du deg litt ivaretatt. Skulle ønske det var det samme med det her» (informant 10).

#### **Møte med et rutinepreget tilbud**

Kvinnene opplevde at tilbudet om medikamentell abort var rutinepreget og «litt sånn samleband» når det gjaldt undersøkelse og informasjon. Oppmerksomheten, slik kvinnene beskrev det, var på kjappe fysiske undersøkelser og praktiske prosedyrer, med lite dialog. For noen var det greit fordi de da, ifølge dem selv, ►

slapp å forholde seg så mye til hva de tenkte og følte. Informantene savnet å føle seg sett og respektert av de ansatte i helsetjenestene:

«Men bare å få en liten sånn bekreftelse på at det er ditt valg, og det er helt okay at du har tatt dette valget. Og det tror jeg er sykt viktig for hvordan man bearbeider det etterpå» (informant 4).

Flere av kvinnene opplevde at de ikke ble spurt om de ville se på ultralydbildene av fosteret. De som sa fra, følte at deres ønsker ikke ble etterkommet. Noen kvinner opplevde at helsepersonellet viste bilder og snakket om hva de så på bildene, selv når kvinnen ikke ønsket denne informasjonen. Flere kvinner ble nektet å se bildene, selv om de ønsket det:

«Jeg spurte, men de sa: 'Nei, du får ikke ... Jeg var jo egentlig litt i tvil om jeg skulle ta abort, så hvis jeg hadde fått sett bildene, så hadde det kanskje vært annerledes» (informant 6).

For flere kvinner var det ikke rom for dialog. Helsepersonellet ga inntrykk av å vite hva som var kvinnenes beste. Noen kvinner følte seg underlegne og klarte ikke å stå opp for sine behov. Flere var fortsatt i tvil da de møtte helsetjenestene, men det var ingen å snakke med. En kvinne sa at hun ikke tok et bevisst valg, det bare ble sånn. En annen tenkte at hvis hun hadde blitt møtt med forståelse og hadde kunnet snakket om valget, hadde det kanskje blitt annerledes: «Og det er litt tungt i ettertid.»

For noen var det greit å slippe å snakke om aborten og legge hendelsen bak seg:

«Jeg er jo på en måte litt sånn ferdig med prosessen, så hvis jeg skal inn igjen og få en oppfølging, så kanskje man føler enda litt mer sånn dårlig samvittighet igjen ... på en måte» (informant 3).

Flere kvinner fortalte at abort ikke er noe de snakker med venner og

## Hva studien tilfører av ny kunnskap

- De fleste svangerskapsavbrudd – abort – i Norge skjer ved hjelp av medikamenter og kan foregå på sykehus eller i eget hjem etter kvinnens eget valg. Kunnskap antydte at det kunne være personlig utfordrende for kvinner å gjennomføre medikamentell abort. Men vi visste mindre om hvordan prosessen erfares i møte med helsetjenestene.
- Vi intervjuet kvinner som hadde gjennomført medikamentell abort.
- Studiens resultater gir et innblikk i hvordan kvinner opplevde prosessen med medikamentell abort, fra beslutningen ble tatt til aborten ble gjennomført. Å se prosessen fra kvinners perspektiv kan bidra til at sykepleiere og jordmødre blir mer bevisste i møte med kvinner i en potensielt sårbar situasjon.

familie om, for temaet var tabu- og skambelagt for dem som har vært igjennom det:

«Det har nok ikke gått en dag i ettertid, der jeg ikke ... eh ... har tenkt på det ... Så egentlig burde de hatt tilbud om en sånn oppfølgingssamtale etterpå også ... om hvordan det gikk, da» (informant 6).

### Ført bak lyset av helsetjenestene

For noen var det ukomplisert å komme i kontakt med et sykehus. For andre bød det på utfordringer. Noen fikk hjelp av sin lokale jordmor med å bestille time på sykehuset, andre gikk via fastlegen eller kontaktet sykehuset direkte. Noen visste ikke hvor mange uker graviditeten hadde vart. De opplevde at det ikke ble tatt hensyn til når de bestilte time, og følte seg nedprioritert:

«Så da ringte jeg sykehuset på nytt, og da fikk jeg komme dagen etter. Men jeg opplevde litt sånn: 'Ja, men du er sist på prioriteringslista, så du får bare sitte og vente. Det kan hende du må vente hele dagen. På venterommet. Men sånn er det.'» (informant 8).

Kun et fåtall av kvinnene fikk valget om å gjennomføre aborten hjemme eller på sykehus. Imidlertid fikk noen dette valget, og de følte seg hørt i prosessen:

«Tilbudet var der, men jeg syntes jo det var fint å dra hjem, da. Jeg vet ikke om det er vanlig, eller om man bare blir sendt hjem. Jeg ble veldig hørt i prosessen. Jeg tenker det er viktig om man får valget om man vil være hjemme eller på sykehus» (informant 8).

Noen kvinner opplevde at de samtykket til medikamentell abort hjemme på feil grunnlag. Andre følte at de ikke fikk et reelt valg. Informasjonen de fikk om hjemmeaborten, ga inntrykk av at det var en ukomplisert prosess å gjennomføre. Andre oppfattet at forskjellen på å gjennomføre hele aborten på sykehuset eller hjemme var stedet hvor de tok de resterende tablettene. Det var fristende å være hjemme i kjente omgivelser. Det var svært få som følte seg tilstrekkelig forberedt:

«Hun spurte meg: 'Vil du abortere på sykehus, eller vil du abortere

hjemme?’ Så spurte jeg henne: ‘Hva er forskjellen?’ Jeg ante ikke hva det skulle være, og hun forklarte meg ikke heller, hun sa bare: ‘Nei, du skal få noen tabletter, noen vaginale tabletter, og så kan du bestemme selv om du vil ta dem her eller hjemme.’» (informant 12).

Informasjonen de fikk om det som skulle skje i abortprosessen, sto i sterk kontrast til det de fleste kvinnene opplevde hjemme alene eller sammen med familie, kjæreste eller venninne:

«Det var ingen som forberedte meg på hvor vanvittig smertefullt dette var. Det er det jævligste jeg har vært med på, det er mye verre enn å føde. Jeg husker jeg tenkte at dette her kan ikke være normalt, for hadde det vært normalt, så hadde man jo ikke blitt sendt hjem til det.» (informant 23).

Flere informanter satt igjen med en følelse av å ha blitt lurte og ville fraråde andre fra å gå gjennom en medikamentell abort i hjemmet:

«Jeg tenker jo sånn med medikamentell abort, jeg lurer på: ‘Hvem er det mest gunstig for? Er det for helse-tjenestene, eller er det for pasienten?’ Det ble lagt frem som at dette er sånn det foregår, og ikke som noe valg» (informant 18).

Kvinnene syntes informasjonen de fikk i forkant, var vanskelig å forstå. De følte seg alene og usikre, savnet trygge rammer og kontakt med en fagperson. De opplevde at det ikke var noen som brydde seg om hvor sterke smerter de hadde, og om hvor redde de var:

«Jeg kommer ikke på noen andre ting som gir så sterke smerter, som man blir bedt om å håndtere hjemme alene» (informant 6).

Flere kvinner var redd for å dø under behandlingen. Selv om de fleste hadde fulgt anbefalingen om å ha noen hos seg, opplevde de at situasjonen var utrygg og ufor-svarlig. Den som var hjelper (ikke

helsepersonell), hadde ikke kjennskap til hva som var normalt abort-forløp. Hjelpen og støtten ble da begrenset. Mange av hjelperne opplevde at situasjonen var traumatisk også for dem selv:

«Å sende folk hjem og si at dette skal du bare klare på egen hånd i ditt eget hjem, det skal nok ... Det går bra på en eller annen måte. De sier jo ikke det engang, de sender deg bare hjem med en pille og sier at ‘nå går du hjem og gjør dette her’. Noe jeg synes er uansvarlig, å sende noen hjem.

**«Jeg kommer ikke på noen andre ting som gir så sterke smerter, som man blir bedt om å håndtere hjemme alene.»**  
(informant 6).

Jeg synes ingen skal være alene i en sånn situasjon, bare med en ukvalifisert person til stede. Det skal være et kvalifisert personale til stede, rett og slett. Det skal være på sykehus. Dette er en praksis som jeg synes er kvinne-fiendtlig, egentlig, på mange måter» (informant 20).

#### DISKUSJON

Hensikten med denne studien var å belyse kvinners erfaringer med helsetjenestene ved gjennomføring av medikamentell abort i hjemmet. Kvinnene som ble intervjuet, følte seg alene om å ta valg og overlatt til seg selv da aborten ble gjennomført. Medikamentell abort i hjemmet er en effektiv og akseptabel metode for svangerskapsavbrudd (20).

Ifølge Kjelsvik og medarbeidere (6) har kvinner som ønsker svangerskapsavbrudd, en forventning om å bli behandlet med respekt av

helsetjenestene. Aiken og medarbeidere (21) beskriver at abortsøkende kvinner opplever manglende forståelse, og at rådgivning og støtte sjelden inngår i tilbudet.

Funn fra vår studie viser at kvinner fikk inntrykk av at de var en ressursbelastning for helsetjenestene. De tolket både verbal og nonverbal kommunikasjon som at helsepersonellet mente at graviditeten skulle vært unngått.

Det kan tenkes at abortsøkende kvinner har en særlig varhet for hvordan de blir møtt i en sårbar situasjon. Det stilles særskilte krav til helsepersonellet om å kunne vise respekt og forståelse for kvinnenens situasjon. Denne studiens resultater gir grunnlag for å stille spørsmål om hvorvidt kvaliteten på tjenestetilbudet er god nok, og om hvorvidt kvinners pasientrettigheter blir godt nok ivaretatt.

I studien til Makenzius og medarbeidere (22) understrekes behovet for en kontinuerlig evaluering av aborttilbudet. Videre konkluderer Mariutti og medarbeidere (23) med at det er behov for å skape et miljø med økt oppmerksomhet på kvinner som har behov for å diskutere sin situasjon og utdype sine ofte motstridende følelser om aborten.

#### En personsentrert tilnærming mangler

Det er et bærende prinsipp at norske kvinner har selvbestemmelse over egen kropp. Dette synliggjøres gjennom abortloven, lov om svangerskapsavbrudd. Kvinners rett til informasjon, medbestemmelse og selvbestemmelse er formulert i lovteksten (24). Det kan ifølge Kjelsvik og medarbeidere (6) se ut som at helsetjenestene overser hva en beslutning om abort kan medføre av eksistensielle spørsmål.

Kjelsvik og Gjengedal (25) avdekket at 10–20 prosent fortsatt var usikre



på om de skulle gjennomføre abort da de kom for å få utført innledende prosedyre. Konsultasjoner der helsepersonell åpner for samtaler, vil kunne bidra til en opplevelse av empati samt gi nye perspektiver til kvinnene uten at det går på bekostning av deres selvbestemmelse. Slike konsultasjoner kan styrke kvinners mulighet til å ta autonome og informerte valg (26, 27).

Informantene i vår studie opplevde at helsepersonell heller hadde søkelyset på fysiske forhold og undersøkelser og fulgte standardiserte prosedyrer enn på en personsentrert tilnærming. Det kan se ut som at en personsentrert tilnærming mangler for kvinner som vurderer å gjennomføre en abort. En personsentrert tilnærming handler om myndiggjøring, likeverd og respekt som ivaretar den enkeltes behov (28).

#### **Jordmor burde inngå i helsetjenestetilbudet**

En britisk studie beskriver hvordan ansvaret for et tilbud om medikamentell abort er flyttet fra spesialisthelsetjenesten til kommunehelsetjenesten (29). Intensjonen er å gi kvinnene nærhet og tilgjengelighet til fagpersonell som kan tilby samtaler og svare på spørsmål under hele abortprosessen. Dette er positivt evaluert av brukerne (29).

Et tilbud om medikamentell abort i kommunehelsetjenesten kan ha større forutsetninger for en personsentrert tilnærming i behandlingsprosessen. Det er i denne sammenhengen betimelig å foreslå at jordmødre burde inngå i et slikt tjenestetilbud. Jordmødre arbeider i spesialisthelsetjenesten og i kommunehelsetjenesten og har god kunnskap om alle delene av kvinners reproduktive helse, hvor blant annet abortforløp inngår (30). En jordmor vil kunne være en

god støtte for kvinner som ønsker kontakt både før, under og etter svangerskapsavbruddet.

#### **Sykepleierne må kunne kommunisere godt**

Informantene i studien opplevde at muntlig informasjon og informasjonsskriv om forventet forløp sto i sterk kontrast til deres egen opplevelse av abort i eget hjem. Aamlid og medarbeidere (9) beskriver i sin studie at informasjonen erfares som mangelfull, slik at mange opplever

**«Kvinner som søkte abort, opplevde at kontakten med helsetjenestene var et hinder for å søke hjelp. Mange erfarte distansering, ensomhet og mangel på respekt i dette helsetilbudet.»**

redsel og er uforberedt på sterke smerter og store blødninger underveis i forløpet. En studie fra Sverige viser også at mange får mangelfull informasjon og har større blødninger og mer smerte enn forventet (13).

Dette samsvarer med våre funn. Mange fremhevet store, langvarige blødninger og smerter. Flere informanter hevdet at de aldri hadde uttatt seg for en medikamentell abort hjemme hvis de hadde forstått hva det innebar. Kvinner skal stå fritt til å velge kirurgisk eller medikamentell abort så lenge det er medisinsk forsvarlig. De skal gis valget om hvorvidt de vil gjennomføre aborten hjemme eller på sykehus (3).

Få av denne studiens informanter hadde fått et valg om hvor den

medikamentelle aborten skulle gjennomføres, og ingen hadde fått valg om abortmetode. Dette åpner ikke i tilstrekkelig grad for informerte valg slik loven forutsetter (24).

De samlede resultatene fra vår studie gir grunn til å påstå at helsepersonell, i hovedsak sykepleiere, som arbeider med abort, bør ha gode kommunikasjonsevner. Det kan være en krevende balanse for de kvinnene som er ambivalent til svangerskapsavbrudd, samtidig som de skal ha respekt for kvinners autonomi (6). God kommunikasjon er likevel avgjørende for å ivareta kvinners rettigheter og opplevelse av å bli sett, hørt og tatt på alvor.

#### **Styrker og svakheter ved studien**

Individuelle intervjuer var godt egnet til å utforske informantenes erfaringer med medikamentell abort. Åpne intervju spørsmål bidro til at informantene kunne fortelle fritt om sine erfaringer, som ga et rikt datamateriale.

Som ved kvalitative studiedesign generelt kan ikke våre resultater generaliseres til hele populasjonen da et relativt lite utvalg ikke kan anses å være representativt. Ved å annonsere på den sosiale medierkanalen Facebook kan man nå ut til mange på kort tid, og det er tilfeldig hvem som oppdager innholdet i en annonse innenfor tiden den ligger ute.

En slik tilfeldig utvelgingsprosess kan minske risikoen for skjevhet (*bias*) og slik styrke resultatenes validitet. Vi kan likevel ikke utelukke muligheten for skjevhet i utvalget. Potensielt kan en overvekt av kvinnene som ønsket å delta, ha hatt negative erfaringer med hjemmeabort eller vært kritisk til helsetjenestenes oppfølging. Noen erfaringer er helt tilbake fra 2008, som man skal være kritisk til. Det er en risiko for at det er de negative erfaringene kvinnene husker best,

jamfør Bierbrauer og medarbeidere (31).

Våre resultater vil likevel kunne overføres til andre kvinner som gjennomfører medikamentell hjemmeabort i en liknende sosio-kulturell kontekst. Det er også en styrke at informantene bor geografisk spredt i Norge og har mottatt helsehjelp ved fire ulike helseforetak.

## KONKLUSJON

Kvinnene i studien vår opplevde at helsetjenestene tilbyr en standardisert abortprosedyre der fysiske aspekter ved å gjennomføre abort er vektlagt. Få informanter hadde fått muligheten til å velge abortmetode eller bestemme hvor den skulle gjennomføres.

Studien viser at det finnes svært begrensede tilbud om å samtale rundt abortvalg, og at tilbudet som eksisterer, har mangel på informasjon, individuell tilnærming og tilgjengelighet ved psykiske reaksjoner og/eller et uventet forløp.

Kvinner som søkte abort, opplevde at kontakten med helsetjenestene var et hinder for å søke hjelp. Mange erfarte distansering, ensomhet og mangel på respekt i dette helse-tilbudet. Et forsvarlig svangerskaps-avbrudd kan styrkes med tilgang til personell med fordypet kunnskap om abortforløp, for eksempel med jordmørtjeneste. •

*Forfatterne oppgir ingen interessekonflikter.*

## REFERANSER

1. Akerkar RR, Askeland OM, Faugstad LA, Halvorsen GS, Heiberg-Andersen R, Hornæs MT, et al. Abortregisteret. Rapport om svangerskapsavbrot 2021. Oslo: Folkehelseinstituttet; 2022. Rapport 2022. Tilgjengelig fra: <https://www.fhi.no/contentassets/029843d081ce4ae3bddd3a65b17915ae/rapport-om-svangerskaps-avbrot-2021-1.pdf> (nedlastet 15.08.2022).
2. Verdens helseorganisasjon (WHO). Preventing unsafe abortion: evidence brief. Genève: WHO; 2019.
3. Helsenorge. Abortmetoder. Helsenorge; 2022. Tilgjengelig fra: <https://www.helsenorge.no/sok/?q=abort> (nedlastet 15.06.2022).
4. HelseDirektoratet. Handlingsplan – Forebygging av uønskede svangerskap og abort 2010–2015 – Status-

- rapport 2012. Oslo: HelseDirektoratet; 2012. Tilgjengelig fra: <https://www.helseDirektoratet.no/tema/abort> (nedlastet 15.06.2022).
5. Røseth I, Sommerseth E, Lyberg A, Sandvik BM, Dahl B. No one needs to know! Medical abortion: Secrecy, shame, and emotional distancing. *Health Care for Women International*. 07.07.2022. DOI: 10.1080/0739332.2022.2090565
  6. Kjelsvik M, Sekse RJT, Moi AL, Aasen EM, Chesla CA, Gjengedal E. Women's experiences when unsure about whether or not to have an abortion in the first trimester. *Health Care Women Int*. 2018;39(7):784–807. DOI: 10.1080/07399332.2018.1465945
  7. Georgsson S, Krautmeyer S, Sundqvist E, Carlsson T. Abortion-related worries, fears and preparedness: a Swedish web-based exploratory and retrospective qualitative study. *Eur J Contracept Reprod Health Care*. 2019;24(5):380–9. DOI: 10.1080/13625187.2019.1647334
  8. Petersen MN, Jessen-Winge C, Møbjerg ACM. Scandinavian women's experiences with abortions on request: a systematic review. *JBI Evidence Synthesis*. 2018;16(7):1537–63. DOI: 10.11124/JBISIRI-2017-003344
  9. Aamlid IB, Dahl B, Sommerseth E. Women's experiences with information before medication abortion at home, support during the process and follow-up procedures – a qualitative study. *Sexual & Reproductive Healthcare*. 2021;27:100582. DOI: 10.1016/j.srhc.2020.100582
  10. Kero A, Wulff M, Lalos A. Home abortion implies radical changes for women. *Eur J Contracept Reprod Health Care*. 2009;14(5):324–33. DOI: 10.3109/13625180903128609
  11. Makenzius M, Tyden T, Darj E, Larsson M. Sweden has the highest abortion rate among the Nordic countries. Unwanted pregnancies should be seen in a holistic perspective—individuals, health care, community. *Läkartidningen*. 2013;110(38):1658–61. PMID: 24199440
  12. Altshuler AL, Whaley NS. The patient perspective: perceptions of the quality of the abortion experience. *Curr Opin Obstet Gynecol*. 2018;30(6):407–13. DOI: 10.1097/GCO.0000000000000492
  13. Hedqvist M, Brodin L, Tyden T, Larsson M. Women's experiences of having an early medical abortion at home. *Sex Reprod Healthc*. 2016;9:48–54. DOI: 10.1016/j.srhc.2016.07.003
  14. Hanschmidt F, Linde K, Hilbert A, Riedel-Heller SG, Kersting A. Abortion stigma: a systematic review. *Perspectives on Sexual and Reproductive Health*. 2016;48(4):169–77. DOI: 10.1363/48e8516
  15. Maxwell KJ, Hoggart L, Bloomer F, Rowlands S, Purcell C. Normalising abortion: what role can health professionals play? *BMJ Sex*. 2021;47(1):32–6. DOI: 10.1136/bmjsex-2019-200480
  16. Polit DF, Beck CT. *Nursing research: generating and assessing evidence for nursing practice*. 11. utg. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2021.
  17. Brinkmann S, Kvale S. *Doing interviews*. 2. utg. London: SAGE Publications; 2017.
  18. Zoom Video Communications. Tilgjengelig fra: <https://zoom.us> (nedlastet 11.08.2022).
  19. Malterud K. *Kvalitativ metasyntese som forskningsmetode i medisin og helsefag*. Oslo: Universitetsforlaget; 2017.
  20. Løkeland M. Medikamentell abort i 9.–12. svangerskapsveke. *Tidsskrift for Den norske legeforening*. 17.06.2010. DOI: 10.4045/tidsskr.10.0561
  21. Aiken A, Gomperts R, Trussell J. Experiences and characteristics of women seeking and completing at-home medical termination of pregnancy through online telemedicine in Ireland and Northern Ireland: a population-based analysis. *Bjog*. 2017;124(8):1208–15. DOI: 10.1111/1471-0528.14401
  22. Makenzius M, Tyden T, Darj E, Larsson M. Women and men's satisfaction with care related to induced abortion. *European Journal of Contraception and Reproductive Health Care*. 2012;17(4):260–9. DOI: 10.3109/13625187.2012.688149
  23. Mariutti MG, Almeida AM, Panobianco MS. Nursing care according to women in abortion situations. *Revista Latino-Americana de Enfermagem (RLAE)*. 2007;15(1):20–6. DOI: 10.1590/s0104-11692007000100004
  24. Lov 13. juni 1975 nr. 50 om svangerskapsavbrudd (abort-

loven). Tilgjengelig fra: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1975-06-13-50/s11> (nedlastet 15.06.2022).

25. Kjelsvik M, Gjengedal E. First-time pregnant women's experience of the decision-making process related to completing or terminating pregnancy – a phenomenological study. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*. 2011;25(1):169–75. DOI: 10.1111/j.1471-6712.2010.00807.x
26. Makenzius M, Tyden T, Darj E, Larsson M. Autonomy and dependence – experiences of home abortion, contraception and prevention. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*. 2013;27(3):569–79. DOI: 10.1111/j.1471-6712.2012.01068.x
27. Kjelsvik M, Sekse RJT, Moi AL, Aasen EM, Nortvedt P, Gjengedal E. Beyond autonomy and care: experiences of ambivalent abortion seekers. *Nursing Ethics*. 2019;26(7–8):2135–46. DOI: 10.1177/0969733018819128
28. McCormack B, van Dulmen S, Eide H, Skovdahl K, Eide T. Person-centredness in healthcare policy, practice and research. *Person-Centred Healthcare Research*. Wiley Online Library. 2017:3–17. DOI: 10.1002/9781119099635
29. Cameron ST, Glasier A, Dewar H, Johnstone A, Burnside A. Telephone follow-up and self-performed urine pregnancy testing after early medical abortion: a service evaluation. *Contraception*. 2012;86(1):67–73. DOI: 10.1016/j.contraception.2011.11.010
30. Utdannings- og forskningsdepartementet. Rammepan med forskrift for jordmordanning. Oslo: Utdannings- og forskningsdepartementet; 2005. Tilgjengelig fra: [https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/kilde/kd/pla/2006/0002/ddd/pdfv/269373-rammeplan\\_for\\_jordmordanning\\_05.pdf](https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/kilde/kd/pla/2006/0002/ddd/pdfv/269373-rammeplan_for_jordmordanning_05.pdf) (nedlastet 15.06.2022).
31. Bierbrauer A, Fellner MC, Heinen R, Wolf OT, Axmacher N. The memory trace of a stressful episode. *Current Biology*. 2021;31(23):5204–13. DOI: 10.1016/j.cub.2021.09.044

## SKAPTE REAKSJONER

Denne forskningsartikkelen ble publisert i august i 2022 og skapte mange reaksjoner. Sinne for at kvinner ikke får bedre oppfølging, og en debatt mellom abortforkjempere og -motstandere. Noen påpekte at det i dag finnes et lavterskeltilbud som er spesialisert på å ta vare på kvinner før og etter abort: Amatheia. Dette er et landsdekkende og offentlig finansiert gratistilbud til kvinner. Det nye er at Amatheia i det ferske statsbudsjettet får kuttet 25 prosent av støtten. Det betyr at stiftelsen må stenge 6 av 10 kontorer og redusere med 4,5 årsverk. •

REDAKSJONEN

## ABORTLOVEN UNDER LUPEN

Loven om selvbestemt abort ble vedtatt av Stortinget i 1978 etter en lang kamp om abortsaken gjennom 1970-årene. I 2018 blusset diskusjonen om retten til selvbestemt abort opp. Høsten 2021 bestemte den ferske regjeringen Støre at loven nå er moden for en gjennomgang.

Et offentlig oppnevnt utvalg vurderer nå et alternativ til dagens abortnemnder, som ifølge loven avgjør om søknader om abort etter tolvte uke kan innvilges. Utvalget skal også ta stilling til om grensen for selvbestemt abort skal utvides fra tolv uker, samt vurdere rådgivning og veiledning til kvinner som vurderer svangerskapsavbrudd, og oppfølging av dem som har valgt dette.

I desember i 2022 bestemte utvalget å re-vurdere hele abortloven. Lovteksten er umoderne, sa medlem Bjørn Solberg og leder Kari Sønderland i utvalget, ifølge Klassekampen.

Innstillingen fra utvalget kommer i desember 2023.

Kristin Holanger Bodenstein, nestleder i Jordmorforbundet NSF, og helsesykepleier Astrid Grydeland Ersvik i Norsk Sykepleierforbund er blant de 13 medlemmene i utvalget. ●

★ FAGFELLEVDERT ARTIKKEL – SYKEPLEIEN FORSKNING

## Kvinnens mentale helse etter en provosert abort - en scoping review

### FORFATTERE

**Sofie Iversen Lurås**

Forskningssykepleier, Klinisk forskningspost, Oslo universitetssykehus, Rikshospitalet

**Kari Toverud Jensen**

Sykepleier og førsteamanuensis, Institutt for sykepleie og helsefremmende arbeid, OsloMet – storbyuniversitetet

### SAMMENDRAG

**Bakgrunn:** Det ble gjennomført 11 081 provoserte aborter i Norge i løpet av 2020. I de siste årene har det vært økt oppmerksomhet på kvinners seksuelle og reproduktive helse. Likevel foreligger det lite forskning på hvordan kvinner har det i etterkant av provosert abort, og på hvorvidt abort medfører større belastning på kvinners mentale helse.

**Hensikt:** Å oppsummere kunnskap om kvinners opplevelse av provosert abort og deres erfaring med mentale ettervirkninger i land hvor abortlovet har overføringsverdi til Norge.

**Metode:** Vi benyttet *scoping review*. Søket identifiserte 1156 fagfelle-vurderte artikler fra Nederland, Finland, Sverige og Norge, hvorav 13 artikler i CINAHL, MEDLINE og PsycINFO samsvarte med inklusjonskriteriene og ble inkludert. Koding av tekstene var inspirert av Braun og Clarkes tematiske analyse.

**Resultat:** Litteraturstudien antyder at det er lite som viser at kvinner får mentale utfordringer som følge av en provosert abort. Studien viser at det var opplevelser og livshendelser som kvinnene hadde hatt før graviditeten, som påvirket den mentale helsen mest etter en provosert abort. Spesielt opplevd psykisk eller fysisk vold i løpet av livet var fremtredende faktorer. Funnene indikerer at kvinner som har hatt mentale lidelser før graviditeten, har økt risiko for å oppleve mentale utfordringer også etter en abort.

**Konklusjon:** Studien viser viktigheten av å være oppmerksom på at ytre faktorer som arbeidsledighet kan ha sammenheng med kvinners mentale helse etter en provosert abort. De fleste kvinner som opplevde mentale utfordringer etter en provosert abort, hadde utfordringer før graviditeten. Det kan derfor være hensiktsmessig å være spesielt oppmerksom på hvordan kvinner med tidligere mentale diagnoser håndterer abort. På den måten kan helsepersonell igangsette relevant helsehjelp på et tidlig stadium.



**DOI-nummer:** 10.4220/Sykepleienf.2022.90993

**Skann QR-koden for å lese hele artikkelen.**

# KISQALI<sup>®</sup> er anbudsvinner i gruppen CDK 4/6 hemmere for perioden 01.12.2022 – 30.09.2023<sup>1</sup>



## Brystkreft

HR-positiv, HER2-negativ brystkreft med spredning: CDK 4/6-hemmere

Rangering	Anbefalt behandling	Legemiddelskostnad per måned <sup>a</sup>	Dosering og admin.form
<b>Førstevalg</b>	<b>ribociclib (Kisqali)**</b>	<b>kr</b>	600 mg daglig i 21 dager 7 dager pause (p.o.)
Andrevalg	abemaciclib (Verzenio)***	kr	150 mg 2 ganger daglig (p.o.)
Tredjevalg	palbociclib (Ibrance)*	kr	125 mg daglig i 21 dager 7 dager pause (p.o.)

<sup>a</sup>Er innført av Beslutningsforum for følgende relevante indikasjoner:

-Kombinasjonsbehandling med aromatasehemmer av lokalavansert/metastatisk brystkreft

-I kombinasjon med fulvestrant til behandling av voksne pasienter med HR-positiv, HER2-negativ lokalavansert, metastatisk brystkreft som tidligere har fått endokrin behandling. Hos pre- eller perimenopausale kvinner skal endokrin behandling kombineres med en LHRH-agonist.

\*\*Er innført av Beslutningsforum for følgende relevante indikasjoner:

-Første- og andrelinjebehandling av voksne pasienter med HR-positiv, HER2-negativ lokalavansert, metastatisk brystkreft. Hos pre- eller perimenopausale kvinner skal endokrin behandling kombineres med luteiniserende hormonfrigjørende hormon (LHRH)-agonist.

