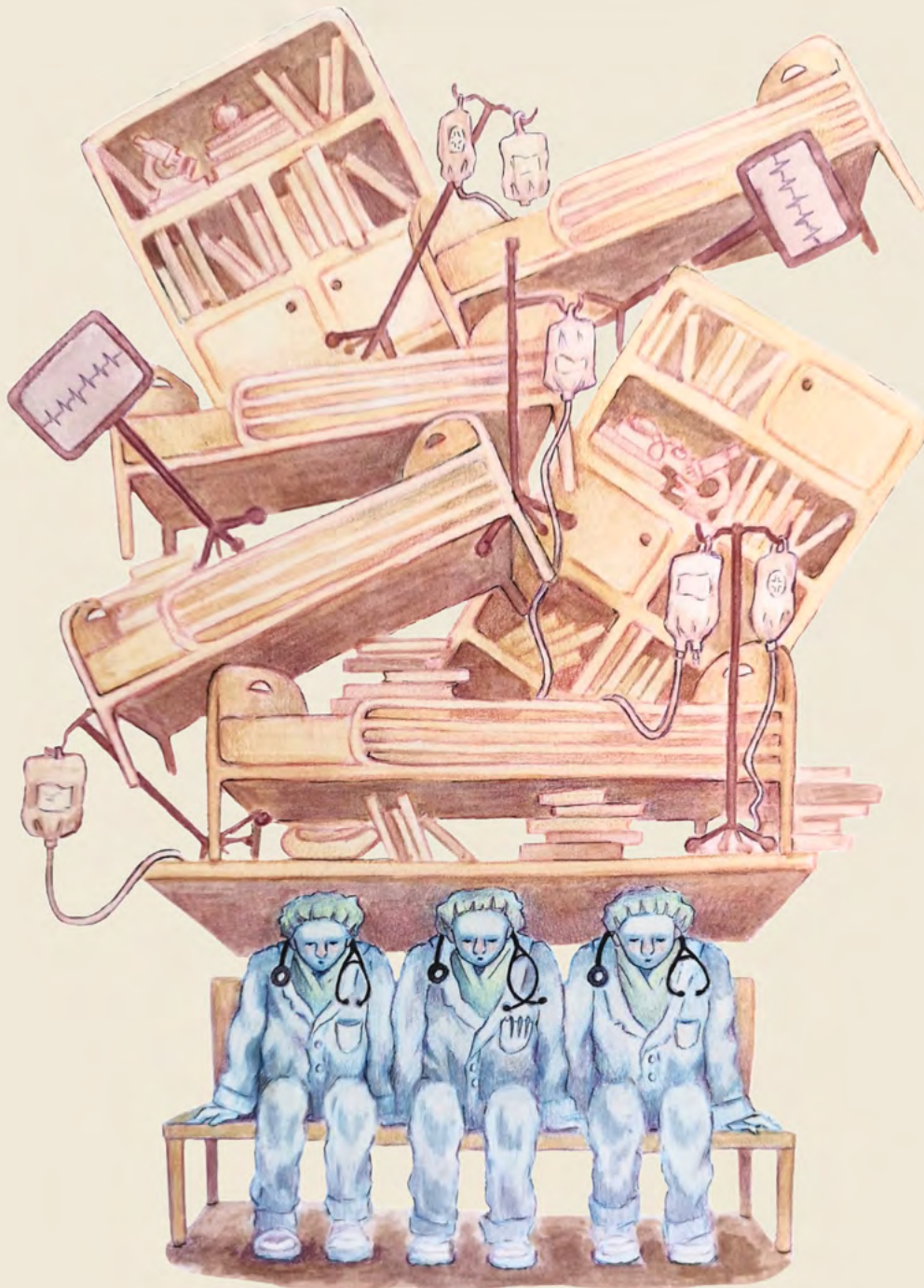



# æsculap

MAGASIN FOR MEDISINSTUDENTER OG LEGER SIDEN 1920





ÆSCULAP  
MED-studieinfo  
Pb 1018, Blindern  
0315 Oslo  
Bankgiro 5005 05 4870  
www.aesculap.no  
opplag: 2200  
issn: 0803-3846

## Redaksjonen

REDAKTØR: Sarvani Mahalingam, +4745957854 • [redaktor.aesculap@gmail.com](mailto:redaktor.aesculap@gmail.com)  
REDAKSJONSSJEF: Kristine Brunvand, +4794867570 • [redaksjonssjef.aesculap@medisinstudent.no](mailto:redaksjonssjef.aesculap@medisinstudent.no)  
GRAFISK UTFORMING: Martin Elvegaard, +4790803652 • [elvegaardm@gmail.com](mailto:elvegaardm@gmail.com)  
SKRIBENTER: Tallak Lyngset, Silje Akselberg Iversen, Samsam Sharif, Kamalpreet Kaur, Ine Vik, Hanne Christine Myklebust Øverbø, Andrea Dalgard, Iver Lars Håvard Koppen, Ola Selnes, Magdalena, Solveig Robertsen, Julia Langnes

## Lokalkontakter

NASJONALT: Aladdin Boukaddour • [aladdin.boukaddour@medisinstudent.no](mailto:aladdin.boukaddour@medisinstudent.no)

REDAKSJONEN AVSLUTTET: 20. mars 2022

FOR- OG BAKSIDE-ILLUSTRASJON: Mia Emilie Andersen Reinen

TRYKK: 07-gruppen

ABONNEMENT: Kr 200,- per år. Kontakt [anita.fagersand@legeforeningen.no](mailto:anita.fagersand@legeforeningen.no)

UTGITT AV: Norsk medisinstudentforening (Nmf)

ADRESSEENDRINGER: Meldes til Legeforeningen på [medlem@legeforeningen.no](mailto:medlem@legeforeningen.no)

ANNONSERE? Kontakt redaktørene, [redaktor.aesculap@gmail.com](mailto:redaktor.aesculap@gmail.com)

SKRIVE? Skriv gjerne til Æsculap. Send teksten til vår e-postadresse.

ETTERTRYKK: Tillatt ved kildeangivelse.

# æsculap

MAGASIN FOR MEDISINSTUDENTER OG LEGER SIDEN 1920



# 01 HVIT FRAKK

## INNHold

04	Hvem er Æsculap?
06	Leder
10	Profiler
14	Kampen om LIS – Helene Vågenes
18	LIS 1: Elise Marie Søsnes
20	Spesialisten: Anja Døssland Holstad
24	Utdanne leger som ikke drar nord for Sinsenkrysset?
26	Omskjæring – et fremdeles fryktet problem
28	Tegneserie
34	Papirløse immigranter – dagens helsetilbud uten penger og papirer
38	Kan eldrebølgen møtes uten en ny skattebølge?
40	En legehverdag på flytende klinikker i Kambodsja
46	Innsikt fra utland – pedagogisk tilnærming eller diktatur?
50	Utenom pensum
52	Anmeldelse – Beyond the White Coat
54	Forskningsnytt
56	In Memoriam
60	Kryssord, quiz, sudoku

# HVEM ER ÆSCULAP?

## Redaksjon



**Sarvani Mahalingam**  
Redaktør



**Kristine Brunvand**  
Redaksjonssjef



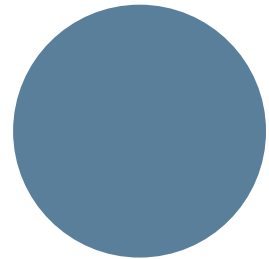
**Neera Kuganesen**  
Økonomiansvarlig



**Abinaya Balakumar**  
Sekretær Oslo



**Martin Elvegaard**  
Layoutansvarlig



**Magdalena Robertsen**  
Æsculap-ansvarlig Tromsø

## Spaltister



**Sagal J. Ali**  
Quiz-ansvarlig



**Embla Fimland**  
Tegneserieskaper

## Skribenter



**Tallak Lyngset**  
Skribent



**Silje Akselberg Iversen**  
Skribent



**Samsam Sharif**  
Skribent



**Kamalpreet Kaur**  
Skribent



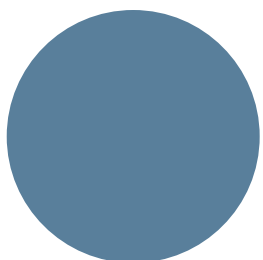
**Ine Vik**  
Skribent



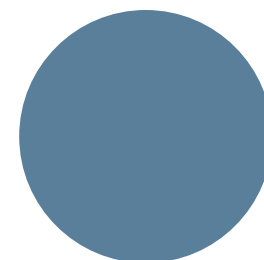
**Hanne Christine Øverbø**  
Skribent



**Andrea Dalgard**  
Skribent



**Iver Lars Håvard Koppen**  
Skribent



**Ola Selnes**  
Skribent

## Illustratører



**Mia Emilie Andersen Reinen**  
Illustratør



**Victoria Dontsova**  
Illustratør



**Lea Taraldsrud Dormagen**  
Illustratør

# LENGE LEVE DEN HVITE FRAKKEN!

Det er en kjensgjerning at den hvite frakken nærmest er ensbetydende med lege. Som legestudenter har vi alltid ventet på den dagen vi endelig får ta den på. Først da kan man kjenne legefølelsen blomstre: en følelse av stolthet og glede over å ha oppnådd noe. Når man først har blitt lege symboliserer frakken tillit, profesjonalitet, og ikke minst håp for pasientene. Til tross for at den har blitt anklaget for å være en smittebærer, eksisterer den fortsatt på norske sykehus i all sin prakt. Den er altså uten tvil mer enn et klesplagg.

Som fremtidige leger kommer vi til å ta mange viktige avgjørelser som preger pasientenes liv og helse. Sammen med frakken, tar vi også på ansvaret en lege har overfor en pasient. Veivalgene vi tar beskytter ikke bare pasienten, men også samfunnet. Ansvaret for en god folkehelse ligger i våre hender, noe pandemien vitner til. Akkurat som at jurister bærer den sorte rettskappen, bærer vi den hvite frakken som pasientenes advokater. Bevisstheten rundt vår rolle i samfunnet er dermed viktig å kjenne til som medisinstudenter.

Med andre ord er det krevende å være legestudent. I tillegg til en tøff utdanning har vi alle sammen en tendens til å sjonglere med mange baller i luften samtidig. Gjennom det seksårige studieforløpet tilegner vi oss mye kunnskap på kort tid. Mange av oss har også deltidsjobber for å skaffe oss tilstrekkelig erfaring på si. Noen vil kanskje pynte CV-en ekstra godt med mange verv. Slik har det blitt i dag. Dagens ordning rundt LIS-stillinger krever at vi konkurrerer med våre medstudenter. Vi starter LIS-kampen lenge før vi skal søke LIS.

Når jeg først har nevnt LIS-kampen, er det også viktig å påpeke utfordringene som norske medisinstudenter i utlandet støter på. I skrivende stund har KBU-saken blitt en ny kjernesak. Den krever at norske medisinstudenter i Danmark må gjennomføre klinisk basisutdanning (KBU) for å få fullverdig autorisasjon. Noen kaller det også for dobbeltturnus, siden KBU er ganske sammenfallende med LIS1. Dette er både unødvendig og tungvint, mener flere.



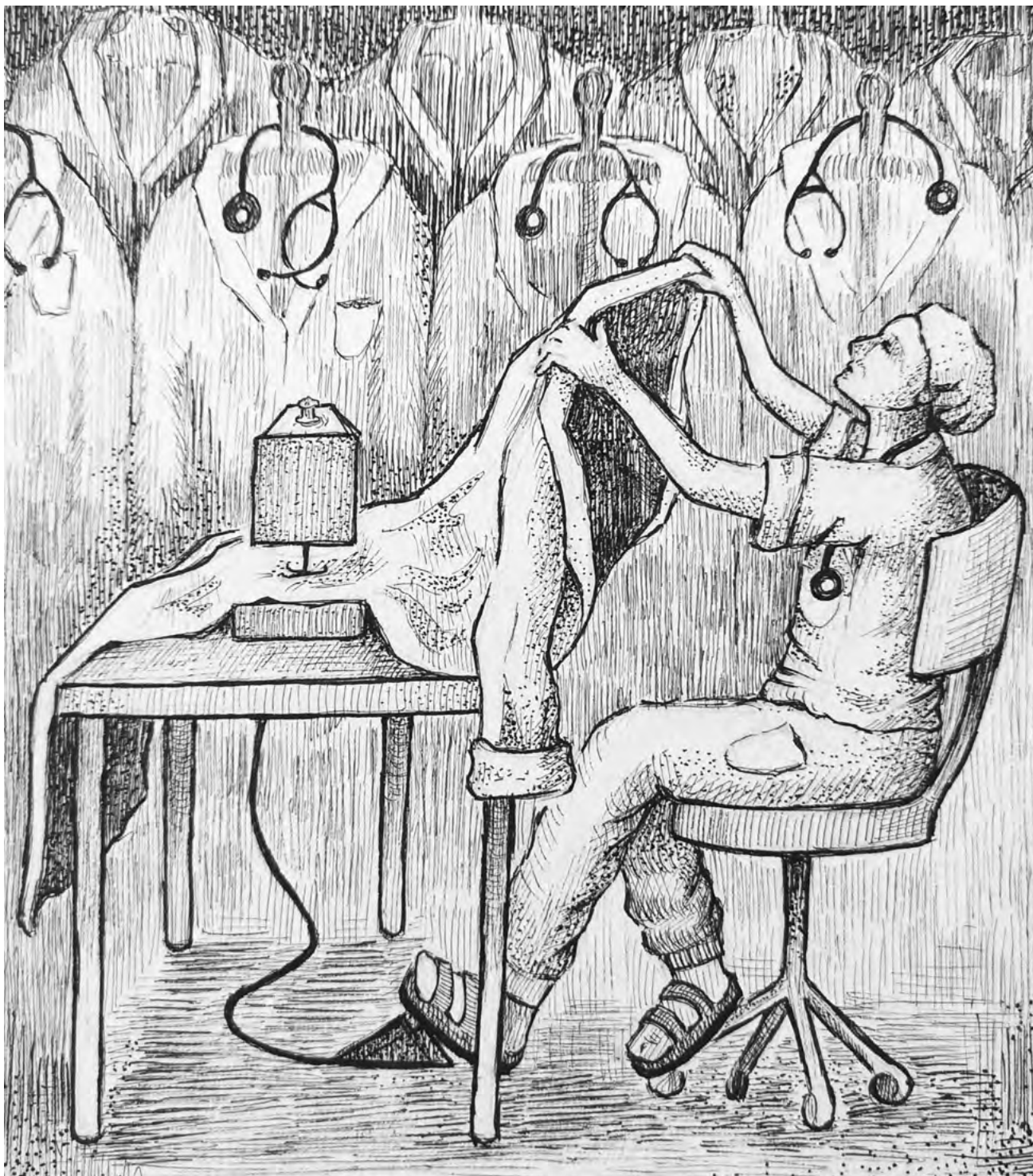
**SARVANI MAHALINGAM**

REDAKTØR

Mange saker er på vent, og vi må stadig sørge for at våre ønsker blir ivaretatt. Men - det er lys i enden av tunnelen. Flere ganger har det hjulpet å engasjere. Vi har klart å få til 200 nye LIS-stillinger og flere studieplasser i Norge. Dette er en gedigen seier for oss som skal søke på legestillinger. Vi må fortsette å engasjere oss i sakene som opptar hverdagen vår. Med dette sagt, håper Æsculap at tekstene i denne utgaven engasjerer medisinstudentmiljøet.

God lesing. Den hvite frakken venter på deg!





«Min legefrakk»

**Illustrasjon:** Mia Emilie Andresen Reinen



Æsculap er et magasin for norske medisinstudenter, både ved norske og utenlandske universiteter. Det utgis av Norsk medisinstudentforening (Nmf). Magasinet gir medisinstudentene mulighet til å ytre det de mener, samt også for å informere om deres hverdag, hva de gjør i de ulike foreningene og belyse problemene som opptar dem.

Send en e-post til [redaktor.aesculap@gmail.com](mailto:redaktor.aesculap@gmail.com), hvis du ønsker å bidra!

FØLG OSS PÅ:



[aesculap.magasin](https://www.instagram.com/aesculap.magasin)



[Æsculap medesinstudentmagasin](https://www.facebook.com/Aesculap.medisinstudentmagasin)



[aesculapmagasin.no](https://www.aesculapmagasin.no)

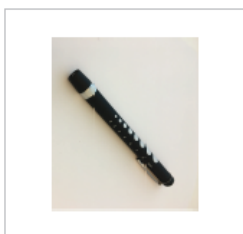
TILBUD FRA GYMO.NO

# FOR STUDENTER

Bruk rabattkode for 15% rabatt : **STUDENT**

[WWW.GYMO.NO](http://WWW.GYMO.NO)

## Utstyr for helsepersonell



### Pennelykt m /skala

Artnr: 4748

Pennelykt med pupillskala. Klassiker blant helsepersonell.

Kr 81,-



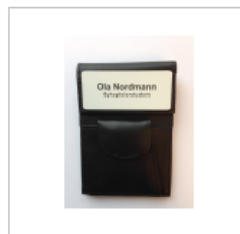
### Suturtreningssett

Artnr: 5305

Sett med hudsuturpad og suturer for trening.

Kr 503,-

## Rask levering



### Navneskilt m/ mappe

Artnr: 103327

Hygieneskinmappe med skilt. Mange ulike farger, symboler mm.

Kr 305,-



### Littmann classic III, sort

Artnr: 5620

Stort utvalg av stetoskoper og farger.

Kr 1267,-

# 20%

rabatt på videoer fra [medeasy.no](http://medeasy.no) for NMF-medlemmer



Faginnholdet på MedEasy er perfekt for medisinstudenter på første og siste del av studiet! Prøv MedEasy **gratis i 24 timer!**



Anatomi og fysiologi



Sykdomslære



EKG



Farmakologi



Mikrobiologi



Medikamentregning

# PROFILER

**Tekst:** Sarvani Mahalingam

**Bilder:** Privat



## JEREMY CROOS

Jeremy Croos er 3. årsstudent på UiO, og driver med sin artistkarriere ved siden av studiene. Musikken har vært hans største lidenskap siden barndommen, noe som gir ham trøst, glede og muligheten til å uttrykke følelser gjennom låtskriving. Hip Hop- og RnB-sjangeren er hans felt, og han har utgitt en del låter de siste årene. Shoutout, folkens - følg J.Croos på Spotify!

Musikkinteressen har derimot ikke vært et hinder for legedrømmen. Fascinasjonen for medisin kom i forbindelse med en julekonsert på hospice-avdelingen ved Lovisenberg sykehus. Møtet med et barn som snart skulle dø gjorde et uutslettelig inntrykk på han, som traff ham midt i hjertet. Det skapte en iver til å hjelpe barn, og senere har han arbeidet med barn på skoler, i musikkstudio og gjennom ungdomsarbeid. Han mener at barn fortjener trygghet, tilstrekkelig oppfølging, hjelp og omsorg. Spesielt i en pandemitid der mental helse ikke kunne vært viktigere.

Han er leder i Dancing Doctors, en forening på medisinstudiet i Oslo. Musikk og dans gir ham glede. Han er bygd opp slik at han klarer mange ting samtidig, selv om venene hans mener at han av og til kan ta seg vann over hodet. Selvsikkerheten er drivkraften hans, som holder han gående. Musikken har hjulpet med å koble ut og opprettholde en god mental helse.

Han mener at den faglige kunnskapen hos en lege er like viktig som trivselen på jobb, og det å møte pasientene med godhet. Som fremtidig lege mener han at det også er viktig å dyrke de fremtidige legeegenskapene utenfor

## FUNFACTS!

### Hva er det mest ubrukelige talentet du har?

Jeg kan den amerikanske nasjonalsangen på munnspill

### Ditt favorittord på latin.

Sphenopalatine ganglioneuralgia – betyr brain freeze

### Hva hadde du valgt som legeuniform hvis vi ikke hadde hatt hvitt frakk?

Kostymet til Dr. Strange i Marvel-filmene

### Hvis du får lage en egen høytid, hva hadde det vært?

Nasjonal ABBA-Sing Along-dag

### Tre dager uten mobil eller et helt år uten LIS?

Seff 3 dager uten mobil, vi trenger mer fysisk interaksjon!!!

den faglige kompetansen. Ofte møter han faglig dyktige medisinstudenter, som skjuler sine egenskaper bak forelesninger og notater. Han mener mange leger er utsatt for depresjon, fordi man som lege kan drukne litt i den hvite frakken.