\*\*\*Er innført av Beslutningsforum for følgende relevante indikasjoner:

I kombinasjon med fulvestrant til behandling av hormonreseptorpositiv, HER2-negativ lokalavansert eller metastatisk brystkreft

<sup>a</sup>Legemiddelskostnaden hensyntar gjennomsnittlig dosejustering

KISQALI<sup>®</sup> er indisert for behandling av kvinner med HR+, HER2- lokalavansert eller metastatisk brystkreft sammen med aromatasehemmer eller fulvestrant, som innledende endokrinbasert behandling, eller hos kvinner som tidligere har fått endokrin behandling. Hos pre- eller perimenopausale kvinner skal endokrin behandling kombineres med en luteiniserende hormonfrigjørende hormon (LHRH)-agonist.<sup>2</sup>

Anbefalt dose er 600 mg daglig i 21 påfølgende dager etterfulgt av 7 dager uten behandling. Ved behov for dosereduksjon, se anbefalte retningslinjer for dosereduksjon som er listet opp i SPC tabell 1.<sup>7</sup>

De vanligste bivirkningene av grad 3/4 var nøyтроpeni, leukopeni, unormale leverfunksjonstester, lymfopeni, infeksjoner, rygg smerter, anemi, fatigue, hypofosfatemi og oppkast.<sup>3</sup>

### Utvalgt sikkerhetsinformasjon

Kisqali er kontraindisert ved overfølsomhet for innholdsstoffene, peanøtter eller soya.<sup>4</sup> Kisqali bør unngås ved eksisterende eller signifikant risiko for utvikling av QTC-forlengelse.<sup>5</sup> Vær oppmerksom på tegn til lungebetennelse, da interstitiell lungesykdom/pneumonitt er observert under behandling.<sup>5</sup> Kisqali metaboliseres hovedsakelig av CYP3A4 og dosereduksjoner kan være aktuelt.<sup>5</sup> Behandlingen med Kisqali krever monitorering under de første behandlingssyklusene.<sup>7</sup> Eldre >65 år: Dosejustering ikke nødvendig.<sup>6</sup> Kan tas med eller uten mat.<sup>7</sup>

**Pakninger og priser:** 21 stk. (blister) 17 685,50. 42 stk. (blister) 35 336,10. 63 stk. (blister) 52 986,60.

**Refusjon:** H-resept: L01E F02\_1 Ribosiklib

1. <https://sykehusinnkjop.no/seksjon/avtaler-legemidler/Documents/Onkologi/Onkologiske-og-kolonstimulerende-legemidler.pdf>. Lest 22/11/2022. 2. Kisqali SPC (10.01.2023) Avsnitt 4.1. 3. Kisqali SPC (10.01.2023) Avsnitt 4.8. 4. Kisqali SPC (10.01.2023) Avsnitt 4.3. 5. Kisqali SPC (10.01.2023) Avsnitt 4.4. 6. Kisqali SPC (10.01.2023) Avsnitt 5.2. 7. Kisqali SPC (10.01.2023) Avsnitt 4.2.



**Ta gjerne kontakt med oss i Novartis om du ønsker mer informasjon om Kisqali, eller besøk [www.felleskatalogen.no](http://www.felleskatalogen.no)**





---

Da jeg fødte, døde jeg på et vis. Eller, jeg ble noe nytt.  
Noe var borte, og alt var annerledes.

# Det absurde ved å få kroppen delt i to

SKREVET AV:

**CATHRINE FROST  
ANDERSEN**

Skuespiller og sykepleier

*Teksten er basert på  
manuskriptet til Cathrine Frost  
Andersens (bildet) forestilling  
«Lykke til, Cathrine Frost!».*

Foto: Anders Utsigt / Det andre teatret

**F**or fem år siden fødte jeg en gutt. Samtidig opplevde jeg at jeg fødte meg selv inn i et tomt, åpent rom. Et ordløst rom der det ikke fantes noe virkelig språk for det jeg nettopp hadde vært igjennom. På sett og vis opplevde jeg det som at jeg fødte meg selv bort fra den jeg var og milevis unna han jeg levde sammen med og hadde fått dette barnet med.

Det høres kanskje ut som en depressiv reaksjon, men det var ikke det, tror jeg. Jeg tror det rett og slett var en oppvåkning av noe slag. Det har jeg laget en forestilling om. Den heter «Lykke til, Cathrine Frost»

## **DRØMMEN OM EN FAMILIE**

På min vei til å bli mamma hadde jeg hatt en spontan-abort og opplevd en fødsel som satte både meg og den lille gutten min i livsfare.

Første gang jeg ble gravid, gikk det lekende lett. Det satt på første forsøk. Dette barnet var virkelig ønsket. Både av meg og han jeg levde med.

Vi lastet ned app og fulgte med på barnets utvikling. Vi så hverandre inn i øynene og visste at vi to, vi har verdens største og fineste hemmelighet. Vi har laget liv sammen, og ingen vet det ennå. Man sier ikke slikt før det har gått tre måneder. ▶

Jeg husker jeg lå på sengen og lagde minner om fremtidens somre, hvor vi som familie skulle dra på hyttetur på fjellet, og jeg skulle lære ungen min å kjøre båt.

#### **BLOD**

Da jeg begynte å blø i uke ti, første dag på min nye praksisplass i hjemmetjenesten, var det som et slag i magen. Jeg var ikke forberedt på det. Jeg ringte legen. Han sa: «Blør du på dette tidspunktet i en graviditet, er det overhengende sannsynlig at du gjennomgår en spontanabort.» Det jeg vet nå, som jeg ikke visste da, er at 20–30 prosent av alle kvinner som føder på termin, blør tidlig i svangerskapet. Altså, det er relativt vanlig og relativt ufarlig.

Men for meg, den gangen, var den blødningen en spontanabort. I gangen på et kontor hos hjemmetjenesten i Oslo sentrum. Det som skjedde videre, var et lite stykke hverdagsmagi: Min veileder henter seks sykepleiere som alle stiller seg i en halvsirkel rundt meg. Og en etter en forteller de om sine egne spontanaborter. Det er akkurat som om de messer forberedelse inn i kroppen min. «Det kommer til å gjøre vondt, du kommer til å blø mye, og du kommer til å bli lei deg. Men det går over.»

#### **20-BUSSEN HJEM**

Og så dro jeg hjem. Jeg tok 20-bussen. Og i etterkant har jeg tenkt på at jeg satt på den bussen, med alle de fremmede menneskene og blødde alle minnene mine ut på dopapiret jeg hadde i trusa. Og det var ikke før jeg kom hjem at jeg skjønnte konsekvensen av at vi ikke hadde fortalt til noen at jeg var gravid. Kjæresten min var bortreist, og resultatet av det var at jeg var helt alene. Og jeg var fortsatt helt uforberedt på de voldsomme smertene, hvor mye jeg blødde og hvor lei meg jeg ble.

Jeg var så lei meg at jeg klarte ikke å gå. Dette kunne ikke være normalt, tenkte jeg. Og så husker jeg at jeg brukte mye tid på å skjønne hva jeg skulle gjøre med alt det som rant ut av meg. Skulle jeg kaste det i do, skulle jeg tørke opp med dopapir. Det føltes liksom så uverdig.

Da jeg trakk opp toalettet og så det røde vannet ble skylt ned i do, var det som om noe løsnet i meg, og første steget i denne oppvåkningen hadde begynt. Det jeg vet nå, som jeg ikke visste da, er hvor mange kvinner som opplever dette. En tredel av registrerte svangerskap ender i spontanabort. Her regner man med store mørketall. Tenk så mange omfavnelser det kunne ha vært om vi bare hadde visst.

#### **EN RUSTEN JERNPORT OG ET RØR**

Andre gang jeg ble gravid, fortalte jeg det, med avventende øyne og nøktern mine, til kretsen min idet jeg fikk vite det. Jeg ville ikke oppleve den ensomheten en gang til.

Graviditeten gikk sin gang og endte på tolv dager overtid. Da ble jeg satt i gang. Med et Foley-kateter, altså et urinkateter laget for menn. En såkalt «ballong» som settes inn i livmoren. I en «vanlig» gravid kropp, på dette tidspunktet i en graviditet, er livmorhalsen myk, moden og forberedt på det som skal skje. Min livmorhals var som en trang, rusten jernport som hadde gått i vranglås og som liksom hadde rømt bakover mot ryggen min.

Det var enormt smertefullt da den kyndige fødselslegen måtte grave seg frem for å få satt på plass den ballongen.

Så ble vi sendt hjem. Med røret dinglede ned til

knærne. Det døgnet var vi tre i leiligheten. Jeg, kjæresten min og Røret.

Så kom riene. I åtte timer i strekk, på sykehuset, før det ble trykket på den store rød knappen. Fødselslegen min hadde kjent navlestrengen. Det hadde oppstått navlesnorfremfall da vannet ble tatt. Altså navlestrengen hadde kommet ut i fødselskanalen. Resultatet var at barnet ble liggende og presse på sin egen surstofftilgang gjennom de konstante riene. Det ble kritisk. Det er da fødselslegen hopper opp i sengen min og med sin egen hånd holder barnet mitt borte fra navlestrengen inne i min livmor. Slik kjører vi gjennom Ullevål sykehus sine korridorer. Sengen, legen, sønnen min og jeg. Som et slags groteskt dukketeater.

Det ender i narkose og katastrofesnitt. Og at barnet mitt tilbringer de første timene på brystet til sin far.

#### **HVEM ER JEG NÅ?**

For meg var det å føde så eksistensielt at det løftet meg opp, oppløste meg og satte meg sammen på en helt ny måte. Og jeg visste at det var noe grunnleggende sant i kjernen av den opplevelsen. Her lå det noe som kunne forteller oss noe om hvem vi er som mennesker.

Mulig jeg er naiv, men jeg hadde ikke tenkt på, før da, måten vi forholder oss til og snakker om graviditet, fødselshandlingen og morskap i vårt samfunn. Eller retttere sagt – jeg hadde ikke tenkt over at det var et fraværet av et språk. Og jeg klarte ikke å forstå at det jeg nettopp hadde vært gjennom, ikke hadde, opp igjennom historien, satt større avtrykk i vår måte å forstå verden på, forstå mennesker på og min forståelse av det

å vokse opp som kvinne. Det uroet meg, provoserte meg og gjorde meg skamfull.

#### DE GAMLE GREKERNE

Da jeg skulle lage forestillingen min, tenkte jeg at jeg måtte finne ut av hva det var som hadde skjedd med meg. Så jeg begynte å lese filosofi. Hva hadde de gamle greske filosofene sagt om fødsel, graviditet og livets begynnelse?

Det viste seg å være svært lite. Aristoteles mente at det å være kvinne var et naturbetinget handikap. Filosofene var svangre stadig vekk, med nye ideer. Men det er døden som har fått en enorm plass i den vestlige filosofiske kanon. Den formet vår religion, vår kunst og vårt samfunn i årtusener. Men jeg klarer ikke slippe tanken: Hva slags konsekvenser hadde det fått for vår oppfattelse av hva et menneske er dersom de hadde vært like opptatt av å teoretisere fødsel og livets begynnelse.

I den vestlige sivilisasjonens vugge var det menn sine ideer som ble foredlet, forseglet og fikk reise gjennom verdenshistorien. Og de «glemte» dessverre å snakke om graviditeten og fødselen, i sin fascinasjon av døden.

Og jeg skjønner det. Vi skal jo alle dø en gang. Men vi har jo også alle blitt født en gang. Likevel er det sånn at jeg har levd hele livet mitt med denne kroppen som kan gjøre denne livsfarlige, selvut-slettende, utrolige tingen, og så aner jeg ikke hvordan jeg skal snakke om det. Er ikke det pussig?

#### KVINNER OPPLEVER FØDSEL SOM TRAUMATISK

Da jeg sa alt dette til helsesøstera, ble hun bekymra for at jeg var deprimert. Og i etterkant blir jeg egentlig ganske provosert av det. For jeg var ikke deprimert, jeg trengte bare et føkkings kvarter på å komme meg og finne ut av hvem jeg var.

Det jeg vet nå, er at en av tre kvinner opplever sin egen fødsel som traumatisk.

Jeg tenkte på alle de milliardene av menneskene som hadde gjort dette før meg. Og nå hadde også jeg gjort denne eksistensiell handlingen. Og så oppdaget jeg at verden rundt meg var helt fri for knagger å henge den opplevelsen på. Jo da, jeg hadde helsesøster, barselgruppa og mammanett, men, jeg mener; hvor er statuene? Museene? Bøkene? Historiene? Filosofien?

FAKTA:

### Cathrine Frost Andersen

- Cathrine Frost Andersen har vært frilansskuespiller siden 2005.
- I mellomtiden har hun også utdannet seg som sykepleier og jobbet på akuttpsykiatrisk avdeling på Ullevål sykehus.
- Hun er 43 år, bosatt i Oslo, men opprinnelig fra Kragerø.
- Hun har vært med å drive Det Andre Teatret på Torshov i Oslo siden starten i 2011.
- Forestillingen «Lykke til, Cathrine Frost!» er hennes første soloforestilling.



**«Jeg trengte bare et føkkings kvarter på å komme meg og finne ut av hvem jeg var.»**

Teaterstykkene? Hvor er avtrykket som gjør at jeg kunne kople den nye identiteten min på verden igjen?

#### JEG BLE EN ANNEN

Kan det være at siden vi ikke snakker om livets begynnelse, så har vi mis-

forstått noe grunnleggende viktig om hvem vi er som mennesker? Dette at vi som mennesker på gitte tidspunkter i livene våre deler hele vår kropp, vårt blod, med et annet menneske? Er det da mulig å tenke seg at det betyr at å dele er en grunnleggende menneskelig egen-skap? Det å sette sine egne behov til side? Det å utøve omsorg? Det å skape trygghet? Søke fellesskap?

Jeg døde ikke, men jeg ble en annen. Jeg skulle bare ønske at alt det jeg opplevde underveis i prosessen som et reproduktivt menneske, var en del av en historie som ble fortalt til sånne som meg. Og til sånne som kjæresten min. Og alle de imellom der. For da hadde vi alle kanskje visst litt mer.

Det å føde er grunnlaget for hele vår eksistens. Derfor trenger vi å prate mer, kunne mer, forske mer, lytte mer, undre oss mer, slik at vi alle bare kan bli litt klokere på hva det vil si å være et menneske. For det å bli født er ikke en kvinnesak. Det er en menneskesak. •





**BEKKENSPELIALIST:** Var du invalidisert av bekkenleddsmerter i svangerskapet, men smertefri etter fødsel? – Det er likevel viktig å ta det pent i barseltiden, sier Britt Stuge.



Illustrasjonsfoto: April Kasa / Mostphotos

## Bekken

– Masse gåing og smerter i rygg og bekken henger ofte sammen, sier Britt Stuge, spesialist på kvinnehelse.

# DU KAN UNNGÅ SYKMELDING MED ENKLE GREP

TEKST OG FOTO **MARIT FONN**

**D**a Britt Stuge hørte at en bekkenbunnstol på en skjønnhetsklinikk i Oslo skulle være bra for kvinnehelsen, ble hun fortvilet.

– Men kvinnehelse er jo i vinden

på grunn av den saken, sier hun nå.

Stuge er forsker ved Oslo universitetssykehus.

Stolen, som hun mener absolutt ikke kan hjelpe kvinner med urinlekkasje, satte fyr i debatten som startet høsten 2022. Skuespilleren

Pia Tjelta og to andre kjendiskvinner hadde brukt ordet kvinnehelse da de presenterte skjønnhetsklinikken, der de tre hadde aksjer.

Etter kraftig kritikk beklaget de og trakk seg fra samarbeidet med klinikken. ▶

– **DET ER ET HAV AV MISVISENDE INFORMASJON**

Britt Stuge er fysioterapeut og spesialist på kvinnehelse. Hun har gode råd for sykepleiere og andre kvinner i alle aldre om hvordan de kan håndtere bekken- og ryggplager.

Stuge mener at gravide, og spesielt nybakte mødre, er utsatt for et kommersielt press.

– Mange mødre føler at mors helse ikke blir godt nok ivaretatt på helsestasjonen. Oppmerksomheten er hovedsakelig rettet mot barnet, noe mor synes er bra, men mange savner hjelp til å håndtere egne plager, sier hun.

– Når helsestasjonen ikke har et godt tilbud til mor, søker de opp kommersielle aktører. Det er et hav av misvisende informasjon om øvelser de må gjøre og om produkter de bør skaffe seg.

Mange av rådene er ikke gode,

mener hun, og det er ikke dokumentert at de har effekt.

**FEIL Å GÅ MED KORTE SKRITT**

– *Hva er det mødre søker råd for?*

– En del av dem som trenger råd, har hatt bekkenleddsmerter i og etter svangerskapet.

Stuge smetter inn at begrepet bekkenløsning, som det ble kalt før, er misvisende.

– Det er ikke fordi du er løs i bekkenet at du får smerter. Mange har i årevis gått med korte skritt og holdt beina samlet, fordi de har fått det rådet.

**«Det er ikke sånn at vondt skal vondt fordrive.»**

BRITT STUGE, FYSIOTERAPEUT

Som altså er uheldig.

– Det er greit å sitte i skredderstilling. Du skal ikke nødvendigvis sitte med beina samlet, sier Stuge.

For de aller fleste går bekkenleddsmerter over i løpet av seks uker etter fødselen, opplyser hun.

– Uansett er det viktig at barselkvinner tar det litt med ro. Bruk de seks første ukene til å hente inn kroppen og venne deg til en ny situasjon.

– Lett aktivitet er fint, og nok hvile er viktig. Hvis du var invalidisert av smerter i svangerskapet, og smertefri etter fødsel, er det likevel viktig å ta det litt pent. Samme nivå på aktivitet som du hadde før fødsel kan være fornuftig de første ukene. Ikke tren masse de første ukene, det haster ikke, sier hun.

**HVA OPPRETTHOLDER SMERTENE?**

Men bekkenleddsmerter går ikke over for alle.

– Er det fortsatt vondt, er det lurt å ta kontakt med en fysioterapeut som har spesialkompetanse på dette området. Da kan du få kartlagt akkurat hvor du har vondt og hva som kan opprettholde smertene, sier Stuge.

Noen har vondt i ett ledd, andre kanskje i tre. Avhengig av hvor du har smerter, vil du få forskjellige råd:

– Har du smerter over alle tre bekkenleddene, er ikke løping i skog og mark det lureste du gjør, sier hun.

Men har du smerter i bare det ene bekkenleddet bak, kan nettopp det å gå i ulendt terreng være bedre enn å traske på asfalt.

– Fysioterapeuten kan hjelpe deg ved å se hvordan du går, sitter, setter deg og reiser deg.

Kan hende har du lært deg uheldige mønstre, og derfor opprettholdes plagene du ikke skal ha. Kanskje er du for svak i musklene:

– Da kan du få råd om riktige øvelser. Men er du anspent og stram i musklene, kan avspenning og tøyning være viktigst for deg.

FAKTA:

**Hviletips fra fysioterapeuten**

- Ta gjerne en kort hvilepause før du får vondt eller smertene øker.
- Hvis du liker å ligge på siden, ha gjerne en pute mellom knærne og en mellom ankene. En pute foran magen kan avlaste ryggen.
- Sitt motsatt vei på stol, eller sitt med benet i halv skredderstilling.
- Etter dagvakt: Gi barna rosiner og eplebiter, og legg deg ned i ti minutter i en god hvilestilling før du begynner på middagen.



– Det er viktig å bevege seg, men du skal ikke gjøre noe som øker smertene dine. Det er ikke sånn at vondt skal vondt fordrive.

#### **KAN FORT BLI SYKMELDING**

– *Det er ikke lett å finne frem til de rette hjelperne i jungelen?*

– Fysioterapeutforbundet har lister med oversikt over fysioterapeuter rundt i landet som har spesialkompetanse på kvinnehelse. Du kan også ringe en i nærheten av deg og forhøre deg. Det er fint å komme til noen med kompetanse og erfaring.

– *Sykepleiere både trasker og står mye på jobb. Hva med dem?*

– Masse gåing og smerter i rygg og bekken henger ofte sammen. Er smertene konstante, kan det fort bli sykemelding.

Ofte kan enkle ting hjelpe og sykemelding unngås.

#### **SYKEPLEIEREN UNNGIKK SYKMELDING**

Britt Stuge husker godt sykepleieren fra kirurgisk sengepost som kom til henne. Hun klarte ikke å jobbe fordi hun hadde smerter i bekken og korsrygg.

– Hun hadde en vanestilling etter svangerskapet: Hun la tyngden bak på hælene når hun sto. Det førte til økt press i korsryggen.

Stuge rådet henne til å legge vekten midt på føttene i stedet. Sykepleieren kjente at det reduserte smertene.

– Neste gang hun kom til meg, var smertene borte. Presset i ryggen var problemet, ikke bekkenet.

Sykepleieren fikk mindre belastning på korsryggen og dermed mindre vondt, og unngikk sykemelding.

– Det eneste hun gjorde, var å gå og stå på en bedre måte så hun ikke provoserte smerten nede i korsryggen. Jeg har sett at dette gjelder mange andre også.

#### **ANBEFALER KORTE HVILEPAUSER**

– Å trene kan fort bli feil hvis du har et mønster som belaster kroppen feil. Derfor må du vite hva det er som provoserer smertene dine, sier Stuge.

Hvis du står og går mye, kan det være nyttig å hvile rygg og bekken innimellom.

– Det er ikke så lett for alle å legge seg ned på jobb, men kanskje finner du en mulighet i ti minutter. Korte, gode hvilepauser, gjerne før du får vondt, kan gjøre en stor forskjell.

– Dette hviletippet pleier hun å dele:

- Snu stolen motsatt vei, heng over ryggen så du får krummet ryggen.
- Ved å sitte med beina fra hverandre får du tøyning setemuskulaturen og samtidig hvilt ryggen. Det er gratis tøyning og hvile og kan kanskje gjennomføres i lunsjen eller i møter.

### **«Hvis du går veldig anspent, hjelper det ikke å gå.»**

BRITT STUGE, FYSIOTERAPEUT

#### **HVA TRIVES DU MED?**

Et tips til:

- Finn en form for fysisk aktivitet du trives med.
  - Den beste øvelsen eller treningen fins ikke. Det er individuelt hva man liker og hva som er tilgjengelig, påpeker hun.
  - Har ikke treningen effekt på muskel- og skjelettsmertene dine, utfører du kanskje øvelsen på en u hensiktsmessig måte, eller du doserer feil. Hvis du for eksempel går veldig anspent, hjelper det ikke å gå.

#### **– DELTE MAGEMUSKLER FREMSTILLES SOM ET PROBLEM**

Stuge syns kvinner bør være kritiske til råd og tips de får.

– Et eksempel gjelder rectus diastase, såkalt delte magemuskler. Det

fremstilles som et stort problem for barselkvinner, men det er vanlig å få en spalte på en centimeter eller to etter fødsel. Det har ingen betydning utover det kosmetiske. Det gir ikke mer smerter, og spalten trekker seg sammen i løpet av det første året.

Hun legger til:

– Noen veldig få kan ha en spalte på flere centimeter, og det forskes nå for å se hva som eventuelt kan gjøres for disse kvinnene.

#### **– MAMMAMAGETRENERE GIR MISVISENDE RÅD**

Mammamagetrenere er et nytt fenomen:

– De kommer ofte med misvisende informasjon og råd. De anbefaler barselkvinner å komme til dem for å få målt mellomrommet og få treningsøvelser. Ofte gir de råd om ikke å løfte og bære, noe det ikke er dokumentasjon for å fraråde. Det er dessuten et svært dårlig råd for en nybakt mor, sier Stuge.

Hun syns det er trist at nybakte mødre bruker tid og penger på ukentlige konsultasjoner hos mammamagetrenere istedenfor å gå tur, hvile og være sosiale.

– Det finnes heller ikke god dokumentasjon på at det er en sammenheng mellom rectus diastase og rygg- og bekkenleddsmerter. Og som sagt går slike smerter over av seg selv hos de aller fleste.

#### **RAMMER FLEST, KOSTER MEST**

– Muskel- og skjelettplager rammer flest og koster mest. De er vanligst hos kvinner, poengterer Stuge.

Hun tror sykepleiere, helsesykepleiere og jordmødre kan gjøre mye ved å ta kvinners plager på alvor og gi dem gode tips og faktakunnskap.

– Det kan være nok for mange. Men det beste ville vært at helsesykepleiere, jordmødre og fysioterapeuter etablerer kontaktnett og samarbeider om kvinnehelse. •



At verden ikke er rettferdig og likestilt for kvinner, er ganske kjent. Denne boken viser hvor ille det egentlig står til.

# KVINNER BØR FORSKE PÅ KVINNER

ANMELDT AV:

**KARI LØVENDAHL MOGSTAD,**

Spesialist i allmenntidisin og universitetslektor, Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet

Forfatter Caroline Criado Perez har gått grundig til verks for å underbygge påstanden om at vi lever i en verden som er designet for menn. Boken gir et tankevekkende, ja nesten rystende bilde av hvordan mannen er betraktet som «normalen», og kvinner, som tross alt utgjør halvparten av klodens befolkning, er «unntaket». Og de blir usynlige på så altfor mange arenaer i livet, ikke minst der beslutninger tas.

**Perez understreker** at det i utgangspunktet ikke er av vond vilje at kvinner i så enorm utstrekning blir glemt, og rett og slett er usynlige, i mange av våre samfunnsystemer. Mye er historisk og kulturelt betinget. Og utviklingen har gått i skjev og feil retning opp gjennom historien i de fleste land og kulturer.

Boken har gode beskrivelser av hvorfor det er farligere for kvinner å sitte i en bil ved en ulykke, og at mye av verneutstyret i utsatte jobber gjør kvinner enda mer utsatte for skader, fordi utstyret er designet for en mannekropp.



FAKTA:

## **Bokfakta**

**Boktittel:** Usynlige kvinner. Hvorfor vi lever i en verden designet for menn

**Forfatter:** Caroline Criado Perez

**Forlag:** Forlaget Press

**Sidetall:** 396

**ISBN:** 978-82-328-0482-5

**Det store «svarte hullet»** og hovedårsaken til at vi tydeligvis ikke har kommet lenger enn vi har, er mangel på data. I både forskning og undersøkelser har menn blitt sett på som standarden, og kvinner som de «atypiske» og «unntakene». Derfor mangler det data på kvinner, deres kropper, helse og kunnskap, som tar hensyn til at kvinner er annerledes,

men ikke et avvik i forhold til standard-mannen.

**Det står ikke** så bra til i Norge heller. FHI laget nylig en rapport om forskning og kvinner som viser at under halvparten av studiene har sett på kjønnsforskjeller i effekten av medisinsk behandling. Selv om kvinner har vært med i studier, blir ikke dataene skilt ut, og da får vi ikke den viktige kunnskapen vi trenger om kvinner. Ta bare menstruasjonen; vi vet ennå svært lite om hvordan menssyklusen påvirker alt fra virkningen av medisiner til treningseffekten for kvinner. Blant annet fordi alle mennene som har bestemt hva som skal forskes på, og gjort forskningen, ikke har vært særlig opptatt av det.

**Boken tar for** seg problemene med usynlige kvinner på alle livets områder. Det er interessant å lese om hvordan en by i Sverige skjønte at det var lønnsomt å brøyte fortauene før bilveiene, hvordan mangel på data og kunnskap hos dem som bestemmer og bevilger, medfører ubrukelige løsninger etter naturkatastrofer, og farlige forhold for kvinner i flyktningleirer og i kollektivtransport.

Vi mangler ikke bare å forske på kvinner. Det mangler også flere kvinner som forsker. Og som besitter posisjoner og stillinger der avgjørelser tas. Men da må kvinnene bli hørt, sett og forsket mye mer på i aller livets sammenhenger.

**Caroline Criado Perez** har gått grundig til verks i boken; 56 sider med noter i slutten av boken sier sitt, og det kunne til tider bli vel tettet pakket med referanser i løpet av lesningen.

Men den som tror at likestillingen er kommet langt nok, og er likeverdig nok, den får litt å tenke på etter å ha lest denne boken. •

Prøv en av  
markedets beste  
strømvavtaler

NorgesEnergi  
+ sykepleieren  
= sant

**Som medlem av Norsk Sykepleierforbund  
får du 100 ekstra bonustimer**  
om du blir kunde hos NorgesEnergi!

I tillegg spanderer vi én time strøm for hver dag du er kunde  
hos oss gjennom lojalitetsprogrammet Bonustimen.

 **norgesenergi**

Avtalen er kun tilgjengelig for aktive medlemmer i Norsk Sykepleierforbund.  
Du kan sammenligne strømvavtaler på Forbrukerrådets strømprisportal [strompris.no](http://strompris.no)

Les mer her:








**FRISKERE:** - Vi vil få ned unødig sykefravær og uførhet, sier Christine Meyer. Kvinnehelseutvalget foreslår tiltak som skal gjøre kvinner friskere.

---



– Kvinner lever lenger enn menn, men de har færre funksjonsfriske leveår, sier Christine Meyer. Hun har ledet arbeidet i kvinnehelseutvalget.

# – ET MÅL ER AT KVINNER KAN STÅ LENGRE I ARBEID

TEKST OG FOTO **MARIT FONN**



mars 2021 ble Christine Meyer utpekt til å lede et kvinnehelseutvalget som fikk i oppdrag å lage en oversikt over kvinners helse. Arbeidet er utført, og 2. mars skal rapporten leveres til regjeringen.

Først da blir innholdet offentlig.

Noe kan hun likevel si til Sykepleien på forhånd.

– Er det noen overraskelser på lur i rapporten?

– Vi håper jo det, sier Christine Meyer.

Med seg i utvalget har hun hatt seks sykepleiere. Totalt har de vært 18. Selv er Meyer siviløkonom og politiker i Bergen.

– Men vi har hatt et overordnet blikk, ikke sett så mye på enkelt-diagnoser, sier hun.

Mediene, derimot, viser enkelt-skjebner og enkeltlidelser, påpeker hun:

– Det hindrer oss i å se det store bildet og forstå hvorfor kvinnehelse ikke når opp på agendaen. Derfor har vi jobbet systematisk for å få en treffsikker rapport som berører halve befolkningen i Norge.

– Hva har dere brukt mest plass på?

– Mandatet var veldig vidt, men rapporten kunne ikke handle om absolutt alt, så vi snevret inn.

#### «HVA BETYR KJØNN» BLE MEST DEBATTERT

– Vi brukte også tid på å snakke om hva kjønn betyr. Og ikke minst hvilke tiltak vi skulle foreslå.

– Hva skapte mest debatt internt i utvalget?

– Diskusjonen om kjønn. Skulle vi tenke rent biologisk? Eller også ha med det psykiske og sosiale perspektivet? Vi endte med et balansert syn.

Hun føyer til:

– Ting henger sammen, og vi vet for eksempel at kvinner med diagnoser som endometriose og ME føler seg psykologisert. År etter år har de sagt at de ikke blir hørt. Så viser det

FAKTA:

### Om kvinnehelseutvalget

- Skal lage en ny utredning om kvinners helse og helse i et kjønnsperspektiv.
- Målet er å få en oppdatert oversikt over kvinners helse i Norge og kjønnsforskjeller i helse.
- Skal se på utfordringer blant kvinner når det gjelder risiko og forekomst av sykdom og bruk av helse- og omsorgstjenester.
- Utredningen skal leveres i mars 2023.
- Utvalget, som ledes av Christine Meyer, ble oppnevnt av regjeringen 5. mars 2021.

seg at dette er alvorlige diagnoser.

– Ble det en hen-diskusjon?

– Utvalget ble bedt om å utrede kvinners helse, så det var utgangspunktet. Vi omtaler behovet for likeverdige helsetjenester for transpersoner, men det er ikke et hovedspørsmål. Vi har konsentrert oss om hva som utgjør de største hel-seutfordringene for kvinner.

### «Kvinnehelse skal ikke være noe som skal strøs på kaken til slutt.»

CHRISTINE MEYER, LEDER  
KVINNEHELSEUTVALGET

#### FORESLÅR TILTAK OM OVERGANGSALDER

– Går dere inn for overgangsalder-vennlige arbeidsplasser?

– Overgangsalder har vi snakket mye om. Vi foreslår tiltak, men de er rettet mot behovet for mer kunnskap og hvordan den enkelte kvinne kan håndtere overgangsalderen. Vi har ikke sett på tilrettelegging på arbeidsplassen direkte. Her kan norske arbeidsgivere se til andre land.

– Ivrer dere for mer seksualunder-visning blant de unge? For eksempel om hvordan jenter kan sette grenser? Og for at barn skal slippe å se porno?

– Ja, det gjør vi. Dette berører barn og unge. Det trengs mer kunnskap, og det må snakkes om dette innenfor trygge rammer.

#### – OSTEOPOROSE ER OVERSETT OG UTBREDT

– Muskel- og skjelettlidelser er utbredt blant kvinner. Noe lys i tunnelen der?

– Dette har fått altfor liten oppmerk-somhet. Flere av tiltakene vi foreslår, handler om hvordan helsetjenesten kan håndtere sammensatte sykdom-mer og lidelser bedre, sier Meyer.

– Slike lidelser ender ofte med sy-kefravær og uførhet. Det har store kostnader, både for den enkelte og for samfunnet.

Meyer legger til:

– Osteoporose er en oversett og utbredt lidelse, der potensialet for å forebygge er stort. Kvinner og menn har jo ulik beintetthet.

– Det handler om forebygging?

– Ja, og om møtet pasienten har med fastlegen. Mye stopper opp hos fastlegene. Mange med komplekse li-delser føler avmakt, for de får ikke en klar diagnose.

## **FLERE MED ANOREKSI**

– Det er vanskelig å komme til i spesialisthelsetjenesten?

– Samhandling er en stor, stor utfordring. Vi er nødt til å sette inn kraftfulle tiltak for å løse dette.

– Psykiske lidelser fører også til mye uførhet. Hva kan motvirke dette?

– Utvalget har belyst noen av de psykiske lidelsene som oftest rammer kvinner, og hvilke konsekvensene de har for kvinners arbeidstilknøytning, sier Meyer.

Hun påpeker at ifølge undersøkelser har selvrapporterte psykiske plager økt blant unge kvinner.

– Dette bekymrer oss. Vi ser også en stor økning av anoreksi etter koronapandemien. Vi trenger mer kunnskap om hva som ligger bak disse tallene, for å vite hvordan vi skal motvirke denne utviklingen.

– Flere har både psykiske plager og muskel- og skjelettsykdom?

– Ja, det er ofte sammensatt. Går man med muskelplager eller andre plager i mange år, blir man gjerne også psykisk syk. Det kan være en stor påkjenning å ikke få satt en diagnose på de smertefulle symptomene man opplever. Samtidig kan det også være opplevelser i barndom eller tidligere i livet som setter seg i kroppen.

## **– SÆRLIG MANGLER DET JORDMØDRE OG FASTLEGER**

– Det er behov for at sykepleiere står lenger i jobb, har du sagt til Sykepleieren. Hva kan sykepleierne som yrkesutøvere hente i rapporten?

– Vi tar opp at mangelen på helsepersonell, ikke minst utover i landet, er en utfordring. Særlig gjelder det jordmødre og fastleger. Og når det ikke er nok av dem, vil ikke kvinner bo i distriktene. Det vil også få konsekvenser for eldreomsorgen.

– Hvilke kvinnegrupper vil få mest ut av det dere foreslår?

– Vi har sett på hele livsløpet

– unge kvinner, kvinner i etableringsfasen, kvinner midt i livet og eldre kvinner – med utgangspunkt i hvilke sykdommer, lidelser og plager som er viktig.

– Og hvilke aldersgrupper får mest oppmerksomhet?

– Vi har prøvd å være balansert i rapporten, men det som kanskje har fått **minst** oppmerksomhet i debatten om kvinners helse, er overgangsalder og geriatri.

## **RAPPORTERER OM MINORITETER**

Utvalgets rapport handler også om hvordan det er for kvinner å ha innvandrerbakgrunn, å være skeiv, være innsatt i fengsel eller ha funksjonsnedsettelse.

Det er også et eget kapittel om samiske kvinners helse og et om kvinnehelse og pårørendeomsorg.

– Det som går igjen, er at vi har lite systematisert kunnskap om disse kvinnene. Men ifølge den forskningen som fins, har noen av gruppene større helseutfordringer enn majoritetsbefolkningen, sier hun.

## **– KVINNEHELSE SKAL IKKE VÆRE KAKEPYNT**

– Dere risikerer å bli mindre slagkraftig når dere gaper høyt?

– For å kunne si noe om kvinners helse i Norge må vi reflektere mangfoldet i den norske kvinnebefolkningen.

– Vi kunne kanskje sagt mer om enkeltdiagnoser, men vi ville få på plass en systematikk som kan gjennomsyre hele helsefeltet. Kvinnehelse skal ikke være noe som skal strøs på kaken til slutt.

## **OVERRASKET OVER HJERTEFUNN**

– Hva har overrasket deg mest i arbeidet?

– Hvor store forskjellene er mellom kjønnene når det gjelder ulike sykdommer og lidelser, for eksempel hjertesykdom, og hvor lite hensyn

det tas til det. Og hvor forskjellig vi reagerer på medikamenter.

– Det mangler kunnskap om behandling av hjertesykdom hos kvinner. Hva er utvalgets viktigste råd om dette?

– Jeg er overrasket over at kunnskapen ikke når frem, selv om vi vet mye om hvor forskjellig hjertelidelser arter seg. Legestudentene får ikke høre at kvinne- og mannshjarter er forskjellige, og legene oppfatter ikke kvinnenes «utypiske» symptomer.

– Hvorfor blir kvinner fortsatt systematisk glemt når vi vet at det skjer?

– Vi har laget en diagnose i rapporten om hvorfor noe av kunnskapen ikke er på dagsordenen. Én årsak er at vi i Norge har vært opptatt av at kjønn skal behandles likt.

– Har du noen gode råd her?

– Ikke nå, men vi har mange gode forslag i rapporten som legges frem 2. mars. Særlig legger vi vekt på at kunnskap skal frem.

## **– SYKEPLEIERNE SER HELE MENNESKET OG DET RUNDT**

– Noe du vil si til sykepleierne?

– Å løfte kvinnehelse er en stor jobb. Her spiller sykepleierne en viktig rolle. Både fordi de er en viktig del av hele helsesektoren, og fordi de er flinke til å se hele mennesket og det rundt. Det trengs, for det dreier seg om mange komplekse lidelser.

– Tror du at du som utvalgsleder er med på å gjøre kvinner friskere?

– Ja, målet er å øke kvinners livskvalitet og gjøre at kvinner kan stå lenger i arbeid. Og å få ned unødig sykefravær og uførhet. Selv om kvinner lever lenger enn menn, har de færre funksjonsfriske leveår, sier hun.

I høst ba utvalget om hjelp til å finne et passende navn på rapporten.

– Hva ble navnet?

– Det kan jeg ikke si.

– Kort? Langt?

– Treffende, sier Meyer lurt.

Arbeidet er utført. Nå er det opp til regjeringen. •



Illustrasjonsfoto: Science Photo Library / NTB

## Hjertesykdom

Hjertesykdom er mest en mannegreie. Eller ...?

# STRESS ER FARLIGST FOR KVINNEHJERTET

TEKST **MARIT FONN**

**F**or visste du at hjerte-kar-sykdommer er den hyppigste dødsårsaken for kvinner?

Det er en hjertesykepleier som har opplyst Sykepleien om dette. «Snakk med Eva Gerdts!», har hun tipset.

Jo da, professoren i kardiologi vil gjerne bli intervjuet av sykepleiernes fagblad. Å avdekke myter med fakta er noe av det viktigste hun driver med.

Eva Gerdts er overlege på hjerteavdelingen på Haukeland universitetssjukehus, og hun leder det ganske nye senteret for forskning på hjertesykdom hos kvinner.

– Det stemmer altså at kvinner dør mest av hjertesykdommer?

– Ja, ingen tvil om det, sier hun på telefon.

– Verdens helseorganisasjon har slått fast at høyt blodtrykk er den viktigste årsaken til at kvinner dør. 90 prosent av disse dødsfallene

skyldes hjerte-kar-sykdom. Det gjelder hele verden, sier professor Eva Gerdts.

Hun utdypet:

– Hjerteinfarkt, hjerneslag, hjerteflimmer og hjertesvikt er hovedårsakene til at kvinner dør i Norge. Det er like mye som alle krefttyper til sammen.

**– SUKSESSHISTORIEN HAR VÆRT STØRRE FOR MENN**

En av mytene hjerteprofessoren vil



**ULIKE VARIANTER:** Kvinner og menn får forskjellige varianter av de vanligste hjertesykdommene. Men forskes mest på menn og akutt hjerteinfarkt. Foto: Marit Fonn

til livs, er denne: Hjerte-kar-sykdommer er bekjempet.

– Det er de absolutt ikke, sier hun.

Hun mener at Folkehelseinstituttet på sin nettside fremstiller reduksjonen i hjerteinfarkt som en suksesshistorie.

– Poenget er at i de siste 50 årene, fra 1970 til 2020, var det mer vanlig for menn å dø av hjerteinfarkt enn for kvinner. I dag er det omtrent like vanlig for begge kjønn, så denne suksesshistorien har altså vært litt større for menn enn for kvinner.

Hun legger til at selv om antall hjerteinfarkt også går ned for

kvinner, så har mange land sett en økning av hjerteinfarkt blant yngre kvinner.

#### **KRONISK STRESS ER FARLIGST FOR KVINNER**

Utviklingen fra 1970-tallet har tre forklaringer, påpeker hun.

**For det første** røykte menn i større grad enn kvinner.

– Derfor hadde de størst effekt av å stumpe røyken.

**For det andre** har kvinner fått en livsstil som likner mer på den menn har hatt: De er utearbeidende, og de vil ha både karriere og barn.

– De vil ha alt på en gang. Å skulle være «superwoman» gir mye stress i livet. Det er godt dokumentert at stress påvirker kvinnenes hjerte- og karsystem mer enn mennenes.

Kronisk stress er rett og slett en større risikofaktor for kvinner enn hos menn.

**For det tredje** får kvinner og menn forskjellige varianter av de vanligste hjertesykdommene, men det er forsket mest på menn og akutt hjerteinfarkt.

– Hjerteinfarkt som *ikke* skyldes tette blodårer, er det forsket for lite på, sier hun. ►



Kvinnerens symptomer på hjerteinfarkt er ofte diffuse.

### KOMMER OFTE FOR SENT TIL BEHANDLING

– Mange kvinner lever med kronisk hjertesykdom, og dette er en hovedårsak til nedsatt livskvalitet hos kvinner. Mer forskning vil bety mye for kvinners liv, sier Eva Gerdts.

Hun viser til kvinner ofte kommer sent til behandling og får derfor større mén av sykdommen.

– Det er ikke i samme grad forsket frem den beste behandlingen for disse kvinnene som for menn. Det gjelder både hjerneslag, hjertesvikt, infarkt og flimmer.

Gerdts ramser opp harde fakta som gjelder Norge:

- Hjerteflimmer (hjerterytmeforstyrrelse) er den vanligste hjertesykdommen å leve med i dag. Rundt 20 000 nye tilfeller i årlig. Ingen nedgang. Like vanlig å leve med for kvinner som for menn.
- Hjertesvikt er nest vanligst. Mer enn 15 000 nye tilfeller årlig. Ingen nedgang her heller de siste 20 år. Flere kvinner enn menn lever med hjertesvikt.
- Akutt hjerteinfarkt har hatt en svak nedgang. 11 000 nye tilfeller hvert år. Fortsatt litt vanligere for menn enn kvinner, både å få det og å dø av det.

FAKTA:

### **PCI (utblokking)**

Perkutan koronar intervensjon (PCI) er den mest brukte invasive behandlingsteknikken for å åpne trange eller tette kransarterier.

Kilde: Store medisinske leksikon

FAKTA:

### **Senter for forskning på hjertesykdom hos kvinner**

- Ble etablert på Universitetet i Bergen (UiB) i 2020.
- Er finansiert av Hjertefondet ved UiB, Bergen Sanitetsforening/ Norske Kvinners Sanitetsforening og Grieg Foundation.
- Hovedoppgaven er forskning på hjertesykdom hos kvinner.
- Ledes av professor Eva Gerdts.

Hun konkluderer:  
– Vi må slutte å si at hjertesykdom er noe som rammer menn. Vi må sette oss inn i risikofaktorene for kvinner for å vite hvordan vi kan forebygge hjertesykdom. Spesielt det som ikke kan kureres.

### **«Kvinner har et mindre hjerte og et smalere kaliber på pulsårene.»**

EVA GERDTS, PROFESSOR

#### **KAN SKYLDES TJUKKERE HJERTEMUSKEL**

– *Hvordan arter hjerteinfarkt seg som ikke skyldes tette blodårer?*

– Årsakene er flere. Det kan for eksempel skyldes økt tykkelse i hjertemuskel, som blant annet er en følge av høyt blodtrykk. Det fører til for lite surstoff.

Denne typen infarkt kureres ikke med utblokking.

– Jeg syns dette feies under teppet, sier Gerdts.

– Ser vi på rapporten fra det norske hjerte- og karregisteret, er det ikke kjønnsespesifikke data. Kanskje har 20 prosent av kvinnene hjerteinfarkt type 2.

Det vil si infarkt som følge av

økt oksygenbehov eller redusert tilførsel.

– Når det ikke er et ord i mediene om dette, fanger verken kvinner eller helsevesen dette opp.

Kvinner med hjerteinfarkt får i mindre grad spesialundersøkelser enn menn.

– På en måte er det naturlig, siden PCI ikke er nyttig for kvinner.

#### **«HAR JEG EGENTLIG HATT HJERTEINFARKT?»**

Kvinner som kommer inn på sykehuset med hjerteinfarkt, har ofte hørt om utblokking. Når de ikke blir utblokket, lurer de på: «Har jeg egentlig hatt hjerteinfarkt?»

– Hvis de i tillegg er uheldige og kommer bort i en lege som ikke er helt oppdatert, oppstår det tvil om de har hatt et hjerteinfarkt, fordi de ikke har den tette blodåren.

Da kan dette skje: De dropper hjerterehabilitering, og de lurer på om det er vits å ta de forebyggende tablettene, som dessuten kanskje har bivirkninger. Så de slutter.

– Det baller på seg. De får dårlig oppfølging og dårlig livskvalitet fordi risikofaktorene ikke blir behandlet ordentlig. Det blir mye sykkelighet, og de kommer tilbake til sykehuset.

Gerdts klandrer ikke pasientene:

– Når man ikke selv vet hva som feiler en, følger man ikke opp. Det er menneskelig.



**BETENNELSE:** Kronisk stress kan aktivere betennelse, særlig hos kvinner: – Da slår hjertet fortere og kraftigere og blodtrykket stiger, sier Eva Gerds. Foto: Tør Høvik (Bergens Tidende)

– Vi kan veldig mye om dette, men forklarer det ikke ut i offentligheten. Jeg føler at det mangler kunnskap i kollegiet også.

#### **EN BLODPRØVE GIR SVAR OM HJERTEINFARKT**

Tvilen hun snakker om, kan lett unngås. For selv om du ikke har kraftige smerter i brystet, men heller tung pust, gir hjerteinfarkt stigende troponiner, som vil vises i en blodprøve.

– Og da er saken helt klar. Det er ikke tvil om at pasienten har hatt et hjerteinfarkt.

#### **FÅR KRONISK BETENNELSE**

– *Hva er siste nytt om kvinnehjertet?*

– Det er mye nytt om hvilken effekt akutt og kronisk stress har på kvinnehjertet, sier hun.

Dette skjer:

Stress påvirker deler av hjernen

FAKTA:

### **Troponin**

En gruppe proteiner som finnes inne i muskelceller. Når muskelceller skades, for eksempel ved hjerteinfarkt, slippes troponiner ut i blodbanen, og mengden kan måles med en blodprøve.

Kilde: Store medisinske leksikon

via det sympatiske nervesystemet, som ikke er viljestyrt. Hjernen sender beskjed til hjertet, blodårene, binyrene og immunsystemet.

Binyrene produserer blant annet stresshormonene kortisol, adrenalin og noradrenalin, som får hjertet til å slå fortere og kraftigere og

blodårene til å trekke seg sammen. Immunsystemet aktiveres.

Celler fra benmarg og milt vandrer til veggene i blodårene og skaper betennelse i hjerte-kar-systemet.

Alt dette aktiverer en kronisk betennelsestilstand.

– Og hva merker vi da? Jo, hjertet slår fortere og kraftigere, blodtrykket stiger, vi blir røde i kjeakene. Føler oss urolig.

Dette bortforklares gjerne: «Jeg er jo i tidsklemma.»

– Du får aldri tid til å tenke at dette utsetter deg for sykdom i hjerte-kar-systemet.

#### **– TAR MAKTEN OVER HELE KROPPEN**

– Alle kan bli stresset innimellom. Men når det skjer dag ut og dag inn, blir det kronisk. Den fysiske formen stagnerer, du føler deg syk. Det tar makten over hele kroppen. ▶

Generelt anbefaler hun pasientene å være fysisk aktiv.

– Det er jo bra å bli varm i trøyen, det motvirker stressseffektene.

Men hun sier også til pasientene: «Jeg er i tvil om det er lurt å gå i treningsstudio når det blir et voldsomt stress for å få det inn på timeplanen.»

– Å gå en tur i fjellet er noe annet.

Hun tenker på dagens unge kvinnelige legeforskere:

– De tar doktorgrad, har et ekstremt stressnivå, kombinerer kanskje med spesialisering på sykehus, skal være perfekte på alle arenaer. Man kan jo ikke klare alle ting på en gang. Man må kjenne på kroppen: Er dette ok?

Hun legger til:

– Tristhet og depresjon vil forsterke denne betennelsestilstanden.

#### HAR LEVD MED STRESS SELV

Eva Gerdts var den første kvinnelige professoren i klinisk kardiologi i Norge. Hun tok doktorgrad i et mannsdominert miljø, og hun fødte tre barn. Nå har hun åtte barnebarn.

– Du har selv hatt overflod av stress i livet? Hvordan håndterer du det?

– Jeg slipper heller ikke unna. Man kan lure, hvorfor klarer man ikke å gripe fatt i eget liv når man selv har denne kunnskapen? Det er ikke så lett selv om man er bevisst.

Hun vil nødig opp med pekefingeren.

– Men det er fint å kunne bidra med fakta om dette. Så kan den enkelte tenke: «Er dette relevant for meg, eller skal jeg bare stå løpet ut?».

#### TURNUS PÅVIRKER BLODTRYKKET

– Hva med dem som har turnusarbeid og dårlig søvn?

– Vi vet at turnusarbeid er en risikofaktor. Få klarer å jobbe turnus hele livet, det blir for tøft for kroppen.

– Blodtrykket kommer fort ut av lage når du stadig bytter turnus, og

FAKTA:

### EKG

Elektrokardiografi (EKG) er en undersøkelse som registrerer de elektriske signalene i hjertemuskulaturen.

Kilde: Kretfflex

du er våken om natten og sover om dagen.

– Sykepleiere og andre må jo jobbe hele døgnet?

– Ja da, ja da. Vi mangler både sykepleiere og leger. At dette ikke tas på alvor er skrekkelig når vi ser på eldrebølgen.

## «Når kvinnehjertet blir tjukt og stivt, for eksempel på grunn av økt blodtrykk, får man andre varianter av hjertesykdom.»

EVA GERDTS, PROFESSOR

#### – KVINNER HAR ET MINDRE HJERTE

– Hva er egentlig forskjellen på et mannehjerte og et kvinnehjerte?

– Størrelsen blant annet. Kvinner har et mindre hjerte og et smalere kaliber på pulsårene, opplyser hun

Tidligere var dette et problem, fordi mye utstyr ikke var dimensjonert for små årer eller hjerteklaffer.

– Nå er utstyret utviklet, og det er ikke lenger et vanlig problem.

Kvinner har dessuten bedre pumpekraft i hjertet enn menn, forteller hun.

– Det høres flott ut?

– Ja, men medaljen har også en bakside.

– Når kvinnehjertet blir tjukt og stivt, for eksempel på grunn av økt blodtrykk, får man andre varianter av hjertesykdom.

Det er spesielt vanskelig å få stilt diagnosen hjertesvikt hos kvinner, noe de kan utvikle selv om de tilsynelatende har normal pumpekraft.

– Derfor er det viktig å bruke andre mål på kvinner enn på menn. Dette er det veldig mye oppmerksomhet rundt internasjonalt, men Norge er ikke et foregangsland, dessverre.

Norsk hjertesviktregisters rapport fra 2020 viser at kun 29 prosent av pasientene som får oppfølging på landets hjertesviktpoliklinikker, er kvinner. Bare 11 prosent av disse hadde den vanligste kvinneverianten av hjertesvikt, som er hjertesvikt med normal pumpekraft.

– Kvinner med hjertesvikt og hjerteflimmer henvises sjeldnere enn menn til spesialistvurdering med hjerteultral lydundersøkelse. Forskjellen er enorm, til tross for at det like mange kvinner som menn som rammes. Det er ingen grunn til at det skal være sånn, sier hjerteprofessoren.

#### VENTER FOR LENGE MED Å GÅ TIL LEGE

Hun ser stadig at kvinner har gått lenge med tungpusten før de går til lege.

– Jeg finner det hver gang jeg har poliklinikk.

– Hvor gamle er disse kvinnene?

– Fra 60 år og oppover. De begynner å henge etter i bakkene, føler at pusten er kort, de tror det er fordi de er for tjukk. Da kan ikke fastlegen bare jatte med: «Det har du rett i og takk for nå!»

Nei, da gjelder det å måle blodtrykk, ta EKG – og blodprøver.

– Hvorfor blodprøver?

– For å utelukke annen sykdom.

Som å sjekke nyrefunksjon. Sjekke om det er blodprosenten som gir pusteproblemer.

– Problemer med stoffskiftet og skjoldbruskkjertelen er ganske vanlig hos kvinner, og dette kan også gi tungpust som symptom.

For å bekrefte hjertesvikt, kan man ta en blodprøve som måler NT-proBNP.

– Dette er et stoff som skilles ut fra hjertemuskelcellene når det foreligger hjertesvikt, forklarer Gerdts.

### – SJEKK BLODTRYKKET

#### REGELMESSIG

– At kvinner sjekker blodtrykket regelmessig, er utrolig viktig. Begynn tidlig.

Gerdts har et tips til sykepleiere:

- Kjøper du et blodtrykksapparat, med mansjett vel å merke, kan du som sykepleier utmerket måle ditt eget blodtrykk en gang i året.
- Gjør det standardisert: Samme tid på dagen, sitt ned og slapp av fem minutter etter at du har satt på mansjett og mål så tre ganger med ett minuts intervall.
- Gjennomsnittet av de to siste målingene er hjemmeblodtrykket. Dette skal normalt være mindre enn 135/85 mmHg (millimeter kvikksølv).

### LAGRER FARLIG FETT I BUKHULEN

– Når du er 60 år, er det vanlig å ha høyt blodtrykk. Ikke tenk at det er noe som skjer når du er 80. Allerede når du er 40, endrer mye seg, sier Gerdts.

Da begynner kvinner å lagre fett i bukhulen, mer enn rundt hofter og lår.

– Fett i bukhulen produserer mange helsefarlige stoffer, som bidrar til å utvikle høyt blodtrykk og andre hjerte-kar-sykdommer. Halvparten av kvinner mellom 40 og 60 har fedme, så dette er et ekstremt vanlig problem.

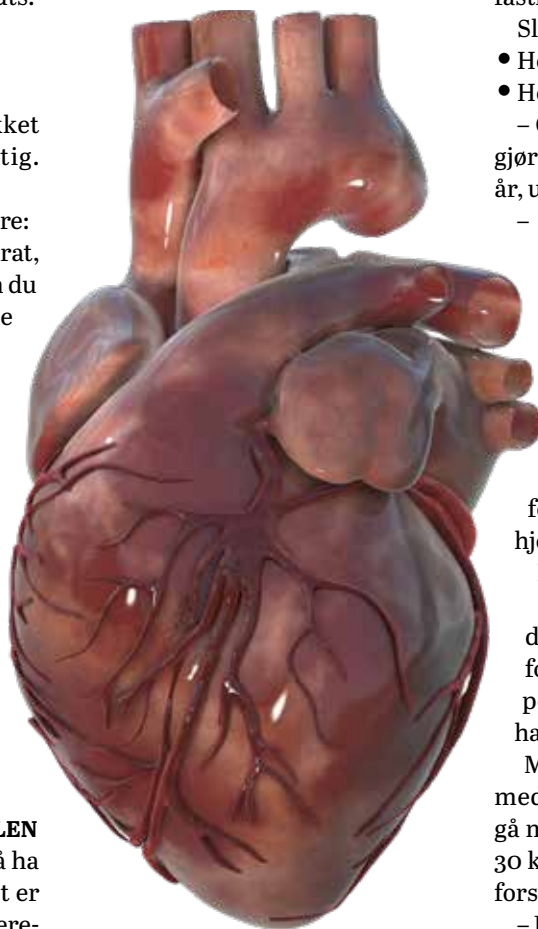
### BLODTRYKKSMYTER

Flere myter handler om blodtrykket.

Myte 1: Det er undertrykket som er viktigst.

– Det er helt ukorrekt. Både under- og overtrykket har betydning for helse­risiko, sier professoren.

Undertrykket er viktigere når du er



**LIKT OG ULIKT:** Kvinne- og mannehjertet ser i utgangspunktet likt ut. Men størrelsen og pumpekraften varierer. Illustrasjonsfoto: Science Photo Library / NTB

ung. Det begynner å stige på grunn av forandringer i pulsårene. Hos eldre er det overtrykket som dominerer, og det øker risikoen for hjerneslag.

– Å ha høyt undertrykk er særlig forbundet med økt risiko for nyresykdom og hjerneslag, men med

hjertesykdom er det høyt overtrykk som er den største risikoen.

Myte 2: Jo eldre du er, jo høyere kan blodtrykket være. Altså at eldre tåler høyere blodtrykk.

– Det gjør de absolutt ikke. Dette er en vanlig misforståelse. Ikke alle leger har fått dette med seg, heller. Det måles altfor lite blodtrykk på fastlegekontorene.

Slik er definisjonene:

- Høyt overtrykk: 140 eller høyere
- Høyt undertrykk: 90 eller høyere
- Grensene har ikke med alder å gjøre, det gjelder alle voksne over 18 år, understreker Gerdts.

– Sykepleiere måler også blodtrykket på pasientene?

– Ja, de jobber mange steder. Kanskje de ikke måler så mye i psykiatrien?

– De bør måle mer der?

– Ja, depresjon gir høy risiko for hjertesykdom.

Er man deprimert, så bortforklares ofte symptomer på hjerte-kar-sykdom.

Hun skyter inn:

– Dette med blodtrykket er jo det største problemet i verden for kvinner, og der er det størst potensial for å forebygge. For vi har medisiner.

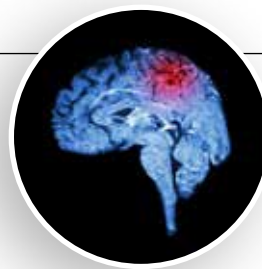
Men mange har motvilje mot medisiner: «Nei, jeg skal prøve å gå mer på tur. Jeg skal slanke meg 30 kilo. Så vil det høye blodtrykket forsvinne.»

– Det er usannsynlig. For de fleste er ikke skyldig selv. Alderen og en livsstil som er helt normalt i vårt samfunn, motvirker dessverre effekten av livsstilsendring.

### BEGYNT MED «ET VELDIG FLOTT ULTRALYDAPPARAT»

Det var tilfeldig at Eva Gerdts ble så interessert i kvinnehjertet. I 1984, som ung lege, kom hun til medisinsk avdeling på sykehuset Haraldsplass Diagonale Sykehus i Bergen.