### Har du et tips til de som går førsteåret, som du skulle ønske noen hadde fortalt deg?

Ta det med ro, og ikke fortvil om det er noe du synes er vanskelig eller ikke skjønner med en gang! Sett opp kollokvier med medstudenter, som er effektive og hvor det rom for alle slags spørsmål. Ta gode pauser, selv når du ikke føler du kan ta pause. Avkobling er essensielt for å takle den mengden informasjon som du skal forstå og pugge. Bli en del av foreninger – det gir deg en tilhørighet, sosialt liv og enda en grunn til å komme deg opp av senga i tunge tider.

### Hva har du fått mye bruk for gjennom studietiden?

Jeg er en ganske konservativ student, jeg er veldig glad i fagbøker. Men jeg har også brukt mye flashcards og tankekart, spesielt når det er informasjon som må pugges. Det er veldig effektivt når man for eksempel er på steder der det ikke egner seg med bøker eller PC. Eller når du er rett og slett er for sliten til å lese lange tekster.



## VÅRIN EIRIKSDATTER WIKAN

Vårin Eiriksdatter Wikan studerer ved UiT og er 22 år. For tiden tar hun et forskningsår, men starter på 4.året til høsten. Interessen for medisin kom litt tilfeldig, men mest på grunn av at hun var et realfagsmenneske. I tillegg til studiene har kultur alltid vært hobbyen hennes, og som korist (cantusse) i kvinnekoret Cantus Cordis får hun dyrket interessen sin for musikk. Hun er glad i teater, og selv spilte hun for Samovarteateret i Kirkenes i 6 år i tenårene. Under pandemien endret visstnok hobbyen seg til friluftsliv med randonee-ski på fjellet, akkurat som mange av hennes medstudenter.

Hun har opprinnelig vokst opp i Sør-Varanger kommune som grenser til Russland, et land der homofili er lite akseptert. Som medisinstudent har hun alltid følt et ekstra ansvar for å fremme toleransen for homofili i kommunen sin, som har en del innbyggere med norsk-russisk identitet. Hun brenner for et åpent og varmt samfunn, der det er plass til alle uavhengig av kjønn, etnisitet og legning. Samtidig er hun utrolig stolt over at Sør-Varanger kommune arrangerer Barents Prideparade hvert år, der både norske og russiske innbyggere kan delta.

Under pandemien har hun også jobbet frivillig hos Røde Kors leksehjelp. Selv om man kan gjøre litt av hvert ved siden av studiene mener hun at det er viktig å ikke falle i flink pike-syndrom-fella, der man har et konstant jag om å prestere og lykkes hele tiden. På et studium med flinke elever er det viktig å slutte å identifisere seg selv som kun «den smarte», og heller utforske andre sider av seg selv. Mennesker blir ikke målt utfra hvordan man presterer, og hun mener dette er noe som kan være treffende for mange medisinstudenter.

Som fremtidig lege ønsker hun seg medisinsk kunnskap, kommunikasjonsferdighet og tilstrekkelig tid for å hjelpe alle pasientene sine. Hun ønsker ikke å være en 24/7 -lege,

## FUNFACTS!

**Hvis du ikke kunne bli lege, hva ville du ha blitt?**

Mest sannsynlig lærer, muligens realfagslektor.

**Hva er det mest ubrukelige talentet du har?**

Bildehukommelse! Dette innså jeg under patologi undervisningen. Patologispørsmålene på eksamen har alltid vært gratispoeng for meg. Men jeg ser ikke den store nytteverdien i det, med mindre jeg blir patolog.

**Ditt favorittord på latin?**

Ex juvantibus

**Mest pinlige du har gjort i livet ditt?**

Under en scene i teaterstykket Romeo og Juliet, raknet overdelen i kjolen jeg hadde på meg og måtte fullføre scenen i baris med kun bh-en på. Hadde dette skjedd i dag ville jeg nok ikke blitt så pinlig berørt. Men som 15 åring var det helt forferdelig å ufrivillig blotte seg foran et publikum.

**Den kuleste diagnosen du vet om.**

Jeg tror forskningsveilederen min blir fornærmet hvis jeg svarer noe annet enn venøs tromboembolisme. Den består av den smertefulle diagnosen dyp venetrombose og den lunefulle diagnosen lungeemboli.

men brenner likevel for å gi en god og forsvarlig helsehjelp til pasientene. Fritid til familie, venner og rekreasjon synes hun er vel så viktig.

**Har du et tips til de som går førsteåret, som du skulle ønske noen hadde fortalt deg?**

Finn din egen studieteknikk som passer for deg. Det finnes mange måter å tilegne seg kunnskap på, og jeg husker at jeg var svært forvirret på førsteåret over hvilken studieteknikk jeg skulle bruke. Det finnes mange studieteknikker; flash-cards, skrive notater for hånd, skrive kompendium på pc, delta i kollektivgrupper, tegning, se videoer, bruke lærebøker osv. Men jeg kan fortelle deg at det ikke finnes en enkeltstående riktig teknikk, fordi vi er ulike individer som lærer på ulike måter. Personlig lærer jeg best av å lese de anbefalte lærebøkene, skrive notater både for hånd og på pc samt å gjøre eksamensoppgaver med andre i en liten kolloktivgruppe.

**Noe du har fått mye bruk for gjennom studietiden?**

Ordbok. Jeg var ikke sterk i engelsk da jeg startet på studiet, ikke latin heller forsåvidt. Derfor har jeg hatt stor nytte av engelsk-norsk ordbok og medisinsk ordbok. Det hjalp meg i alle fall mye de to første studieårene da jeg skulle lese engelske lærebøker.



## MARTE POLLESTAD

Marte Pollestad er 25 år, og studerer i Poznan i Polen. Legedrommen kom først da hun la merke til at hun hadde en stor interesse for å hjelpe mennesker, spesielt de som trengte det mest. Hennes fremtidige plan er blant annet å bli med i organisasjoner som Leger Uten Grenser og dra på feltoppdrag. Engasjementet for global helse fikk henne også til å søke verv i menneskerettighetskomiteen i Norsk medisinstudentforening. Hun engasjerer seg i helsepolitikk, og skriver kronikker og infographics. I komiteen jobber de nå med å belyse problemer som skjev vaksinefordeling og dårlig helsehjelp til papirløse migranter.

Som student i Øst-Europa handler ikke hverdagen bare om symptomer og diagnoser. Når man studerer i Polen bor man i et mer konservativt samfunn enn Norge. Spesielt la hun merke til dette da den nye abortloven gjorde det straffbart for kvinner å ta abort med mindre det var voldtekt eller fare for mors helse. Engasjementet og protestene rundt saken gjorde henne mer engasjert. Samme engasjementet merket hun også da Polen i 2019 erklærte LHBT-frie soner, noe som ble møtt med stor motstand.

Hun opplever selv at disse holdningene ikke representerer hele samfunnet. Daglig møter hun mange polske professorer og medelever som er svært frustrerte over styremaktene. Som student og midlertidig innflytter i landet merker hun at det er vanskelig å gjøre en forskjell. Hun heier heller litt ekstra på det gode arbeidet som gjøres i Øst-Europa for å sikre bedre rettigheter for minoritetsgrupper. Hun ser allerede nå at Polen tar imot mange flyktninger fra Ukraina, som en konsekvens av den pågående krigen mellom Ukraina og Russland.

## FUNFACTS!

**Hvis du ikke kunne bli lege, hva ville du ha blitt?**

Om jeg ikke skulle jobbet i helsevesenet, så måtte det kanskje blitt politikk.

**Hva er det mest ubrukelige talentet du har?**

Jeg kan heve et øyenbryn og bevege på ørene

**Ditt favorittord på latin?**

Cerebellum

**Hvilken kroppsdel kunne du gjerne ha to stykker av?**

Om eksamenslesing hadde gått fortere vil jeg gjerne hatt to hjerner!

**Tre dager uten mobil eller et helt år uten LIS?**

Tre dager uten mobil er jo egentlig ganske digg!

**Har du et tips til de som går førsteåret, som du skulle ønske noen hadde fortalt deg?**

Alltid spør de som går kullet over deg, om du lurar på noe. De har nettopp vært i din situasjon, og har mange gode tips! Ellers synes jeg at det å ha en god leseplan er til stor hjelp. Å ha et mål om hvor mye man skal lese i løpet av en dag hjelper veldig på motivasjonen.

**Noe du har fått mye bruk for gjennom studietiden?**

Jeg er veldig glad i å lese på biblioteket, og derfor er kanskje støydempende hodetelefoner og spillelister med klassisk musikk det jeg har fått mest bruk for. Samtidig har det vært veldig viktig å ha gode venner som man kan ha det gøy sammen med når man har fri!



## ANNA ELISABETH GRINDE EMKEN

Anna Elisabeth Grinde Emken er 22 år, og går førsteåret på UiB. Allerede på førsteåret har hun engasjert seg i en rekke foreninger; BAMS-styret, fadderstyret, MSO, LRO, MMO og den medisinske roklubben. I tillegg er hun nasjonal forskningsutveksling-ansvarlig i Nmf, et verv som innebærer å ha ansvaret for å følge opp utvekslingsstudentene.

Sammen med to klinisk utvekslingsansvarlige og representanter fra Norge og utland, følger hun opp innreisende og utreisende studenter både før, under og etter utveksling. Gjennom et tett samarbeid med de lokale utvekslingsansvarlige får hun finne forskningsprosjekter som de innreisende studentene kan delta på.

Hun reiser til flere land og blir kjent med utvekslingsansvarlige i andre europeiske land. Dette har gitt henne muligheten til å dele erfaringer og delta i interessante møter. I disse møtene diskuterer hun den generelle utvekslingsprosessen, i tillegg til kontraktskriving. Som nasjonal forskningsutvekslings-ansvarlig har man også fast plass til IFMSAs generalforsamling, både i mars og august. Koronaen ble dessverre et hinder for å dra på møtet i mars. Likevel ser hun frem til møtet i august for å delta på enda mer spennende internasjonalt samarbeid.

Anna elsker å jobbe med mennesker og er glad i å ta ansvar. Hun startet på medisinstudiet, først og fremst fordi hun synes legeyrket er meningsfylt og givende. Medisin er et fag hvor man alltid kan utvikle seg og lære noe nytt, noe hun aldri blir lei av. Som fremtidig lege synes hun det er viktig å ha et godt forhold til kollegaer og pasienter, der de kan føle for å være åpne og diskutere vanskelige ting med legen. I tillegg synes hun at det er viktig å jobbe for bedre global helse og mindre sosial ulikhet i helse.

## FUNFACTS!

**Hva er det mest ubrukelige talentet du har?**  
Jeg kan slikke meg selv på høyre albue.

**Ditt favorittord på latin?**  
Jeg synes microvilli er et søtt ord.

**Hvilken kroppsdel kunne du gjerne ha to stykker av?**  
Høyrearm

**Hva hadde du valgt som legeuniform, hvis vi ikke hadde hatt hvitt frakk?**  
Sett vekk fra smittevern hensyn hadde det sikkert lyst opp hverdagen til både pasienter og ansatte, hvis legene gikk rundt i frakker i alle regnbuens farger.

**Favoritt duppeditt.**  
Jeg er veldig glad i smoothie-maskinen min, hvis det kan regnes som en duppeditt.

**Har du et tips til de som går førsteåret, som du skulle ønske noen hadde fortalt deg?**

Jeg er veldig glad for at jeg engasjerte meg i studentforeninger fra første året. Jeg har hatt mange kjekke opplevelser gjennom det og fått mange fine bekjentskaper på tvers av studieår og studieby, så det er absolutt noe jeg anbefaler å gjøre.

**Noe du har fått mye bruk for gjennom studietiden?**

Anki (flashcard-app), og gode studievenner <3



**Tekst:** Helene Vågenes, medisinstudent  
**Bilder:** Privat

## KAMPEN OM LIS1

Hjertet dunker i brystet og jeg vrir meg fra ende til ende i sengen. Jo mer klokken tikker, desto mer stresset blir jeg for ikke å få sove. Det er onsdag-skveld, stillingene for LIS1 blir lagt ut ved midnatt. Kan ikke søvnen bare skylle over meg, jeg må være uthvilt til i morgen. Morgenmøtet starter halv åtte, og jeg kan ikke komme så mye som ett minutt for sent. Alle interaksjoner er viktige, man må alltid vise seg fra sin beste side. Er dette en potensiell viktig kontakt for meg videre? Man skal vise kunnskap og være unik, men passe inn i normen for en god lege. Du skal være selvstendig, men aldri ta viktige avgjørelser uten å konferere med en «voksen». Du skal ha mange erfaringer, men starte ydmykt i en stilling som er ment å gi deg denne erfaringen. Så hvordan er det egentlig mulig å være så erfaren, så kunnskapsrik og så dyktig før man i det hele tatt får muligheten til å prøve?

LIS1 har blitt en flaskehals som får alle oss studenter til å stå i en milelang kø, for å få muligheten til å prøve oss. Aller helst skal man ha vært LIS1-vikar før man er kvalifisert. Det sies at alle som er ferdigutdannet lege, enten det er fra Norge eller utlandet, skal være kvalifisert, men er det sant i dagen samfunn? I utlysningene skriver de at de «vektlegger» relevant erfaring, men når vi er så mange om beinet - hadde det egentlig vært mer ærlig å sette dette som et krav? Vi sitter hundrevis i samme båt, men det føles mer ut som at vi utkonkurrerer hverandre om hvem som har lengst årer.



Vi jobber, forsker og gjør frivillig arbeid. Vi har alle jobbet hardt for dette i seks år. Noen visste kanskje bedre enn andre hva de gikk til. Selv var jeg naiv og trodde medisinstudiet kom til å bli en dans på roser. Det hardeste var tross alt å kvalifisere seg til å komme inn på studiet, eller? Slik gikk det ikke. Jeg har grått, kjempet og lest i utallige timer. Jeg har faktisk blitt så god nå at jeg kan sette på en stoppeklokke, gråte i et kvarter før jeg går tilbake til å lese videre. Jeg gjør alle arbeidsoppgavene mine som medisinstudent med lisens etter beste evne. Jeg jobber ekstra hver gang jeg får muligheten til det, sier ja til alle vakter på kort varsel. Jeg skal publisere forskning dette året, verv har jeg også hatt. Men likevel føler jeg at jeg ikke er god nok. Ikke fordi jeg selv tror det, men fordi jeg gang på gang ser eksempler på at LIS1 er så konkurransepreget at man sitter igjen med en følelse av håpløshet. Uansett hvor mye jeg gjør, er det alltid noen der ute som har gjort mer. All kred til dere som har jobbet strukturert mot LIS1 hele studiet, jeg er imponert over dere. Til dere som har reist verden rundt i feriene og tatt det som det kommer, jeg misunner dere. Men til oss alle, hvor ble det av fellesskapet?

Det er utvilsomt behov for oss i helsenorger. Vi er blitt satt inn i en urettferdig situasjon med kølappen i hånden. Norge trenger flere spesialister på sykehus, fastleger og dyktige forskere. Men dit kommer man ikke uten å hoppe gjennom den brennende sirkelen med navn LIS1 først. Det jobbes med å få flere stillinger, vi er glade for det, men det tar for lang tid. Vi er mange som nå sitter inne på webrecruiter og prøver å skrive de beste søknadene, for å kanskje få





Vi skal være leger resten av livet, eller iallfall til vi kan gå av med en fin pensjon. Så det går jo greit å vente ett år eller to. Jeg tror ikke det er ventingen i seg selv som er det verste. Det verste er å føle seg tilsidesatt, diskriminert eller bare ikke god nok. For alle utenforstående er vi mer enn bra nok, «wow, er du lege» får man ofte høre på byen. Men for våre egne i samme boble, er det et evig spørsmål om «når, hvor og hvordan» fikk du LIS. Å ja, du fikk LIS på tredje forsøk, du ja. Det er som om vi dømmer hverandre utifra hvem som kan ha minst mulig sosialt liv og mest mulig på CV-en. Er det et sånt fellesskap vi vil ha mellom oss? Jeg er redd for at utviklingen kommer til å føre til at flere og flere studenter mister selvtilliten og troen på seg selv. At det blir sett på som et nederlag å prioritere andre ting enn de som gir poeng fra CVen.

Mange av oss kommer til å sitte med lua i hånden i mai når tilbudene ikke kommer i innboksen. Ingen mail, ingen tilbud og et stort slag i trynet. Men om det skjer akkurat deg og meg, så håper jeg at vi klarer å se tilbake på hvor dyktige vi faktisk er. Hvor mye vi har overkommet for å sitte akkurat der vi er i dag. Kanskje har du gått gjennom hjertesorg, strøket på eksamen og erfart sykdom på veien. Kanskje du allerede har funnet den store kjærligheten og nå trenger LIS i en spesifikk by. Men så er du heldig om du får pendle to timer i det hele tatt for en stilling. Men - når alle de negative tankene kommer strømmende, så håper jeg at du lukker øynene og ser for deg et større bilde. Om ti år er det helt irrelevant om du fikk LIS1 rett etter studiet eller senere. Det er systemet som ikke er godt nok, ikke vi!



«Legefrakk og hygiene»

**Illustrasjon:** Mia Emilie Andresen Reinen

# LIS1

## ELISE MARIE SØLSNES

**Tekst:** Magdalena Robertsen, skribent

**Bilde:** Elise Marie Sølsnes, LIS1-lege



**Fullt navn:** Elise Marie Sølsnes

**Alder:** 29 år

**Universitet du studerte på:** Universitetet i Tromsø

**Sykehustjeneste:** Hammerfest

**Kommunehelsetjeneste:** Ikke fått tildelt kommune foreløpig

*«Hammerfest er også en by hvor det er lett å komme i kontakt med folk og hvor naturen er rett utenfor døra. Så alt i alt trives i hvert fall jeg veldig godt her så langt»*

### **Hvorfor valgte du LIS1 der du gjorde?**

Det var nok en kombinasjon av mange ting som gjorde at jeg valgte Hammerfest. Søkeprosessen til LIS1 synes jeg at var ganske stressende. Jeg valgte å ikke søke så alt for mange forskjellige steder. Jeg søkte i Hammerfest, fordi jeg hadde hørt mye godt fra de på kullet som hadde hatt praksis og gått siste året her. Det virket som et sykehus med passe størrelse, hvor man fikk utfordret seg og lært mye. Etter årene i Tromsø så var jeg også blitt glad i Nord-Norge og hadde lyst til å bli her lenger. Hva er du fornøyd med?

Det er et veldig godt sosialt miljø på sykehuset her. Det bidrar til at man trives både i hverdagen og på jobb. De lange vaktene og travle dagene er lettere å takle når man har gode kollegaer. Størrelsen på sykehuset synes jeg er veldig bra. Det er stort nok til at det er mye som skjer, samtidig som det er lite nok til at det er tett samarbeid mellom de forskjellige legene og at man får prøvd seg med en del ansvar. Hva er du ikke fornøyd med?

Den store ulempen ved Hammerfest er været her. Jeg ville løyet om jeg ikke sa at jeg synes vinteren her er brutal.

### **Hva er din beste erfaring som LIS1?**

Det er kanskje rart å si det, men de travleste vaktene. Vakter der ting går i ett og det renner inn med pasienter, er noe av det jeg så langt har følt mest mestring av. Det er grusomt mens det står på, men det føles godt når vekten er over og man har klart å gjøre en god jobb.

### **Har du gjort noen feil som andre kan lære av?**

Ting kan gå fort i akuttmottaket, og i starten synes jeg fort det ble overveldende. Jeg stresset mye med å jobbe raskt nok. Det viste seg å være en lite produktiv strategi. Hvis jeg ble for stresset, så ble jeg

både mindre effektiv og sannsynligheten for at jeg gjorde feil ble større.