Illustrasjonsfoto: Puwadol Jaturawutthichai / Mostphotos

– Den gangen var jeg fastlege – det het ikke det da – og trengte et år på sykehus for å få mer utdanning, forteller hun.

En dag ble hun innkalt til avdelingsoverlegens kontor. Han fortalte at de hadde et veldig flott ultralydapparat for hjerteundersøkelser. Men legen som kunne betjene det, hadde flyttet til Haukeland, og ingen kunne bruke apparatet.

«Du er den yngste, vi skal ordne så du får opplæring», sa sjefen til henne.

– Da jeg begynte å bruke apparatet, fikk jeg en oppfatning av at kvinne- og mannshjertet var så forskjellig. Det gjaldt både størrelsen og pumpekraften. Jeg fikk høre at det bare var tull.

Siden tok hun doktorgrad om høyt blodtrykk.

– At det var så forskjellig, ville ikke slippe.

#### – KVINNEN SES IKKE LENGER SOM EN LITEN MANN

Etter hvert ble hun altså hjertespesialist og fikk rett om forskjellene hun hadde observert.

I fjor fikk hun hjerteforskningsprisen fra Nasjonalforeningen for folkehelsen, utdelt av kong Harald.

Den fikk hun for sin «banebrytende forskning på hjertesykdom hos kvinner, og hvordan høyt blodtrykk er en særlig risikofaktor for at kvinner får hjertesykdom».

– Veldig morsomt. Nå er finansieringen styrket i Europa og USA. Hver uke kommer det noe nytt innen forskningen. Det er ikke lenger sånn at kvinnen ses som en liten mann.

#### HANDLER IKKE BARE OM KJØNNSHORMONER

– Vi har tenkt at forskjellene hadde med kjønnshormoner å gjøre, men det har vist seg at selve X-kromosomet er mye viktigere for reguleringen av kroppsfunksjonene, som hjertekarsystemet, metabolisme, og immunitet, enn vi trodde.

– Dette er ny kunnskap som vi ennå ikke helt vet hvordan påvirker oss, sier Eva Gerds. ●

## Hjerneslag

# Kvinner har andre symptomer på hjerneslag enn menn

Vansker med å prate, smile eller løfte armene er kjente symptomer på hjerneslag. Men hele 30 prosent av kvinnene har ikke disse symptomene, viser en evaluering.

Ny forskning viser at kvinner, og særlig unge kvinner, kan ha andre symptomer når de rammes av hjerneslag. Dermed er det en risiko for at hjerneslaget ikke blir oppdaget raskt nok, 133 blir ikke ringt, og nødvendig akuttbehandling blir forsinket.

Det er evalueringen av Helsedirektoratets kampanje fra 2015, «Prate, smile, løfte», som viser at 70 prosent av slagpasientene hadde ett eller flere av disse velkjente symptomene.

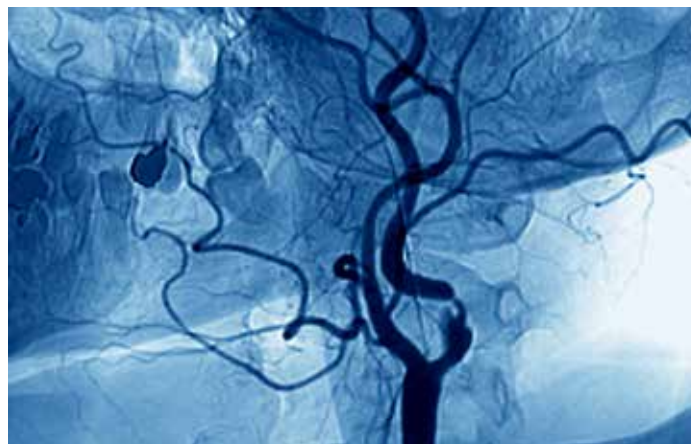
I en fagartikkel i Tidsskrift for Legeforeningen fra november 2022 refereres to nylig publiserte metanalyser. Her beskrives det at kvinner som får hjerneslag, i større grad opplever symptomer som generell sykdomsfølelse, angst, kvalme, hodepine og påvirket bevissthet.

En fersk populasjonsstudie fra Australia viser at yngre kvinner som rammes av hjerneslag, oftere vurderes å ha andre diagnoser.

Forfatterne av fagartikkelen anbefaler dermed at fremtidige studier på hjerneslag tar med kjønnsforskjeller i sine analyser.

De skriver også at nye nasjonale kampanjer om hjerneslag bør ha med den nye kunnskapen om kvinners symptomer, ikke bare å prate, smile og løfte. ●

TEKST ELLEN MORLAND



Kan føre til hjerneslag: Angiogram av en innsnevret arterie i nakken. Illustrasjonsfoto: Zephyr / Science Photo Library

Prevenar 13<sup>®</sup>  
Konjugert pneumokokk polysakkaridvaksine (13-valent, adsorbert)

2011

## APEXXNAR ER DEN ENESTE KONJUGERTE PNEUMOKOKKVAKSINEN SOM DEKKER 20 SEROTYPER

APEXXNAR INDUSERER IMMUNOLOGISK HUKOMMELSE OG BIDRAR TIL Å BESKYTTE MOT NOEN AV DE MEST UTBREDETE SEROTYPENE SOM ER ASSOSIERT MED PNEUMOKOKKSYKDOM<sup>1</sup>

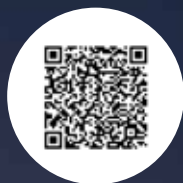
Bygger på klinisk erfaring med Prevenar 13 hos voksne og hjelper med å forhindre både pneumokokk pneumoni og invasiv pneumokokksykdom<sup>1</sup>

2022

**APEXXNAR**<sup>™</sup>  
Vaksine mot pneumokokkinfeksjon  
(20-valent, polysakkarid, konjugert, adsorbert)

### Lær mer

(Scanne med mobilkamera og klikk på lenken)



**INDIKASJON:** Aktiv immunisering for forebygging av invasiv sykdom og pneumoni forårsaket av *Streptococcus pneumoniae* hos personer fra 18 år og eldre.

**Referanse:** 1. APEXXNAR SPC, 01.12.2022

#### ▼ Apexxnar sikkerhetsinformasjon:

**Kontraindikasjoner:** Overfølsomhet for innholdsstoffene eller difteritoksoid. **Forsiktighetsregler:** Egnede medisinske behandling og overvåking skal alltid være tilgjengelig i tilfelle anafylaktisk reaksjon. Vaksinen må administreres med forsiktighet hos personer med trombocytopeni eller blødningsforstyrrelse. **Interaksjoner:** Ingen interaksjonsstudier har blitt utført. Forskjellige injiserbare vaksiner skal alltid gis på ulike injeksjonssteder. Apexxnar kan administreres samtidig med covid-19 mRNA-vaksiner (nukleosidmodifisert). **Dosering og administrasjonsmåte:** 1 dose (0,5 ml) settes intramuskulært, fortrinnsvis i deltamuskelen. Apexxnar skal ikke injiseres intravaskulært. **Viktige bivirkninger:** Overfølsomhetsreaksjoner, anafylaktisk/anafylaktoid reaksjon inkludert sjokk er rapportert, se også Forsiktighetsregler. **Pris:** 1 stk 997,20 kr, suspensjon i ferdigfylt sprøyte uten kanyle. APEXXNAR kan rekvireres av lege på blå resept direkte fra Folkehelseinstituttet med henvisning til §4 for utvalgte pasientgrupper, herunder pasienter uten miltfunksjon, HIV positive personer og personer som har gjennomgått stamcelletransplantasjon. Reseptgruppe C.

#### Prevenar13 sikkerhetsinformasjon

**Indikasjon:** Aktiv immunisering for forebygging av invasiv sykdom og pneumoni forårsaket av *Streptococcus pneumoniae* hos voksne ≥18 år og hos eldre. Bruk av preparatet bør baseres på offisielle anbefalinger. Dosering voksne ≥ 18 år: En enkeltdose gis ved intramuskulær injeksjon. **Kontraindikasjoner:** Vaksinasjon skal utsettes ved akutt, alvorlig febersykdom. Mindre infeksjoner som forkjølelser skal imidlertid ikke gjøre det nødvendig å utsette vaksinasjonen. Kontraindisert ved overfølsomhet for virkestoffene eller difteritoksoid. **Forsiktighetsregler:** Egnede medisinske behandling og overvåking skal alltid være tilgjengelig i tilfelle sjeldne anafylaktiske reaksjoner oppstår etter injeksjon. **Interaksjoner:** Prevenar 13 kan gis samtidig med sesongens kvadrivalente, inaktiverede influensavaksiner (QIV). **Viktige bivirkninger:** Overfølsomhetsreaksjoner, anafylaktisk/anafylaktoid reaksjon inkludert sjokk er rapportert, se også Forsiktighetsregler. **Pris:** 698,20 kr. Reseptgruppe C.

---

– Det står ikke noe i HMS-forskriftene om følelsen av å ikke strekke til, det som gjør helsearbeidere syke over tid, sier NSF-leder Lill Sverresdatter Larsen.

# BLIR PROVOSERT AV MAS OM SYKEFRAVÆR

TEKST OG FOTO **MARIT FONN**

**S**ykefravær! sier Lill Sverresdatter Larsen spontant.

Det er det første lederen i Norsk Sykepleierforbund (NSF) tenker på når hun skal kommentere kvinnehelse. For i sykepleieryrket er det ganske mye av det. I hvert fall *snakkes* det mye om at det er mye:

– «Sykefraværet er for høyt. Det må ned!» Det sies hele tiden.

Larsen blir provosert:

– I sånne utsagn ligger det bak at vi nå skjerp oss. At vi må være mindre syke. Ansvaret individualiseres. Men

dette er et strukturelt problem.

Ferske tall viser at det er i hjemmetjenesten at sykefraværet er aller høyest, nesten dobbelt så høyt som gjennomsnittet.

**– STÅR IKKE NOE OM FØLELSEN AV IKKE Å STREKKE TIL**

– At sykepleiere blir syke, har mange årsaker, sier forbundslederen.

Hun ramser opp: 90 prosent er kvinner. De blir gravide, de føder barn og de ammer. De har menstruasjonsplager. De får ulike kvinnesykdommer, og de har sykdommer som er oversett.

– Og ikke minst: De reelle belastningene diskuteres ikke.

– *Som for knapp bemanning?*

– Ja, som vi vet fører til emosjonell belastning. Det står ikke noe i HMS-forskriftene om følelsen av å ikke strekke til, det som gjør sykepleiere og andre helsearbeidere syke over tid.

**LAVT SEROTONIN, HØYT ADRENALIN**

– Sykepleierne blir som sine pasienter: Lave på serotonin og dopamin, og høye på kortisol og adrenalin. Det er stressrelatert.



**LYKKE ELLER STRESS:** – Sykepleierne blir som sine pasienter: Lave på serotonin og dopamin og høye på kortisol og adrenalin. Det er stressrelatert, sier NSF's leder Lill Sverresdatter Larsen.

Altså henholdsvis lykehormoner og stresshormoner.

HMS står for helse, miljø og sikkerhet.

– De handler ofte om fysiske forhold. Og så lenge mannen brukes som norm i HMS-arbeidet, blir ikke helsesektorens belastninger tatt fatt i.

Larsen hørte nylig at kvinnelige fotballspillere stadig ryker akillessener fordi fotballsko er tilpasset menn. Dette syns hun er illustrerende:

– At skoene er laget for menn er ikke noe damene går og tenker på.

Slik er det også med sykefraværet i helsesektoren. Man tar ikke innover seg at 90 prosent er kvinner.

#### **SKAL SØKE MOT DET HELSEFREMMEDE**

«Godt arbeidsmiljøarbeid handler om å redusere risiko for farer og ulykker og aktivt rette søkelyset mot de positive og helsefremmende faktorene i arbeidsmiljøet», står det på Arbeidstilsynets nettside.

Både arbeidsgivere og arbeidstakere har rettigheter og plikter for å sikre et fysisk og psykisk godt arbeidsmiljø.

### **«Sykepleiere jobber med alt mulig, ofte uten beskyttelse. De utsettes for eksempel for dårlig inneluft.»**

LILL SVERRESDATTER LARSEN,  
LEDER NSF

– For høye belastninger som gjør sykepleierne syke, er hovedårsaken til at de slutter i yrket, sier Larsen. ▶



## VASKER SPY OG BLOD

Å få godkjent belastninger i helsesektoren som yrkesskade er en gammel kampsak for NSF.

Larsen tror det har med forventningene til helsesektoren å gjøre, der kvinner er i flertall.

– Hvis arbeidet er monotont og har gjentatte bevegelser i et mannsdominert yrke, kan det defineres som årsak til yrkesskade. Løftebevegelser i helsevesenet er ikke det. Grunnen er at det forventes at dette er noe sykepleiere skal gjøre.

– For eksempel hva?

– De vasker spy og blod før renholderne kommer. Bak en vask, under en kran, der det er vanskelig å komme til. De løfter pasienter som har ramlet ned bak sengen i hjemmet sitt. Dette kan føre til typisk skade som de ikke får erstatning for.

## FÅR IKKE NOE FOR SLITASJESKADENE

– Industriarbeidere skal ha verne-sko i tilfelle noe skulle falle ned på føttene deres. Men helsearbeidere får ikke noe for slitasjeskader de har fått etter å ha gått 10 000 skritt på harde gulv dag etter dag. Heller ikke noe for de psykososiale belastningene over tid, sier Larsen.

Hun legger til:

– Sykepleiere jobber dessuten med alt mulig, ofte uten beskyttelse. De utsettes for eksempel for dårlig inneluft.

## MANGLENDE MULIGHET FOR RESTITUSJON

Dette mener NSF:

- Tiltakene for å bedre sykepleiernes arbeidsmiljø er ofte individualisert.
- Arbeidsmiljøtiltakene er ofte ikke rettet inn mot det som faktisk fører til sykefravær og frafall.

NSF-lederen viser til at begrepet «akkumulert belastning» ikke

finnes i arbeidsmiljølovgivningen.

Det vil si summen av eksponeringer over tid, fratrukket mulighet for restitusjon.

– Men den er jo høyst relevant for sykepleiere fordi det medvirker til sykefravær, deltid og frafall fra yrket.

Larsen konkluderer:

– Det er de overordnede strukturene som må endres, siden HMS-arbeidet er tilpasset mannsdominert sektor.

## «Dessuten er det jo det tredje skiftet: Kvinner tar større ansvar hjemme.»

LILL SVERRESDATTER LARSEN,  
FORBUNDSLEDER NSF

## – DESSUTEN TAR KVINNER STØRRE ANSVAR HJEMME

– Det blir ofte merkelige svar når vi diskuterer med arbeidsgiverne og politikerne hvordan sykefraværet kan reduseres, fordi de ikke snakker om de reelle belastninger.

FAKTA:

### **Plager som gjentar seg:**

- hudeksem
- passiv røyking
- eksponering for kroppsvæsker og biologisk vev, noe som fører til smitte-risiko
- dårlig inneklima, som sykepleiere oppgir oftere enn andre

Kilde: Statens arbeidsmiljøinstitutt

– Hva jobber NSF med på dette området?

– Vi jobber mye med å få HMS-forskriftene oversatt til vår sektor.

– Og så er det døgnrytmen og søvnmangelen og helsefremmende turnus...

– Ja, ja. Dessuten er det jo det tredje skiftet: Kvinner tar større ansvar hjemme, sier Lill Sverresdatter Larsen. •

FAKTA:

### **Sykepleiernes arbeidsmiljø:**

- Sykepleiere opplever mer enn andre ubalanse mellom jobb og familie. Det øker risikoen for sykefravær.
- Sykepleiere rapporterer hyppigere enn andre om rollekonflikter og emosjonelle krav i arbeidet. Halvparten sier de opplever lav jobbkontroll.
- De oppgir oftere enn andre at de må jobbe med hodet fremover, på huk eller knær og løfte i ubekvemme stillinger en firedel av arbeidsdagen eller mer. Og løft av 20 kilo eller mer daglig.

Kilde: Statens arbeidsmiljøinstitutt

# JOBST®



## JOBST® Sport - Kompresjonsstrømper til all aktivitet

Har du kjent på tunge, hovne eller rastløse ben på jobb? Kompresjonsstrømper tar vare på bene dine mens du går den ekstra mila. Passer for både kvinner og menn og har flere fordeler:

- Forbedrer blodsirkulasjonen
- Holder bena tørre med mikrofiber
- Puster og reduserer lukt
- Gir ekstra støtte rundt akillessenen

### Farge



Sort/grå



Rosa/grå



Sort





## Smerter

**HOVEDBUDSKAP** Smertetilstander utgjør en viktig del av kvinners helseutfordringer. Forskning viser at kvinner oftere enn menn har langvarig smerte og flere symptomer på samme tid. Likevel har smertetilstander som rammer kvinner spesielt, fått lite oppmerksomhet fra helsevesenet. Langvarige smerter har sjelden en kjent årsak, og derfor er det utfordrende å finne en god behandling. Da er det gjerne riktig med ikke-medikamentell behandling, der forståelse, trening, livsstilsendringer og mestring er sentralt.

**DOI-NUMMER** 10.4220/Sykepleiens.2023.91130

**NØKKELOD** • Smerte • Kvinnehelse • Muskel- og skjelettlidelse  
• Migrene • Vulvodyni

Kvinner har oftere langvarig smerte enn menn. Mange smertetilstander som rammer kvinner spesielt, får lite oppmerksomhet fra helsevesenet.

# Langvarig smerte er et kvinnehelseproblem



TONE RUSTØEN

Sykepleier, forsker, professor II og assisterende redaktør, Avdeling for FoU, Oslo universitetssykehus, Ullevål, Medisinsk fakultet, Universitetet i Oslo og Sykepleien Forskning



AUDUN STUBHAUG

Avdelingsleder og professor, Avdeling for smertebehandling, Oslo universitetssykehus og Institutt for klinisk medisin, Universitetet i Oslo

Smertetilstander utgjør en viktig del av kvinners helseutfordringer. I de senere årene har det vært mer oppmerksomhet rundt kjønnsforskjeller når det gjelder langvarig smerte. Disse forskjellene kan ha stor betydning for hvilken hjelp man får av helsevesenet.

Kjønn kan betraktes både som et biologisk og sosialt fenomen. Det er utenfor denne artikkelens formål å problematisere inndelingen i kjønn. De fleste studiene vi refererer til, bruker de to engelske begrepene *sex* og *gender*, der *sex* betyr biologisk kjønn, og *gender* betyr personens sosiale eller selvopplevde kjønn. Det meste av forskningsresultatene

kommer fra registre og epidemiologiske studier hvor kjønn enten er det registrerte juridiske kjønn eller det selvrapporterte kjønn.

Langvarig smerte, *chronic pain*, er definert som smerter som varer over tre måneder, enten som kontinuerlig eller som tilbakevendende smerte, som for eksempel relativt hyppig forekommende migrene.

### MANGE OPPGIR Å HA LANGVARIGE SMERTER

Epidemiologiske studier angir ekstremt forskjellige andeler i befolkningen som rapporterer smerte. En metaanalyse som ble utført av norske forskere, viser dette tydelig. Avhengig av hvordan spørsmålene





**STORE PLAGER:** Flere spesifikke smertetilstander, som endometriose og adenomyosetilstander, rammer kun kvinner. Smertene har ofte blitt bortforklart som «vanlige kvinnesmerter». Illustrasjonsfoto: Marjan Apostovolic / Mostphotos



om smerte ble stilt, svarte mellom 9 og 64 prosent av deltakerne i de ulike befolkningsstudiene at de har langvarige smerter (1).

Det viser at mange rapporterte resultater innenfor dette fagområdet må tas med en stor klype salt. Likevel viser flere studier i den norske befolkningen relativt like tall, med 24–38 prosent som oppgir å ha langvarig smerte (2, 3). I sin metaanalyse fant Steingrimsdottir og medarbeidere at det er 20–40 prosent høyere risiko for langvarige smerter hos kvinner enn hos menn (1). Ved så store forskjeller mellom kjønnene er det interessant å se på noen årsaker, både biologiske og sosiale.

#### **Biologiske forskjeller på kvinner og menn**

- En viktig biologisk forskjell på menn og kvinner skyldes ulike hormoner. Kvinner har en stor østrogenpåvirkning gjennom store deler av livet, mens menn har høyere testosteronnivå. Antakelig er denne forskjellen i hormonnivåer en viktig årsak til lavere smerteterskel og smertetoleranse hos kvinner (4) og til høyere risiko for noen langvarige smertetilstander.
- Kvinner har noen smertetilstander direkte knyttet til sitt kjønn som menn ikke har. Det gjelder menstruasjonsmerter, endometriose, adenomyose, fødselsmerter, smerter etter fødselskader samt smerter knyttet til kvinnelige kjønnsorganer, som vulvodyni (se faktaboks). Disse tilstandene har vært underkommunisert i lang tid, noe vi diskuterer i detalj videre i artikkelen.

#### **Sosiale forskjeller på kvinner og menn**

- Allerede i barndommen er det ulike forventninger til menn og kvinner. Det kan i stor grad være

FAKTA:

### **Smertetilstander hos kvinner**

**Adenomyose:** «Adenomyose er forekomst av kjertler fra livmor-slimhinnen inne i livmorveggen. Dette kan blant annet gi større og mer smertefulle menstruasjonsblødninger.»

**Endometriose:** «Endometriose er forekomst av livmor-slimhinne-liknende vev andre steder enn inne i livmorhulen. Endometriose er vanligvis lokalisert i bekkenorganene.»

**Vulvodyni:** «Vulvodyni er en betegnelse på kroniske smerter i de ytre kjønnsorganer (vulva) hos kvinner. Det skilles mellom uprovosert og provosert vulvodyni. Ved provosert vulvodyni utløses smertene av berøring, ved uprovosert vulvodyni er de til stede uansett. Smertene skildres gjerne som brennende eller sviende.»

*Kilde: Store medisinske leksikon*

med på å forklare forskjeller i smertefølsomhet, fysisk aktivitet, bruk av helsevesenet, sykefravær med mer, som vi finner i befolkningsundersøkelser.

- Helt frem til de siste tiårene har kvinner tatt mindre utdanning og deltatt mindre i arbeidslivet. Ofte enn menn har de hatt arbeid som er fysisk belastende, som rengjøring, hotellarbeid og varehandel. Denne typen arbeid er vanskeligere å utføre ved lett sykdom fordi moderat funksjonstap ikke kan tilpasses arbeidet. Det fører derfor oftere til sykmelding og eventuelt uførhet enn ved hvitstyparbeid, som for eksempel arbeid som funksjonær eller personalleder.

#### **HVA ER DE VANLIGSTE SMERTETILSTANDENE HOS KVINNER?**

I befolkningen som helhet er muskel- og skjelettsmerter den vanligste rapporterte årsaken til langvarig smerte – hyppigst hos kvinner. Tall fra Global Burden of Disease-prosjektet (5) viser at på verdensbasis

er rygg- eller nakkesmerter den viktigste årsaken til uførhet hos begge kjønnene.

I tillegg vet vi at slitasjegikt – artrose – er en aldersavhengig tilstand som rammer kvinner hyppigere enn menn, spesielt etter menopausen. Det samme gjelder den store gruppen revmatiske lidelser (5). Til sammen utgjør disse sykdomsgruppene en stor del av kvinners helseplager.

For langvarig smerte ved fibromyalgi og tretthetstilstander er kjønnsforskjellene enda større. Det rapporteres at opptil ni av ti med disse plagene er kvinner. I den nye definisjonen av fibromyalgi kommer det tydelig frem et skifte i synet på enkelte smertetilstander. Diagnosen avgjøres ikke lenger av fysisk målte terskler for smerte, men bredden av rapporterte plager som inkluderer smerte, tretthet, søvnproblemer, plager fra mage og urinveier, kognitiv svikt, angst og depresjon (6).

Migrene er en annen vanlig smertetilstand som gir mye



**RAMMER FLERE KVINNER ENN MENN:** Migrene er en annen vanlig smertetilstand som gir mye sykefravær, uførhet og redusert livskvalitet. Så mange som 18 prosent av kvinner rapporterer å ha fått diagnosen. Illustrasjonsfoto: Aleksandr Davydov / Mostphotos

sykefravær, uførhet og redusert livskvalitet. Migrene er to til tre ganger vanligere for kvinner enn menn. Så mange som 18 prosent av kvinner rapporterer å ha fått diagnosen (7).

#### **NOEN SMERTETILSTANDER**

##### **RAMMER KUN KVINNER**

Spesifikke smertetilstander som kun rammer kvinner, har fått lite oppmerksomhet gjennom lang tid. Viktige eksempler på dette er endometriose og adenomyosetilstander.

Ved *endometriose* vokser vev som likner livmorens slimhinne, utenfor livmoren, for eksempel på eggstokker, tarmvegger eller nær urinveiene.

Ved *adenomyose* vokser livmorslimhinnen inn i livmorens muskellag. Begge tilstandene kan være forbundet med betydelig invalidiserende og stadig residiverende smerter. Alvorligheten og symptombyrden varierer. Smertene har ofte blitt bortforklart som «vanlige kvinnesmerter».

Nye tall viser at endometriose rammer så mange som 6–10 prosent av kvinnene. Mange går i årevis med store plager før de får riktig diagnose og hjelp (8, 9). Hos en del kvinner kan

det etter hvert føre til generaliserte smerter i bekkenet, med smerter også i mage eller tarm, ved vannlating og i ytre kjønnsorganer, vulva, og ved samleie.

*Vulvodyn*i kan opptre som en isolert tilstand med lite utbygd behandlingstilbud. Endometrioseforeningen står for viktig informasjonsarbeid for å gjøre tilstandene mer kjent og fikk Jentepreisen 2022 (10) for dette arbeidet.

### **«Migrene er to til tre ganger vanligere for kvinner enn menn.»**

#### **SMERTE OPPTRER OFTE MED ANDRE SYMPTOMER**

Betydelig flere kvinner enn menn sier at de har langvarige smerter. Kvinner er også i langt større grad sykmeldt og uføre som følge av slik smerte. Tall fra levekårsundersøkelsen (11) tyder på at over halvparten av uførhetstilfellene i Norge er knyttet til langvarige smertelidelser. Muskel- og

skjelettlidelser utgjorde i 2009 om lag 40 prosent av sykefraværsdager som ble dekket av folketrygden.

Som nevnt i avsnittet om fibromyalgi vet vi i dag at smerte ofte opptrer sammen med andre symptomer. Kjeldsberg og medarbeidere beskrev selvrapperte symptomer hos 866 voksne pasienter i allmennpraksis (12).

Pasientene besvarte et spørreskjema om tilstedeværelsen av 38 ulike symptomer. De hyppigst rapporterte symptomene var tretthet (46 prosent), smerter i korsryggen (43 prosent), nakkesmerter (41 prosent), hodepine (39 prosent), skuldersmerter (36 prosent) og søvnproblemer (35 prosent). Smerter, tretthet og søvnproblemer var de hyppigste. Kvinner hadde en signifikant høyere forekomst enn menn av 16 av de 38 symptomene.

Ved slik bred symptombelastning kan vi ikke kun tilby analgetika. Sammensatte tilstander krever først og fremst en god og bred kartlegging av flere symptomer enn smerte etter en biopsykososial modell. Sammen med behandleren kan da pasienten finne hvilke problemer og dermed også hvilke tiltak som skal prioriteres. Gode tiltak mot sammensatte smertetilstander er gjerne å bedre søvnen, den fysiske funksjonen og mestringen (12).

#### **KVINNER HAR FLERE SYMPTOMER OG DÅRLIGERE HELSE**

Kanskje klarer vi ikke å hjelpe ved å lindre smertene hvis vi ikke også har tiltak mot de andre symptomene som oppstår samtidig. Symptomgrupper eller clusterer brukes i dag ofte når flere symptomer opptrer på samme tid og er relatert til hverandre. Kjeldsberg og medarbeidere fant at gjennomsnittlig antall symptomer hos pasienter i allmennpraksis var 7,5. Tallet var 8,1 for kvinner og 6,5 for menn (12).

Symptomer kan påvirke hverandre negativt. Eksempelvis oppleves det verre å ha smerter når man også er engstelig eller kvalm. Kjeldsberg og medarbeidere fant at så mange som 48 prosent av pasientene oppga at de hadde dårlig helse den siste uken (13).

Kvinner hadde oftere dårligere selvrapportert helse enn menn. Forskerne fant en nesten lineær sammenheng mellom antallet symptomer og sannsynligheten for å ha dårlig helse. Interessant nok fant de at symptom mønstre ser ut til å være delvis uavhengig av diagnosene som er gitt. Det tyder på at symptomene i seg selv ikke nødvendigvis er en indikasjon på en spesifikk underliggende sykdom.

#### **BLIR KVINNER OG MENN MØTT LIKT I HELSEVESENET?**

Et annet sentralt felt er kjønnsforskjeller. Hølge-Hazelton og Malterud hevder at kjønn betyr noe for hvordan du blir møtt i helsevesenet,

selv om helsearbeidere ikke nødvendigvis innrømmer det (14).

Hoffmann og medarbeidere publiserte i 2022 en oppfølgingsartikkel fra de siste 20 årene om at det fremdeles er kjønnsforskjeller i opplevelse og behandling av smerte (15). De konkluderte med at det er nødvendig med mer forskning for

### **«Betydelig flere kvinner enn menn sier at de har langvarige smerter.»**

at vi skal forstå hvorfor kvinner og menn opplever smerte forskjellig, og hvordan samhandlingen mellom biologiske, psykososiale og kulturelle faktorer bidrar til ulik opplevelse.

Det kan være kjønnsulikheter både i hvor ofte man oppsøker helsevesenet, og i hvordan helsearbeidere forholder seg til deg som mannlig eller kvinnelig

pasient. Selv om kvinner totalt sett oppsøker fastlegen oftere enn menn, blir kjønnsforskjellene mindre ved økende alder (16).

I aldersgruppene fra 90 år går menn hyppigere til fastlegen enn kvinner. Noe av forskjellen på menn og kvinner kan tilskrives kvinners legebeseøk ved svangerskap og oppfølging av reproduktiv helse.

#### **SMERTE BESKRIVES OG TOLKES FORSKJELLIG**

I en studie fra Storbritannia ble det undersøkt hvordan helsepersonells vurdering av pasientens troverdighet påvirket deres vurdering av pasientens smerte og påfølgende forskrivning (17).

Smerteleger og medisinstudenter ble vist en video av en smertepasient og fortalt en kort historie om pasientens smerte. De ble deretter bedt om å vurdere pasientens smerte samt sannsynligheten for at smerten ble overdrevet, minimert eller skjult. De fant at kvinner, spesielt de som ble vurdert til å ha lav troverdighet, hadde mindre smerte enn tilsvarende rangerte menn. Legene og studentene antok også at det var mer sannsynlig at disse kvinnene overdrev smerten (17).

Beskrivelsen av smerte avhenger av språket som anvendes. En studie utforsket kjønnsforskjeller i språket hos menn og kvinner når de beskrev en smertefull hendelse (18). Beskrivelser gitt av studenter, der 35 prosent var menn og 65 prosent kvinner, ble analysert.

Kvinner brukte flere ord, mer grafisk språk og var mer fokusert på de sensoriske aspektene ved smertehendelsen enn menn. Menn brukte færre ord og mindre beskrivende språk. Vanlige temaer var de funksjonelle begrensningene forårsaket av smerte, vanskeligheter med å beskrive smerte og smertens doble natur (18).

ANNONSE



PLANLEGG DIN  
NESTE REISE  
MED AVIS

Som NSF-medlem får du inntil  
30 % rabatt på leiebil i Norge!  
66 77 10 10 | AVIS.NO

**AVIS**

I den norske befolkningen fant vi at selv om varigheten av kroniske smerter var lik hos kvinner og menn, fikk kvinner oftere behandling for sine kroniske smerter (19).

#### LANGVARIGE SMERTER AV UKJENT ÅRSÅK ER UTFORDRENDE

I studier i den norske befolkningen fant vi at 58 prosent ikke visste årsaken til smertene sine (2). Det er utfordrende med tanke på hva slags behandling de kan tilbys. Ved plager fra rygg eller nakke samt ved hodepine og bekkensmerter finner ikke alltid pasienten og legen en underliggende årsak som kan forklare symptomtombildet. Da blir medikamentell behandling problematisk.

Ved langvarige smerter uten kjent årsak bør ikke medikamenter med mulige bivirkninger brukes, spesielt ikke opioider. Vi vet at opioider har mange bivirkninger og kan føre til toleranseutvikling, avhengighet og overdosering.

Av de som brukte opioider i 2019 i Norge, var om lag 10 prosent, altså 60 000 personer, definert som vedvarende brukere av opioider (20). Av de var 64 prosent kvinner og 36 prosent menn. Her er det en dramatisk kjønnsforskjell som forskningen ikke gir oss årsaken til ennå. Andelen brukere økte med alderen, med høyest forekomst blant personer som var 70 år eller eldre. Det er uklart hvorvidt denne bruken av opioider hos eldre kvinner er medisinsk indisert. Dette bør undersøkes nærmere i fremtidige studier.

Blant personer med vedvarende opioidbruk i 2019 var det 40 prosent som også brukte benzodiazepiner, og 39 prosent brukte z-hypnotika. Noen brukte også begge. Disse kombinasjonene er ikke anbefalt. Alt i alt viser disse funnene dessverre at kvinner i stor grad blir møtt av helsevesenet med en resept på

vanedannende medikamenter, som ofte er uten dokumentert effekt.

For mange med langvarige smerter vil ikke-medikamentelle tiltak være et bedre valg på lang sikt. Slike tiltak inkluderer tilpasset trening, mestringsorientert individuell oppfølging og ulike gruppetilbud. Tiltakene kan rette seg mot flere symptomer enn bare smerte, eksempelvis søvnproblemer og depresjon.

#### OPPSUMMERING

Forskning viser at kvinner oftere enn menn har langvarig smerte, gjerne med flere symptomer på samme tid. Selv om denne kjønnsforskjellen er godt dokumentert, er det viktig å huske på at det også er store variasjoner innenfor samme kjønn. Alle personer med plager skal derfor ha en individuell vurdering basert på en grundig kartlegging.

Langvarige smerter uten en kjent årsak er utfordrende for smertebehandlingen. Da blir det viktig at helsepersonellet møter pasienten på en ydmyk måte, der de jobber sammen med å kartlegge alle aktuelle plager og symptomer. Det gir det beste grunnlaget for å lage en behandlingsplan med felles mål.

Mange smertetilstander som rammer kvinner spesielt, har fått lite oppmerksomhet og hjelp fra helsevesenet. Kvinnehelse får heldigvis oppmerksomhet for tiden. Da er det betimelig at smerteplager hos kvinner settes på dagsordenen. •

*Forfatterne oppgir ingen interessekonflikter.*

#### REFERANSER

1. Steingrimsdottir OA, Landmark T, Macfarlane GJ, Nielsen CS. Defining chronic pain in epidemiological studies: a systematic review and meta-analysis. *Pain*. 2017;158(11):2092–107. DOI: 10.1097/j.pain.0000000000001009
2. Rustoen T, Wahl AK, Hanestad BR, Lerdal A, Paul S, Miaskowski C. Prevalence and characteristics of chronic pain in the general Norwegian population. *Eur J Pain*. 2004;8(6):555–65. DOI: 10.1016/j.ejpain.2004.02.002
3. Landmark T, Dale O, Romundstad P, Woodhouse A,

Kaasa S, Borchgrevink PC. Development and course of chronic pain over 4 years in the general population: the HUNT pain study. *Eur J Pain*. 2018;22(9):1606–16. DOI: 10.1002/ejp.1243

4. Arnes AP, Nielsen CS, Stubhaug A, Fjeld MK, Hopstock LA, Horsch A, et al. Physical activity and cold pain tolerance in the general population. *Eur J Pain*. 2021;25(3):637–50. DOI: 10.1002/ejp.1699
5. GBD 2017 Disease and Injury Incidence and Prevalence Collaborators. Global, regional, and national incidence, prevalence, and years lived with disability for 354 diseases and injuries for 195 countries and territories, 1990–2017: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2017. *Lancet*. 2018;392:1789–858. DOI: 10.1016/S0140-6736(18)32279-7
6. Wolfe F, Clauw DJ, Fitzcharles MA, Goldenberg DL, Häuser W, Katz RS, et al. Fibromyalgia criteria and severity scales for clinical and epidemiological studies: a modification of the ACR preliminary diagnostic criteria for fibromyalgia. *J Rheumatol*. 2011;38(6):1113–22. DOI: 10.3899/jrheum.100594
7. Vetvik KG, MacGregor EA. Sex differences in the epidemiology, clinical features, and pathophysiology of migraine. *Lancet Neurol*. 2017;16(1):76–87. DOI: 10.1016/S1474-4422(16)30293-9
8. Ballard KD, Seaman HE, de Vries CS, Wright JT. Can symptomatology help in the diagnosis of endometriosis? Findings from a national case-control study – Part 1. *BJOG*. 2008;115(11):1382–91. DOI: 10.1111/j.1471-0528.2008.01878.x
9. Mowers EL, Lim CS, Skinner B, Mahner N, Kamdar N, Morgan DM, et al. Prevalence of endometriosis during abdominal or laparoscopic hysterectomy for chronic pelvic pain. *Obstet Gynecol*. 2016;127(6):1045–53. DOI: 10.1097/AOG.0000000000001422
10. Plan International Norge. Endometrioseforeningen vinner Jenteprisen 2022. Oslo: Plan International Norge; 2022. Tilgjengelig fra: <https://www.plan-norge.no/jenteprisen> (nedlastet 09.01.2023).
11. Statistisk sentralbyrå. Helseforhold, levekårsundersøkelsen. Oslo: Statistisk sentralbyrå; 2020. Tilgjengelig fra: <https://www.ssb.no/helse/helseforhold-og-levevaner/statistikk/helseforhold-levekårsundersøkelsen> (nedlastet 03.01.2023).
12. Kjeldsberg M, Tschudi-Madsen H, Bruusgaard D, Natvig B. Factors related to self-rated health: a survey among patients and their general practitioners. *Scand J Prim Health Care*. 2022;40(2):320–8. DOI: 10.1080/02813432.2021.2022341
13. Kjeldsberg M, Tschudi-Madsen H, Mdala I, Bruusgaard D, Natvig B. Patients in general practice share a common pattern of symptoms that is partly independent of the diagnosis. *Scand J Prim Health Care*. 2021;39(2):184–93. DOI: 10.1080/02813432.2021.1913886
14. Høgel-Hazelton B, Malterud K. Gender in medicine – does it matter? *Scand J Public Health*. 2009;37(2):139–45. DOI: 10.1177/1403494808100271
15. Hoffmann DE, Fillingim RB, Veasley C. The woman who cried pain: Do sex-based disparities still exist in the experience and treatment of pain? *J Law Med Ethics*. 2022;50(3):519–41. DOI: 10.1017/jme.2022.91
16. Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet (Bufdir). Bruk av helsetjenester i et kjønnsperspektiv. Oslo: Bufdir; 2022. Tilgjengelig fra: [https://bufdir.no/Statistikk\\_og\\_analyse/kjonnlikestilling/Helse\\_og\\_kjonn/Helsetjenester/](https://bufdir.no/Statistikk_og_analyse/kjonnlikestilling/Helse_og_kjonn/Helsetjenester/) (nedlastet 03.01.2023).
17. Schafer G, Prkachin KM, Kaseweter KA, Williams AC. Health care providers' judgments in chronic pain: the influence of gender and trustworthiness. *Pain*. 2016;157(8):1618–25. DOI: 10.1097/j.pain.0000000000000536
18. Strong J, Mathews T, Sussex R, New F, Hoey S, Mitchell G. Pain language and gender differences when describing a past pain event. *Pain*. 2009;145(1–2):86–95. DOI: 10.1016/j.pain.2009.05.018
19. Rustoen T, Wahl AK, Hanestad BR, Lerdal A, Paul S, Miaskowski C. Gender differences in chronic pain – findings from a population-based study of Norwegian adults. *Pain Manag Nurs*. 2004;5(3):105–17. DOI: 10.1016/j.pmn.2004.01.004
20. Odsbu I, Handal M, Hjellvik V, Borchgrevink PC, Clausen T, Nesvåg R, et al. Vedvarende bruk av opioider og samtidig bruk av andre vanedannende legemidler. *Tidsskr Nor Lægeforen*. 2022;142(3). DOI: 10.4045/tidsskr.21.0659



## ENDOMETRIOSE OG ADENOMYOSE

**Endometriose er en av de vanligste kvinnesykdommene. Rundt 10 prosent antas å ha diagnosen.**

### ÅRSAK

Årsakene til endometriose er ikke kartlagt. Genetiske, immunologiske og miljøfaktorer er relevante. Det finnes mange teorier, men ingen av teoriene kan helt forklare hvorfor sykdommen oppstår.

### SYMPTOMER

Mange av symptomene på endometriose er typiske, men uspesifikke og diffuse.

Betennelsesreaksjoner er sentralt når man skal forstå hvorfor symptomene oppstår.

Endometriose kan gi plager i form av blødningsforstyrrelser, smertefull menstruasjon, smerter ved eggøsning, samleie, avføring, og vannlating, samt utmattelse, kroniske bekkensmerter og/eller ufrivillig barnløshet.

Endometriose kan ha en effekt på kvinners livskvalitet og daglige funksjon. Det er ikke alltid en sammenheng mellom mengden endometriose og smerter. Store cyster kan være til stede uten å gi smerter, og små cyster kan gi store smerter.

### DIAGNOSE

Det kan være vanskelig å stille diagnosen. I Norge tar det gjennomsnittlig 7 år. Mange av symptomene er typiske, men diffuse – og derfor får kvinnene ofte



Illustrasjonsfoto: Science Photo Library / NTB

en rekke feildiagnoser. Flere av symptomene ved endometriose er vanlig blant kvinner. Grensen mellom hva som er normalt og ikke, kan være flytende.

Undersøkelser som vanlig gynekologisk undersøkelse, ultralyd eller blodprøver, gir ikke nødvendigvis sikre svar.

Endometriose kan påvises helt sikkert ved laparoskopi, altså kikkhullsoperasjon i narkose.

### BEHANDLING

Det finnes ingen behandling som kan fjerne sykdommen helt. De behandlingene som finnes i dag, er smertebehandling, kirurgi og hormonbehandling. Målet med behandlingen er å redusere plager, og å øke livskvaliteten.

Hvilken behandling som passer best for den enkelte, vurderes som oftest ut fra hvor alvorlig sykdommen er, hvilke symptomer kvinnen har, hennes livssituasjon og alder. •

### FAKTA:

## **Endometriose og adenomyose**

- 1 av 10 har endometriose, 2 av 10 har adenomyose.
- 500 000 kvinner har disse sykdommene i Norge.
- Pasientne bruker 5-7 år for å få diagnosen.
- 6 norske fagfelleartikler er utarbeidet om denne diagnosen per 2022.
- Kvinner kan få diagnosen ved første menstruasjon og tilstanden kan vare til overgangsalderen.

Kilde: Endometrioseforeningen/  
Charlotte Raasholm Larby



Les om vår  
MDR-sertifisering her

# Ta pasienten med deg på din smartphone

Ascom Healthcare Platform sikrer en bedre oversikt, slik at de riktige klinikerne får riktig informasjon og alarmer til riktig tid.

**Ascom Healthcare Platform** er smart, digital teknologi utviklet med formålet om å samle kritiske pasientdata fra ulike kliniske systemer og medisinsk-teknisk utstyr, samt prioritere informasjonen slik at den blir tilgjengelig for de rette klinikerne i en bestemt arbeidssituasjon. Synes du dette ble litt for teknisk?

**La oss forklare det slik:** Ascom Healthcare Platform konverterer og formidler data slik at du som kliniker får full oversikt over dine pasienter. Samtidig bidrar systemet til å forenkle arbeidsflyten, minimerer unødvendige skritt, og gir deg færre forstyrrelser – du trenger kun å registrere deg og hente ut data på ett sted. I tillegg støtter plattformen mobil arbeidsflyt, slik at du kan ta med deg pasienten overalt. Fortsatt litt for teknisk?

**La oss prøve igjen:** Med Ascom Healthcare Platform får du en bedre oversikt. Dette sikrer trygg pasientbehandling, og kan tilføre et velkomment pusterom for deg som helsepersonell. Samtidig får du utnyttet kompetansen din til det du anser som viktigst. I bunn og grunn er det vel dette det handler om?





## Uførhet

– Sykepleierne er over gjennomsnittet flinke til å skrive egenerklæringer, mener hovedlegen i KLP. Han ser mange enkeltskjebner, men treffer dem aldri.

# HAN VURDERER UFØRE- SØKNADER

TEKST OG FOTO **MARIT FONN**

**S**ykepleiere er gjennomsnittlig 58 år når de går ut av yrket. Mange går av med uførepensjon før de når pensjonsalder, og det er med på å dra gjennomsnittet ned.

Bård Natvig er en av tre leger som vurderer søknadene om uførepensjon i Kommunal Landspensjonskasse (KLP), der han er hovedlege.

– *Hvilke plager har de uføre sykepleierne?*

– To tredeler har psykiske

problemer eller muskel- og skjelettlidelser, anslår Natvig, som også er professor i allmennmedisin på Universitetet i Oslo.

Han legger til at mange sliter med begge deler. Det er ikke så rart, syns han:





**OPTIMIST:** – Ofte kommer sykepleierne tilbake i full jobb etter en periode med redusert stilling eller etter skifte av jobb hos samme arbeidsgiver, sier Bård Natvig, hovedlege i KLP.

– Store psykiske spenninger kan gi deg smerter. Og omvendt: Har du mye smerter, blir du mer sårbar og kan få både angst og depresjon.

**– FØLER SEG SLITNE OG SOVER DÅRLIG**

Natvig forteller at mange av

sykepleierne som søker uføretrygd, føler seg slitne og utmattet, og de sover dårlig. De kan også ha dårlig hukommelse og konsentrasjonsevne.

– Alt dette henger sammen. Men med litt tilpasninger i arbeidet klarer likevel mange å holde seg i

jobb med slike helseplager, enten fullt eller delvis.

**– MANGE HAR SMÅ UFØREPROSENTER**

Sykepleierne og andre som får uførepensjon fra KLP, har uføregrader under 50 prosent. Det er Nav som



behandler søknader om 50 til 100 prosent uføregrad.

De fleste sykepleierne, både i kommuner og på sykehus, har pensjonsordning i KLP.

– Det er ganske mange med små uføreprosjenter hos oss, for eksempel 20 og 30. Det er nok likevel flere sykepleiere som er 50 prosent eller mer uføre, og som får uførepensjon fra Nav og en tilleggspensjon fra KLP, sier Natvig.

Eksakte tall for uføre sykepleiere har verken KLP eller Nav.

Natvigs inntrykk er at sykepleiere er den nest største yrkesgruppen som søker uførepensjon i KLP.

– Den største gruppen er antakelig barnehageansatte.

Sykepleierne som får uførepensjon, er i alle aldre.

– Men antallet uføre øker fra de er 40 år og frem mot pensjonsalder, sier han.

Noen reduserer uføreprosjenten gradvis over tid, fra for eksempel 40 til 30 eller 20, som er den laveste grensen i KLP.

#### – MANGE ENKELTSKJEBNER

– Du blir en slags dommer siden dine råd ofte utgjør utfallet av uføresøknadene?

– Ja, det er mange enkeltskjebner i disse søknadene. Vi prøver å gjøre en ordentlig jobb og har respekt for at alle fortjener en grundig og mest mulig riktig vurdering, sier Natvig.

Han påpeker at søknadsprosessen er enklere i pensjonskassen enn hos Nav.

– Vi godkjenner for en tidsbegrenset periode og vurderer på nytt for eksempel etter ett eller to år. De som får uførepensjon hos oss, må begrunne at behovet er der fortsatt.

De kan bli spurt: «Har det skjedd noen endringer?» «Er det gjort noen forsøk på tilpasninger?»

FAKTA:

### **Vanligste enkeltdiagnoser for uføre kvinner:**

- Depresjon: 9 prosent
- Fibromyalgi: 8 prosent
- Psykiske symptomer/plager: 5 prosent
- Slitenhet/utmattelse: 5 prosent
- Nakkesyndrom: 5 prosent
- Isjias: 4 prosent
- Revmatisk sykdom: 4 prosent

### **Vanligste diagnoser innen muskel/skjelett:**

- Fibromyalgi: 18 prosent
- Artrrose: 14 prosent.
- Nakkesyndrom: 10 prosent
- Isjias: 10 prosent
- Revmatisk sykdom: 9 prosent
- Skulderysindrom: 7 prosent

### **Vanligste diagnoser innen psykiatri:**

- Depresjon: 37 prosent
- Psykisk lidelse: 23 prosent
- Angst: 10 prosent
- Posttraumatisk stresslidelse: 8 prosent
- Psykisk ubalanse, situasjonsbetinget: 7 prosent

Kilde: Bård Natvigs (hovedlege i KLP) oversikt over diagnosene for nye uførepensjonister

– **ER IKKE MENT SOM EN SOVEPUTE**  
– Uførepensjonene vi gir, er ikke ment som en sovepute, men er ofte en god hjelp i perioder der sykmeldingsrettighetene er oppbrukt og arbeidsavklaringspenger ikke er aktuelt.

– *Særlig ikke for de unge?*

– Revurdering av pensjonen er kanskje viktigst for dem som har lang tid igjen i arbeidslivet, men det er mer årsaken til uførheten som styrer revurderingsintervallene, ikke så mye alderen.

Han legger til:

– Men har du artrose i begge hoftene når du er i 60-årene, er det som regel liten grunn til å revurdere vedtaket.

#### **KARENSREGELEN FØRER TIL AVSLAG**

– *Hvor mange får avslag på søknadene?*

– Ordningen i KLP er nok så romslig. Relativt få får avslag, men vi vurderer om de har sykdommer som gir tilstrekkelig nedsatt funksjon, sier Natvig.

Han viser til en egen regel i offentlige pensjonskasser: Har man en sykdom når man starter i jobben, og sykdommen gir uførhet innen to år, har man ikke rett til uførepensjon.

– Dette kalles karensregelen. De fleste avslagene på uføresøknader i KLP kommer på grunn av denne regelen, opplyser Natvig.

#### **UFØREFELLA: KAN TAPE PÅ Å VÆRE DELVIS UFØR**

Et omtalt problem er den såkalte «uførefella». Det dreier seg om dem som har delvis uførepensjon i en offentlig pensjonskasse som KLP.

Får man ytelse fra Nav, regnes de med i pensjonsopptjeningen. Det gjør ikke uførepensjonen fra KLP.

Det betyr at hvis du senere blir mer ufør (50 prosent eller mer), beregnes

uføretrygden, som du da får fra Nav, ut fra den reduserte lønnen.

#### **EGENERKLÆRINGENE ER AVGJØRENDE**

– *Rundt ti prosent av sykepleierne er menn. Er de like ofte uføre som sine kvinnelige kolleger?*

– Ja, jeg tror ikke forskjellene er store. Stort sett er det også de samme årsakene.

## **«Vi vurderer også om søkerne kan ha nytte av å få tilpasset arbeidet eller om det kan være aktuelt å skifte arbeid.»**

BÅRD NATVIG,  
HOVVEDLEGE I KLP

Natvig forteller at de avgjør søknadene på grunnlag av egen erklæringene som søkerne selv skriver. Som regel henter de også inn legeerklæring, oftest fra fastlegen.

– Vi trenger sjelden mer informasjon.

#### **VURDERER DIAGNOSE OG FUNKSJONSTAP**

KLP-legene vurderer det medisinske grunnlaget, altså diagnose og funksjonstap.

– Vi vurderer også om søkerne kan ha nytte av å få tilpasset arbeidet eller om det kan være aktuelt å skifte arbeid.

– *Tenker du da innen samme yrke eller til et annet yrke?*

– Sykepleierne kan ofte fortsette i yrket sitt, men kanskje i en annen og mindre belastende funksjon.

Renholdere har ikke like mange muligheter, påpeker han.

– Vi ser faktisk relativt ofte at sykepleierne kommer tilbake i full jobb etter en periode med redusert stilling eller etter skifte av jobb hos samme arbeidsgiver, sier Bård Natvig.

#### **– LAV BEMANNING MEDVIRKER TIL UFØRHET**

– *Kunne uførhet ofte vært unngått, tror du?*

– Ofte. Men ikke alltid. En nullvisjon er ikke realistisk, men en del uførhet kunne vært unngått.

Natvig tenker ikke bare på hva den enkelte selv kan gjøre, men også på systemfaktorer:

FAKTA:

### **Risiko med delvis uføregrad**

- Som delvis ufør kan det være fort gjort å overvurdere egen arbeidskapasitet. Men dersom du søker om en lav uføregrad i KLP fordi du ønsker å være frisk, risikerer du å få lav uføretrygd og lav alderspensjon senere.
- Tar du ut delvis uførepensjon uten samtidig å få rett til arbeidsavklaringspenger eller uføretrygd fra folketrygden (Nav), kan det få økonomiske konsekvenser.
- Be om veiledning så du er forberedt på hva en delvis uføregrad vil bety for deg økonomisk – både nå og ved en eventuell økning av uføregraden på sikt.

Kilde: klp.no



**ETTER BRYSTKREFT:** Følger av brystkreft er relativt ofte årsak til uførepensjon hos kvinner. Foto: Marit Fonn

– Store arbeidsbelastninger og lav bemanning er ofte medvirkende ved uførhet, så på arbeidsmiljøsidene er det mange steder et potensial for å forebygge uførhet.

#### **KAN UNNGÅ VAKTER OG TUNG PLEIE**

Arbeidsgivere er mer eller mindre flinke til å tilrettelegge, opplever Natvig. Han mener de burde være mer motiverte.

– Mulighetene for å tilpasse arbeidet er jo mange, og behovet for sykepleiere er stort.

Sykepleierne som ikke klarer å gå vakter eller har problemer med tungt pleiearbeid, kan for eksempel fungere godt på en poliklinikk, foreslår han.

Bård Natvig tror KLP-ordningen, som gjør det mulig å være ufør under 50 prosent, er samfunnsnyttig.

– Hvis det ikke hadde vært mulig å få slike lave uføregrader, ville antakelig

flere falt ut av arbeid. I hvert fall 50 prosent.

#### **– VÆR NØYE MED EGENERKLÆRINGEN**

Natvig og kollegene verken treffer eller snakker med sykepleierne de lager vedtak for.

– Det er bare helt unntaksvis at vi ikke legger vekt på egenerklæringen, så et godt råd er å fylle den ut nøyaktig og etter beste evne.

– *Det er vel forskjell på hvor godt den enkelte klarer å legge frem sin sak skriftlig?*

– Ja, men her synes jeg sykepleierne er over gjennomsnittet flinke. Dels til å legge frem saken sin og dels til å forstå forsikringsordningene, sier hovedlege Bård Natvig.

#### **DIAGNOSER FOR NYE UFØREPENSJONISTER**

Bård Natvig har laget en oversikt

over diagnosene for nye uførepensjonister med 20, 30 og 40 prosent tidsbegrenset uførepensjon.

I løpet av ett år og fem måneder (fra 1.6.2020) behandlet KLP 871 uføresaker. Dette er saker for uførhet mindre enn 50 prosent. I en del saker har Nav gitt uføregrader fra 50 til 100 prosent i tillegg.

- Alder fra 23 til 66 år. Snittalder var 50 år.

- Ni av ti var kvinner.

- Muskel- og skjelettlidelser (44 prosent) og psykiske diagnoser (25 prosent) var hoveddiagnose for to av tre. Det gjelder også menn.

- Følger av brystkreft er relativt ofte årsak til uførepensjon hos kvinner, øvrige krefttyper sjelden.

Diagnosene som brukes, er fra det internasjonale kodesystemet ICPC (International Classification of Primary Care).

Se Bård Natvigs oversikt over de vanligste diagnosene på side 90. •

– Kvinner med høyere utdanning er langt sjeldnere uføre enn kvinner med lav utdanning, sier forsker Tor Morten Normann.

# TROR SYKEPLEIERNE ER MINDRE UFØRE ENN GJENNOMSNIETTET

TEKST **MARIT FONN**

Verken Nav eller Statistisk sentralbyrå (SSB) fører statistikk over uføretrygdete sykepleiere.

– Det er vanskelig å fordele uføretrygdete etter yrke, sier Tor Morten Normann, seniorrådgiver i SSB.

– Det vil være mulig å se hvor mange av de uføretrygdete som har utdanning som sykepleier, men det er ingen garanti for at de har hatt det som yrke forut for uførheten. Derfor kan vi ikke sammenlikne sykepleiere med andre yrkesgrupper, sier han.

– **EN KRAFTIG KJØNSFORSKJELL**  
Kvinner er mer uføre enn menn.

– Vi ser en kraftig kjønnsforskjell, sier Normann.

## **HØY UTDANNING GIR MINDRE UFØRHET**

Utdanning er et viktig bakgrunnskjenntegn for uførhet

– *Tror du sykepleiere er mer uføre enn gjennomsnittet?*

– Det tror jeg ikke, for sykepleiere har jo høyere utdanning. Utdanning er et viktig bakgrunnskjenntegn for uførhet. Kvinner med høyere

**«Pleie- og omsorgsyrker med lavere utdanningskrav er kraftig overrepresentert på uførestatistikken.»**

TOR MORTEN NORMANN, SSB-FORSKER



utdanning er langt sjeldnere uføre enn kvinner med lav utdanning, sier Normann.

## **UFØREANDELEN ØKER MED ALDEREN FOR ALLE**

Blant dem med bare grunnskole er over 28 prosent uføre. Av dem som har utdanning fra universitet og høyskole, er bare 5,6 prosent uføre.

– Basert på utdanningsnivået tror jeg sykepleierne er under gjennomsnittet uføre.

– *Men pleieryrker kan slite på helsen?*

– Ja, det kan være tungt. Blant annet er pleie- og omsorgsyrker med lavere utdanningskrav kraftig overrepresentert på uførestatistikken. Men også blant dem med høyere utdanning øker uføreandelen med alderen, sier SSB-forskeren. •

FAKTA:

## **Uføretrygdete i 2021:**

### **Begge kjønn:**

10,7 prosent av befolkningen (373 669 personer)

**Menn:** 8,6 prosent

(153 635 personer)

**Kvinner:** 12,9 prosent

(220 034 personer)

### **Jo høyere alder,**

### **jo høyere andel:**

18–24 år: 1,8 prosent

55–61 år: 20,2 prosent

62–67 år: 28 prosent

Kilde: SSB





Illustrasjonsfoto: Science Photo Library / NTB

## Overgangsalder



I Storbritannia krever sykepleierorganisasjonen menopause-tilpasninger på arbeidsplassen. NSF har ikke vært like aktive, men vil bruke arbeidsmiljø- og likestillingslovverket mer fremover.

# MER HENSYN PÅ JOBB, TAKK!

TEKST EIVOR HOFSTAD





**A**lle menstruerende mennesker merker det før eller siden. Det vil si ni av ti sykepleiere i Norge:

Mensen kommer uregelmessig. Blødningene blir mindre. Helt til de uteblir.

Egentlig burde det være tid for feiring. Ikke mer mensenvondt. Kunne bade når som helst og ha seg vilt og uhemmet uten tanke på prevensjon.

Og for noen kvinner kommer «de glade 50-årene» nærmest som en ny vår. Mens for andre fortoner de seg mer i retning av presenil høst.

#### **UMERKELIG, SNIKENDE ELLER TRAMPENDE**

For når blødningene har stoppet, er menopausen et faktum. Da har overgangsalderen allerede vært der noen måneder eller år.

Den kan riktignok forløpe umerkelig stille hos noen.

Hos andre kommer den snikende eller også trampende med sine plager, som i vitsen som florerer på nettet om «the seven dwarfs of menopause»: Itchy, Bitchy, Sleepy, Sweaty, Bloating, Forgetful og Psycho.

Hvis sexlysten ikke forsvinner av det, kan man alltid legge til noen tørre slimhinner så det smerter og svir ved samleie. Kanskje drypper det litt blod etterpå også.