### **Hvordan er arbeidsmiljøet der du er (legekontoret/sykehuset)?**

Arbeidsmiljøet synes jeg er helt supert. Jeg synes det er en positiv og hardtarbeidende gjeng. Jeg er nettopp ferdig på medisinsk avdeling og der synes jeg at det var lett å konferere og å delta i faglige diskusjoner. Det tenker jeg er viktig for læring. Det er lettere å lære dersom man ikke er redd for å spørre råd eller hjelp.

### **Hvordan er livet utenfor jobb?**

Hammerfest har vært en positiv overraskelse for en Oslo-jente som meg. Jeg kan innrømme at jeg var litt bekymret for hvor liten by det var før jeg flyttet hit. Det er mer som skjer her enn jeg hadde trodd, og jeg kjeder meg sjeldent. Hammerfest er også en by hvor det er lett å komme i kontakt med folk og hvor naturen er rett utenfor døra. Så alt i alt trives i hvert fall jeg veldig godt her så langt.

### **Hvor mye jobber du hver uke?**

Det varierer veldig hvor mye man jobber. Noen uker jobber jeg på post uten å gå mye overtid, mens andre uker er det mye vakt og mye overtid. Så en uke kan være alt mellom 40-60 timer.

Tips til andre som skal starte på LIS1?

Ikke jobb deg ihjel! Det er bra å ta ansvar, gå ekstravakter, gå overtid og gjøre det man kan for å være en ressurs, men vi er mye på jobb i utgangspunktet og man skal stå i et langt arbeidsliv. Ta vare på deg selv og få nok hvile. En utslitt lege er en dårlig lege.

### **Hva skal du gjøre etter LIS1?**

Det er et veldig godt spørsmål! Jeg har alltid hatt lyst til å prøve meg på kirurgi, så håper jo at jeg kanskje får meg jobb som LIS2 på en kirurgisk avdeling.

*«Jeg er nettopp ferdig på medisinsk avdeling og der synes jeg at det var lett å konferere og å delta i faglige diskusjoner. Det tenker jeg er viktig for læring. Det er lettere å lære dersom man ikke er redd for å spørre råd eller hjelp.»*



# SPESIALISTEN

## GYNEKOLOGI

**Tekst:** Ola Selnes

**Bilde:** Trude Dale



*Gynekolog og avdelingsoverlege Anja Døssland Holstad. Foto: Trude Dale*

Ikke alle helter bruker kapper; noen bruker kokkehatter, andre slips – og en helt tredje gruppe bruker legefrakk (hvit). Denne hvite frakken har igjennom tiden vært statist til livets tragedier og lykkeligste stunder, noe man innenfor gynekologiens verden kan oppleve på én og samme dag. Gynekolog og avdelingsoverlege Anja Døssland Holstad er lege med frakk – og forteller om en variert og allsidig spesialitet med spennende kirurgi, medisin og behandling.

### **Hva går spesialiteten ut på?**

Gynekologi og obstetikk er et allsidig fag, hvor kvinner i alle aldre utgjør pasientpopulasjonen. Faget dekker over mange oppgaver, med gynekologi og fødselshjelp som de to store hovedområdene. Den gynekologiske delen av faget kan for eksempel omhandle kreftproblematikk, som ofte er lengre forløp som følges opp poliklinisk, operativt og på avdelingen. Det kan også være mer akutte tilstander som større blødninger eller andre «sub-spesialiteter» som urogynekologi. Gynekologi er også et praktisk fag, da en del sykdommer krever operativ behandling. Fødselshjelp er også en stor del av faget og vaktarbeidet. I fødselssituasjoner er det jordmødrene som har ansvaret for den normale fødselen og gynekologene kommer til unnsetning, hvis det skulle skje noe unormalt og det er et ekstra behov for hjelp. Vi har også, i forbindelse med graviditet og fødselshjelp, oppfølging av foster og mor under graviditeten.

Så er det engang slik, at man på større sykehus er mer «snevert» spesialisert, som for eksempel at man i hovedsak holder på med kreftbehandling. På mindre sykehus som Gjøvik, er vi nok noe mer allsidige, da vi behandler en rekke forskjellige tilstander – og ikke er like mange overleger som på de store sykehusene.

### **Hvordan er spesialiseringsforløpet i gynekologi?**

Som i alle andre spesialiteter er også spesialiseringsforløpet endret i forbindelse med den nye forskriften. For leger i spesialistutdanning innenfor gynekologi og obstetikk skal man nå oppnå en rekke kompetansemål, i sammenheng med at man skal opparbeide seg en bred erfaring. Ved Gjøvik sykehus har vi tre LIS-leger ansatt, som med gode muligheter for å jobbe mye og «komme til» i de forskjellige prosedyrene, er veldig fornøyde. Det er nemlig slik at man som LIS-lege på lokalsykehus har gode muligheter til å oppnå mange av kompetansemålene raskere enn på regionale sykehus. Det er fordi, man fort blir selvstendig i de forskjellige prosedyrer som kreves

og blant annet slipper raskt til på operasjon og føden – hvilket også gjør at man danner et godt erfaringsgrunnlag tidlig i spesialistforløpet. LIS-legene på Gjøvik sykehus tilbringer omkring 3 år på gynekologisk avdeling og fødeavdelingen, før de har 6-12mnd med kirurgisk rotering samt vanligvis 18 måneder med spesialisering på et regionalt sykehus. For å oppnå kompetansemål og få god erfaring i høyt spesialiserte ting, skal man nemlig ha litt tid på regionale sykehus eller Rikshospitalet. Det gjelder særlig volum og erfaring på føden med premature fødsel, tvillinger og seteleier.

### **Hvorfor er du interessert i gynekologi og obstetikk?**

Jeg er nok litt arvelig belastet – min far var gynekolog, og i 2004 tok jeg over hans stilling ved Gjøvik sykehus. Vi jobbet sammen noen år. Gynekologi er et allsidig fag med muligheter for «å oppleve litt action» - ment som om at det ofte kan være ting som haster og skal gjøres med en gang. Det er noe jeg syntes er spennende og interessant. Arbeidsoppgavene er mange og varierte. Man har bruk for stor medisinsk forståelse – i tillegg til den praktiske tilnærming. Gynekologi og operativ fødselshjelp er spennende kirurgi og jeg er personlig veldig glad i å operere.

### **Er det spesielle prosedyrer/operasjoner du liker?**

Jeg er som sagt veldig glad i å operere, og synes spesielt større laparoskopiske operasjoner er spennende og utfordrende. En givende del av jobben, som også er veldig gøy, er det å lære bort av sin egen kunnskap – både i den operative del, men også i polikliniske og andre situasjoner. For eksempel syntes jeg det er like gøy å undervise på operasjonsstuen, som det er å selv operere. Som gynekologer bruker vi også ultralydapparatet flittig, tolker røntgenbilder og har mye tverrfaglig samarbeid – som alt er spennende og gøy.

### **Hva slags utfordringer møter man som gynekolog, og avdelingssjef?**

I min hverdag syntes jeg å møte varierte utfordringer, noe

*«Gynekologi er et allsidig fag med muligheter for «å oppleve litt action» - ment som om at det ofte kan være ting som haster og skal gjøres med en gang»*

*«Det er nemlig slik at man som LIS-lege på lokalsykehus har gode muligheter til å oppnå mange av kompetansemålene raskere enn på regionale sykehus. Det fordi, man fort blir selvstendig i de forskjellige prosedyrer»*

som vel også skyldes min rolle som administrativ leder i avdelingen. Dette overlapper selvfølgelig i en viss grad – spesielt i forbindelse med bemanning, som har vært og er, en utfordring. Det handler om at det i lang tid har vært vanskelig å ansette overleger, noe vi nå – heldigvis – er fullbemannet med. I lang tid har det ført til mange forskjellige vikarer, som i noen tilfeller har vært utfordrende, nettopp fordi mye av det vi gjør er «team-arbeid» som krever trening og erfaring med hverandre. I gynekologien, og da spesielt fødselshjelp, kan det til tider være akutt behov for hjelp hvis det oppstår problemer. Tider med flere utskiftninger vil følgelig bidra til utfordringer i samarbeidet, og hvordan vi som «team» fungerer best sammen. Med andre ord; et velsmurt og -fungerende team er alfa omega for at mange situasjoner kan løses best mulig! Vaktturnusen på mindre sykehus til tider er utfordrende. Periodevis er dette belastende, men det er viktig for meg å understreke at hvis man syntes det er et interessant fag og et godt arbeidssted – så er hver dag spennende, samme hvor mye man jobber.

En annen bemerkning, er at LIS-leger (fra Gjøvik) ofte blir tilbudt jobb ved de store regionale sykehusene i de større byene. Det er et resultat av et godt spesialiseringsforløp ved oss – de er nemlig svært dyktige leger – men selvfølgelig et tap for lokalsykehuset, da disse legene heller vil jobbe ved de større regionale sykehusene med andre vaktordninger. Jeg har engasjert meg i «Mjøssykehus-debatten» og mener at man burde samle småsykehusene under ett og samme tak. Vi får samlet og styrket fagmiljøene med muligheter for samarbeid på tvers av spesialiteter. Innen vårt fag vil ved akutte eller vanskelige situasjoner kunne få hjelp fra intervensjonsradiologi, gastrokirurgi, intensiv og urologi. Den muligheten har vi ikke i dag. Vi får også mer attraktive og robuste vaktordninger. Alt dette tror jeg vil gjøre Innlandet og Mjøssykehuset til en attraktiv arbeidsplass.

*«Jeg har engasjert meg i «Mjøssykehus-debatten» og mener at man burde samle småsykehusene under ett og samme tak. Vi får samlet og styrket fagmiljøene med muligheter for samarbeid på tvers av spesialiteter»*

#### **Hvordan er arbeidshverdagen?**

Min arbeidshverdag er variert, og siden jeg har min dagliggang på et mindre sykehus er jeg så heldig å kunne gjøre det meste innenfor spesialiteten. Dagene, som ofte er fylt, kan gå med til alt fra planlagte og akutte operasjoner til poliklinisk arbeid både i forbindelse med fødselshjelp og gynekologiske lidelser. I tillegg bistår jeg LIS-leger med konsultasjoner og videreformidler prøvesvar. 1-2 dager har jeg også administrativt arbeid, hvor det ofte er møter og e-poster som skal besvares. I alt; min hverdag på avdelingen er både allsidig og spennende.

#### **Hva er det av forskjeller, siden du først startet innenfor gyn/obs?**

Av de store forskjellene er det nok spesielt det, at det har blitt mer dagkirurgi og det vi kaller for «samme dag-kirurgi» (innlegges samme dag som operasjon og utskrives dagen etter, typisk). I tillegg er det jo blitt mange tekniske fremskritt, både innenfor det operative, men også i de polikliniske oppgavene. Operativt er det mange flere laparoskopiske inngrep enn tidligere, da det tidligere ofte var laparotomi som var førstevalgsbehandling. I tillegg gjør vi mange flere, «enkle» ting poliklinisk i lokalbedøvelse, som konisering (operasjon på livmorhalsen) ved celleforandringer og hysteroskopier.

I de senere år har det også vært en stor teknologisk fremgang med ultralyd i tillegg til det at vi er blitt bedre til å bruke ultralydapparatet, enn tidligere. Det har så resultert i at man bedre kan «sortere» fødsler, forstått som at man bedre kan «time» og planlegge fødsel – samt at man er bedre til å oppdage prenatal sykdom. Et verktøy vi bruker mye!



*«I forbindelse med behandling, vil jeg tro og håpe at immunterapeutisk behandling innenfor gynekologisk kreft blir mer utbredt. Det samme gjelder også for endometriose, der jeg håper det blir flere og bedre behandlingsmuligheter enn de man har i dag»*

**Hvordan vil spesialiteten utvikle seg i fremtiden?**

Det er et vanskelig spørsmål å svare på, men i løpet av de siste 10 år har robotkirurgi blitt en større del av den operative behandlingen av pasientene. Robotkirurgi er et lapraoskopisk inngrep der man opererer med konsoller et par meter vekk fra pasienten, men i samme rom. Med dagens fremskritt av teknologi – og kommende 5G-nett er det jo ikke helt utenkelig at man kan operere pasienter, med konsollen stående i en annen by på et annet sykehus. I forbindelse med behandling, vil jeg tro og håpe at immunterapeutisk behandling innenfor gynekologisk kreft blir mer utbredt. Det samme gjelder også for endometriose, der jeg håper det blir flere og bedre behandlingsmuligheter enn de man har i dag.

**Tips til studenter som vil ta spesialiseringen?**

For å være gynekolog må man kunne tåle litt «action», være glad i allsidighet og uredd for høyt tempo. Det er mange ting man skal forholde seg til – spesielt på mindre sykehus – og arbeidstidene kan til tider være krevende; man må nemlig tåle å være litt oppe om natta. Med det sagt, anbefaler jeg gynekologi og obstetikk varmt – det er et spennende fag der man kan utfolde seg i mange av medisinsens grener. Man får bruk for mye av den kunnskapen man har lært på medisinstudiet – samtidig som det er et praktisk fag.

# UTDANNE LEGER SOM IKKE DRAR NORD FOR SINSENKRYSSSET?

**Tekst:** Hanne Christine Øverbø, skribent

**Illustrasjon:** Lea Taraldsrud Dormagen

Desentralisering av medisinstudiet viser seg å være en suksess i både Trondheim og Tromsø. Med en solskinsstatistikk som dette er det vel bare å sette i gang i Oslo?

Rapporter viser at både Bodø-modellen ved UiT og Levanger-modellen ved NTNU ikke bare har hatt svært fornøyde studenter, men også at studentene blir værende i distriktene (1,5,6) I denne omgangen er det utdanningen ved UiO som skal møte desentraliseringen.

## Løsningen på et kapasitetsproblem

Grimstadrapporten slår fast at nær halvparten av Norges nyutdannede leger er utdannet ved universiteter i andre land. Dermed tilfredsstillers ikke Norge avtalen signert med WHO som forplikter oss å utdanne minst 80% landets leger selv (7). Norge havner langt ned på listen over hvor godt vi klarer å utdanne de legene Norge trenger. Det anslås at Norge må øke studieplasser med 60% innen 2027 (7). En slik markant økning av studieplasser bringer naturlig nok med seg noen kapasitetsutfordringer. 440 nye studenter er mange å utplassere i Oslo-sykehusene. UiO samarbeider nå med Sørlandet sykehus om å etablere campus i Stavanger, der det allerede i 2023 skal tilbys å ta to år av den kliniske delen av studiet. Det var nettopp slik UiT begynte med Bodø-modellen, på grunn av liten kapasitet til å gi alle medisinstudentene lærerik og god praksis ved Universitetssykehuset i Nord-Norge. Løsningen ble å la noen studenter ta sjettede studieår ved sykehuset i Bodø, der det var god tilgang til veiledere for kliniske fag og ikke minst pasienter.

*«Studentene i Trondheim og Tromsø er strålende fornøyd med ordningen, og at mange studenter ble værende i både allmennlegetjenesten og det lokale sykehuset.»*



*«Grimstadrapporten slår fast at nær halvparten av Norges nyutdannede leger er utdannet ved universiteter i andre land. Dermed tilfredsstillers ikke Norge avtalen signert med WHO som forplikter oss å utdanne minst 80% landets leger selv.»*

*«Med tanke på at det er et internasjonalt problem å rekruttere allmennpraktikere til distriktene, kan en desentralisering utdanne leger til hele landet.»*

### Men hva synes nå studentene om denne ordningen?

I en artikkel i Tidsskriftet for Den Norske Legeforening skrives det at studentene var strålende fornøyd med ordningen, og at mange studenter ble værende i både allmennlegetjenesten og det lokale sykehuset (5). Tilsvarende kan NTNU i Trondheim rapportere om svært fornøyde studenter i Levanger-modellen (1). Så fornøyde at studenter som hadde sin første rotasjon gjennom Link Levanger i høst gladelig blogger om tilværelsen på NTNU sin hjemmeside: «Er det én ting som er sikkert, så er det at her i Levanger elsker de studenter» (1). Med slike tilbakemeldinger og lovende statistikk i bagasjen, er det all grunn til å tro at en liknende modell vil bli tatt godt imot blant Oslo-studentene.

### Mange ubesvarte spørsmål

Det er imidlertid også utfordringer knyttet til desentralisering av studiet. Det er for det første dyrt å spre studentene. UiO har blant annet fått hele 2,5 millioner i gave for å etablere campus i sør (2). Å desentralisere krever også en vilje til å bygge opp et akademisk miljø, som garanterer at studenter som tar utdanningen ved mindre campus og sykehus får like god utdanning. Det pekes på at det akademiske fagmiljøet ikke vil bli like godt ivaretatt om miljøene splittes og spres utover landet.

Selve utvelgelsesprosessen byr også på noen dilemmaer. Hvem skal få desentralisert utdanning? Klarer universitetene å holde et likt nivå på utdanningen, uten at bygd og by etter hvert bli hver sin nisje? Kan de som velger desentralisert utdanningsløp bli mindre aktuelle til stillinger sentralt med tiden? Dette er noe som har blitt forsket lite på, og burde undersøkes mer.

### Et forsøk på å redde fastlegeordningen?

En annen artikkel fra i Tidsskriftet for Den norske legeforening reiser spørsmål om hele ideen bak desentraliseringen er et virkemiddel for å redde en hardt prøvet fastlegeordning i distriktene (4). Om dette er tilfellet skulle man tro at det fantes bedre måter å rekruttere leger til distriktene. Med dette sagt, trengs det også et løft for å få flere nyutdannende leger til å velge spesialisering innen allmennmedisin, i følge leder for nasjonalt senter for distriktsmedisin, Anette Fosse. Ikke minst trengs det allmennleger som har god erfaring med legerollen i distriktene(8).

### Leger til hele Norge

Med tanke på at det er et internasjonalt problem å rekruttere allmennpraktikere til distriktene, kan en desentralisering utdanne leger til hele landet. Desentraliseringen vil også gi studentene et bedre innblikk i hvordan livet og helsetilbudet er ulike steder i Norges land. I tillegg vil den ferske legen etter lang og god praksis ha den erfaringen og kunnskapen som trengs for å være lege i et distriktsamfunn langt utenfor allfarvei.

Og nei, alle leger må ikke på død og liv ut og jobbe i distriktene. Det er tross alt i byene det bor flest mennesker, hvor flest mennesker blir kalt inn for spesialisert behandling. Det er selvfølgelig like viktig at mennesker født og oppvokst langt utenfor de store byene får en smakebit av bykulturen, men alle vil en eller annen gang streife innom en storby. I tillegg evner legen til å forstå pasienten lite i en riksdekkende sykehus. Da kan et aldri så lite opphold et annet sted enn der man har røtter være verdifull bagasje.

### Litteraturliste

- |     |   |   |     |
|-----|---|---|-----|
| [1] | <a href="https://www.ntnu.no/blogger/link/352/">https://www.ntnu.no/blogger/link/352/</a>   | <a href="https://tidsskriftet.no/2022/01/originalartikkel/leger-utdannet-i-bodo-hvem-er-de-og-hvor-blir-de-av#diskusjon">https://tidsskriftet.no/2022/01/originalartikkel/leger-utdannet-i-bodo-hvem-er-de-og-hvor-blir-de-av#diskusjon</a>                                 | [5] |
| [2] | <a href="https://www.med.uio.no/studier/aktuelt/aktuelle-saker/2021/uo-planlegger-for-campus-pa-sorlandet.html">https://www.med.uio.no/studier/aktuelt/aktuelle-saker/2021/uo-planlegger-for-campus-pa-sorlandet.html</a> | <a href="https://tidsskriftet.no/2021/11/kommentar/desentralisert-legeutdanning-ja-takk">https://tidsskriftet.no/2021/11/kommentar/desentralisert-legeutdanning-ja-takk</a>   | [6] |
| [3] | <a href="https://tidsskriftet.no/2021/11/debatt/kan-desentralisert-legeutdanning-bli-fragmentert">https://tidsskriftet.no/2021/11/debatt/kan-desentralisert-legeutdanning-bli-fragmentert</a>                             | <a href="https://www.regjeringen.no/contentassets/9b5b81d102384507b-85150f2e0f1b089/11745900_rapport_utredning_fra_grimstadutvalget.pdf">https://www.regjeringen.no/contentassets/9b5b81d102384507b-85150f2e0f1b089/11745900_rapport_utredning_fra_grimstadutvalget.pdf</a> | [7] |
| [4] | <a href="https://www.dagensmedisin.no/artikler/2022/01/05/desentralisert-legeutdanning-gir-dyktige-leger/">https://www.dagensmedisin.no/artikler/2022/01/05/desentralisert-legeutdanning-gir-dyktige-leger/</a>           | Samtale med leder for Nasjonalt senter for distriktsmedisin NSDM  | [8] |

# OMSKJÆRING – ET FREMDELES FRYKTET PROBLEM

**Tekst:** Samsam Sharif, skribent

*Det er på tide å prate høyt om kvinnehelsen, når det fortsatt er kvinner som blir omskåret den dag i dag.*

Selv om omskjæring er kriminalisert i mange land, praktiseres dette i skjul som tradisjonelle ritualer. Unge jenter mellom spedbarnsalder og 15 år blir omskåret, ofte uten narkose. Dette er et brudd på kvinnerettigheter.