Talløse urinveisinfeksjoner, leddsmerter og konsentrasjonsvansker etter søvnløse, svette netter gjør ikke akkurat arbeidsdagen noe lettere.

Og vissheten om økt beintap, åreforkalkning og risiko for diabetes «booster» neppe noen yr vårfølelse i en stadig aldrende kropp.

#### **TRE AV FIRE FÅR PLAGER**

Tre av fire kvinner opplever plager

knyttet til overgangsalderen. Og da snakker vi ikke bare om hetetokter og vaginal tørrhet (se faktaboks).

Livsfaseendringer, som at barna flytter hjemmefra, eller at man får omsorg for gamle foreldre, kan i tillegg gjøre overgangsalderen vanskeligere.



## **«Vi vil at arbeidsgivere skal legge mer til rette for kvinner i ulike livsfaser, både under graviditet, amming og i overgangsalderen.»**

LILL SVERRESDATTER LARSEN,  
FORBUNDSLEDER I NSF

Likevel krever arbeidsgiveren sine sykepleiere i struttende opplagte versjoner, som om ingenting har hendt siden man var student, bristeferdig av hormoner. Helst i tredelt turnus, med sein-tidlig-vakter og helgejobbing oftere enn man rekker å nappe skjeggstråene i ansiktet.

#### **SKAL VÆRE TYDELIGE, MODIGE OG STOLTE**

Hittil har det vært nokså fattig trøst å få fra fagforeningen. Norsk Sykepleierforbund (NSF) har ingen

nettside om overgangsalder-tilpasninger på arbeidsplassen og har ikke kjørt noen kampanjer eller spørreundersøkelser om temaet.

Sykepleierne skal jo være tydelige, modige og stolte og helst jobbe fulltid til de blir 65 og kan gå av med pensjon i henhold til særaldersgrensen. Arbeidsgiverne og politikerne ønsker at de holder ut enda lenger.

Sykepleien har derfor spurt forbundsleder Lill Sverresdatter Larsen om NSF vil kreve noe fra arbeidsgiversiden for å tilrettelegge bedre for de arbeidstakerne som sliter med plager knyttet til overgangsalderen.

Det vil de. Mer om det lenger ned i artikkelen.

#### **STORBRITANNIA LEDER AN**

I Storbritannia er det en overgangsalder-vekkelse på gang i arbeidslivet. Ifølge en artikkel i Dagens Næringsliv høsten 2022 har 600 arbeidsplasser forpliktet seg til å bli «menopausevennlige».

Krav om «menopause-policy» på arbeidsplassene er blitt vanlig, og søsterforbundet til NSF, Royal College of Nursing (RCN), har en egen nettside dedikert til temaet: «Menopause at work», med diverse lenker til ulike nettsider om temaet. Blant annet til en guide hvor tillitsvalgte får råd om hvordan de kan hjelpe medlemmene sine som sliter.

#### **KRAV OM Å VURDERE FLEKSIBELT ARBEID**

I slutten av november i 2022 kom det offentlige helsevesenet, National Health Service (NHS), i Storbritannia med historiens første retningslinjer til hvordan de skal imøtekomme sykepleiere som sliter i overgangsalderen.

NHS sier de vil knuse tabuet rundt overgangsalderen slik at sykepleiere



FAKTA:

## **Overgangsalderen/klimakteriet og menopausen**

- Overgangsalderen, eller klimakteriet, begynner en stund før og varer en stund etter en kvinnes siste menstruasjon (menopausen).
- Overgangsalderen varer som regel i ett til to år, men perioden kan også variere fra noen få måneder og opptil ti år.
- Den siste menstruasjonen (menopausen) kommer normalt mellom 45 og 55-årsalderen, gjennomsnittsalderen er 52 år for ikke-røykere, 50 år for røykere.
- Overgangsalderen kjennetegnes av svært lave og for det meste umålelige østrogennivåer fordi eggstokkene slutter å produsere østrogen og progesteron.
- Ifølge endokrinolog/indremedisiner Erik Fink Eriksen opphører dermed dannelsen av testosteron også, siden testosteron hos kvinner primært dannes ved enzymatisk omdannelse fra østrogen. Men punktet er uavklart i litteraturen. Store medisinske leksikon skriver at testosteronproduksjonen fortsetter.
- Hastigheten på tap av hormonproduksjonen varierer. De kvinner som taper produksjonen hurtigst, får flest symptomer.
- Østrogenproduksjonen etter menopausen er primært det mindre virksomme østronet produsert i andre organer, særlig i perifert fettvev. Etter menopausen er dette den viktigste østrogenkilden, og nivået er høyere hos kvinner som er overvektige. Men generelt kan østronproduksjonen ikke forhindre utvikling av postmenopausale symptomer.

Kilde: sml.snl.no, helsebiblioteket.no, hels norge.no og Erik Fink Eriksen, professor emeritus ved Universitetet i Oslo og spesialist i endokrinologi og indremedisin.

## **Vanlige plager i overgangsalderen**

- uregelmessig menstruasjon
- hetetokter
- søvnvansker
- dårligere konsentrasjon
- mindre energi
- vektøkning
- tørrhetsfølelse i skjeden
- mindre sexlyst
- hjertebank
- bekymring og lett angst
- nedstemthet
- slappere hud og støttevev
- lett økning i vekst av ansiktshår

Kilde: Boken Hetetokter & kalde fakta, av gynekolog Helena Enger (les mer fra s. 102)

### **Tre av fire kvinner**



opplever plager i overgangsalderen



skal tørre å snakke om sine eventuelle overgangsalder-relaterte behov med lederen sin. Av løsninger NHS foreslår, skal arbeidsgivere og ledere blant annet vurdere om sykepleierne kan tilbys «fleksibelt arbeid».

Fleksibelt arbeid kan innebære fleksibilitet både på arbeidstid, arbeidssted og arbeidsoppgaver, slik NHS beskriver det i sin guide til hvordan fleksibelt arbeid skal innføres for sykepleiere.

NHS foreslår også at sykefravær som skyldes overgangsalder-relaterte plager, registreres nøye, slik at man får en bedre oversikt over omfanget av problemet og lettere kan tilby nødvendig støtte.

#### **NORSKE SYKEPLEIERE SLUTTER VED 58 ÅR**

Av NSF's 127 944 medlemmer er 22 934 kvinner mellom 45 og 55 år. Det vil si at rundt 18 prosent av medlemsmassen, eller rundt en av fem, er i overgangsalderen.

I Norge er sykepleiere kjent for å pensjonere seg tidligere enn resten av befolkningen. Gjennomsnittet går av ved 58 år. Og en god del jobber frivillig deltid. Tunge vakter som de ikke har helse til å stå i 100 prosent, er noe av årsaken.

Kan det hende at mer tilrettelegging rundt plager i forbindelse med overgangsalderen kunne hjulpet på? Fleksible arbeidstidsordninger, andre arbeidsoppgaver, mulighet for pauser eller reduserte arbeidsdager, slik som NHS i Storbritannia åpner opp for?

#### **FORSKJELL PÅ STORBRIANNIA OG NORGE**

– Norske arbeidstakere har et mye sterkere vern og mer medbestemmelse i arbeidet enn britiske, sier NSF-leder Lill Sverresdatter Larsen.

– Vi har også helt ulike tradisjoner og regler for partssamarbeid på arbeidsplassen. Likestilling mellom kvinner og menn er også veldig ulik, sier hun.

Larsen mener derfor at tiltak som foreslås i Storbritannia, ikke nødvendigvis er riktige eller hensiktsmessige i Norge. Her finnes fra før en rekke bestemmelser og arenaer der tilpasning av arbeidet av ulike årsaker, også i forbindelse med menopause, kan tas opp.

Men hun påpeker at flere tiltak kan trenge.

### **«Mannsdominerte arbeidsplasser som politi og brannvesen har trening inkludert i arbeidstiden sin for å holde seg fysisk sterke og friske.»**

LILL SVERRESDATTER LARSEN,  
FORBUNDSLEDER I NSF

– Når sykepleiere i Norge har en avgangsalder på 58 år i stedet for 65, så sier det seg selv at vi må se på alle mulige tiltak for at sykepleiere kan stå i arbeid lenger.

– Det er klart at når vi snakker om inkluderende arbeidsliv, er også menopausevennlige arbeidsplasser en del av det, fortsetter hun.

Tross alt sier nesten alle sykepleiere at hovedgrunnen til at de slutter eller vurderer å slutte, er at belastningen er for høy.

#### **– FOR LITE FORSKNING**

– Fra før har vi livsfase- og seniorpolitikk, men det er knyttet til alder og ikke nødvendigvis de hormonelle svingningene som kan ha betydning for en del kvinner i

overgangsalderen. Det er for lite forskning på kvinnehelse og utfordringer knyttet til overgangsalder, slår hun fast.

Men Larsen innrømmer samtidig at de i forbundsledelsen må holde tunga rett i munnen når de snakker om dette:

– Vi må ikke få opp igjen de for-dums diskusjonene der kvinner ble beskyldt for å være hysteriske og hormonelle. På den annen side er det en biologisk forskjell mellom kjønnene som ses i et symptombilde knyttet til hormonene.

#### **EN PARAGRAF TIL HJELP**

Sykepleien snakker med forbundslederen dagen etter at hun har holdt et innlegg på kurs for tillitsvalgte i Norsk Sykepleierforbund (NSF). Der børstet hun støv av en sovende paragraf om arbeidsgiveres aktivitets- og redegjøringsplikt, nærmere bestemt paragraf 26 og 26a i likestillings- og diskrimineringsloven:

– Vi foreslår for våre tillitsvalgte at menopausevennlige arbeidsplasser er en type tematikk de kan ta med inn under denne paragrafen, sier Larsen.

– *Er dette en paragraf NSF vil bruke mer aktivt overfor arbeidsgiverforeningene Spekter og KS?*

– Absolutt, aktivitets- og redegjøringsplikten gjelder alle offentlige bedrifter og større private. I tillegg vil vi selvfølgelig henvise til arbeidsmiljøloven, som sier at man skal tilpasse arbeidet til arbeidstakers arbeidsevne.

#### **– HMS TILPASSET MENN**

– *Hvilke tiltak vil dere kreve å få med i en menopausevennlig arbeidsplass?*

– Det må gjøres individuelle samtaler med de personene det gjelder, men vi må også ha en mer åpen diskusjon om hva som skal til

for å kunne stå i jobb og redusere sykefraværet.

– Men en slik samtale bør vel tas med alle ansatte, også menn?

– Absolutt, men diskusjoner rundt helse miljø og sikkerhet er allerede tilpasset menn. HMS handler oftest om mannsdominerte arbeidsplassers utfordringer, slik som akutte skader og beskyttelse mot kjemikalier.

Men Larsen mener vi må diskutere ut ifra hva slags segment av befolkningen som jobber i de ulike sektorene.

– Blant sykepleiere er det 90 prosent kvinner, og de har utfordringer knyttet til både graviditet, amming og overgangsalder, sier hun.

#### **TRENING INKLUDERT I ARBEIDSTIDEN**

Et tiltak Larsen kunne ønsket seg på arbeidsplassene for sykepleiere, er fysisk trening.

– Mannsdominerte arbeidsplasser som politi og brannvesen har trening inkludert i arbeidstiden sin for å holde seg fysisk sterke og friske. En annen ting er at sko og ytterklær ikke er knyttet til sykepleieruniformen, selv om dette er faktorer som absolutt har betydning for helse. Her får igjen de mannsdominerte yrkene mer dekket enn de kvinnesdominerte.

Larsen håper at man kan bli mer åpen om stigmaet rundt overgangsalderens utfordringer.

– Vi har mye sykefravær blant våre medlemmer som nok er relatert til både graviditet, fødsel, amming og overgangsalder, så dette er en diskusjon vi må ta inn mot neste landsmøte. Landsmøtet kan både løfte diskusjonen og få gode vedtak rundt NSF's politikk med en eventuell vektning av også overgangsalderen, sier hun. ●

FAKTA:

### **Britiske anbefalinger til arbeidsgiverne**

Britiske Acas, The Advisory, Conciliation and Arbitration Service, er en uavhengig instans som mottar støtte fra myndighetene og jobber med millioner av ansatte og arbeidsgivere hvert år for å forbedre arbeidsmiljøet.

#### **Acas anbefaler å skape et positivt og åpent miljø på arbeidsplassen rundt overgangsalderen for å forhindre at personen:**

- Mister troen på egne evner og muligheter
- Føler den trenger å sykmelde seg og skjule den egentlige årsaken
- Får økte psykiske plager som stress, angst og depresjon
- Slutter i jobben

#### **Arbeidsgivere bør vurdere hvordan den ansattes rolle og oppgaver kan gjøre symptomene på overgangsalderen vanskeligere å håndtere, for eksempel hvis:**

- De jobber lange vakter
- Ikke kan ta jevnlig toalettpauser
- De har en uniform som kan oppleves ukomfortabel
- Jobben deres ikke har mye fleksibilitet

#### **Tidlige samtaler med de ansatte anbefales, slik at man kan finne løsninger før problemene oppstår. Risikovurdering av en person i overgangsalderen kan innebære å se på:**

- Temperaturen og ventilasjonen på arbeidsplassen
- Materialet og formen på uniformen
- Om det finnes et egnet sted for personalet å hvile på, for eksempel et stillerom
- Om toalettfasiliteter er lett tilgjengelige
- Om kaldt drikkevann er tilgjengelig
- Om ledere har trening i HMS relatert til overgangsalderen



Illustrasjonsfoto: Sergey Novikov / Mostphotos

---

Spekulumet som benyttes i dag, har vært relativt uforandret siden 1800-tallet. En jordmor og en gynekolog i Bodø mente det var på tide med en oppdatering.

# VANT PRIS FOR KVINNEHELSETEKNOLOGI

TEKST **INGVALD BERGSAGEL**

Jordmor Hege Hansen ved kvinneklinikken på Nordlandssykehuset i Bodø så at det var et par ting å ta tak i på hennes fagfelt:

Kalde spekulat av metall, så godt som uforandret i sitt andenebbdesign fra rundt 1850. Fødsler som ble igangsatt med hjelp av kateter utviklet for mannlig anatomi. Opp-læring i vaginale undersøkelser utført uvørent direkte på pasienter.

Og tak, det har hun tatt.

I tett samarbeid med klinikkoverlege og gynekolog Stine Andreassen har Hansen de siste årene bedrevet produktutvikling som blir lagt merke til. Nylig ble de to tildelt Helse Nords innovasjonspris for 2022 for sin innsats med nyskapende kvinnehelseteknologi.

I priskomiteens begrunnelse heter det blant annet at «Andreassen og Hansen har synliggjort på en utmerket måte hvordan helsepersonell kan bidra til å utvikle helsetjenesten slik at pasientene får en bedre opplevelse og enda bedre kvalitet».



**INNOVATØRER:** – Det betyr mye for motivasjonen i det videre arbeidet å få en slik anerkjennelse, sa jordmor Hege Hansen (t.v.) da hun og gynekolog Stine Andreassen ble tildelt Helse Nords innovasjonspris for 2022. Foto: Jan Eskil Severinsen / Helse Nord RHF

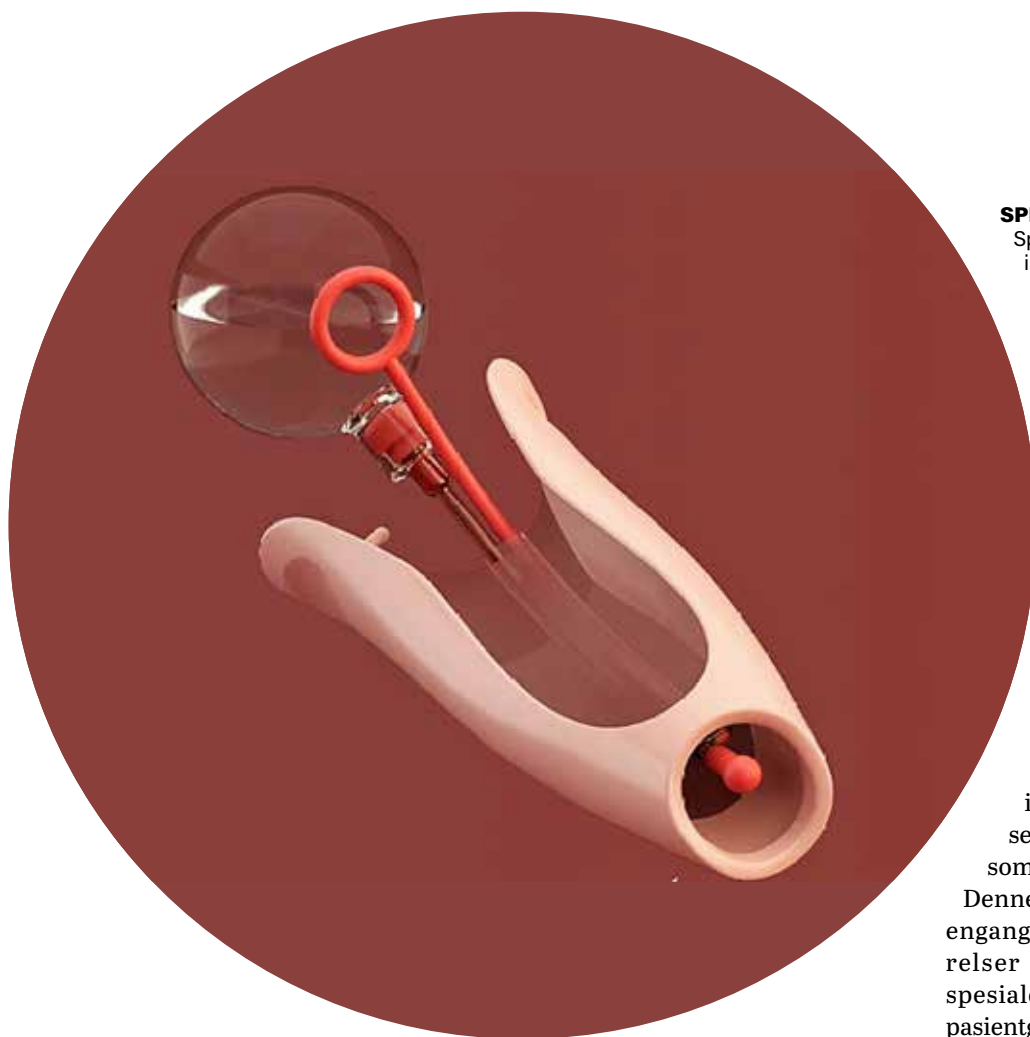
## **SLITESTERK SIMULATOR**

Det er blant annet utviklingen av en slitesterk simulator for vaginale undersøkelser som belønnes med pris.

– I dag blir opplæring gjort direkte

på pasienter, og det tenker vi ikke er greit, sier Hansen til Sykepleien.

– Ofte må undersøkelser utført av studenter, gjentas av mer erfarne jordmødre eller leger for



at resultatene skal kvalitetssikres. Det innebærer at pasienter blir undersøkt dobbelt og ikke alltid like skånsomt.

Ifølge Hansen er simulatorene som finnes i dag, primært beregnet på ulike faser av fødsel og til trening på forløsning.

– Det finnes derimot ingen vel-egnet modell for ferdighetstrening på andre gravide og ikke-gravide kvinner.

Sammen med gynekolog Andreasen har Hansen derfor jobbet med å utvikle en slitesterk simulator med naturtro skjede for realistiske spekulumundersøkelser.

Simulatoren skal gjøre det mulig

## «Dagens spekula er gjerne i metall og kan oppleves som brutale og kalde.»

HEGE HANSEN, JORDMOR

å ferdighetstrene på blant annet undersøkelse av gravide i ulike stadier av fødsel, pudendal smertelindring, innleggelse av ballongkateter i forbindelse med induksjon, innleggelse av spiral og prøvetaking fra livmorhals.

Målet er å redusere uønsket variasjon i kliniske vurderinger, øke trygghet hos behandler, redusere

### **SPECIALDESIGNET:**

Spekulumet til bruk ved induksjon er blant annet designet for å sikre god sikt, arbeidsrom og skånsom innføring. Foto: Eggs design

ubehaget under undersøkelse for pasienten og minske behovet for henvisning til spesialisthelsetjeneste.

### **KALDT OG BRUTALT**

Hansen og Andreasen har også jobbet med en løsning som skal gjøre induksjon – altså igangsettelse av fødsel – mer skånsom og presis for fødekvinner. Denne nyvinningen kombinerer engangsspekulum i ulike størrelser og induksjonskateter spesialdesignet for formålet og pasientgruppen.

– Dagens spekula er gjerne i metall og kan oppleves som brutale og kalde. Katetrene som brukes i dag, er i utgangspunktet utviklet for menn, påpeker Hansen.

– Vi satser på andre materialer og designer kateteret etter kvinners anatomi.

Hansen råder andre sykepleiere som ser udekkede behov og har ideer til løsninger, om i første omgang å ta kontakt med nærmeste leder eller forsknings- og utviklingsavdelingen på sin arbeidsplass, dersom slikt finnes.

– Det er synd om sykepleiere holder sine innovasjonsideer tilbake av frykt for det ukjente og byråkratiet. Du trenger likevel litt pågangsmot og må tåle at ting tar tid. •





Illustrasjonsfoto: Science Photo Library / NTB

## Overgangsalder

**HOVEDBUDSKAP** Hormonerapi i overgangsalderen er helsefremmende for plagede kvinner. Problemet er at mange kvinner ikke har kunnskaper om hormonerapi, men de forbinder bruk av all østrogenbehandling med brystkreftfare og død. I dag vet vi at kvinner som bruker hormonerapi i overgangsalderen, har lavere sykkelighet og dødelighet senere i livet enn kvinner som ikke bruker hormonerapi.

**DOI-NUMMER** 10.4220/Sykepleiens.2023.90860

**NØKKELOD** • Hormonerapi • Kvinnehelse • Gynekologi

Kvinner i overgangsalderen som bruker hormonerapi, får bedre livskvalitet og en stor helsegevinst. Det viser ny forskning.

# Hormonerapi kan trygt brukes i overgangsalderen



HELENA ENGER

Gynekolog, Volvat  
Medisinske Senter, Oslo  
Forfatter av boken  
*Hetetokter & kalde fakta*

Er det farlig å bruke hormonerapi mot overgangsaldersplager? Dere skal få svaret med en gang: Nei, det er det ikke!

Det er helsefremmende å bruke hormonerapi mot overgangsplager så lenge den startes hos friske kvinner under 60 år eller gis til friske kvinner som har hatt sin siste menstruasjon for mindre enn ti år siden (1). Tidsrommet kalles for *window of opportunity* eller «mulighetenes vindu», og det er viktig ikke å gå glipp av denne muligheten for behandling, ved behov (2).


Problemet er at de fleste kvinner ikke vet dette. Mange er redde og forbinder bruk av all østrogenbehandling med brystkreftfare og død. Skepsisen stammer blant annet fra en stor amerikansk studie, The Women's Health Initiative (WHI

(3), som i 2002 gikk ut med midlertidige funn og advarte mot fare for brystkreft, blodpropp og slag ved hormonbehandling.

Etter at forskerne gikk gjennom resultatene på nytt, ble det klart at denne risikoen ikke gjaldt for de yngste kvinnene som var med i studien, de under 60 år. I tillegg har utallige nye studier motbevist påstandene (3).

For eksempel vet vi i dag at kvinner som bruker hormonerapi i overgangsalderen, har lavere sykkelighet og dødelighet senere i livet enn kvinner som ikke bruker hormonerapi. I tillegg er det påvist en bedre livskvalitet uten store overgangsplager (2).

Slik vi vurderer farene i dag, er hormonbehandling kontraindisert ved brystkreft, og ved blodpropp og

A close-up photograph of a woman's arm and hand. She is wearing a white lace-trimmed top. Her right hand is holding a white, rectangular patch and applying it to her left forearm. The background is softly blurred, showing her face and upper body. The lighting is bright and natural, suggesting an indoor setting with a window.

**LAV DOSE:** Ved å gi østrogen gjennom huden unngår vi risikoen for blodpropp og blodtrykksøkning. Illustrasjonsfoto: Andrey Popov / Mostphotos

hjertesykdom bør vi være tilbakeholdne med å anbefale systemiske hormontilskudd.

#### **VIMÅ KJENNE IGJEN SYMPTOMENE PÅ OVERGANGSALDEREN**

Jeg anser en fagartikkel i *Sykepleien* som en god mulighet til å formidle ny kunnskap om hormonbehandling til sykepleiere. Det hevdes at overgangsalderen er det siste tabuet – at den ikke snakkes om og er skambelagt.

Det er på tide å snakke høyt og tydelig om overgangsalderen, for den handler om kvinnehelse. Det foreligger som sagt bedre livskvalitet og en stor helsegevinst ved å bruke hormonterapi mot plager i overgangsalderen.

Det vi må begynne med, er å snakke om å kjenne igjen symptomer på overgangsalderen. De fleste kvinner vet at overgangsalderen inntreffer rundt 52-årsalderen, og at hetetokter, menstruasjonsforstyrrelser og tørre slimhinner i skjeden kan oppleves som problematisk. Symptomene over er kun noen få av de østrogenmangelrelaterte plagene som kvinner kan få.

Andre veldokumenterte plager er søvnvansker, hjertebank, leddsmerter, konsentrasjonsvansker, uro, depresjon, angst, slitenhet, hjernetåke og vektøkning. Slike plager er det viktig at både kvinnene selv og deres behandlere kjenner igjen for å kunne håndtere plagene på best mulig måte (4).

#### **PLAGER AV ØSTROGENMANGEL BØR BEHANDLES**

Misforstå meg ikke. Hormonterapi er ikke en vidundermedisin som hjelper på alt. Vi kan for eksempel ha leddsmerter, hjertebank og oppleve tristhet eller depresjon av andre grunner enn østrogenmangel. Men hvis det er østrogenmangelen som

utløser plagene, vil hormonterapi kunne hjelpe.

Da er det viktig å behandle på denne måten og ikke starte antidepressiv behandling eller gi betennelsesdempende medisin mot leddsmerter når grunnen for plagene er en helt annen og kunne vært løst på en enklere måte, som kanskje også ville hjulpet på andre plager. Budskapet er: Tenk tanken! Kan det være østrogenmangel som ligger bak plagene en kvinne opplever midt i livet?

### **«Det hevdes at overgangsalderen er det siste tabuet.»**

Det er allment kjent blant gynekologer at cirka 30 prosent av kvinnene ikke er plaget av overgangsalderen, at 30 prosent er middels plaget, og at 30 prosent er veldig plaget.

I henhold til retningslinjene til Norsk gynekologisk forening (5) kan hormonterapi forskrives mot overgangsalderssymptomer hos plagede kvinner. Da er det viktig å kjenne igjen plagene behandlingen kan hjelpe på. Vi må også huske at enhver kvinne er unik, også medisinsk sett, og at en eventuell hormonterapi må tilpasses den enkelte i styrke, form og lengde.

#### **HVORFOR BEHANDLER VI IKKE OVERGANGSPLAGER?**

Noen hevder at overgangsalderen er en naturlig tilstand som ikke skal tukles med. Da finnes det i så fall flere naturlige tilstander som vi faktisk velger å tukle med. Naturen hadde i utgangspunktet ikke tenkt at norske kvinner i snitt ville bli 84 år gamle.

Levealderen er økt voldsomt de siste 200 årene etter at

medisinske fremskritt er blitt en del av hverdagen vår. Det betyr at en kvinne som kommer i overgangsalderen rundt 52-årsalderen, vil leve med sin østrogenmangel i omtrent 30 år etter siste menstruasjon.

Vi velger å behandle aldersdiabetes, høyt kolesterol og høyt blodtrykk, for å nevne noen ikke helt unaturlige sykdommer. Felles for disse tilstandene er at de blir vanligere med økende alder og økende vekt. Ganske naturlig, da vi vet at mennesker legger på seg med økende alder i løpet av livet.

Hvorfor skal vi da ikke hjelpe kvinner med overgangsaldersplager til en bedre livskvalitet? Når vi ser at det til og med gir en helsegevinst senere i livet? Er hetetokter, hjertebank, uro, depresjon og leddsmerter mindre alvorlig når det er kvinner midt i livet som blir plaget?

Kvinner er forskjellige – både i graden av plager, men også i nedarvet risiko for sykdom senere i livet. Noen av oss har foreldre som er friske i kropp og i sjel og blir 90 år gamle. Andre har det ikke like lett og kan fortelle om familierelatert sykdom, der både foreldre, onkler og tanter er operert på grunn av trange kar til hjertet, at mange i familien lider av aldersdiabetes, dårlige kolesterolverdier, høyt blodtrykk eller annen sykdom.

#### **VI KAN FORHINDRE NOEN RISIKOFAKTORER FOR SYKDOM**

Noen sykdommer kan være livsstilsrelaterte. Det å trene, spise sunt og prøve å holde vekten er viktig og kan gi svært god uttelling i form av god helse, både i denne fasen og senere i livet.

Trening – gjerne styrketrening, lite alkohol, ikke røyk og vektkontroll er en god start. Og når vi snakker om vekt: Mange kvinner i overgangsalderen forteller at de



**ØSTROGENMANGEL:** Cirka 30 prosent av kvinnene er middels plaget i overgangsalderen, mens 30 prosent er veldig plaget. Illustrasjonsfoto: Zenzeta / Shutterstock / NTB

trener og spiser som før, men likevel går opp i vekt. Det er dessverre veldig vanlig. Ifølge Kreftforeningen er kraftig overvekt forbundet med både sykdom og kreft (6).

Det er både vanskelig og utakknemlig å prøve å gå ned i vekt når vi først har gått opp, men det finnes muligheter for hjelp til å gå ned i vekt. Alle som sliter med vektproblemer, bør prøve å lese informasjonen fra Kreftforeningen (6) for å få råd om vektreduksjon. Fastlegen kan komme med råd om hva slags type vektreduksjon hver enkelt kvinne kan få hjelp med.

Uansett fortjener alle vektplagede som prøver å ta opp kampen mot overvekten, en gullmedalje, for vektreduksjon er både tungt og hardt arbeid.