Omskjæring er en delvis eller total fjerning av ytre kjønnsorganer som skyldes ikke-medisinske årsaker. Mer enn 200 millioner har gjennomgått omskjæring i Afrika, Midtøsten og Asia (7), der høyeste ratene er i 30 afrikanske land. Landene danner et bredt bånd som strekker seg fra Senegal i vest til Somalia i øst (6), men er høyset forekommende i Somalia, Guinea og Djibouti, med et tall på 90-100 prosent (3).

Å omskjære er ulovlig i Norge. Statistikk har registrert omtrent 17 306 som har blitt omskåret før ankomsten til Norge. Halvparten av disse kvinnene har opprinnelse fra Somalia (4). Som fremtidige leger kommer vi til å støtte på pasientgrupper som har blitt omskåret. Det man ofte

ser hos denne pasientgruppen er smertefull menstruasjon eller vannlating, urinveisinfeksjoner, bakteriell vaginose, arrdannelse, seksuelle problemer, infertilitet, PTSD, angst, depresjon (9).

Som medisinstudent i Ungarn blir jeg og mine medstudenter stadig minnet om «*Good anamnesis, half diagnosis*». Jeg vil imidlertid utvide dette til noe enda mer. Legelivet handler ikke bare om å jakte på diagnoser. Vi må klare å møte pasientene våre på en riktig måte. Når vi møter barn, jenter og kvinner som har gjennomgått omskjæring, er det viktig å møte dem med medfølelse i stedet for fordommer. Mange kvinner føler de mangler psykoseksuell rådgivning, og dette er noe som bør jobbes mer med (11).

Ikke minst er det viktig med kunnskap. Kunnskapen om omskjæring i Norge ikke er ikke tilstrekkelig, til tross for det enorme antallet av omskårne kvinner her til lands. Noen ganger kan foreldre anse omskjæring som en medisinsk fordel, og at dette er noe som forventes av døtrene deres før de gifter seg. I slike tilfeller er det viktig å bidra med kunnskap om omskjæring og å avdekke det.

## Litteraturliste

- [1] Anand, M., Stanhope, T. J., & Occhino, J. A. (2014). Female genital mutilation reversal: A general approach. *International Urogynecology Journal*, 25(7), 985–986. <https://doi.org/10.1007/s00192-013-2299-0>
- [2] Fakta om innvandring—Statistisk sentralbyrå. (u.å.). SSB. Hentet 27. februar 2022, fra <https://www.ssb.no/innvandring-og-innvandrerer/faktside/innvandring>
- [3] Female Genital Mutilation (FGM) Statistics. (u.å.). UNICEF DATA. Hentet 27. februar 2022, fra <https://data.unicef.org/topic/child-protection/female-genital-mutilation/>
- [4] Kjønnsmlestelse: Utbredelse av kjønnsmlestelse i Norge - registeranalyse. (u.å.). NKVTS. Hentet 27. februar 2022, fra <https://www.nkvts.no/prosjekt/kjonnsmlestelse-utbredelse-av-kjonnsmlestelse-i-norge-registeranalyse/>
- [5] Kvinnelig omskjæring, kjønnsmlestelse, deinfibulering. (u.å.). Hentet 27. februar 2022, fra <https://www.legeforeningen.no/forening-sledd/fagmed/norsk-gynekologisk-forening/veiledere/veileder-i-fodselshjelp/kvinnelig-omskjering-kjonnsmlestelse-deinfibulering/>
- [6] Ortensi, L. E. (2018, juni 25). Present and future of female genital mutilation/cutting in Europe[Mutilations génitales féminines / excision en Europe: État des lieux et perspectives. *N-IUSSP*. <https://www.niuussp.org/gender-issues/present-and-future-of-female-genital-mutilation/>
- Prevalence of female genital mutilation.* (u.å.). Hentet 27. februar 2022, fra <https://www.who.int/teams/control-of-neglected-tropical-diseases/lymphatic-filariasis/morbidity-management-and-disability-prevention/sexual-and-reproductive-health-and-research>
- Q&A on Female Genital Mutilation. (2010, juni 16). *Human Rights Watch*. <https://www.hrw.org/news/2010/06/16/qa-female-genital-mutilation>
- Reisel, D., & Creighton, Sarah. M. (2015). Long term health consequences of Female Genital Mutilation (FGM). *Maturitas*, 80(1), 48–51. <https://doi.org/10.1016/j.maturitas.2014.10.009>
- Taraldsen, S., Owe, K. M., Bødtker, A. S., Bjørntvedt, I. W., Eide, B. M., Sandberg, M., Hagemann, C. T., Øian, P., Vangen, S., & Sørbye, I. K. (2021). Omskjæring hos kvinner bosatt i Norge – konsekvenser og behandling. *Tidsskrift for Den norske legeforening*. <https://doi.org/10.4045/tidsskr.21.050>
- Ziyada, M. M., Lien, I.-L., & Johansen, R. E. B. (2020). Sexual norms and the intention to use healthcare services related to female genital cutting: A qualitative study among Somali and Sudanese women in Norway. *PLOS ONE*, 15(5), e0233440. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0233440>



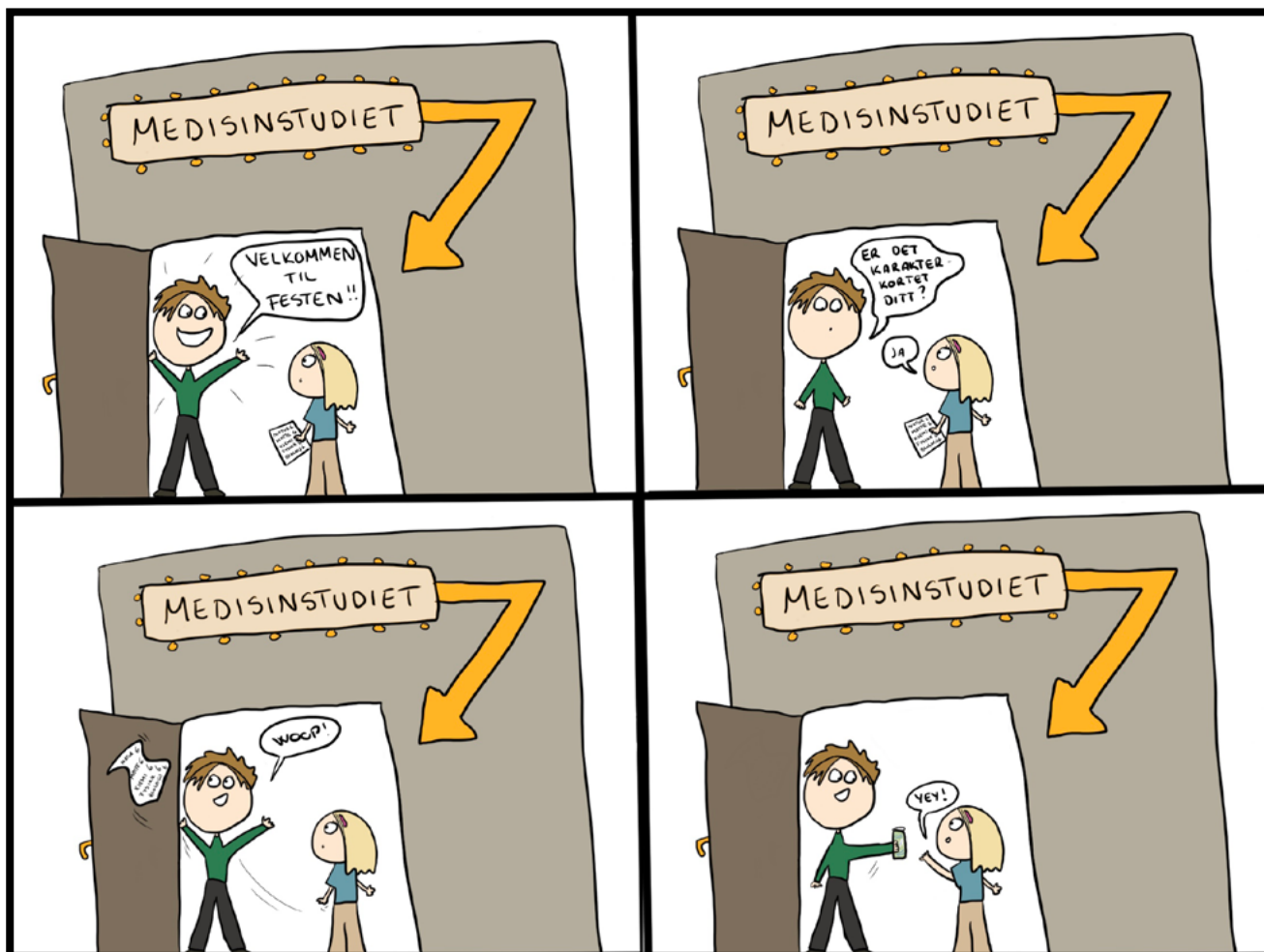
«Færre gutter og flere jenter på legestudiet»

**Illustrasjon:** Lea Taraldsrud Dormagen

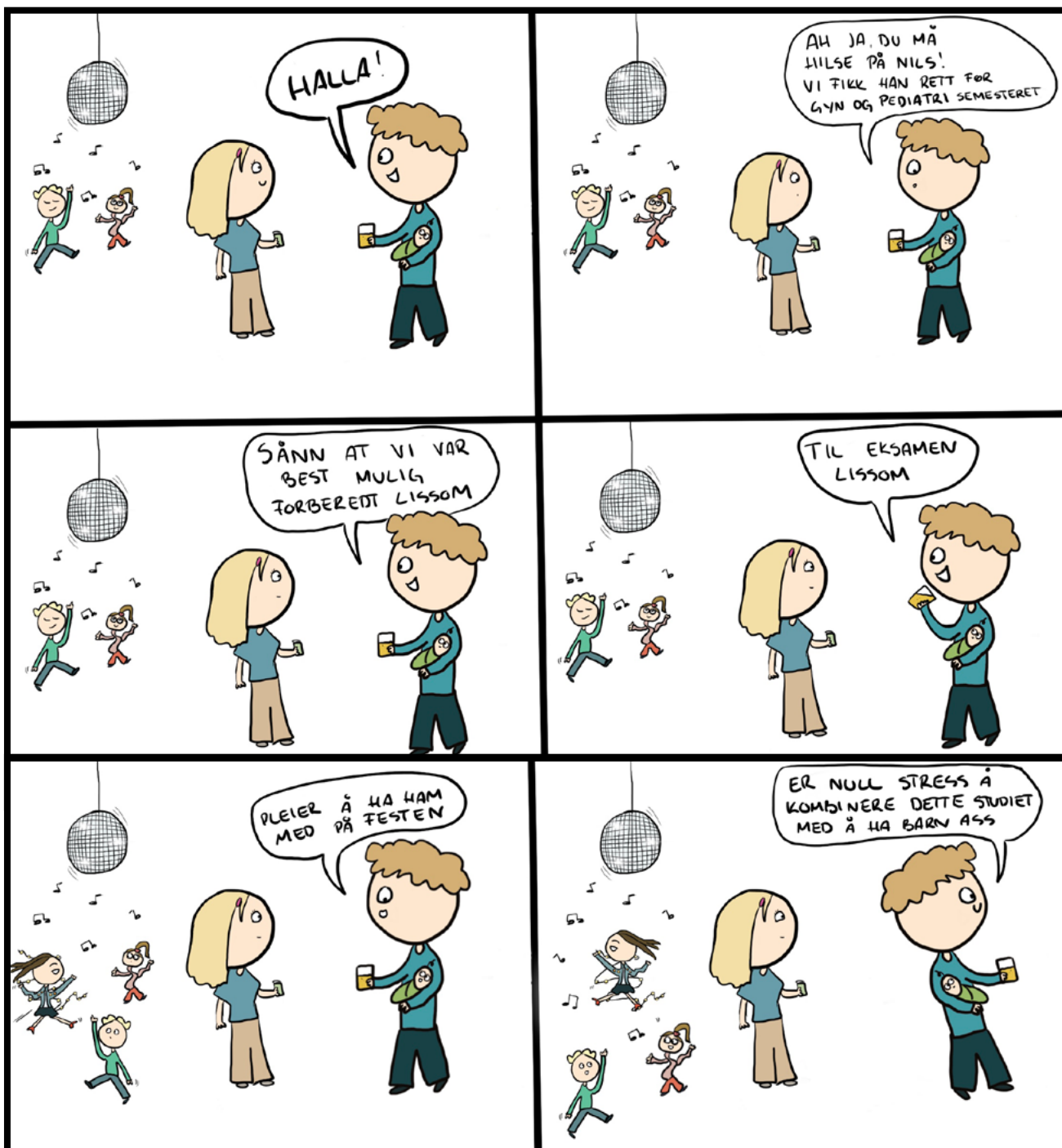
# SARA BEGYNNER PÅ MEDISIN

**Tekst:** Embla Fimland, tegneserieskaper

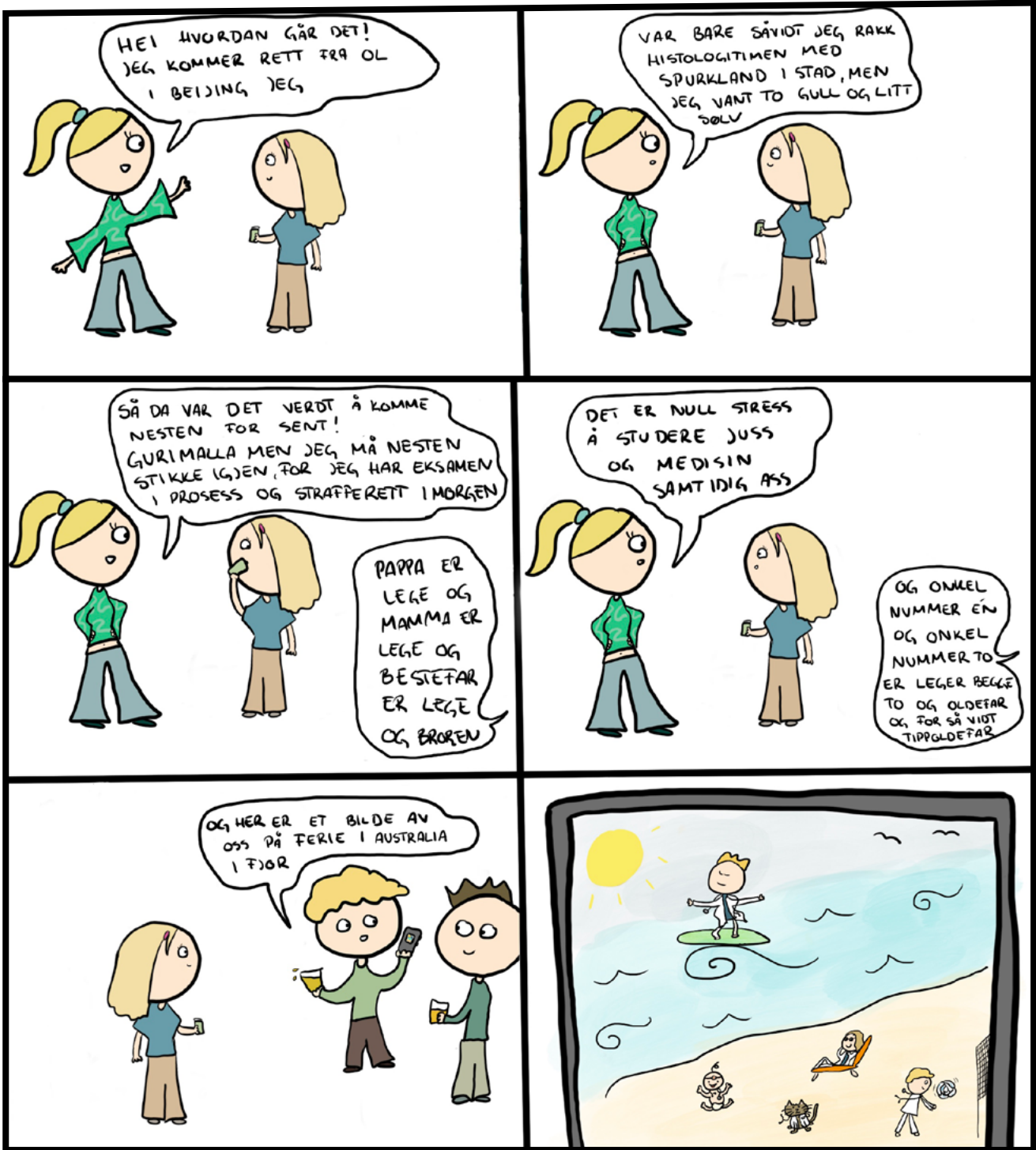
Velkommen til premiere på denne tegneserien!  
Her er Sara, hun har nettopp begynt på medisinstudiet.



Og dette er en liten fortelling om Sara på fest. Hun er fascinert av alt som finnes på innsiden av de hvite frakkene til sine medstudenter. Hun blir ikke overveldet i det hele tatt.

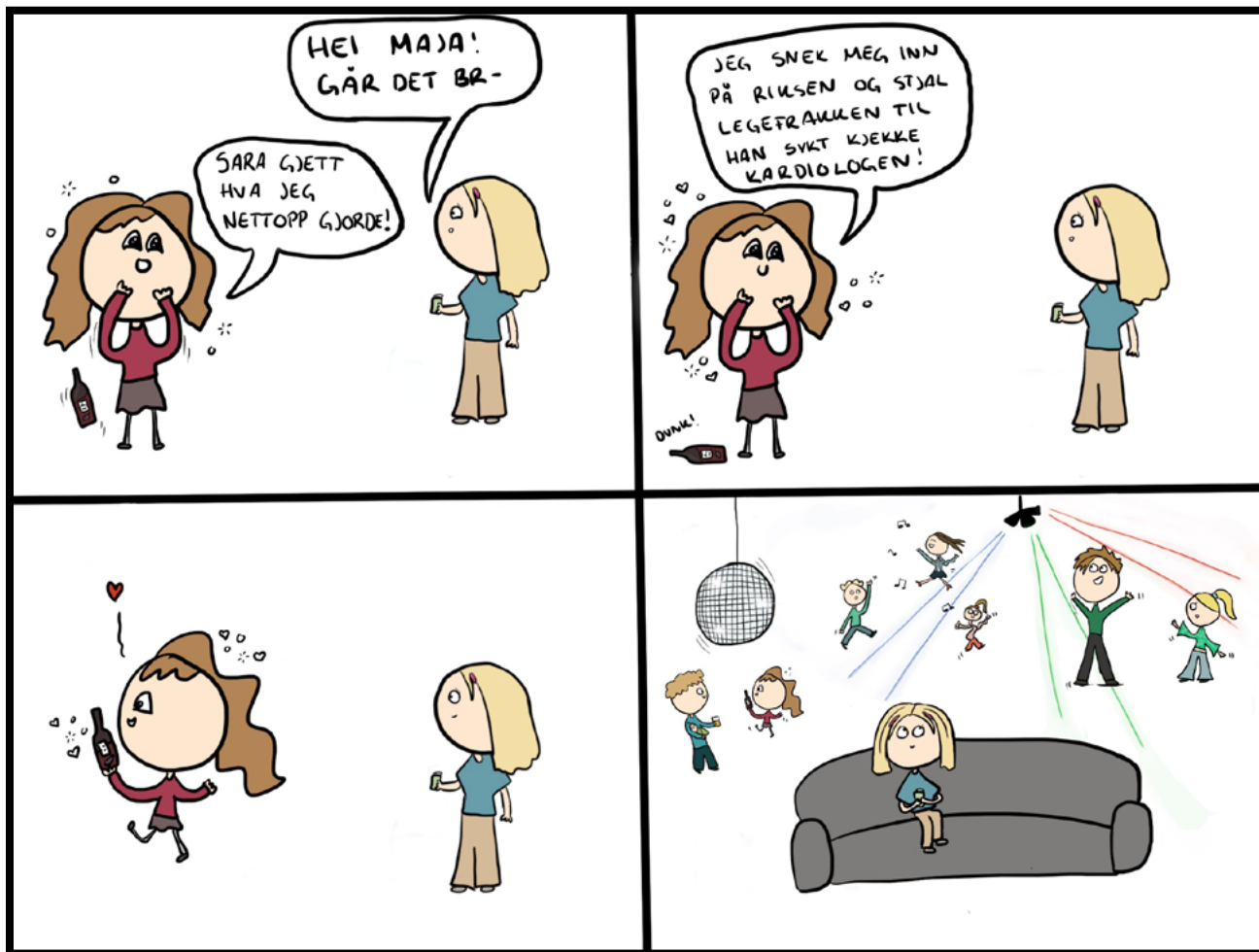


Sara hadde fram til dette punktet i livet sitt vært fremmed for ordet ærefrykt. Nå forstod hun endelig.