#### **ALKOHOL GIR STØRRE RISIKO FOR BRYSTKREFT ENN HORMONTERAPI**

Hvorfor er det så viktig å prøve å holde vekten? Jo, både det å bli kraftig overvektig med BMI over 30

### **«Tenk tanken! Kan det være østrogenmangel som ligger bak plagene?»**

og det å ha et høyt alkoholforbruk (4) anses å være farligere for brystkreft-risikoen enn å bruke hormonterapi mot overgangsaldersplager. Angående alkohol er bruk av mer enn ett glass vin daglig vist å øke kreft-risikoen generelt (7).

Og når vi først er inne på risikofaktorer for sykdom, er de største risikofaktorene for brystkreft alder, kjerteltetthet og gener. Disse er vi født med og kan ikke endre. Desto større grunn for å legge til rette for bra forhold for trening, diett og sunt kosthold.

**HORMONTERAPI MOTVIRKER BENTAP OG KAN ØKE LIVSKVALITETEN**  
Benskjørhet den eneste tilstanden

der hormonterapi, eventuelt i tillegg til annen behandling, anbefales for å motvirke bentapet – selv uten overgangsplager. Hormonterapi i overgangsalderen forebygger sykdom senere i livet, men det er ikke en grunn til å gi hormonterapi etter norske retningslinjer (5). Plager i overgangsalderen må være til stede. Da bør man kjenne igjen symptomene.

At kvinner på hormonterapi i overgangsalderen holdt seg friskere senere i livet, kunne vi se allerede i 2002 i WHI-studien (3), om vi bare hadde sett på de yngste studiedeltakerne under 60 år. I denne gruppen kvinner fant de i tillegg økt livskvalitet med bedre søvn, færre hetetokter og bedre seksualfunksjon i tillegg til en reduksjon i hjerte- og karsykdom og diabetes.

Videre forelå det senere i livet færre benskjørhetsrelaterte benbrudd og redusert forekomst av tykktarmskreft. Det ble heller ikke påvist økt dødelighet av brystkreft eller økt samlet kreft-risiko blant de yngste kvinnene (2).

#### **TIDLIGERE NEGATIVE EFFEKTER AV HORMONTERAPI VAR MISVISENDE**

Men denne informasjonen druknet i støyen fra studiens skremmende resultater om brystkreft, blodpropp og slag, som ble funnet i resultatene fra den eldre kvinnegruppen.

Det er viktig at kvinner vet at målet med WHI-studien (3) var å undersøke hvorvidt hormonterapi hadde en positiv effekt på hjerte- og karsykdom og benskjørhet, og det hadde den. For å finne ut av dette inviterte forskerne kvinner mellom 50 og 80 år til å være med i studien. Det ble ikke spurt om hvem som hadde hetetokter, eller hadde tatt hormonterapi tidligere. Preparatene som ble gitt, var andre enn de som blir anbefalt i dag. Alle fikk samme



dose, og snittalderen på kvinnene i studien var 63 år.

I dag får ingen kvinne på 63 år hormonterapi ved ønske dersom hennes siste menstruasjon ligger lenger tilbake enn ti år. Da er det for sent å starte opp behandling siden mengden åreforkalkning anses å være for stor. «Mulighetenes vindu» er passert. Nettopp det at hormonterapien startet for sent, er et av kritikkpunktene i forbindelse med WHI-studien. Den har likevel gitt oss mye viktig informasjon, spesielt om langtidsfunn etter hormonbehandling.

#### **I DAG VET VI MER OM HORMONPREPARATER**

I tillegg vet vi i dag hvilke preparater som har de beste bivirkningsprofilene, og den internasjonale anbefalingen om hormonterapi mot overgangsaldersplager er østrogeten østradiol med et gestagentillegg av typen mikronisert progesteron eller dydrogesteron for alle som ikke har operert bort livmoren (2, 4). Med denne kombinasjonen er det i en stor studie fra Frankrike ikke påvist økt brystkreftfare de første fem til sju-åtte årene av behandlingen (8).

Østradiol og mikronisert progesteron er begge såkalt bioidentiske, det vil si helt like det østrogeten eller progesteronet som dannes i eggstokkene våre. Ved bruk av disse preparatene eller østradiol og dydrogesteron kan risikoen for brystkreft reduseres ytterligere (2, 4). Husk at det ikke er økt samlet dødelighet verken av brystkreft eller annen kreft ved bruk av hormonterapi.

I tillegg forebygger hormonterapi åreforkalkning, hjerte- og kar-sykdom, benskjørhet, demens, urinveisinfeksjon samt demper leddplager og har ofte en positiv effekt på både søvn og humør (4).

#### **DAGENS BEHANDLING SKREDDERSYS**

Hvor lenge kan en kvinne bruke hormonterapi mot sine plager? I dag foreligger det faglig enighet om at det er kvinnens livskvalitet som bestemmer hvor lenge hun bruker hormonterapi, så lenge hun ikke har fått alvorlig sykdom som forbyr hormonterapi, som for eksempel kreft i livmorhulen eller brystet (9).

Valget skal være informert, det vil si at kvinnen skal opplyses om fordeler og ulemper og bestemme sammen med legen hva hun ønsker videre. Genazzani og medarbeidere (9) anbefaler at man tar opp spørsmålet til vurdering med fem års mellomrom. Videre bør preparater vurderes kontinuerlig og de sikreste preparatene forskrives og gis i så lav dose som mulig, men så høy som nødvendig for å gi god effekt mot kvinnens plager (9).

### **«De største risikofaktorene for brystkreft er alder, kjerteltetthet og gener.»**

Om vi velger å gi østrogeten gjennom huden, unngår vi risikoen for blodpropp og blodtrykksøkning. I tillegg kan vi gi en dose som er lavere enn om preparatet gis i tablettform (10).

Det betyr at behandlingen skreddersys for hver enkelt kvinne. Hvor høy dose trengs? I hvilken form? Og hvor lenge? Angående dosen titreres det ofte fra lav dose til høyere, og subjektiv symptomfrihet hos kvinnen regnes som riktig dose. Dette gjelder for kvinner som kommer i overgangsalderen til vanlig tidspunkt mellom 45- og 55-årsalderen.

#### **HVORDAN NÅR VI UT MED DET POSITIVE BUDSKAPET?**

Forskningen er entydig positiv, men hvordan når vi ut med budskapet om at hormonterapi til kvinner med overgangsaldersplager er helsefremmende og ikke farlig?

Jeg tenker at kunnskap er makt, og om vi klarer å dele denne kunnskapen – ikke bare med alle kvinner, men også med alle sykepleiere, leger og medier – så er vi kommet et godt stykke videre. Overgangsalderen blir mindre skremmende om kvinner vet at plagene kan behandles (1). Til slutt har jeg en oppfordring til sykepleiere i samtale med pasienter: Fokuser på hvordan de subjektivt beskriver sine plager, og del denne kunnskapen.

Det handler om kvinnehelse! •

*Forfatteren oppgir ingen interessekonflikter.*

#### **REFERANSER**

1. Enger H. Hetetokter og kalde fakta. 1. utg. Oslo: Frisk forlag; 2020.
2. Eriksen EF, Moen MH, Iversen OE. Østrogeten i menopause – på tide å endre anbefalingene? Tidsskr Nor Legeforen. 2018;138(6). DOI: 10.4045/tidsskr.17.1059
3. Rossouw JE, Anderson GL, Prentice RL, LaCroix AZ, Kooperberg C, Stefanic ML, et al. Risks and benefits of estrogen plus progestin in healthy postmenopausal women: principal results from the Women's Health Initiative randomized controlled trial. JAMA. 2002;288(3):321–33. DOI: 10.1001/jama.288.3.321
4. Baber R, Panay N, Fenton A. 2016 IMS Recommendations on women's midlife health and menopause hormone therapy. Climacteric. 2016;19(2):109–50. DOI: 10.3109/13697137.2015.1129166
5. Øverli I, Ullern Å-M, Johansen N. Overgangsalder (menopause). Veileder. Oslo: Norsk gynekologisk forening; 2021. Tilgjengelig fra: <https://www.legeforeningen.no/foreningsledd/fagmed/norsk-gynekologisk-forening/veiledere/veileder-i-gynekologi/overgangsalder-menopause/> (nedlastet 06.12.2022).
6. Kreftforeningen. Overvekt og kreft. Oslo: Kreftforeningen; u.å. Tilgjengelig fra: <https://kreftforeningen.no/forebygging/overvekt-og-kreft/> (nedlastet 06.12.2022).
7. Kreftforeningen. Forebygging alkohol og kreft. Oslo: Kreftforeningen; u.å. Tilgjengelig fra: <https://kreftforeningen.no/forebygging/alkohol-og-kreft/> (nedlastet 06.12.2022).
8. Fournier A, Berrino F, Clavel-Chapelon F. Unequal risks for breast cancer associated with different hormone replacement therapies: results from the E3N cohort study. Breast Cancer Res Treat. 2008;107(1):103–11. DOI: 10.1007/s10549-007-9523-x
9. Genazzani AR, Monteleone P, Giannini A, Simoncini T. Hormone therapy in the postmenopausal years: considering benefits and risks in clinical practice. Hum Reprod Update. 2021;27(6):1115–50. DOI: 10.1093/humupd/dmab026
10. Mueck A. Postmenopausal hormone replacement therapy and cardiovascular disease: the value of transdermal estradiol and micronized progesterone. Climacteric. 2012;15(suppl1):11–7. DOI: 10.3109/13697137.2012.669624

ANNONSE



Made in Norway

# Erland Care Protective Skin

- Hudvennlig silikon
- Svært tynn og lett
- Superabsorberende
- Vanntett

Godkjent for refusjon av Helfo ved Stomi og EB

En multifunksjonell bandasje  
designet for optimal sårheling.

# Erland Care Protective Skin

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

Ny størrelse!  
Spesialdesignet  
for bruk  
etter operasjon,  
som feks.  
keisersnitt.



Global Health  
Technology



Illustrasjonsfoto: Bengt Olsson / Mostphotos

## Lavterskeltilbud

I Sverige styrer jordmødre egne helsesentre som gir råd og hjelp til kvinner i alle aldre. Tilbudet er gratis og lett tilgjengelig i hele landet.

# KVINNER FRA 15 TIL 101 ÅR GÅR TIL JORDMOR

TEKST ANN-MARI GREGERSEN FOTO ALF OVE HANSEN

Vår eldste pasient er født i 1922. Hun kommer innom to ganger i året nå for å skifte prolapsring.

Det forteller jordmor Anette Lycke på Barnmorskemottagningen, et jordmordrevet helsesenter for kvinner i Ängelholm kommune i Skåne sør i Sverige.

– Den yngste har vært 15 år. Vi har et tilbud for alle, sier kollega Tina Andersson.

De har begge rundt 30 år bak seg i jordmoryrket, de fleste på kvinnehelsesenteret i Skåne.

Sverige har 662 slike offentlige sentre spredt ut over hele landet. De håndterer ikke bare svangerskap, fødsel, barsel og underliv, men også

familieforhold og den generelle helsen.

Dette imponerer lederen for det norske Jordmorforbundet NSF, Hanne Charlotte Schjelderup.

– Sverige ligger 20 år foran Norge, da de utnytter jordmødres spesialkompetanse på en god måte, sier hun.

– Det er helheten i kvinnens liv satt

Barnmorskemottagning

← BVC Väntrum

Sjukgymnastik  
Arbetssterapi



**KVINNERS HELSE  
GJENNOM LIVET:**

Anette Lycke, Lena Månsson og Tina Andersson tar imot kvinner hver dag på Ångelholm barnmorskemottagning, et jordmorstyrt helsesenter.



opp mot helseaspektet. De ser hele kvinnen, og setter inn tiltak tidlig og styrker det friske i kvinnelivet.

Det er en god fordeling av ressurser. Legene tar seg av de syke, mens jordmødrene tar seg av de friske, og det er generelt et godt tverrfaglig samarbeid, mener Schjelderup.

Senteret i Ängelholm har en egen satsing på overgangsalder. Anette Lycke er spesielt engasjert i dette.

– Kvinner i overgangsalderen er friske, men de har mange symptomer som behandles medisinsk. Er du deprimert, blir du medisinerert. Sliter du med søvn, blir du medisinerert. Hvis du i det hele tatt blir tatt på alvor av leger. Få ser symptomene i sammenheng og at de kan skyldes klimakteriet. Derfor startet vi med foredrag om overgangsalder seks ganger i året hos oss, sier Lycke.

### **GODE, SVENSKES TILSTANDER**

En liten historietime er viktig for å forstå dagens svenske suksess.

På 1700-tallet ble de første profesjonelle jordmødrene utdannet. I 1819 bestemte staten seg for å betale utdanning for alle, slik at alle sokn i landet skulle ha en utdannet jordmor. Det sikret bedre hjemmefødsler, og mot slutten av århundret var det en markant nedgang i mødre- og barnedødelighet. Senere så en at jordmødre også kunne gjøre nytte under selve graviditeten.

– Rundt 1930 begynte utviklingen for alvor mot jordmorsentrene slik vi kjenner dem i dag, forteller president Eva Nordlund i det svenske jordmorforbundet, Barnmorskeforbundet.

– Jordmødre tok allerede på 1940-tallet ansvaret for familieplanlegging, graviditetsovervåkning og suksessivt også for kompliserte graviditeter i samarbeid med legene.

Det var fremdeles en liten andel hjemmefødsler, men de minsket i

FAKTA:

## **Sverige i tall**

- Sverige har utdannet jordmødre siden 1700-tallet.
- Barnmorskeforbundet ble grunnlagt i 1886.
- Fagbladet «Jordmodern» kom ut første gang i 1888.
- Det er 662 offentlige jordmorsentre, som kalles barnmorskemottagningar på svensk, samt mange private.
- Antall aktive jordmødre er rundt 6400, ifølge det svenske fagforbundet. Men en vet ikke hvor mange som faktisk jobber i yrket. Mange jobber som sykepleiere. I Norge har vi om lag 3000 yrkesaktive jordmødre.
- De har tolv universitet og høyskoler som utdanner jordmødre. To i Stockholm, Göteborg, Lund, Umeå. Borås, Falun, Linköping, Skövde, Kalmar, Västerås og Uppsala. I Norge har vi jordmorfag på fem utdanningssteder.
- Det er jordmormangel i alle Sveriges 21 regioner.
- Sverige har 10,2 millioner innbyggere. Norge har 5,4.

(Kilder: barnmorskeforbundet.se, ssb.no, utdanning.no og 1177.se)



**LITEN KOMMUNE:** Ängelholm har «bare» drøyt 23 000 innbyggere, men har et bredt tilbud for kvinner i alle aldre og er foregangskommune innen overgangsaldertilbud.

antall. Etter hvert får jordmødrene også fullt ut ansvaret for prevensjon, fra å skrive ut p-piller til å sette inn hormonspiral.

– I 2011 ble det fritt helsevalg i

Skåne, som har 1,3 millioner innbyggere. Kvinner kan nå velge det jordmorsenteret de vil, uansett hvor de bor. Private tilbud fins også, med samme krav som de offentlige, sier Lycke.

Kravet er at det skal være fast jordmor og at senteret er åpent minst 20 timer i uka.

– Vi har for eksempel fire jordmødre, en helsefagarbeider, åpent mandager til klokken 19 og andre hverdager til 16, forteller Lycke.

Alle sentrene skal tilby:

- fødselsforberedende kurs
- foreldrekurs med ammeinformasjon
- prevensjonsrådgivning
- celleprøvetaking
- tester for og behandling av kjønnsykdommer

– Så kan man også tilby klimakterierådgivning og henvisning til psykolog og sexolog, forteller Lycke.

#### LIVETS HØST, ELLER VÅR?

Nå har jordmødrene på Ängelholm laget brosjyrer om overgangsalderen som skal spres i nærområdet, som blant annet omfatter Helsingborg med 100 000 innbyggere 30 minutter unna.

– Faktisk har flere leger sagt at de gjerne vil komme. Det er jo bra. For vi trenger bedre kunnskap hos alle. Vi kan jo starte med å se mer mot Asia, der de kaller overgangsalderen for livets andre vår. Og ikke livets høst, sier Tina Andersson med en smil.

Men det er mye alvor – og arbeid – som ligger bak. Anette Lycke forsker også på emnet.

– Egentlig er mye av kvinnehelse oversett. Trolig fordi alt er så normalt. Det er normalt å føde barn, normalt å ha smerter når en har mens, klimakteriet er så normalt. Det er likevel plagsomt, forringer livskvalitet og påvirker jobb og samliv. Vi forteller hva som skjer i kroppen. Har du kunnskap, er det lettere å akseptere det og dermed få det bedre. Mange setter også pris på at vi tar oss god tid, og at det er gratis å komme, sier Lycke.

Eva Nordlund ønsker at jordmødre får en enda sterkere og tydeligere rolle og tror neste steg er helsehjelp for godt voksne kvinner i hele Sverige.

– Hvorfor ikke ha et fast «senere i livet»-besøk etter samme mal som barseloppfølging? Der vi tilbyr en samtale til kvinner som har fylt 50 år og sjekker hvordan de har det? Om de har mens eller ikke, plages med inkontinens, eller hvordan det kjennes i underlivet?



Foto: Elisabeth Ulbe

### «Hvorfor ikke ha et fast «senere i livet»-besøk etter samme mal som barseloppfølging?»

EVA NORDLUND,  
PRESIDENT I  
BARNMORSKEFORBUNDET

#### SPØR OM VOLD I FAMILIEN

Graviditetskontroller står fremdeles for 75 prosent av hverdagen til jordmødrene. En frisk kvinne med et normalt svangerskap treffer ikke en lege, verken før fødsel eller ved oppfølging. Det har likevel vært store endringer i hvordan de følger opp den gravide og hvor tett de går inn på livet hennes.

– For 20 år siden gikk det mer på det medisinske. Nå er det også fokus på helse og det psykososiale, forteller enhetssjef og jordmor Lena



**SPRER INFORMASJON:** Jordmødrene på Ängelholm vil spre mer informasjon om overgangsalderen til folk i Skåne.

Månsson i Barnmorskemottagningarna Helsingborg/Ängelholm.

#### FORNØYD MED Å VELGE FØDESTED

Det har Amanda Persson fått erfare. 33-åringen venter sitt første barn, etter seks års venting og ett IVF-forsøk.

– Da de spurte meg om jeg opplever vold og trusler i forholdet mitt, ble jeg først forbauset. Ingen har spurt meg om det før. Men det er bra! Du er i en trygg atmosfære, og jordmødre kan fange opp mange som ikke har det bra.

Persson er generelt fornøyd, hun kan også velge hvilket sykehus hun vil føde på. I Skåne er det seks sykehus innen 100 kilometers radius. Mange, som Persson, foretrekker Helsingborg da en får enerom der.

– Det er også flott at en kan velge jordmorsenter selv. Så er det også fint å vite at en kan få råd senere i



**VIL MER:** De gjør mer enn i Norge, men ser stadig fremover. Jordmor Anette Lycke ønsker også å kunne skrive ut hormonpreparat til overgangsalderen eller lokalvirkende østrogenpreparat.

livet, også. Jeg fikk forresten tatt celleprøve her, så alt er virkelig ivaretatt.

### **MENER JORDMØDRENE KAN BIDRA MER**

Som ansatt i region Skåne er jordmødrene også ute i distriktene på ulike helsestasjoner for ungdom og familier en til to dager i uken. Dette da mange ikke har førerkort, eller det er for langt til jordmorsentrene. De ser likevel forbedringspotensial i systemet.

– Vi har samme lokaler som legesenteret, men ikke samme sjef og ikke samme journalsystem. Så går en kvinne på legesenteret til en lege der, ser ikke legen hva vi har gjort. Vi har ellers vår egen lege på senteret, sier Anette Lycke.

De mener de kunne bidratt enda mer, som å skrive ut hormonpreparat til overgangsalderen eller lokalvirkende østrogenpreparat.

– Vi kan kvinnehelse. Ingen ser flere underliv og slimhinner enn oss. Halve befolkningen er kvinner. 70 prosent får det vanskelig i overgangsalderen, og 30 prosent trenger behandling. Nå må vi henvise videre. Når det gynekologiske tilbudet i tillegg reduseres mange steder, kunne vi virkelig gjort en forskjell. Vi gjør jo en leges eller en lett utgave av en gynekologs jobb hver dag, sier hun.

### **– TUNGVINT I NORGE**

Skal vi få satt dette i et liknende system i Norge, mener Hanne Charlotte Schjelderup at vi må ha et større samarbeid med helsemyndighetene og legene. For jordmødre ønsker et godt samarbeid. For det er ikke nødvendig at norske kvinner skal til fastlege for generell kvinnehelseundersøkelse hvis kvinner heller ønsker å bruke jordmor.

– Vi er godt utdannet fra fødsel til

overgangsalder. Nå er det tungvint, uhensiktsmessig og kan også utgjøre en risiko for kvinnen når en jordmor finner noe patologisk ved en underlivsundersøkelse. Hun må henvise til fastlege, som så henviser til gynekolog. Hadde vi hatt henvisningsrett og ikke bare henvisningsplikt, kunne dette vært gjort raskere og bedre for kvinnen. Og det ville blitt billi-



**«Hadde vi hatt henvisningsrett og ikke bare henvisningsplikt, kunne dette vært gjort raskere og bedre for kvinnen. Og det ville blitt billigere for samfunnet.»**

HANNE CHARLOTTE  
SCHJELDERUP, LEDER FOR  
JORDMORFORBUNDET NSF

gere for samfunnet. Dette har vi tatt opp med Helsedirektoratet gjentatte ganger, sier Schjelderup.

### **ØKONOMISKE INTERESSER I DET NORSKE SYSTEMET**

Schjelderup mener vi stamper i gamle, uheldige rollemønstre som er utdatert og ikke møter befolkningens behov for helsehjelp på rett nivå. Gynekologer får ikke refusjon

når henvisning kommer fra jordmor. Leger får penger for å sette inn spiral.

– Vi har altså et system der legen får takst for ulike undersøkelser, mens jordmødrene ikke får det. Vi ser sterk motstand hos samarbeidende profesjoner som har økonomiske interesser i gravide hver gang de sier noe om vår jordmor-kompetanse og hva vi kan tilby av helsehjelp til befolkningen. Det er merkelig i 2023. Vi trenger en utvikling slik at kvinner kan få rask og god helsehjelp som er et lavterskeltilbud.

Hun sier også at jordmødre som er i praksis under sin videreutdanning hos leger, har meldt om at de har fått følgende beskjed: «Du kan øve på å sette spiral her når du utdannes, men ute i den virkelige verden er det jeg som lege som skal gjøre det».

– Men jeg registrerte for kort tid siden at presidenten i Legeforeningen sa at fastlegekrisen gjør at en må se på hva annet helsepersonell kan gjøre minst like godt som legene.

### **LANG VENTETID PÅ HENVISNING**

Schjelderup understreker at det selvsagt er mange flinke fastleger med interesse for svangerskap og kvinnehelse.

– Likevel møter norske kvinner leger som ikke ønsker å utføre underlivsundersøkelser, og henviser kvinner videre til spesialisthelsetjenesten som har svært lang ventetid. Kvinnehelse er jo jordmødres spesialfelt, og det må jo være et mål å bruke mer av oss som er spesialutdannet på feltet og at helsehjelpen er rettet mot befolkningens behov.

I teorien kan man allerede i dag, selv om man ikke er gravid, velge å henvende seg til en jordmortjeneste i kommunen for å ta en underlivsundersøkelse, eller for prevensjon, helsesjekk eller familieplanlegging. ►





**TORS DAG:** Amanda Persson har timer på en fast ukedag hos jordmor Anette Lycke, noe hun sier hennes gravidhjerne er glad for. Her har hun fått alt fra praktiske råd til å ha fått tatt celleprøve.

– Utfordringen er at det er under 600 jordmorårsverk i norske kommuner, og årlig er det 56 000 kvinner som føder. Så vi trenger også å utdanne flere jordmødre og beholde dem i jordmorarbeid om vi skal få til et liknende system som i Sverige.

#### **SVENSKE RÅD**

Hvilke råd har svenskene til oss? President Eva Nordlund i det svenske forbundet tror at dersom Norge skal lykkes i å ta igjen Sverige, må det til en tydelig retning fra statlig hold.

– Det må være en vilje fra statlige myndigheter som organiserer helse og omsorg. Det er jo bare å se til andre land. Våre sentre har fungert siden 1940-tallet og utvider stadig

sitt felt innen kvinnehelse. Og alle kvinner i Sverige bruker oss. Det er bra både for folkehelsen og hele samfunnet.

#### **VELGER BORT KVINNER**

Anette Lycke og Tina Andersson er ikke i tvil om at jordmødre er viktig for kvinner, uansett alder, av mange grunner. Det er ikke et fastlegesystem i Sverige, du er tilknyttet et legesenter og kan i prinsippet få en ny lege hver gang.

– Vi vet også at noen leger ikke vil snakke om overgangsalder eller sier de ikke vil ta underlivsundersøkelser. Tenk at de kan få lov til å velge bort halvparten av befolkningen for at de synes noe er ubehagelig. Svenske

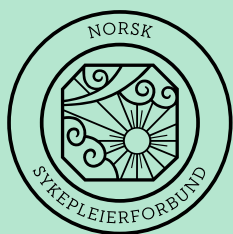
leger er etter min mening også mest opptatt av det syke, å medisinere, sier Tina Andersson.

Jordmødrene er stabile holddepunkter for mange. Selv når noen pasienter flytter, velger de likevel å kjøre en time ekstra for å beholde sin jordmor.

– Jeg har fulgt en kvinne gjennom fire svangerskap, der det ene nesten endte galt for både mor og barn. Nå gir jeg henne råd om klimakteriet. Du kommer veldig tett på, sier Anette Lycke.

Tina Andersson opplever også at hun får høre de nære historiene hver gang hun sier hun er jordmor.

– Kvinner åpner seg opp. Det er rett og slett magisk! •



# Norsk Sykepleierforbunds landsmøte 2023

Landsmøtet arrangeres 6.–10. november  
på Clarion Hotel & Congress Oslo Airport

**Landsmøtet bestemmer hvilke saker  
Norsk Sykepleierforbund skal jobbe  
med og for de neste fire årene.**

## Hva skjer og når?

Helsepolitisk dag starter 6. november kl. 12.00.  
Landsmøtet åpnes offisielt kl. 16.00 samme dag.  
Forhandlingene starter 7. november kl. 08.30.

## Hvordan foreslå saker til landsmøtet?

I våre vedtekter står følgende:  
*Prinsipielle saker som vedrører organisasjonens funksjon, arbeidsform og struktur skal behandles på landsmøtet. Medlemmer som ønsker å fremme saker til landsmøtet, skal fremsende disse gjennom sitt fylkeskontor. Sakene må være forbundsstyret i hende minst 6 måneder før landsmøtets åpning. Sakene skal være begrunnet/utredet. (§ 8 D)*

Du må sende saken til ditt fylkeskontor innen **14. april 2023**. I notatet skal du forklare og begrunne saken, og skrive et forslag til vedtak.

Fylkeskontorene sender saksforslagene videre til NSF's hovedkontor innen **28. april 2023**. Fylkeskontoret sender sakene via e-post til: [lm23@nsf.no](mailto:lm23@nsf.no)

Generalsekretæren legger innsendte saker fram for forbundsstyret, som behandler sakene og forbereder dem for landsmøtet.

## Hvilke verv velges på landsmøtet?

Landsmøtet velger:

- forbundsleder
- nestleder
- 2. nestleder
- 6 forbundsstyremedlemmer

- 6 varamedlemmer til forbundsstyret
- leder av kontrollutvalget
- 3 medlemmer til kontrollutvalget
- 4 varamedlemmer til kontrollutvalget
- leder av rådet for sykepleieetikk
- 8 medlemmer til rådet for sykepleieetikk
- leder av nominasjonskomiteen
- 6 medlemmer til nominasjonskomiteen
- 6 varamedlemmer til nominasjonskomiteen

## Hvordan foreslå kandidater?

I våre vedtekter står følgende:  
*Forslag til kandidater fra fylkesstyrene, faggruppene, Rådet for sykepleieetikk, Kontrollutvalget og enkeltmedlemmer skal være registrert i den elektroniske løsningen senest 2 måneder før landsmøtet åpnes. Forslagene skal være begrunnet. Kandidater som foreslås, godkjennes når villighetserklæringen er mottatt i den elektroniske løsningen. (§ 12 C)*

En elektronisk løsning for å foreslå valgkandidater vil bli tilgjengelig på våre nettsider i løpet av mars.

Frist for å foreslå kandidater er **4. september 2023**.

I forslaget må du skrive hvorfor du mener kandidaten vil egne seg i vervet. Kandidater som foreslås bør være spurt om de er villig til å tre inn i aktuelt verv. Etter at du har sendt inn forslaget vil vedkommende få en e-post om at de er foreslått til verv og at de må gå inn og akseptere.

Endelig oversikt over kandidater blir presentert på nettsiden.

## Vil du vite mer?

Du kan lese mer om landsmøtet på [www.nsf.no](http://www.nsf.no).

*Rune Hallingstad*  
generalsekretær  
Norsk Sykepleierforbund



## Migrasjonshelse

**HOVEDBUDSKAP** Eldre kvinner som er født i Afrika, Asia og Sør-Amerika og bosatt i Norden, ser ut til å skåre dårligere på mange helseindikatorer sammenliknet med innvandrer menn og majoritetsbefolkningen for øvrig. Forskjellene er knyttet til helseproblemer som angst, depresjon, diabetes, multimorbiditet og stillesittende livsstil. Forskjellene resulterer i dårligere rapportert livskvalitet. Lavere deltakelse i kreftscreening-programmer er også et særtrekk blant innvandrerkvinner.

**DOI-NUMMER** 10.4220/Sykepleiens.2023.91013

**NØKKEWORD** • Innvandrer • Kvinnehelse • Eldre

De har mer angst, depresjon og diabetes. Sykepleiere må være oppmerksom på innvandrerkvinnenes utfordringer.

# Eldre innvandrerkvinner har dårligere helse enn resten av befolkningen



**JONAS DEBESAY**

Professor, Fakultet for helsevitenskap, Institutt for sykepleie og helsefremmende arbeid, OsloMet – storbyuniversitetet



**LINE NORTVEDT**

Førsteamanuensis, Fakultet for helsevitenskap, Institutt for sykepleie og helsefremmende arbeid, OsloMet – storbyuniversitetet



**BIRGITTA LANGHAMMER**

Professor, Fakultet for helsevitenskap, Institutt for rehabiliteringsvitenskap og helse teknologi

Innvandrerbefolkningen har økt betydelig og utgjør en stor andel av befolkningen i Norden.

Andelen varierer fra 7,1 prosent i Finland til 12,3 prosent i Danmark, 16,2 prosent i Norge, 17,9 prosent på Island og 19,5 prosent i Sverige (1). Som følge av lavere sosioøkonomisk bakgrunn har innvandrere flere helseproblemer enn resten av befolkningen, og de har utfordringer med tilgang på helsetjenester (2). I tillegg er innvandrernes samlede forbruk av ulike former for helsetjenester lavere enn i befolkningen for øvrig (3).

Et tydelig mønster i litteraturen om sosiale ulikheter er kjønnsforskjeller i helse. For eksempel er røyking mer vanlig blant menn, mens fedme er mer vanlig blant kvinner (4). Sykepleiere har en profesjonell forpliktelse til å begrense uønsket ulikhet og fremme sosial rettferdighet i helsevesenet (5).

Derfor er det et stort behov for mer kunnskap om sosiale ulikheter og helse i innvandrerbefolkningen, men særlig blant de dårligst stilte, slik som eldre innvandrerkvinner fra Asia, Afrika og Sør-Amerika. ▶





**MER UTSATT:** Kjønn, sosial status og etnisitet kan til sammen forklare negative effekter på innvandrerkvinner helse. Illustrasjonsfoto: Science Photo Library / NTB



Denne artikkelen bygger på en litteraturgjennomgang av kvalitative og kvantitative studier. Hensikten med den systematiske litteraturgjennomgangen var å identifisere og oppsummere forskning om helse-tilstand og effekten av sosiale ulikheter hos eldre innvandrerkvinner i nordiske land. Vi ønsket å undersøke forskning som omhandler helsestatus blant eldre innvandrerkvinner, og i hvilken grad sosiale ulikheter påvirker kvinners helse.

#### **STUDIENE DEKKET ULIKE HELSESPØRSMÅL**

Søket etter empiriske kilder om helsestatus og sosial ulikhet blant innvandrerkvinner i Norden resulterte i ti kvantitative primærstudier. Disse var tverrsnitts- eller kohortstudier. I tillegg fant vi fire kvalitative primærstudier, hvorav en fokusgruppestudie og tre en-til-en-intervjuer. Studiene stammer fra Sverige, Danmark, Norge og Finland.

Enkelte av studiene omhandlet kun eldre innvandrerkvinner, mens andre studier omtalte informasjon om kvinnehelse i større befolkningsutvalg. De kvantitative studiene inkluderte oftere eldre innvandrerkvinner som subgruppe i et bredere utvalg av befolkningen, slik at man kan sammenlikne med andre aldersgrupper, kjønn og landbakgrunn.

De kvantitative studiene i litteraturgjennomgangen undersøkte sosiale og økonomiske konsekvenser for helse ved å sammenlikne innvandrerkvinner helseatferd med enten majoritetsbefolkningen i vertslandet eller menn.

Studiene dekket ulike helse-spørsmål og trakk i varierende grad inn sosiale eller økonomiske variabler, ofte med søkelys på de største innvandrergruppene i de respektive nordiske landene og med majoritetsbefolkningen som referansegruppe.

Ulikhetene gjenspeiles blant annet i forskjellene mellom innvanderes selvrapporterte sykdomsbyrde. En studie av tyrkiskfødte innvandrere (6) som tar utgangspunkt i den svenske levekårsundersøkelsen, fant en signifikant forskjell i selvrapportert helse (SRH) sammenliknet med den øvrige svenske befolkningen.

#### **ELDRE TYRKISKE KVINNER HADDE STØRRE RISIKO FOR SMERTER**

Høy alder blant tyrkiske kvinner var forbundet med økt risiko for sterke smerter, angst, søvnproblemer, lavere utdanning og arbeidsledighet. Tyrkiskfødte menn viste også høyere risiko for angst, søvnproblemer og sterke smerter sammenliknet med de svenske kontrollpersonene, men i mindre grad enn de tyrkiske kvinnene (6).

### **«Det er et stort behov for mer kunnskap om sosiale ulikheter og helse i innvandrerbefolkningen.»**

I tillegg viste en annen svensk studie at assyriske og syriskfødte rapporterte om dårligere helse enn den generelle svenske befolkningen (7). Assyriske og syriskfødte respondenter med type 2-diabetes hadde signifikant høyere odds for å rapportere dårligere SRH enn svenskfødte respondenter. Oddsene var høyest for assyriske eller syriske kvinner (7).

I en annen spørreskjemabasert studie (8) fant forskerne at en tredel av 120 pakistanske kvinner med type 2-diabetes i Oslo rapporterte om dårlig helse. En høyere andel hadde under ti års utdanning. Flertallet oppga at de trengte hjelp til å forstå

medisinske opplysninger skrevet på norsk. Utvalget i studien besto av to tredeler kvinner i alderen 51–80 år (8).

En sammenlikning av helsestatus i en finsk studie mellom finskfødte (n = 128) og somaliske flyktninger (n = 128) i alderen 50–80 år indikerte lavere selvrapportert helsetilstand og livskvalitet blant de somaliske respondentene (9).

Studien rapporterer at angst- og depresjonsnivået var betydelig høyere blant eldre somaliere enn blant finnene, og at somaliske kvinner rapporterte om langt dårligere psykisk helse enn sine mannlige kolleger. Forfatterne fant ingen kjønnsforskjeller i den finske gruppen (9).

#### **IRANSKFØDTE KVINNER HADDE HØYERE BMI**

I en svensk studie av eldre iranskfødte innvandrere (10) ble det meldt om liknende funn. Iranere rapporterte om dårligere helse relatert livskvalitet (HRQL) enn svensker. HRQL hos iranere ble ikke redusert med botid i Sverige. Samtidig viste studien at HRQL økte med botid for iranske kvinner, men ikke for menn (10).

Botid og multimorbiditet blant innvandrere ble også vurdert i en norsk studie (11). Forfatterne fant at multimorbiditeten var signifikant høyere blant flyktninger ved ankomst til Norge, men multimorbiditeten økte også raskt, særlig for kvinnelige arbeidsinnvandrere.

Høyere forekomst av risikofaktorer for hjerte- og karsykdom hos innvandrere, kombinert med andre sentrale forskjeller i helse, har ført til økt søkelys på innvandrergruppers stillesittende livsstil og fysiske aktivitet (12, 13). En befolkningsbasert svensk studie (12) viste at eldre iranskfødte kvinner hadde

signifikant høyere kroppsmasseindeks (BMI).

Forfatterne fant ingen signifikante forskjeller i BMI mellom svenske menn og svenske kvinner eller iranske menn. Videre tyder studier (13) på at innvandrerkvinner, inkludert dem fra arabisktalende land og andre ikke-europeiske land, hadde signifikant høyere odds for å ha stillesittende fritid enn kvinner og menn født i Sverige (13).

#### **ELDRE INNVANDRERKVINNER MØTER SJELDNERE TIL MAMMOGRAFI**

De nordiske landene tilbyr organisert mammografiscreening, vanligvis med høyt oppmøte. Trenden med lavere oppmøte blant innvandrere har derfor vært et tema i studier av innvandrerkvinner (14, 15). En stor kohortstudie (n = 84 489) (14) viste at eldre, ikke-vestlige kvinner i alderen 60 til 64 år deltar minst i det danske mammografiscreeningprogrammet.

I en studie fra Norge (15) var deltagelsen i brystkreftscreening lavest blant innvandrere på tvers av sosio-demografiske faktorer, som lavere inntekt, arbeidsledighet og under ti års utdanning.

Sammenliknet med norskfødte kvinner var det å være fra andre deler av Vest-Europa, Øst-Afrika og Asia signifikant assosiert med lavere deltakelse, men deltagelsen økte med lengre opphold i Norge. Mer enn 33 prosent av studieutvalget besto av kvinner i aldersgruppen 55 til 69 år (15).

De kvalitative studiene i denne oversikten dreide seg om innvandrerkvinner sine erfaringer med sosial ulikhet og helse i hverdagen. Lav leseferdighet, lavere inntekt eller kulturell tro var fremtredende kjennetegn ved innvandrerkvinner sine erfaringer med helse og velvære.

Den danske studien (16) som

undersøkte eldre innvandrerkvinner sine erfaringer med å delta i mammografiscreening, beskriver kvinnenes synspunkter på brystkreftscreening. Kvinnene oppfattet ikke risikoen for brystkreft som verre enn for andre typer kreft, diabetes, smittsomme sykdommer, hjerte- og karsykdommer eller psykiske problemer, som også var vanlige i deres lokalsamfunn.

Fokusgruppene, som besto av innvandrere fra Somalia, Tyrkia, Pakistan og arabiske land, hadde lavere utdanningsnivå og sysselsetting, og bare noen få hadde deltatt på mammografiscreeningprogrammer (16).

### **«Somaliske kvinner rapporterte om langt dårligere psykisk helse enn sine mannlige kolleger.»**

En annen intervjustudie (17), som besto av 29 eldre innvandrere som bor i Sverige, beskrev kvinners grenseoverskridende forpliktelser og konkurrerende hverdagsprioriteringer som hindre for å delta i mammografiscreening.

#### **INNVANDRERKVINNENE OPPLEVDE Å HA LITE TID TIL EGENOMSORG**

Kampen med å sikre økonomisk hjelp til pårørende i utlandet og problemer i hverdagen ga lite tid til egenomsorg og prioritering av blant annet mammografiscreening. Det var mer presserende å forsøke å etablere et sosialt liv i Danmark og samtidig hjelpe pårørende i fødelandet som led av pågående krig og fattigdom (17).

En studie (18) av eldre iranske

innvandrere i Sverige viste hvordan det å bo i et nytt land påvirket deres oppfatninger av helse og velvære. Kvinnene opplevde vanskeligheter med å etablere sosiale relasjoner når de verken snakket vertslandets språk eller hadde venner på sin egen alder.

Begrenset aktivitet på grunn av språkbarrierer førte til et smalere sosialt nettverk. Omgangskretsen besto hovedsakelig av pårørende. Selv om deltakerne beskrev seg selv som sunne, klaget de over diffuse smerter, magesmerter, hodepine og søvnløshet (18).

Ulike idealer om helse og uhelse ser også ut til å påvirke innvandrerkvinner sine behov og mulighet for å søke helsehjelp. Til tross for erfaringer med redusert trivsel på grunn av et dårligere sosialt liv, manglende følelse av mening og fysiske lidelser vurderer mange eldre kvinner at en positiv holdning kunne kurere sykdommene deres (19).

#### **ELDRE KVINNER ER GENERELT MER UTSATT**

Hensikten med denne systematiske litteraturgjennomgangen var å belyse faktorer knyttet til helseforskjeller som følge av sosiale ulikheter blant innvandrerkvinner. Utenfor Norden har den negative påvirkningen av sosiale ulikheter på kvinnehelse vært kjent lenge (4). Eldre kvinner har større sannsynlighet for å oppleve generelle helseproblemer, inkludert arbeidsrelatert stress, diskriminering og fysiske farer (20).

Kjønn, sosial status og etnisitet kan derfor til sammen forklare negative effekter på helsestatus (21). Å være sosialt stigmatisert i kraft av å være kvinne, eldre, innvandrer og ha lavere sosioøkonomisk status til sammen (22) er nettopp det vår gjennomgang antyder kan bidra til økt sykdom og helseproblemer blant innvandrerkvinner i Norden. ►

Til forskjell fra våre funn har andre studier tidligere vist en relativ helsefordel og enda høyere forventet levealder for innvandrere generelt, noe som vitner om en *healthy migrant effect* (23). Likevel ser disse fordelene ofte ut til å forsvinne med akkulturasjon og dårligere sosioøkonomisk status senere i livet (24).

Det er også en indikasjon på at innvandrernes helsefordeler er mer fremtredende når det gjelder dødelighet enn sykkelighet (23).

#### SYKEPLEIERE MÅ VÆRE BEVISST

Videre fant forskerne i en studie av forventet levealder i seks europeiske land at dødelighetsmønstrene på tvers av innvandrerbefolkningene var heterogene og varierte på tvers av kjønn, aldersgruppe og destinasjonsland (25).

## «Kvinnene oppfattet ikke risikoen for brystkreft som verre enn for andre typer kreft.»

Til tross for økt bevissthet og innvandrersats de siste tiårene for å redusere virkningen av sosiale ulikheter på helse i Europa, inkludert de nordiske landene, har ulikhetene vedvart (4, 7, 26). Videre, som denne gjennomgangen viser, har få studier utforsket spørsmålet om sosiale ulikheter og helsetjenester med søkelys på innvandrerbefolkninger i Norden.

Enda færre har undersøkt eldre innvandrerkvinner (27). For å ivareta sykepleierens plikt til å sikre rettferdighet og sosial rettferdighet må sykepleierne være oppmerksomme på eldre innvandrerkvinner sine mulige økonomiske og helsemessige ulemper og redusert tilgang til helsetjenester.

Studiene som vi har identifisert i denne litteraturovergangen, tyder på at eldre innvandrerkvinner i Norden har dårligere helse og mindre tilgang til helsetjenester enn majoritetsbefolkningen og menn generelt.

Denne artikkelen viser at helsetjenester og helsestatus for innvandrerkvinner ser ut til å være knyttet til deres sosioøkonomiske status, noe som betyr at de er mest utsatt for uhelse. Dette kan derfor sette sykepleierens faglige forpliktelse til å overholde rettferdighet og sosial rettferdighet i helsevesenet i fare. ●

*Forfatterne oppgir ingen interessekonflikter.*

#### REFERANSER

1. Eurostat. Migration and migrant population statistics 2021. Tilgjengelig fra: [https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Migration\\_and\\_migrant\\_population\\_statistics#Migrant\\_population\\_23\\_million\\_non-EU\\_citizens\\_living\\_in\\_the\\_EU\\_on\\_1\\_January\\_2020](https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Migration_and_migrant_population_statistics#Migrant_population_23_million_non-EU_citizens_living_in_the_EU_on_1_January_2020) (nedlastet 03.01.2023).
2. Debesay J, Tschudi-Madsen C. Migrasjonens betydning for profesjonsutøvelse i helsetjenesten. I: Debesay J, Tschudi-Madsen C, red. Migrasjon, helse og profesjon. Oslo: Gyldendal; 2018. s. 11–21.
3. Debesay J, Arora S, Bergland A. Migrants' consumption of healthcare services in Norway: Inclusionary and exclusionary structures and practices. *Inclusive Consumption* 2019. s. 63–78.
4. Mackenbach JP, Stirbu I, Roskam A-JR, Schaap MM, Menvielle G, Leinsalu M, et al. Socioeconomic inequalities in health in 22 European countries. *N Engl J Med*. 2008;358(23):2468–81. DOI: 10.1056/NEJMs0707519
5. Massey P, Durrheim D. Income inequality and health status: a nursing issue. *Australian Journal of Advanced Nursing*. 2007;25(2):84–8.
6. Steiner KH, Johansson SE, Sundquist J, Wandell PE. Self-reported anxiety, sleeping problems and pain among Turkish-born immigrants in Sweden. *Ethnicity & Health*. 2007;12(4):363–79. DOI: 10.1080/13557850701300673
7. Taloyan M, Wajngot A, Johansson SE, Tovi J, Sundquist J. Poor self-rated health in adult patients with type 2 diabetes in the town of Sodertälje: A cross-sectional study. *Scand J Prim Health Care*. 2010;28(4):216–20. DOI: 10.3109/00016349.2010.501223
8. Abuelmagd W, Hakonsen H, Mahmood KQ, Taghizadeh N, Toverud EL. Living with diabetes: personal interviews with Pakistani women in Norway. *J Immigr Minor Health*. 2018;20(4):848–53. DOI: 10.1007/s10903-017-0622-4
9. Molsa M, Punamaki RL, Saarni SI, Tiilikainen M, Kuittinen S, Honkasalo ML. Mental and somatic health and pre- and post-migration factors among older Somali refugees in Finland. *Transcult Psychiatry*. 2014;51(4):499–525. DOI: 10.1177/136346151426630
10. Koochek A, Montazeri A, Johansson SE, Sundquist J. Health-related quality of life and migration: a cross-sectional study on elderly Iranians in

Sweden. *Health Qual Life Outcomes*. 2007;5:60. DOI: 10.1186/1477-7525-5-60

11. Diaz E, Kumar BN, Gimeno-Feliu LA, Calderon-Larranaga A, Poblador-Pou B, Prados-Torres A. Multimorbidity among registered immigrants in Norway: the role of reason for migration and length of stay. *Trop Med Int Health*. 2015;20(12):1805–14. DOI: 10.1111/tmi.12615
12. Koochek A, Johansson SE, Kocturk TO, Sundquist J, Sundquist K. Physical activity and body mass index in elderly Iranians in Sweden: a population-based study. *Eur J Clin Nutr*. 2008;62(11):1326–32. DOI: 10.1038/sj.ejcn.1602851
13. Lindstrom M, Sundquist J. Immigration and leisure-time physical inactivity: a population-based study. *Ethn Health*. 2001;6(2):77–85. DOI: 10.1080/13557850120068405
14. Kristiansen M, Thorsted BL, Krasnik A, Von Euler-Chelpin M. Participation in mammography screening among migrants and non-migrants in Denmark. *Acta Oncologica*. 2012;51(1):28–36. DOI: 10.3109/0284186X.2011.626447
15. Le M, Hofvind S, Tsuruda K, Braaten T, Bhargava S. Lower attendance rates in BreastScreen Norway among immigrants across all levels of socio-demographic factors: a population-based study. *Journal of Public Health*. 2019;27(2):229–40. DOI: 10.1007/s10389-018-0937-1
16. Kristiansen M, Lue-Kessing L, Mygind A, Razum O, Norredam M. Migration from low- to high-risk countries: a qualitative study of perceived risk of breast cancer and the influence on participation in mammography screening among migrant women in Denmark. *Eur J Cancer Care (Engl)*. 2014;23(2):206–13. DOI: 10.1111/ecc.12100
17. Kessing LL, Norredam M, Kverndad AB, Mygind A, Kristiansen M. Contextualising migrants' health behaviour – a qualitative study of transnational ties and their implications for participation in mammography screening. *BMC Public Health*. 2013;13:10. DOI: 10.1186/1471-2458-13-431
18. Emami A, Ekman S. Living in a foreign country in old age: life in Sweden as experienced by elderly Iranian immigrants. *Health Care in Later Life*. 1998;3(3):183–98.
19. Emami A, Tishelman C. Reflections on cancer in the context of women's health: focus group discussions with Iranian immigrant women in Sweden. *Women Health*. 2004;39(4):75–96. DOI: 10.1300/J013v39n04\_05
20. Payne S, Doyal L. Older women, work and health. *Occup Med (Lond)*. 2010;60(3):172–7. DOI: 10.1093/occmed/kqq030
21. Rosenfield S. Triple jeopardy? Mental health at the intersection of gender, race, and class. *Soc Sci Med*. 2012;74(11):1791–801. DOI: 10.1016/j.socscimed.2011.11.010
22. Chappell NL, Havens B. Old and female: Testing the double jeopardy hypothesis. *The Sociological Quarterly*. 1980;21(2):157–71.
23. Vang ZM, Sigouin J, Flenon A, Gagnon A. Are immigrants healthier than native-born Canadians? A systematic review of the healthy immigrant effect in Canada. *Ethn Health*. 2017;22(3):209–41. DOI: 10.1080/13557858.2016.1246518
24. Biddle N, Kennedy S, McDonald JT. Health assimilation patterns amongst Australian immigrants. *The Economic Record*. 2007;83(260):16–30. DOI: 10.1111/j.1475-4932.2007.00373.x
25. Ikram UZ, Mackenbach JP, Harding S, Rey G, Bhopal RS, Regidor E, et al. All-cause and cause-specific mortality of different migrant populations in Europe. *Eur J Epidemiol*. 2016;31(7):655–65. DOI: 10.1007/s10654-015-0083-9
26. Kravdal H. Widening educational differences in cancer survival in Norway. *Eur J Public Health*. 2014;24(2):270–5. DOI: 10.1093/eurpub/ckt082
27. Morville A-L, Erlandsson L-K. Methodological challenges when doing research that includes ethnic minorities: a scoping review. *Scand J Occup Ther*. 2016;23(6):405–15. DOI: 10.1080/11038128.2016.1203458

## FLERE ELDRE KVINNER HAR DEMENS

Tall fra 2020 viser at 16 prosent av kvinner over 70 år har demens. Tilsvarende tall for menn er 13.

Funn i en doktorgradsavhandling fra NTNU i 2015 viser at østrogentilskudd kan redusere risikoen for demens hos kvinner.

Et utvalg på 80 kvinner som hadde brukt østrogentilskudd gjennom overgangsalderen, ble sammenliknet med 80 kvinner som aldri hadde brukt østrogentilskudd.

– Østrogentilskudd kan ha en positiv effekt mot demens hvis kvinnene starter tidlig nok med behandlingen, sier Carl Pintzka, lege og doktorgradsstipendiat ved NTNU, til bladet Gemini.

MR-bilder av hjernen til kvinnene viste at de som hadde tatt østrogentilskudd gjennom hele overgangsalderen, hadde en større hippocampus. Hippocampus ligger i en av de mest sentrale strukturene for hukommelse og stedsans og blir tidlig rammet ved Alzheimers sykdom.

Alzheimers sykdom er den hyppigste årsaken til demens, 60 prosent.

Det er beregnet at 101000 personer har demens i Norge i 2020. Det har blitt estimert at antallet vil øke til 235000 i år 2050 og til 380000 i år 2100.

Kilde: Neurobiology of Aging/SSB/Gemini

## HOFTEBRUDD RAMMER SÆRLIG KVINNER

Hoftebrudd er den mest alvorlige følgen av osteoporose. Cirka 9000 personer opplever dette hvert år. 70 prosent av dem er kvinner.

Også håndleddsbrudd og ryggvirvelbrudd er ofte en følge av osteoporose. Kvinner rammes betydelig oftere enn menn.

Oslokvinner ligger på verdenstoppen i antall hoftebrudd, viser tall fra 2001. Antallet hoftebrudd har sunket noe de siste 20 årene. De fleste brudd skjer på gulvet inne. Årsaken til «verdensrekorden» er i stor grad ukjent.

Kilde: FHI

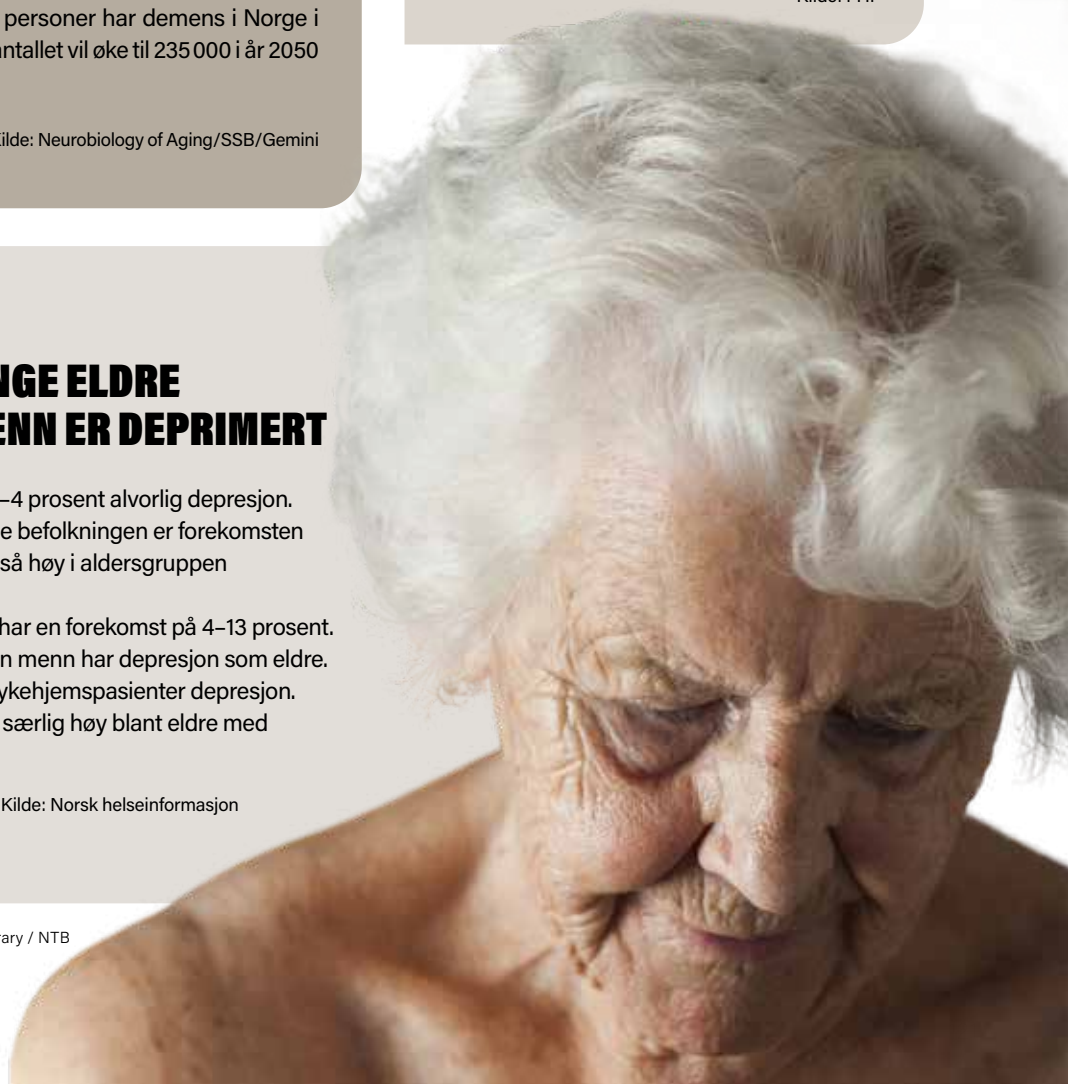
## DOBBELT SÅ MANGE ELDRE KVINNER ENN MENN ER DEPRIMERT

I den eldre befolkningen har 1–4 prosent alvorlig depresjon. Sammenliknet med den øvrige befolkningen er forekomsten av alvorlig depresjon dobbelt så høy i aldersgruppen 70–85 år.

Mindre alvorlige depresjoner har en forekomst på 4–13 prosent. Dobbelt så mange kvinner enn menn har depresjon som eldre.

I Norge har 32 prosent av sykehjemspasienter depresjon. Forekomsten av depresjon er særlig høy blant eldre med demens.

Kilde: Norsk helseinformasjon





 @VESTFOLD\_HUDAKADEMI

# VESTFOLD HUDAKADEMI

WWW.VESTFOLDHUDAKADEMI.NO

INFO@VESTFOLDHUDAKADEMI.NO

+47 951 00 442 / 944 48 465



SØK NÅ



## VITAMIN INFUSJON

### 'COCKTAILBLANDING'

- En spennende modul integrert i Kosmetisk Sykepleie Utdanningen
- Sikret maximum absorpsjon av vitaminer
- Forbedrer immunforsvaret
- Øker energi og velvære
- Styrker hud og struktur
- Administrasjon av IV C & IM B og protokoller med hudbehandlinger

## KOSMETISK SYKEPLEIE

Internasjonal utdanning for helsepersonell

Spesialisering og godkjenning via ITEC, VTCT, EQF og OfQual

Fyller gapet mellom tradisjonell hudpleie og hudlege med fokus på problemhud, hudforbedring og kosmetiske behandlinger

Fleksibelt deltidsstudie (6-24 mdr) med teori på nett og praksis oppmøte

"Fast-track" studiemuligheter i Storbritania

Dobbel diplom tildeles etter eksamen

Finansiering tilgjengelig



**Høgskolen i Molde**  
Vitenskapelig høgskole i logistikk

# Behov for FAGLIG PÅFYLL?

Har du en bachelorgrad i sykepleie/vernepleie eller tilsvarende, så kan du søke opptak til en rekke master- og videreutdanninger ved HiMolde.

## MASTER- OG VIDEREUTDANNINGER

- Master i helse- og sosialfag
- Master i avansert klinisk allmennsykepleie
- Master i helsesykepleie (Nytt)
- Erfaringsbasert master i helselogistikk
- Master i helseledelse (Samarbeid med NTNU og HiVolda)
- Videreutdanning Ledelse i helse- og sosialtjenesten
- Videreutdanning i trygg legemiddelhåndtering



**SØKNADSRIST 15. APRIL**

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



# Nå ut internasjonalt med forskningen!

Forskningsartikler i Sykepleien Forskning leses blant annet i Australia, Japan, India, Brasil, Tyrkia, USA og Tyskland – praktisk talt i hele verden!

Vi oversetter alle forskningsartiklene til engelsk hos et profesjonelt byrå for at du skal nå ut med forskningen din.

**SEND INN DIN ARTIKKEL**

Les mer i forfatterveiledningen:  
[sykepleien.no/forfatterveiledning](http://sykepleien.no/forfatterveiledning)



**Sykepleien**  
F • O • R • S • K • N • I • N • G



# Sykepleier - ønsker du fleksibilitet og nye eventyr?

---

Vi har jobb til deg som er sykepleier i hele Norge. Hos oss får du fleksibilitet, og kan påvirke både hvor og når du vil jobbe. Vi gir deg god lønn, sommerbonus, sign-on-fee før 1. mars, pensjon, sykepenger samt dekker reise og bolig. Du vil følges opp av en sykepleier som ordner det praktiske.

Vi er en trygg arbeidsgiver med spesialkompetanse på helsebemanning. Dedicare er Norges største bemanningsbyrå innen helse.



[www.dedicare.no/nurse](http://www.dedicare.no/nurse)  
+47 74 80 40 70  
[nurse@dedicare.no](mailto:nurse@dedicare.no)

**DEDICARE**