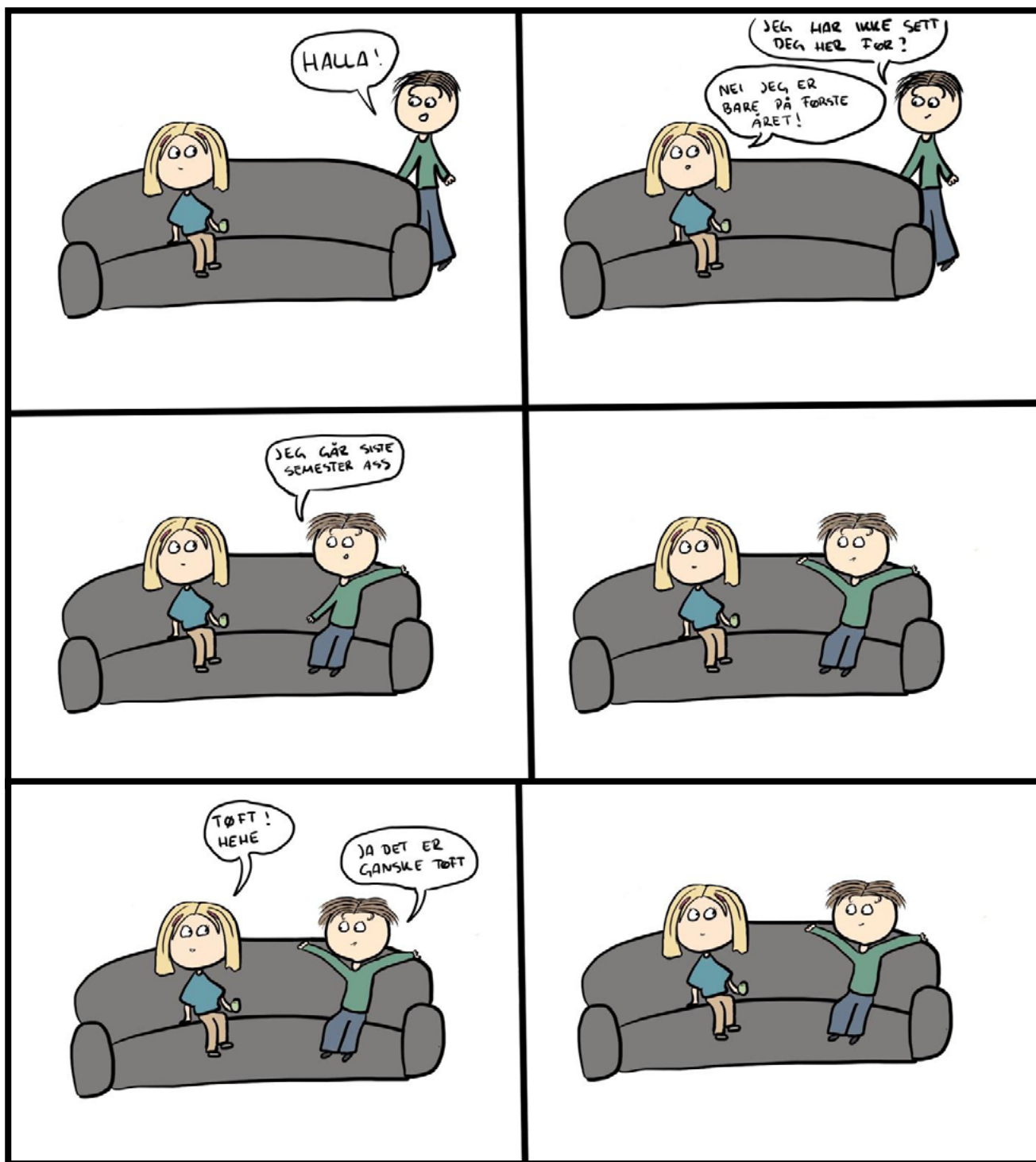




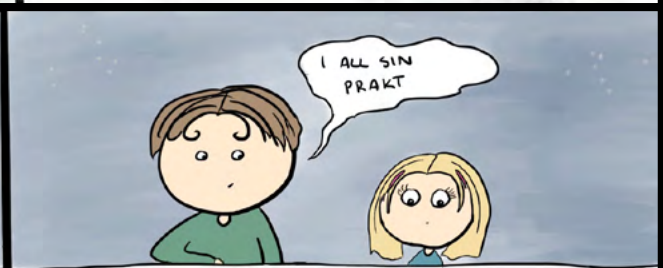
Men ta det med ro, det finnes vanlige folk her og.



Ikke minst har vi alltid også et par avslappede festdeltakere, som har vært ute en nattevakt før.



Ikke la deg lure av fasaden. Hvis du tør å spørre en av disse gamle traverne om de har noen visdomsord å melde fra den andre enden av doktorskolen, blir du straks dratt med opp på nærmeste takterrasse for både utsikt, innsikt og «frisk luft».





# PAPIRLØSE IMMIGRANTER

## DAGENS HELSETILBUD UTEN PAPIRER OG PENGER

**Tekst:** Ilena Haile Tesfazion, folkehelseansvarlig i Nmf utland

**Bilder:** Privat

*I Norge er det estimert rundt 18 000 papirløse. Dessverre er det vanskelig å få sikre et sikkert antall. Oppholdstillatelse kreves for å få tilgang til resept på apoteket og for å få tildelt en fastlege. Spørsmålet er hva denne gruppen mennesker gjør om de trenger hjelp? Lege og virksomhetsleder for helsesenteret for papirløse migranter i Oslo; Gina Stensrud Bovim forklarer nærmere om dagens situasjon.*

### Hva slags tilbud har dere på helsesentre for papirløse migranter?

Vi tilbyr primære helsetjenester for papirløse mennesker, det vil altså si alle som ikke har lovlig opphold i Norge. Her er det ca. 180 frivillige, og 7 ansatte. De frivillige er alt fra sykepleiere, tannleger, leger, miljøarbeidere, psykologer og sosionomer. Det er Kirkens Bymisjon og Røde Kors som eier og drifter helsesenteret. Vi ble dannet i 2009, etter at det ble utført en rapport der man hadde fokus på hvordan papirløse mennesker i Norge har det. Den viste mange ulike problemstillinger, blant annet manglene godt nok helsetilbud for denne gruppen. Vi har Dropin tirsdag 16-20 og torsdag 11-15. I løpet av en vakt har vi rundt 20 som kommer innom. På onsdager har vi planlagte timer, og rundt 40 kommer innom.

### Hva er forskjellen på dette og et vanlig legekontor?

Tilstandene pasientene kommer med er nesten som et allment legekontor, med en liten overvekt av psykisk sykdom. Hos pasientene våre er det særlig angst og depresjon, stresslidelser og traumelidelser som kanskje er det vanligste. Ikke de tunge psykiske sykdommene som schizofreni, men mer av det som har sammenheng med deres vanskelige livs-

situasjon. Det ser vi veldig mye av. Vi har et godt tilbud for psykisk helse her, både psykiatrisk sykepleiere, psykiater og psykolog. De er den gruppen på huset som har flest timeavtaler, og det hender vi samarbeider med DPS, men det er mer sjeldent.

### Hvorfor trenger man et tilbud som dette i Norge, kan ikke alle i Norge få helsehjelp? Er det ikke bare å dra til legevakten eller sykehus?

Ja, de kan dra til legevakten og ja de kan legges inn på sykehus, men regelverket er litt komplisert. De har rett til veldig mange ting; som akutt helsehjelp som sammenfaller med vår rett til å hjelpe som alt helsepersonell har, spesielt leger. De har rett til akutt helsehjelp som ikke kan vente, uten at det medfører alvorlig skade eller sykdom innen 3 uker. Dette er veldig vanskelig å vurdere. Hvordan skal man vurdere om dette blir akutt innen 3 uker? Gravide har rett til helsehjelp, barn skal ha det. Det står også at man har rett til en vurdering i spesialisthelsetjenesten. I Norge kommer man seg jo stort sett til spesialisthelsetjenesten via primærhelsetjenesten. Det er heller ikke noe økonomisk ordning for dette. Fordi loven sier; selv om du har rett på det så må du betale helsehjelpen selv.



**Hva vil dette si for en som ikke har papirer?**

Det vil si at om en papirløs møter opp på sykehus og skal ta en abort, så må personen betale hele kostnaden for aborten. Om du hadde gått dit hadde du kun betalt en egenandel.

**Finnes det for noen finansieringsordninger?**

Det finnes ingen finansieringsordning, men det står videre at dersom pasienten ikke kan betale selv så er den som yter helsehjelpen som skal dekke kostnaden. Så på et fastlegekontor er det veldig lite attraktivt, for da går det jo rett ut av lønnen på den legen som yter hjelpen. Det blir pro Bono på individnivå. På sykehuset er legene ansatt, så da er det sykehuset som tar utgiften. Det er varierende fra sykehus til sykehus og avdeling til avdeling hvordan de stiller seg til dette. Det har vært en sak i Klassekampen om hvordan en papirløs kvinne fikk inkassovarsel opp mot 250 000 kr etter en fødsel (1). Om noen av våre pasienter som vi henviser videre skulle få med seg en regning, så tar de den med til oss så snakker vi med sykehuset og forklarer situasjonen.

**Hvordan har koronasituasjonen vært for papirløse? Får de vaksine?**

Ja, det gjør de! Så når det kommer til pandemien har vi etterhvert hatt et veldig godt samarbeid med bydelen. De kommer hit å tester to ganger i uken og setter vaksine en gang i uken. Det er omtrent 300-400 som har fått vaksine. Dette er muligens mennesker som ikke hadde fått vaksine om det ikke hadde vært for oss.

**Hva slags tilbakemeldninger har dere fått på arbeidet dere gjør så langt?**

Det virker som kommunen har sett at mer av det vi gjør og viktigheten av det. De siste årene har vi nemlig fått en del støtte fra kommunen. Et viktig poeng å huske på er at papirløse har rett på smittevern. Det er jo et samfunnsmedisinsk spørsmål. Smittevern gjelder ikke bare korona, men også HIV,

tuberkulose så har vi et veldig godt samarbeid med sykehusene, da henviser vi direkte og de får veldig god oppfølging og det er jo av allmenninteresse at smittsomme sykdommer ikke skal bre seg i samfunnet.

**Det er tydelig at dere gjør et veldig viktig arbeid for mange, men hva er da argumentene imot å tilby helsehjelp for papirløse?**

Det er som vanligvis penger og politikk. Noen politikere er redde for at det ville blitt helseturisme. Det er nylig gjort en litteraturstudie av et tilknyttet senter, som viser at det er ikke noe forskning på om helsetilbud er en av grunnene bak migrasjon (2). Noen vil også argumentere for at dette er mennesker som ikke skulle ha vært her i første omgang, samt at dette vil koste staten for mye penger. Det skal sies at det er flere andre land i Europa som klarer å gi full helsehjelp; land som Frankrike, Spania, Portugal og Belgia.

**Hva er argumentene for å tilby helsehjelp?**

Jeg tenker som helsepersonell, så står man i en skvis. Det går direkte mot de etiske prinsippene både som medmenneske og helsepersonell om man ikke hjelper noen som trenger det. Det er jo innbygget i oss å hjelpe, ikke at jeg skal sitte å vurdere om de har lovlig opphold eller ikke. Det er veldig langt utenfor mitt mandat som lege. Det er noen andre sin jobb. Så er det jo også sånn at når de først er her, skal vi som land se på at mennesker lider og kanskje dør av lidelser og tilsander de ikke hadde trengt å dø av bare fordi de ikke har riktig stempel på passet eller dokument. Min tanke er at det er feil.

**Hva er inntrykket du har av denne pasientgruppen?**

Jeg har jo møtt på mange her som frivillig, lege og ansatt; Jeg vil jo tørre å påstå at de fleste ville heller være i sitt hjemland med sin familie, med sin trygge fine jobb hvis forholdene hadde vært sånn. Jeg har

ikke møtt på en eneste pasient her som synes det er kjemp fint og flott å være i Norge, og at den helsehjelpen de får er verdt for å bli . Det er så mange skjebner, og så mange grusomme historier. Så det med tilgang til helse virker det som er det siste som tenkes på.

Også vil jeg legge til at i Norge er man veldig opptatt av generell forebygging i befolkningen, dette utelukkes i denne gruppen på grunn av manglene tilbud. Det ville ha lønnet seg for staten å kunne tilby noen blodtrykksmedisiner enn å vente til man får den feilen på hjerte som krever en dyrere operasjon eller en stans. For da er det akutt og da skal man hjelpe. Det gir ikke helt mening for meg hvordan det kan være lønnsomt.

#### **Hva er deres mål videre?**

Hovedmål er at vårt arbeid skal bli overflødige og ikke skal trenges lenger, noe som vil si at staten tar over. Det bør ikke være 180 frivillige sitt ansvar at de papirløse skal få den helsehjelpen de behøver. Det er ikke noe ekstraordinært helsehjelp her. De får helt vanlige helsehjelp som blodtrykksmedisiner, psykolog å snakke med ved mye angst og depresjon. De andre målene er å gi medisiner og helsehjelp.

#### **Hvorfor burde medisinstudenter bry seg om dette?**

Dette er en problemstilling mange leger vil møte på, det er også derfor vi har startet å holde kurs om tematikken. Det å jobbe med denne gruppen er et humanitært helsearbeid man kan gjøre hjemme i Norge, uten å trenge å reise langt. Man får et større innblikk over hva som skjer i verden i møte med disse pasientene som forteller om sin bakgrunn. Jeg får lært mye om verden uten å reise.

Jeg tenker også på et rent personlig plan; det føles fint og man får et bredere perspektiv enn det man gjør andre steder. Selvsagt vil pasientene som kommer inn på et «vanlig» fastlegekontor gi ulike perspektiver. Men det er så mange situasjoner man hører om, som man ikke ellers ville kunne klare å sette seg i.

#### **Hva skal man gjøre om man ønsker å hjelpe til?**

Send en epost til: [helsesenteret@bymiskjon.no](mailto:helsesenteret@bymiskjon.no).

Vi trenger alltid mange frivillige!

---

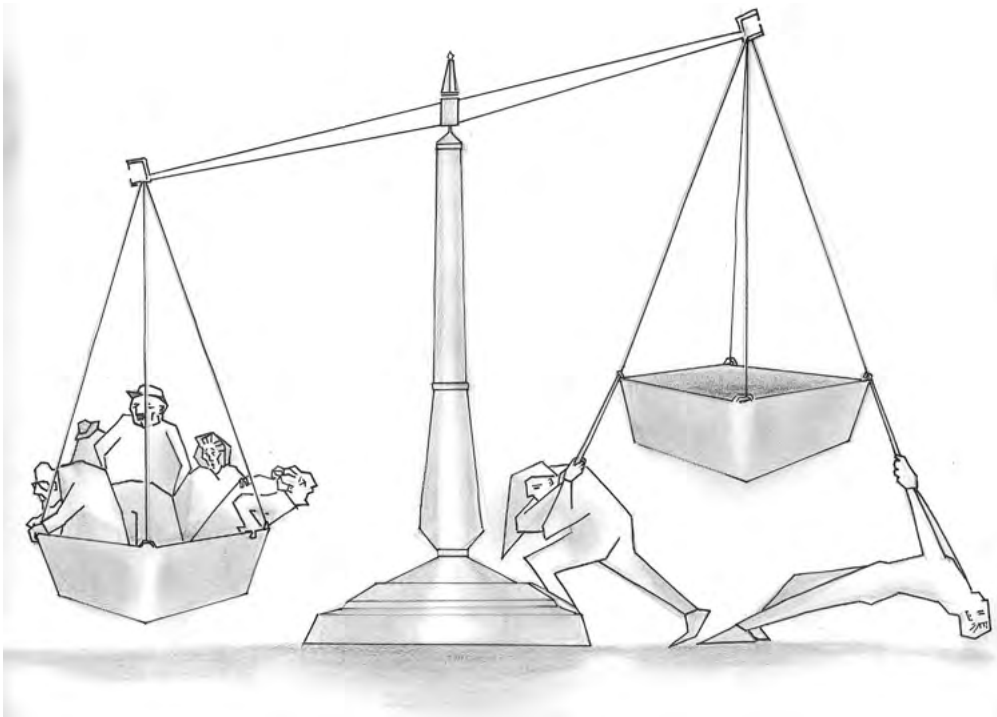
#### Litteraturliste

- [1] <https://klassekampen.no/utgave/2021-05-22/250000-for-a-fode-i-norge>
- [2] [https://www.rodekors.no/globalassets/\\_rapporter/migrasjon/rapport\\_papirlose\\_migranter\\_rode-kors.pdf](https://www.rodekors.no/globalassets/_rapporter/migrasjon/rapport_papirlose_migranter_rode-kors.pdf)

# KAN ELDREBØLGEN MØTES UTEN EN NY SKATTEBØLGE?

**Tekst:** Iver Lars Håvard Koppen, skribent

**Illustrasjon:** Lea Taraldsrud Dormagen



Dagens forståelse av statsbudsjettet baserer seg på at skattepenger finansierer offentlige fellesgoder. Hva om vi snur på det, nemlig at investeringer kommer før skatt?

Fortellingen om eldrebølgen handler om en fremtid hvor kapasiteten til velferdsstaten står ved et veiskille. Årsaken er at et økt antall alderspensjonister vil ha behov for et økt omsorgs- og bistandsbehov. Videre vil et redusert antall yrkesaktive per alderspensjonister bety at forholdsvis færre skattebetalere må finansiere dette behovet. Denne fremstillingen etterlater oss gjerne to valg. Man kan enten kutte ned på tilbudet som det offentlige skal finansiere, eller man kan øke skattepresset på befolkningen. Men hvordan ville denne fortellingen vært dersom det ikke var riktig at skatteinntekter finansierte velferdsstaten?

Vår tradisjonelle forståelse av makroøkonomi bygger på oppfattelsen av at statsbudsjettet er tilsynelatende lik en privat bankkonto. Hvis vi skal finansiere økte utgifter til helsetjenesten, altså øke statens utgifter, må vi først øke statens inntekter gjennom å hente inn mer penger i skatter og avgifter.

*«Vår tradisjonelle forståelse av makroøkonomi bygger på oppfattelsen av at statsbudsjettet er tilsynelatende lik en privat bankkonto.»*

Modern monetary theory (MMT), eller ny monetær teori, snur denne logikken på hodet (1). Teorien argumenterer heller for at staten først må bruke penger, før de kan skattes tilbake. Årsaken er enkel: Mens vanlige personer er brukere av valuta, er staten en utsteder av valuta. Staten kan aldri gå tom for en egen, suveren valuta når det er staten som bestemmer pengemengden som sirkulerer i økonomien. I følge MMT er hver krone som staten bruker, en ny krone som legges til økonomien. Siden penger i dag er overveiende digitaliserte, «trykker» staten penger med noen tastetrykk til en digitalisert bankkonto, og ved skatteinndragning «sletter» staten penger fra sirkulasjonen med noen tilsvarende tastetrykk.



*«Modern monetary theory (MMT), eller ny monetær teori, snur denne logikken på hodet. Teorien argumenterer heller for at staten først må bruke penger, før de kan skattes tilbake.»*

Med andre ord fjerner MMT premisset om at det er skatteinntekter som vil finansiere fremtidens økte utgifter i forbindelse med eldrebølgen. Sett gjennom MMT-briller skal staten alltid kunne garantere at den kan finne pengene til å finansiere en aldrende befolknings omsorgsbehov. Derimot finnes det selvsagt begrensninger for pengebruken her og. Pengebruken kan ikke overgå tålegrensen for hva økonomien kan nyttiggjøre seg av, uten at det fører til inflasjon. Den er altså avhengig av den generelle produktiviteten i økonomien. Har vi utviklet nok kapasitet til å produsere de varene og tjenestene vi etterspør? Har vi «ledige hender» som kan trå til i eldreomsorgen? Har disse tilstrekkelig utdanning? Har vi nok sykehjemsplasser? Tilsvarende spørsmål kan anvendes i alle andre sektorer i økonomien.

Det skal sies at MMT ikke tilbyr noen magiske løsninger på fremtidens utfordringer. Det er heller ikke sikkert at en slik samfunnsøkonomisk tankegang bør eller ønskes som grunnlag for bestemmelse av finans- og pengepolitikken vår. Det interessante med perspektivet som MMT tilbyr, er derimot muligheten for en ærlig debatt om hvilke verdier som betyr noe for oss som samfunn. Når vi flytter fokuset fra finansielle begrensninger over til reelle, menneskelige begrensninger, kan vi begynne å diskutere hvilke prioriteringer som må til for å gi den omsorgen som vi mener at våre besteforeldre, foreldre og til slutt oss selv bør få oppleve på slutten av livet.

*«Det interessante med perspektivet som MMT tilbyr, er derimot muligheten for en ærlig debatt om hvilke verdier som betyr noe for oss som samfunn.»*

#### Litteraturliste

- [1] Kelton S. *The Deficit Myth. Modern Monetary Theory and How to Build a Better Economy*. London: John Murray (Publishers); 2021.



Flytende helseklinikker på Tonlé Sap-innsjøen i Kambodsja. Foto: Privat

# EN LEGEHVERDAG PÅ FLYTENDE KLINIKKER I KAMBODSJA

LIS 2-legene Helle Uri Hageberg (28) og Erlend Holm-Nordli (29) kom i slutten av februar tilbake til Norge etter et tre måneders langt opphold i Kambodsja. Her har de jobbet som frivillige leger for The Lake Clinic Cambodia (TLC) via organisasjonen Impact Norway, og erfart en smule annerledes hverdag i forhold til hva de er vant med som sykehusleger i Norge. I Kambodsja har de jobbet på flytende helseklinikker og sovet på feltsenger.

**Tekst:** Andrea Dalgard, skribent



Gladlakser på sjøen i Kambodsja. Foto: Privat

### Bakgrunn for The Lake Clinic Cambodia-prosjektet

For mange i Kambodsja befinner nærmeste sykehus eller medisinske klinikk seg utenfor rekkevidde, så langt unna at de ikke har mulighet til å oppsøke helsehjelp ved behov. TLC-prosjektet baserer seg på å nå ut til flest mulig som bor ute på Tonlé Sap-innsjøen og elvene omkring med gratis medisinsk behandling og helseinformasjon. Tonlé Sap-regionen regnes som et svært fattig område i Kambodsja. Mangel på hygiene og sanitære forhold, samt et tøft klima er noen av utfordringene befolkningen i de flytende landsbyene daglig står ovenfor. TLC sørger for medisinsk behandling og informasjonsdeling til folk som bor i elvelandsbyene som er tilgjengelig og kostnadsfritt (1). Som eneste organisasjon i området tilbyr TLC helsetjenester til en stor del av befolkning som bor i flytende landsbyer på Tonlé Sap-innsjøen og på fastlandet ved Stung Sen-elva. Klinikken fungerer både som fastlegekontor, legevakt og apotek. Helle og Erlend har jobbet som leger i team på TLC-klinikkene, og skaffet seg en opplevelse for livet i samme slengen.

### Hvordan så deres arbeidshverdag på klinikkene ut?

Vi reiste ut på 3-dagers oppdrag av gangen og arbeidet på to forskjellige typer klinik-

ker, med hvert sitt team. Både elve-teamet og innsjø-teamet består av en kokk i tillegg til leger, jordmødre og sykepleiere som jobber, oppholder seg og overnatter på klinikkene i 3 døgn om gangen. Det er stor avstand fra klinikkene til byen, så mye tid gikk med til reisevei. Når vi kom frem til klinikken lagde kokken lunsj, mens resten av teamet ryddet og vasket lokalene som ofte hadde stått tomme i flere uker. Klinikken må forberedes, slik at det er klart for å ta imot pasienter og for at vi kunne bo på dem. Etter en som oftest deilig kambodsjsk lunsj, sov hele teamet middagslur. Så åpnet vi klinikken for pasienter.

TLC jobber i hovedsak med allmennmedisin og forebyggende medisin. En del av teamet jobber på selve klinikken som pasienter med forskjellige problemstillinger kommer til. En annen del av teamet jobber oppsøkende. Det vil si at de reiser ut til pasientene der de bor for å identifisere barn som er underernærte og følge opp disse med behandling. I tillegg blir det iversatt tiltak som å installere vannfilter i hjemmene for tilgang på rent vann, informere om hvordan en kan dyrke flytende grønnsakhager i området, dele ut frø, formidle forebyggende informasjon om vold i hjemmet. De kartlegger sykdom og lidelse hos de som ikke ville klart å komme seg til klinikkene på egenhånd, og generelt tilbyr støtte og samtaler til pasientene der de er.

### Hva slags problemstillinger og helseutfordringer så dere mest av der borte?

Som ellers i verden er livsstilssykdommer et økende problem også i Kambodsja. Mange av pasientene som oppsøker klinikkene blir fulgt opp i form av rådgivning og behandling for blant annet høyt blodtrykk og diabetes type 2. Ellers var det mange som oppga epigastriesmerter og plager med sure oppstøt. Da gastroskopi i praksis var utilgjengelig ble det ekstra utfordrende å hjelpe disse pasientene, da en aldri fikk stilt en klar diagnose. Ellers dukket det opp problemstillinger knyttet til alt fra prevensjonsveiledning og svangerskapskontroll til mer akutte tilstander som involverte brystsmertor og infeksjoner som krevde sårbehandling. En del av sykdomsbyrden hos

*«Mangel på hygiene og sanitære forhold, samt et tøft klima er noen av utfordringene befolkningen i de flytende landsbyene daglig står ovenfor. TLC sørger for medisinsk behandling og informasjonsdeling til folk som bor i elvelandsbyene som er tilgjengelig og kostnadsfritt».*



Stor pågang på klinikkene. Foto: Privat

pasientene kunne avledes fra deres krevende livssituasjon, med begrenset tilgang på rent vann og næringsrik mat, svært fysisk krevende arbeid og en hverdag knyttet til mye stress og dårlig søvn. Familiene har ikke råd til tannbørster og barna får fullstendig ødelagte tenner allerede i ung alder. Mange barn var også underernærte. Tobakk og sukker er dessverre billig og svært tilgjengelig, med de problemer det medfører.

### **Ser dere noen likheter mellom helseutfordringene i Norge og Kambodsja?**

En del av helseutfordringene der, slik som diabetesoppfølging og blodtrykkskontroll, har vi også kjennskap til fra fastlegekonsultasjoner i Norge. Men noen ganger dukket det opp problemstillinger som var helt annerledes enn hva vi er vant med, slik som dengue, lepra og tuberkulose. Der vi merket store forskjeller var naturligvis i forbindelse med tilgangen på supplerende undersøkelser og videre utredning. Det er vanskelig å få tatt blodprøver, røntgenbilder og henvisninger til spesialister på sykehus. Dette er i stor grad betinget av den enkelte pasientens økonomi og reiseevne. Der vi i Norge kunne ha henvist til røntgenbilder og blodprøvetaking «for sikker-

hets skyld», måtte vi i Kambodsja støtte oss mest på anamnesen og den kliniske undersøkelsen for å stille en diagnose.

### **Hvordan bodde dere?**

Når vi ikke var på jobb og overnattet på klinikkene leide vi en enkel og fin studioleilighet i Siem Reap av en av jordmødrene fra TLC. Der hadde vi en seng, et bord og to stoler, bad med toalett og elektrisk dusj, samt en kjøkkenkrok med en liten gassbluss-ovn.

Når vi var på jobb, bodde vi tre dager på de flytende klinikkene. Rundt seks-syv-tiden på kvelden dusjet vi i filtrert vann fra innsjøen/elva før vi krøp til sengs på hver vår feltmadrass under myggnetting. Under myggnettingen ble det en del tid til overs, så da gikk det med mye til å lese bok, høre på podcast eller til å skrive ned tanker og inntrykk fra dagen. Så stod vi opp ved seks-tiden og ryddet plass til frokost og satte opp klinikken igjen.

### **Hva gjorde dere de dagene dere ikke var på jobb?**

Dagen etter hjemkomst fra hvert «oppdrag» var det møte på kontoret med oppsummering av uken, gjennomgang av interessante kasuistikker og samtaler rundt ukens utfordringer og lignende. Kambodsja er

*«Familiene har ikke råd til tannbørster og barna får fullstendig ødelagte tenner allerede i ung alder. Mange barn var også underernærte. Tobakk og sukker er dessverre billig og svært tilgjengelig, med de problemer det medfører.»*

*«Der vi i Norge kunne ha henvist til røntgenbilder og blodprøvetaking «for sikkerhets skyld», måtte vi i Kambodsja støtte oss mest på anamnesen og den kliniske undersøkelsen for å stille en diagnose.»*

et fantastisk land og Siem Reap er kanskje mest kjent for sine templer fra storhetstiden til Angkor-riket. Vi syklet mange turer til forskjellige templer. Det var utrolig flott og gjorde inntrykk på oss. Noe som også var spesielt, var at det var så få turister der på grunn av covid. Ellers ble vi invitert på flere sammenkomster med noen nordmenn som bor i Siem Reap og deres «expat-gjeng». Det var veldig hyggelig. Vi tok oss en langhelg i hovedstaden, Phnom Penh, og en uke fri hvor vi reiste til kysten og koste oss med en strandferie.

**Hva var det som fikk dere til å søke på akkurat dette prosjektet?**

Vi har begge hatt et ønske om å reise ut og jobbe frivillig i områder med mindre ressurser. Vi møttes tidlig på studiet og har snakket om det i mange år. Vi ønsket å dele opplevelsen sammen og forsøkte derfor å finne en organisasjon som tillot oss å reise sammen. Vi kom over Impact Norway, da vi fortsatt var studenter i 2017 og tok kontakt. Vi var imponert over de ulike prosjektene Impact Norway støttet i flere forskjellige land, hvor alle prosjektene har som hovedformål å unngå unødvendig lidelse og kronisk sykdom ved at pasienter tidligere får helsehjelp og behandling. Vi ønsket også å finne et prosjekt som ikke var avhengig av utenlandske frivillige leger, som heller var lokalt bærekraftig. TLC har nesten uteluk-

kende lokale ansatte fra Kambodsja og tar imot noe frivillig helsepersonell eksternt. Det vil si at nå, under covid, fungerte organisasjonen like godt og kunne tilby like gode tjenester, fordi de lokale legene og sykepleierne er selve grunnpilarene i organisasjonen. Vi er også klar over at vår erfaring som leger ennå ikke er så lang. Vi var derfor nøye med å finne et prosjekt hvor vår erfaring kunne komme godt med, uten at vi ville stå i ubehagelige situasjoner hvor vår kompetanse ikke strakk til. Vi følte oss alltid trygge og godt ivaretatt, og følte at det samme gjaldt for våre pasienter.

**Hvordan var søknadsprosessen? Møtte dere på noen hindringer i den forbindelse?**

Vi tok kontakt med Impact Norway, som satte oss i kontakt med den joviale lederen for TLC, Jon Morgan. Han startet TLC i 2007 og har siden den gang drevet organisasjon til det den er i dag. Av utdanning er han sykepleier og har videreutdanning i Public health. Etter at vi kom i kontakt med Jon fikk vi beskjed om å skrive et motivasjonsbrev hver, og hadde deretter intervju med han over skype. Denne prosessen startet i januar 2021, et år ute i covid. På dette tidspunktet var Norge i stor grad nedstengt, mens Kambodsja hadde få smittetilfeller. Kort tid etter intervjuet fikk vi klarsignal om å kunne dra, men da økte smitten kraftig i Kambodsja og landet ble



Dr. Holm-Nordli lærer et nyttig triks eller to av lokale helsefagarbeidere. Foto: Privat



En vanlig dag på jobb for TLC-legene. Foto: Privat

*«Der vi i Norge kunne ha henvist til røntgenbilder og blodprøvetaking «for sikkerhets skyld», måtte vi i Kambodsja støtte oss mest på anamnesen og den kliniske undersøkelsen for å stille en diagnose.»*

raskt stengt ned. Det var ikke mulig å reise inn til landet, og vi måtte derfor utsette utreisen vår. Da Kambodsja endelig begynte å åpne opp og vi hadde fått på plass visum, ble utreisen imidlertid ytterligere utsatt da vi selv fikk covid rett før planlagt avreise. Etter mye frem og tilbake kom vi oss endelig av gårde i midten av desember 2021.

**Er det noe spesielt en bør forberede seg på eller sette seg ekstra godt inn i av fagstoff før en reiser på et slikt prosjekt?**

Vi tok et 3-måneders tropemedisinkurs i Hamburg i 2019, fordi vi lenge har hatt et ønske om å jobbe i andre deler av verden og at begge har ekstra interesse for infeksjonsmedisin. Dette var et veldig spennende kurs som absolutt kom godt med, men som på ingen måte er noe en må ha tatt før utreise.

Vi så mye på Leger uten grenser sine kliniske retningslinjer som er gratis og tilgjengelig på nettet. En kan også laste ned retningslinjene og søke opp i oversikten, selv når en ikke har internett. I retningslinjene er det oppgitt informasjon om behandling for sykdommer vi ikke er like vant med i Norge og standardiserte behandlinger for sykdommer vi også kjenner godt hjemmefra, men som ofte vil behandles annerledes andre steder i verden. Ellers jobbet vi tett med lokalt helsepersonell fra Kambodsja som kjente til sykdommer vi ikke hadde så mye erfaring med fra Norge. Det ble et godt samarbeid, hvor vi kunne bidra med kunnskap vi hadde fra før om f.eks. oppdaterte behandlingsretningslinjer for hjertesvikt og blodtrykksbehandling osv. De lokale i teamet var bedre på å kjenne igjen og behandle sykdommer som tyfoidfeber, lepra eller kusma.



En nydelig solnedgang over Kambodsjas elvelandsbyer. Foto: Privat

### Kort – topp 3 opplevelser i Kambodsja?

1. Gleden ved å få negativ covid-test og faktisk få slippe inn i landet etter 8 måneder med mye frem og tilbake.
2. Første sykkelturn over broen til Sydporten til Bayon-tempelet.
3. Mestringsfølelsen første gang en pasient forsto hva vi mente da vi sa «chu?» som betyr «vondt?» på khmer.

#### Hva var den største utfordringen dere møtte?

Det oppstod utfordringer vi måtte forholde oss til på mange forskjellige plan. På et personlig plan var den ekstreme varmen og insektene en utfordring, samt lange reiser hver uke, dårlig søvn og harde feltsenger. Med tanke på pasientkommunikasjon var det utfordrende å ha tolk til stede på alle pasientsamtalene. Vi var noen ganger usikre på om det som ble oversatt av tolken ble riktig formidlet videre til pasientene. Flere av de vi jobbet med hadde et begrenset engelsk ordforråd. De fleste av pasientene hadde kort utdanning og en helt annen kultur enn oss, så selv om tolkingen skulle ha gått knirkefritt ville forståelsen av sykdom og lidelse ofte være annerledes enn det vi er vant med. I tillegg ønsket også helsepersonellet at vi samarbeidet med i noen tilfeller å bruke eldre retningslinjer enn det vi foreslo, og i flere tilfeller hadde de andre tanker om sykdom enn oss. Dette kunne til tider gjøre kommunikasjonen oss imellom vanskelig.

#### Hva det andre ting som også var utfordrende?

I tillegg var det på et kulturelt plan utfordrende å se barn bli slått, dyremishandling og kvinner ha mindre frihet og muligheter. Staten griper lite inn i vanskelige situasjoner i hjemmet, noe som går utover de vanskeligstilte i samfunnet som f.eks. psykisk syke,

demente og psykisk utviklingshemmede. Slike sårbare grupper vil være helt prisgitt at familien stiller opp og tar vare på dem. Det var også krevende å se hvor lite vern barn hadde. Om et barn blir sykt og trenger medisinsk behandling betyr det for foreldrene tap av inntekter og økte utgifter, til tross for TCL sitt tilbud om mat og transport til sykehus. Dermed vil ikke alle ta med barnet sitt til sykehuset eller oppsøke helsehjelp, dersom sykdom skulle oppstå. Hvis foreldrene sier at barnet ikke skal gå på skolen, så er det kun foreldrene som tar denne avgjørelsen og det vil ikke bli stilt spørsmål ved den. Familieinstitusjonen står svært sterkt i deres kultur. Vi opplever at familiens meninger og ønsker i flere tilfeller overkjørte og sto imot det vi mente ville være best for de enkelte pasientene.

#### Litt vanskelig spørsmål, men hva er den største lærdommen dere har med dere videre?

Vanskelig å svare på uten at det blir for klisje-aktig. Men en viktig lærdom har vel vært påminnelsen om å være fornøyd med det en har tilgjengelig og det man får til. Det kan være godt å justere forventningene sine til hva som er god helse og et godt liv for den enkelte, både for oss som medisinerer, oss som privatpersoner og for våre pasienter.

*«Det var på et kulturelt plan utfordrende å se barn bli slått, dyr mishandlet dyremishandling og kvinner ha mindre frihet og muligheter. Staten griper lite inn i vanskelige situasjoner i hjemmet, noe som går utover de vanskeligstilte i samfunnet som f.eks. psykisk syke, demente og psykisk utviklingshemmede.»*

---

#### Litteraturliste

[1] <https://impactnorway.org/flytende-klionker-i-kambodsja-the-lake-clinic/>.

A decorative dotted line in a light blue color, consisting of small circular dots, curves across the top of the page from left to right.

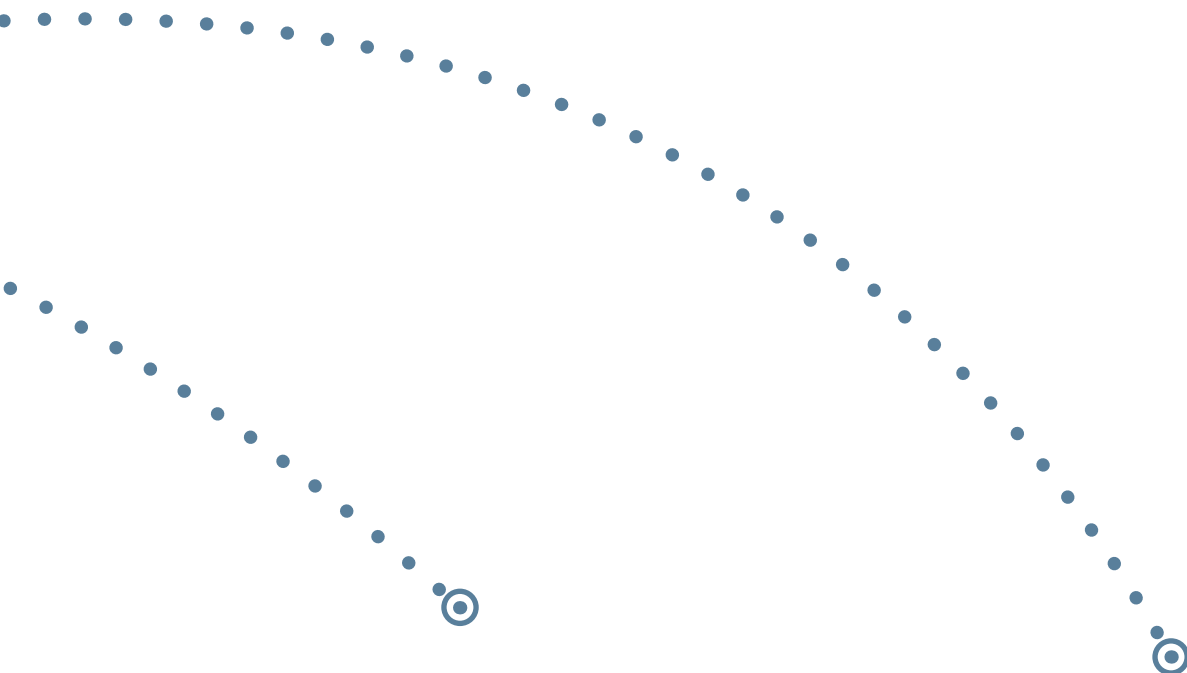
# INNSIKT FRA UTLAND

**TEKST:** TALLAK LYNGSET, SKRIBENT

**ILLUSTRASJON:** VICTORIA DONTSOVA







## Pedagogisk tilnærming eller diktatur?

Allerede på vei ned til anatomisalen øker pulsen. Vi vet at vi er ferske. Vi får assosiasjoner til ungdomsskolen, med skumle rykter for å skremme de som kommer fra barneskolen. Vi tenker «nei, det stemmer ikke, vi er voksne mennesker på universitet!», men assosiasjonen er der like fullt. Den svarte kaffen som jeg nettopp helte nedpå hjelper ikke på hjertebanken. Nede i kjelleren trasker jeg over linoleumsgulvet, og lukten av formaldehyd blir sterkere og sterkere. I enden av gangen ser jeg en liten mann med kortklipt hår og stor mage. Han snur seg brått og går inn i anatomisalen, jeg øker tempoet og tenker «jeg skal ikke være en sinke, han skal ikke få noe på meg, helst ikke legge merke til meg... ennå». Vi følger etter. Inne på salen ligger det et dødt menneske på et iskaldt bord av børstet stål, kaldt og rent. Det gjør inntrykk. For de fleste av oss er dette det første møtet med et dødt menneske. Alle studentene står rundt bordet. Den velernærte mannen snur seg mot meg, setter øynene i meg, litt som om han har trent lenge på det blikket, og jeg ser på ham at han tenker: «mange av dere kommer til å slutte før året er omme, heller nå enn om 2-3 år». Han stikker de

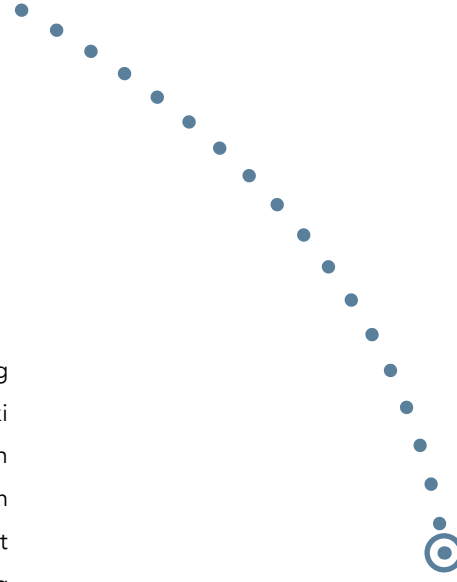
**«Riktignok er karakterkravet lavere for å studere i Polen, men det innebærer også høyere press på elevene, spesielt de tre pre-kliniske årene, som oppleves som en filtrering av de elevene som ikke møter kravene de har satt.»**

korte fingrene sine rett ned i bukhulen på liket, uten hansker selvfølgelig, for å toppe det hele. «What is this?» spør han kaldt. Alt jeg hadde pugget, lest, forsøkt å forstå, forsvinner i tankene; «hæ, uten hansker?» Hvem skal svare ham, pinlig stille, men noen svarer svakt; «I am not sure professor». Han himler med øynene, en klassisk hersketeknikk for å få oss ut av balanse, og sier høyt, så alle får det med seg: «Why don't you just become a nurse, you should know this», med en stemme som forteller oss hvor håpløse vi alle er. Studentene ser ned på den blanke notatboka si og tenker: «Er det sånn her det kommer til å bli?» mens vi later som om vi skriver ned fornuftige observasjoner.

Ja, slik er det her nede. Til en viss grad. Polen er et veldig annerledes land enn Norge. Her er respekt og hierarki dypt festet i kulturen. Om det kommer som følge av den post-sovjetiske tiden, eller om det rett og slett bare er sånn disse hardbarkede øst-europeerne liker å undervise, er et mysterium. Uavhengig av hva årsaken kan være, så har jeg stilt meg spørsmålet om hvorvidt den bisarre formen for pedagogikk har fungert for oss nordmenn her i Gdansk.

For mange er dette første møtet med regelrett kjeft i voksen alder fra en som skal veilede deg og fremme læring. Legestudenter i Polen har også gjort det bra på skolen, men går ikke ut med kun 6-ere. Også vi har forventninger om å bli møtt med konstruktive tilbakemeldinger og kanskje til og med ros for godt forsøk. Det kan virke overrullende å bli kjeftet på i voksen alder, ydmykende, og det skaper frykt. På en arbeidsplass hadde det mest sannsynlig ført til sykemeldinger og stort gjennomtrekk. Noen vil kanskje mene; er det så ille, er det ikke OK å bli litt «herdet», møte verden uten silkehanser?

For en del studenter vil redselen for å feile og få kjeft være et stort stressmoment i en allerede stressende hverdag. Arbeidsmengden de tre første årene i Polen er allerede tilnærmet uutholdelig, og da mener jeg virkelig uutholdelig. Riktignok er karakterkravet lavere for å studere i Polen, men



det innebærer også høyere press på elevene, spesielt de tre pre-kliniske årene, som oppleves som en filtrering av de elevene som ikke møter kravene de har satt. Jeg har sett faglige dyktige elever falle av tidlig under første semesteret, for så å aldri komme seg opp på hesten igjen. Det er mange faktorer for dette selvfølgelig, men det at hverdagene kan bli møtt av professorer med en patriarkalsk jernhånd som selv Stalin ville vært stolt av, bidrar ikke akkurat til en eksponentiell læringskurve.

La oss snu det litt rundt, kan det være noen positive sider ved den røffe akademiske tilnærmingen?

Noen vil mene at du blir mer rustet for motstand, kritikk, røff behandling og lærer deg å ikke ta alt personlig. Arbeidslivet kan være tøft - mål, trange budsjetter, pasienter, pårørende, sykefravær, lange vakter, tøffe avgjørelser og ikke minst raske

**«Arbeidslivet kan være tøft – mål, trange budsjetter, pasienter, pårørende, sykefravær, lange vakter, tøffe avgjørelser og ikke minst raske avgjørelser. Her ute finnes ikke curlingforeldre, og jeg er sikker på at det kan bli en tøff hverdag for noen.»**

**«Jeg tror at de elevene som faktisk klarer å fullføre seks år her i Polen er de elevene som har klart å stå imot presset, som ikke lot seg bukke under av hierarkiet.»**

avgjørelser. Her ute finnes ikke curlingforeldre, og jeg er sikker på at det kan bli en tøff hverdag for noen.

Studenttilværelsen blir plutselig barnemat i forhold. Selv om den norske læringsmodellen er annerledes enn det vi opplever her i «Østen», så vil mange av oss oppleve situasjoner å bli kjeftet på, maktmisbruk og tøffe krav. Evnen til å la være å ta seg nær av det kan være grunnleggende for egen psyke. Selvfølgelig skal man ta til seg irettesettelse, men det å forstå at det i kampens hete kan bli sagt ting som i all hovedsak er ment for å øke sjansen for pasientens overlevelse, ligger til grunn.

Kanskje det ikke er så ille å øve seg på å håndtere stress, press og tåle å ta kjappe avgjørelser. Det er jo hverdagen. Det å kunne navngi ulike anatomiske strukturer i timen handler ikke om valg som skiller mellom liv og død, men selv å trene på stress i anatomiundervisningen vil kunne gi et overtak i fremtidige situasjoner.

Kall meg gjerne naiv, men jeg lever i den tro at de fleste mennesker ikke er fundamentalt slemme. Skjenneprekenen du mottar er ankret i et ønske om å presse deg til å levere, ikke bare kjeft for kjeftingens del.

For å oppsummere: Det finnes mange måter å utdanne leger på. Hva som motiverer oss, og hva som fremmer læring og vekst er veldig individuelt. Av skremsel, kritikk eller pedagogisk tilnærming, er nok sistnevnte å foretrekke. Men å eksponeres for kritikk tror jeg kan være sunt og lærerikt. Hvilken metode som fungerer for den individuelle student vil alltid være nettopp individuelt. Jeg tror at de elevene som faktisk klarer å fullføre seks år her i Polen er de elevene som har klart å stå imot presset, som ikke lot seg bukke under av hierarkiet. Og da har kanskje systemet fungert, en generasjon med nyutdannede leger som har et høyt faglig nivå, er tykkhudet, ydmyke og klare for å bidra til legestanden og vitenskap på vår egne, Polenifiserte måte.

# TOP 10 HYBELKANINER

**Tekst:** Silje Martine Akselberg, skribent for Æsculap og startet opp @hybelkaniner

Innimellom forelesninger og praksis har hybelkaniner blitt mitt hjerte-barn; hybelkaniner er det støvet som ligger lengst under senga, dine innerste hemmeligheter, som du ikke helt får deg til å støvsuge bort. Jeg skriver poesi og små tekster om ting som foregår i verden, ting som opptar oss studenter som blant annet psykisk helse, mennesker-ettigheter og pågående konflikter. I følge Shot-2021-undersøkelsen sliter nesten annenhver student psykisk, og det er derfor et tema jeg har valgt å gi ekstra oppmerksomhet til. I denne utgaven deler jeg noen av de tekstene som har fått mest respons, og jeg håper og tror at disse omfatter tema som vi medisinstudenter også kan relatere oss til. Gjerne sjekk ut instagramkontoen min @hybelkaniner for mer.

1.



vi kan lande på mars  
og vi kan surfe med 5G overalt  
men å gipse knuste hjerter  
det klarer vi ikke

 @HYBELKANINER

2.



Du er sterk  
både de dagene  
du ikke klarer å stå opp  
og de dagene du klarer det  
fordi du fortsatt klarer å være  
for være skal du være

 @HYBELKANINER

3.



Noen ganger er verden  
så mørk at jeg lurer  
på om solen noen gang  
kan stå opp igjen  
iallfall ikke helt opp

 @HYBELKANINER

4.



Sitter på badegulvet  
vasker vekk skammen  
skrubber til jeg blør  
til jeg blir borte  
både blod og meg  
vi forsvinner ned i sluket

 @HYBELKANINER

5.



De synes det er farligere  
at gutter går i kjole  
enn at de går med gevær  
hva slags verden lever vi i



@HYBELKANINER

6.



de sier vi aldri må glemme  
kan vi ikke heller huske  
77 mennesker  
77 drømmer  
77  
ikke 1 mann å hate  
men 77 hjerter  
å være glad i



@HYBELKANINER

7.



Morfar pekte på himmelen  
viste meg stjernebilder  
nå er jeg voksen  
og morfar er borte  
det han lærte meg glemt  
men jeg vet at den stjernen  
den som skinner aller sterkest  
den er fortsatt vår

@HYBELKANINER

8.



Kanskje vi skal lytte til de  
som ikke klarer å snakke  
se de som vil være usynlige  
gi en hånd til de som aldri har fått en  
det er sånt som redder verden  
ikke nødvendigvis fredspriser og applaus  
men gode tanker på vonde dager



@HYBELKANINER

9.

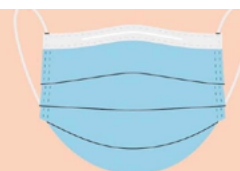


Uansett hvor mørkt det blir  
så finnes det lys i barnelatter  
i å holde rundt en annen  
i et smil til en fremmed  
lys trenger ikke strøm gass fyrstikker  
det kan tennes med så mangt



@HYBELKANINER

10.



Samfunnet åpner opp  
men kan jeg også åpne meg  
kanskje har jeg ingen å klemme  
ingen å invitere til gjenåpningsfest  
og den masken var på før lockdown  
kan dere se den nå kanskje  
at mange har lenge pustet tungt  
under flere lag med masker og munnbind  
men at tross alt så puster vi fortsatt

@HYBELKANINER

## Anmeldelse

**BEYOND THE WHITE COAT**

EN NON-PROFIT PODCAST FRA AAMC  
(AMERICAN ASSOCIATION OF MEDICAL COLLEGES)

**Tekst:** Julia Langnes, skribent

Jeg husker våren 2020. Hvem kan glemme den? Jeg var hjemme med digital undervisning, og mesteparten av verden var stengt ned. Dette var under den første bølgen av Covid-19. Jeg husker godt reportasjene fra New York på denne tiden. Hvordan det virket som det var likpøser overalt, at sykehusene var fullstendig overveldet. Det gjorde inntrykk, og jeg tenkte mye på hvordan det var å være lege i New York da.

Dermed ble jeg utrolig interessert da jeg fant podcasten «Beyond the White Coat». Den lages av AAMC, som har som mål å forbedre både legeutdanning og -yrket i USA. Podcasten inneholder intervjuer av legestudenter eller leger i USA. Det var episoden «Preserving well being in a pandemic» som utmerket seg først, da den handlet om støtteprogrammene som fantes i New York våren 2020. Episoden kom ut 15 Juni (2020), og det er David Skorton (president AAMC) som intervjuer Jonathan Ripp (Chief wellness officer medisin skole i New York). Jonathan Ripe var en utrolig spennende person, og intervjuet fanget oppmerksomheten min umiddelbart, på tross av de litt dårlige mikrofonene. Det ble diskutert hva slags tilbud de hadde for studentene både før og etter pandemien, og hvordan pandemien har påvirket den mentale helsen til leger i New York. Det som var interessant var at det også ble ganske personlig da de snakket spesifikt om risikogruppen eldre menn, en gruppe som begge partene tilhørte. De hadde en naturlig samtale, og var gjennom mange temaer av interesse. Det eneste som var negativt var at episoden var ganske kort (cirka 20 minutter) og ble litt forhastet mot slutten. Det gjorde også at de ikke gikk i detalj på alle temaene jeg kanskje skulle ønske de hadde snakket mer om.

For å se om dette var et gjennomgående problem så hørte jeg på en av deres lengre episoder. Denne heter «Future MD: A prescription for addressing racism in medical education», og kom ut 12. november (2020). Her intervjuer Geoffrey Young en medisinstudent og aktivist som heter Max Jordan Nguemini Tiako. I løpet av episoden diskuteres det systemisk rasisme ved USAs medisinske universiteter. Dette var noe jeg visste skjedde, men jeg hadde lite

ordentlig kunnskap om tematikken. Noe av det viktigste å få med seg var at det ikke går an å lære bort rasistiske holdninger: De blir bare borte ved «silent learning», som innebærer hvordan legene behandler pasienter, og hvordan hver student blir behandlet. Denne episoden hadde litt av det motsatte problemet da det ble for langt og vanskelig å følge poengene som ble sagt. Max Jordan snakket seg litt bort, og det virket som om spørsmålene kom litt brått på. Men det skal sies at spørsmålene var veldig komplekse og at selv de krevde en forklaring fra Jeffrey Young. Det som var kult var at Jordan turte å be om dette. Selv om han kanskje ellers var litt for høflig.

Og det er egentlig kjernen av hvorfor jeg liker denne podcasten, den er veldig menneskelig. Fra litt eldre leger som sliter med mikrofoner, til yngre folk som sier mye «like». Den er ikke så veldig øvd inn og proff, og det settes pris på. Det betyr også at den kanskje er litt vanskeligere å følge med på, og det merkes at den er laget for en non-profit organisasjon. Men budskapet er der, og de belyser et perspektiv som er ganske eksotisk for en medisinstudent i Bergen. Dette er folk jeg bare så vidt leser om på nettet eller ser på nyhetene, det er noe helt nytt å høre deres stemme. Podcasten har et slagord som sier «Conversations at the heart of medicine», som oversettes løst til «Samtaler ved kjernen av medisin», et slagord som passer utrolig bra.

Spesielt den første episoden traff meg, da samtaler om mental helse er noe som interesserer meg veldig, og blir diskutert bra av folk som vet hva de snakker om. Ja, episodene er gamle, men kommer fra en utrolig betent tid, en tid som krever mer refleksjon og er verdt å dra tilbake til. Anbefales!

P.S. Okei, må innrømme at intervjueren tok meg litt på sengen i første episode da han startet med en guidet meditasjon. Men, jeg resignerte meg til det, og det var faktisk ganske digg. En av de mange fordelene av å høre på litt mer hjemmelagde podcaster. Og ikke glem, null reklame!

## Litteraturliste

- [1] Beyond the white coat. [Podcast] American Association of Medical Colleges. 15 Juni 2020. Available from: <https://www.aamc.org/news-insights/beyond-white-coat-podcast/btwc-episodes>
- [2] Beyond the white coat. [Podcast] American Association of Medical Colleges. 12 November 2020. Available from: <https://www.aamc.org/news-insights/beyond-white-coat-podcast/btwc-episodes>

- [3] The mythical daily water requirement. [Podcast] Scientific American. 2nd April. Available from: <http://www.sciam.com/podcast/episode.cfm?id=0BD1CF72-E411-2EE5-A4CDEE3447E81C93> [Accessed 19/06/13].



«Pasientenes tillit til legen»

**Illustrasjon:** Mia Emilie Andresen Reinen

# FORSKINGSNYTT

I denne spalten gir Æsculap deg interessante nyheter fra forskningens verden.

**Tekst:** Kamalpreet Kaur, skribent

## Semaglutid - et banabrytende medikament mot overvekt og fedme

Mellom januar og juni 2019 ble det gjennomført en studie som vurderte effekten av Semaglutid på vektkontroll hos voksne med fedme, og med eller uten diabetes type 2. Semaglutid er en GLP-1 analog som brukes i behandling av type 2-diabetes, men som også har en vektreduserende effekt [1]. Hormonet GLP-1 skilles ut fra celler i tynntarmen, og gjør at du bli mindre sulten og mister appetitten. Resultatene fra denne studien ble publisert i en artikkel i The Lancet, Diabetes & Endocrinology i februar 2022 [2].

Denne randomiserte, dobbelt-blindet studien, som ble utført ved 28 poliklinikker i Japan og Sør-Korea, hadde som hensikt å sammenligne effekten av ukentlig inntak av 2,4 mg Semaglutid, 1,7 mg Semaglutid og en placebo-dose. De 401 personene som deltok i studien ble tilfeldig fordelt på tre grupper etter hvilken dose de skulle få. I tillegg til Semaglutid, eller eventuelt placebo, fikk deltakerne også tilrettelegging og oppfølging i 68 uker, hvor de ble oppmuntret til en livsstilsendring. Kvalifikasjonskriteriene inkluderte BMI på minst 27 deltakere, i tillegg til to eller flere vektrelaterte risikofaktorer, eller BMI høyere enn 35, i tillegg til en eller flere vektrelaterte risikofaktorer. Risikofaktorene kunne enten være hypertensjon, dyslipidemi eller diabetes type 2. I tillegg til dette måtte deltakerne ha minst ett selvrappert mislykket forsøk på kostholdsendring i

forbindelse med vektnedgang.

Det primære utfallet var prosentvis endring i kroppsvekt ved uke 68, og antall deltakere som hadde klart å redusere kroppsvekten sin med minst 5% ved uke 68. Endring i visceralt fett ble vurdert som et støttende sekundært utfall.

I artikkelen kommer det frem at estimert gjennomsnittlig kroppsvektreduksjonen etter 68 uker var 13,2% for deltakerne i gruppen som fikk 2,4 mg Semaglutid ukentlig. Til sammenlikning var den gjennomsnittlige endringen på 9,6% for gruppen som fikk 1,7 mg Semaglutid, og 2,1% for Placebo-gruppen. Ved uke 68 hadde en større andel av gruppen som fikk 1,7 mg og 2,4 mg Semaglutid oppnådd 5% eller høyere reduksjon i kroppsvekt, sammenlignet med de som fikk en placebo-dose. Resultatet fra studien viser dermed at visceralt fett ble redusert med 40% blant deltakerne i 2,4 mg-gruppen, og 22,2% blant de i 1,7 mg-gruppen. For placebo-gruppen var denne endringen på 6,9%. Artikkelen konkluderer avslutningsvis med at 2,4 mg Semaglutid ukentlig førte til en helsefremmende vektnedgang, uavhengig om personene hadde diabetes type 2 eller ikke.

## Adrenalin før defibrillering ved hjertestans

Intravenøs behandling med adrenalin ved avansert hjerte- og lungeredning er veldig omstridt. Likevel inngår bruk av adrenalin

i både europeiske – inkludert norske, og amerikanske retningslinjer, både ved sjokkbar og ikke-sjokkbar hjerterytmie.

I november 2021 ble det publisert en studie i BMJ som undersøkte bruk av adrenalin før første defibrillering ved hjerteinfarkt hos pasienter på sykehus, og hvordan dette henger sammen med risiko for overlevelse [3]. Studien analyserte data hentet fra et register som samler informasjon om pasienter som har fått hjerteinfarkt ved sykehus i USA. Informasjonen gjaldt 34 820 pasienter ved 497 amerikanske sykehus.

Resultater fra studien viste at blant 34 820 deltakere, fikk 9630 personer adrenalin før defibrillering – noe som visstnok er i strid med gjeldende retningslinjer i USA. Det som fikk adrenalin før første defibrillering fikk gjerne forsinket defibrillering, sammenlignet med de som ikke fikk adrenalin først. Gruppen som fikk defibrillering med engang fikk dette innen et minutt (median), mens de som fikk adrenalin først, fikk det etter tre minutter. Analysen viste også at andelen pasienter som fikk adrenalin før defibrillering økte fra 29,8% i 2018 til 20,8% i 2000. Dette er i så fall er en utvikling i feil retning, dersom man skal følge de retningslinjene som er satt i USA. Dessuten ble adrenalin før defibrillering assosiert med lavere odds for overlevelse, ifølge analysen, sammenlignet med pasienter som fikk defibrillering med engang.



### AppSalt - kan denne appen redusere saltinntaket?

Mellom september 2018 og desember 2019 ble det gjort en studie i Kina som hadde som mål å undersøke hvorvidt et app-basert læringsprogram kunne brukes til å redusere salt-inntaket blant skolebarn og deres familier. Resultatene fra studien ble deretter publisert i BMJ i desember 2021 [4].

Studien som ble gjennomført var en parallell, cluster-randomisert kontrollstudie. Deltakerne var skolebarn fra 54 barneskoler i ulike provinster i Kina, og deres familie. Totalt 592 barn, hvorav 52% gutter med en gjennomsnittsalder på 8,5 år, i tillegg til 1184 voksne familiemedlemmer, ble inkludert i studien. Blant de voksne var 46% menn, og gjennomsnittsalderen var 45 år.

Skolebarna og deres familier ble tilfeldig fordelt på to ulike grupper med et 1:1 forhold. Den ene gruppen var en kontroll-gruppe, mens den andre gruppen besto av barn som ble oppfordret til å redusere saltinntaket sitt via en app (intervensjonsgruppen). Barna skulle bruke appen til å lære om fordelene med mindre salt. I tillegg til dette, fikk de i hjemmelekse å oppfordre familien sin til å redusere saltinntaket deres.

Ved start var gjennomsnittlig saltinntak ca. 5,5 g/dag for barna, og 10,0 g/dag for voksne i både placebo- og intervensjonsgruppen. Resultatene fra studien

viste at saltinntaket økte blant barna i begge gruppene, men at økningen var mindre i intervensjonsgruppen. Derimot fant man at de voksne i de to gruppene spiste mindre salt i løpet av studien, og at nedgangen i saltinntak var større blant de i intervensjonsgruppen. Forfatterne konkluderer med at denne typen app-basert læringsprogram har en gunstig effekt. Det ble påpekt at en foreldre-til-barn-tilnærming er en god strategi for å effektivt redusere saltinntaket og systolisk blodtrykk blant voksne. Derimot så man ikke den ønskede effekten hos barna, så her trengs det muligens en annen strategi.

### «Kangaroo Mother Care» - hudkontakt reduserer dødeligheten hos spedbarn

Ifølge WHO er «Kangaroo Mother Care» en metode hvor premature spedbarn holdes inntil brystet til en forelder, vanligvis mor, slik at de får hud-mot-hud kontakt [5]. På Helsenorge sin nettside står det at nyfødte har et naturlig behov for kroppsvarme, nærhet og trykket, og at barnet bør få direkte hudkontakt i minst én time etter fødsel, dersom det er mulig [6]. En studie som ble publisert i The New England Journal of Medicine i mai 2021 undersøkte «Kangaroo Mother Care» ytterligere [7]. Bakgrunnen for denne studien er å undersøke om «Kangaroo Mother» kan redusere dødelighet hos premature barn med under 2kg kroppsvekt etter stabilisering, da det er få studier som har un-

dersøkt sikkerheten og effektiviteten ved denne metoden.

Studien var en randomisert, kontrollert studie som ble gjennomført ved fem sykehus i henholdsvis Ghana, India, Malawi, Nigeria og Tanzania. Den tok for seg nyfødte som ved fødsel veide mellom 1,0 og 1,799 kg. Totalt 3211 spedbarn og deres mødre ble tilfeldig fordelt på to grupper med en 1:1 ratio. Den ene gruppen skulle motta umiddelbar «Kangaroo Mother Care» (intervensjonsgruppen), mens den andre gruppen skulle få konvensjonell pleie i en kuvøse helt til tilstanden deres var stabil, for så å motta «Kangaroo Mother Care» (kontrollgruppen). Spedbarna i intervensjonsgruppen mottok hud-til-hud kontakt i 16,9 timer (median) daglig, imens spedbarna i kontrollgruppen kun fikk 1,5 timer. Det primære utfallet var død innen de 28 dager etter fødsel, og innen de første 72 timene etter fødsel.

Dødeligheten de første 28 dagene var 12% blant intervensjonsgruppen, og 15,7% blant kontrollgruppen. Altså hadde spedbarna som mottok umiddelbar «Kangaroo Mother Care» lavere dødelighet innen 28 dager, sammenlignet med de nyfødte som ble stabilisert først. Det samme gjaldt for dødelighet innen 72 timer etter fødsel i de to gruppene, da dødeligheten var 4,6% for intervensjonsgruppen og 5,8% for kontrollgruppen.

#### Litteraturliste

- [1] <https://nhi.no/for-helsepersonell/fra-vitenskapen/semaglutid-hos-voksne-med-overvekt-eller-fedme-og-type-2-diabetes/>
- [2] [https://www.thelancet.com/journals/landia/article/PIIS2213-8587\(22\)00008-0/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/landia/article/PIIS2213-8587(22)00008-0/fulltext)
- [3] <https://www.bmj.com/content/375/bmj-2021-066534>
- [4] <https://www.bmj.com/content/376/bmj-2021-066982>
- [5] <https://www.who.int/publications/i/item/9241590351>
- [6] <https://www.helsenorge.no/spedbarn/omsorgen-for-det-nyfodte-barnet/>
- [7] <https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMoa2026486>

«The Gross Clinic», et maleri fra 1875 av den amerikanske kunstneren Thomas Eakins.



In memoriam

# JOSEPH LISTER

(1827-1912)

**Tekst:** Ine Vik, skribent

*Hva har bakterieslekten Listeria og munnskyllevannet Listerine til felles? De er begge oppkalt etter Joseph Lister – den moderne kirurgens far.*

Et hvilket som helst europeisk sykehus på tidlig 1800-tall; det kryr av lus og infeksjoner, en grusom eim henger over sengene – og pasientene som skrives inn kan ikke forvente å komme ut igjen i live. Ingen vasker hendene, og stanken i gangene refereres til som «*the good old hospital stink*».

Det var disse forholdene Joseph Lister søkte seg til da han tok fatt på medisinstudiene ved University College, London, i 1848. I kirurgisk praksis fikk han kjapt god kjennskap til infeksjonssykdommer, og han utviklet interesse for sårheling. Hvorfor ble noen sår bare vondt verre? Lister studerte nekrotisk vev i mikroskopet og oppdaget objekter han ikke kunne identifisere. I dagboken skrev han: «jeg ser for meg at de kan være materies morbi i form av en slags sopp».

På dette tidspunktet var såkalte miasmer – en slags «dårlig luft» - hovedforklaringen på sykdom. Bortsett fra lufting fantes få tiltak mot smitte og infeksjoner. Thomas Eakins maleri *The Gross Clinic* (1876) illustrerer dette. Maleriet portretterer kirurgen Samuel Gross og kollegaer i aktivitet over operasjonsbordet. Kirurgene arbeider i egne klær i et dårlig opplyst amfi. Til tross for arbeidet til slike som Ignaz Semmelweis og Oliver Wendell Holmes ble kirurgiske prosedyrer gjennomført uten tanke på renslighet – men dette skulle snart endre seg.

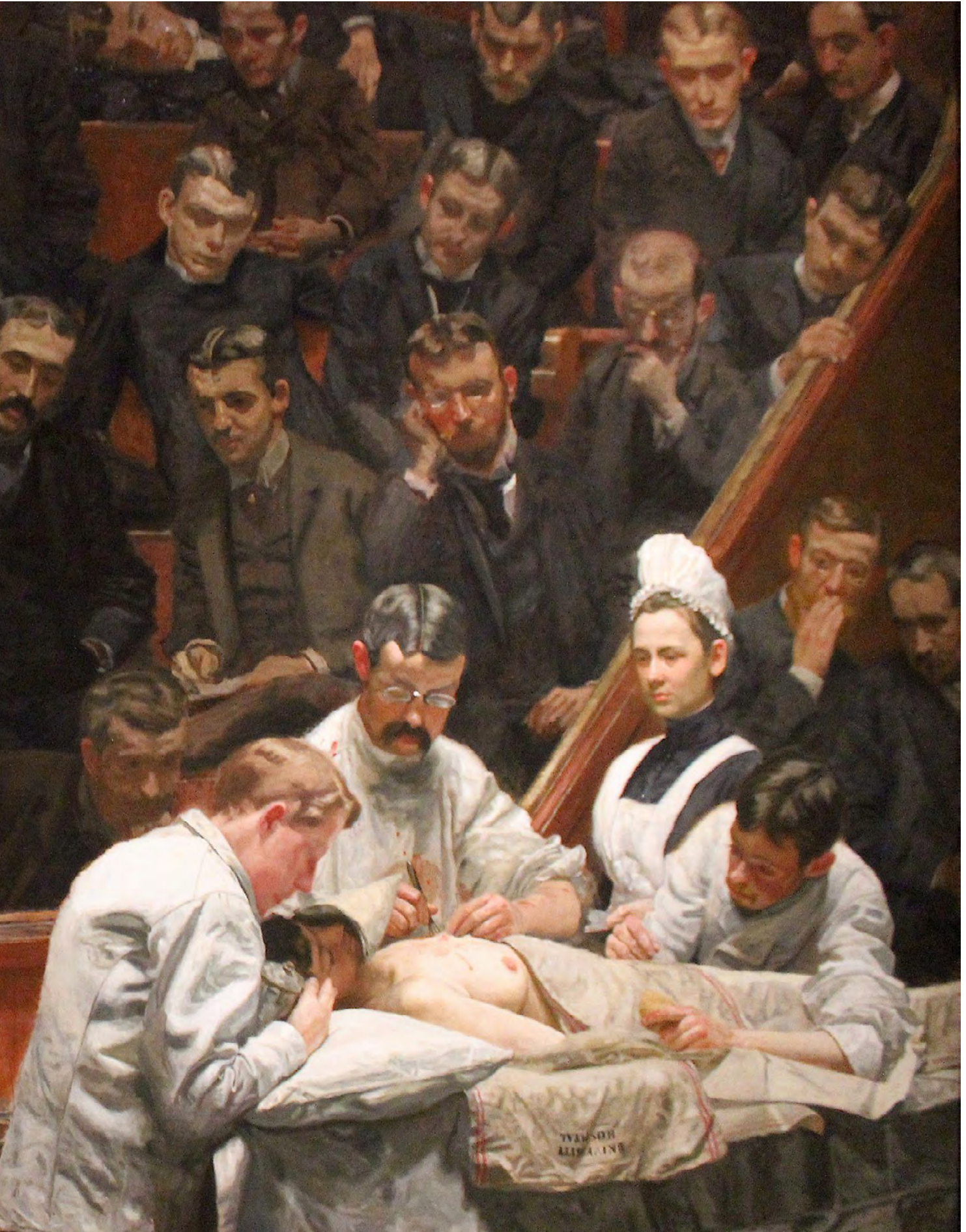
Lister opplevde stadig infeksjonsutbrudd på sykehuset. Han lot merke til at pasienter med nye operasjonssår var mest utsatt: dersom såret var lukket var sjansene bedre. Men hvorfor?

Åpenbaringen kom etter at han ble presentert for arbeidet til Louis Pasteur. Pasteur hadde kort tid tidligere foreslått at mikroorganismer og bakterier kunne forårsake ulike prosesser, og at de ikke oppsto ved såkalt spon-tangenerasjon – de måtte tilføres. Her fant Lister svar på sine spørsmål. Han ble overbevist om at infeksjoner måtte skyldes ørsmå, luftbårne organismer. Ut ifra dette deduserte han at disse kunne overføres fra sted til sted. Pasteur foreslo tre tiltak for å fjerne mikroorganismer: varme, filtrering og eksponering ovenfor kjemiske løsninger. Kun det sistnevnte var egnet for Listers behov, og snart hadde han utviklet en metode hvor hender, utstyr og sår ble vasket i en løsning med karboksylsyre.

Resultatene var gode, men i begynnelsen møtte metodene mye motgang. Lister ble hengt ut i *The Lancet* og måtte tåle hån fra fagmiljøene i London og USA. Likevel: tiden var i endring. Ideen om bakterier spredte seg takket være arbeidet til Louis Pasteur og Robert Koch, og plutselig skjedde ting fort. I et annet maleri av Eakins, malt bare 14 år etter *The Gross Clinic*, er endringen tydelig. Kirurgene i *The Agnew Clinic* er kledd i hvite, dekkende plagg. En sykepleier er til stede, også i uniform – og lyset er sterkere. Maleriet illustrerer et paradigmeskifte innen kirurgien og på slutten av 1800-tallet ble flere av Listers metoder standard på sykehusene. Historien om Joseph Lister ender dermed godt. I motsetning til mange nytenkere rakk han å se sine egne metoder i bruk. På slutten av livet ble han adlet, monumenter ble reist og flere bygninger bærer hans navn. Samt en bakterieslekt og et munnskyllevann, da.

«The Agnew Clinic», en oljemaleri fra 1889 av Thomas Eakins. Bildet illustrerer den utviklende forståelsen av kirurgisk hygiene i løpet av de 14 årene etter at The Gross Clinic (1875) ble malt.





# HUSKER DU NOE LATIN?

**Tekst:** Julia Langnes, skribent

Vannrett

3. Nattens kvinnelige skikkelse
4. Det er bare ikke nok tid!
6. Munn eller bein
8. Ish-tærning på engelsk, eller dag
10. Ytre sår
12. Rektoren i Harry Potter, med hvit skjegg
14. Litt morbidt ord for sykdom
16. Vitne, men også testikkel
17. Høres litt ut som gouda men betyr hale
18. Tenk regning, men noe er brukket
21. Smerte, men også Amerikanske penger

Loddrett

1. Hunde sykdom med mye skum
2. Den lille sjefen
5. Håndverk
6. VR briller man ser i
7. Nei ikke korps, men kropp
9. Trine Skei Grande var tidligere leder i?
11. Bein eller en cafe
13. Hva kreft utarter seg i, eller hva Trump er
15. Der uglen stereotypisk sitter i et tre
19. Stjernetegn/litt mye celledeling
20. Høres kanskje ut som et instrument, men er blodpropp

# PÅSKENØTTER

**Tekst:** Sagal J. Ali, quizmester

1. Hva regnes som «Den stille uke»?
2. Fastelavn inntreffer 49 dager før hvilken dag i påskeferien?
3. Omtrent hvor mange døgn ruger høna på egget før det klekker?
4. Hvilket årstall viste NRK aller første utgave av det populære Tv-programmet «Påskesnøtter»?
5. Er det mest eggehvite eller eggeplomme i et vanlig hønssegg?
6. Kan egg fryses?
7. Hva bestemmer når påsken skal være fra år til år?
8. Når blir en kylling regnet som høne?
9. Hva er det engelske navnet på tegneserieharen "Snurre Sprett"?
10. Hva heter søsteren til Emil i Lønneberget?
11. Hvem regisserte filmen «To Kill a Mockingbird?»
12. Hva kalles en varm, oppadgående luftstrøm som fugler og seilfly bruker for å vinne høyde?
13. Hvilket ord fra gresk brukes om kunnskap som bygger på erfaring?
14. Hvor krysser Tractus spinothalamicus over på motsatt side?
15. Hvilken muskel i «rotatormansjetten» kan bare utoverrottere armen?
16. Hva heter den tyngste gassen av grunnstoffene, som ifølge WHO er en viktig årsak til lungekreft?
17. Hva heter en ondartet svulst utgått fra fett?
18. Hvilken transmittersubstans regnes som hjernes viktigste eksitatoriske neurotransmittor?
19. Hva heter loven som regulerer bruk av genteknologi?
20. Hva er de to viktigste risikofaktorene ved bruk av genterapi?

Svar på bunnen av siden

2	6			3				
9			1	5	8			
	7	1					9	
3				8				7
4			7		9			1
7				1				8
	5					7	1	
			8	4	1			5
				7			8	9

1. Tiden mellom palmesøndag og påskedag. 2. 1. påskedag. 3. 21 døgn. 4. 1984. 5. Eggehvite. 6. Ja, hvis egget er knekt og røres sammen først. 7. Påsken skal være på den første søndagen etter fullmåne etter vårjevndøgn. 8. Når den har blitt kjønnsmoden og har lagt sitt første egg. 9. Bugs bunny. 10. Ida. 11. Robert Miligan. 12. Termikk. 13. Empiri. 14. I medulla spinalis. 15. M. teres minor. 16. Radon. 17. Liposarcom. 18. GABA. 19. Bioteknologi. 20. Kraftig immunrespons og kreft

## HAR DU LYST TIL Å SKRIVE OM ELLER ILLUSTRERE NOE SOM OPPTAR DEG? VI ØNSKER DITT BIDRAG!

Send inn din tekst i form av artikkel, dikt, essay, kåseri eller mening/debattinnlegg.

Er du kreativ og har lyst til å dele din illustrasjon enten på trykk i magasinet eller som forsidebilde? Vi tar imot din kunst med stor takk!

Vi tar imot korte og lange tekster.

Inkluder solide kilder i teksten din, og siter kilden direkte dersom du har med sitater eller utdrag.

Æsculap forbeholder seg retten til å redigere teksten din.

Send ditt bidrag til e-post [redaktor.aesculap@gmail.com](mailto:redaktor.aesculap@gmail.com).





Avsender: Nmf, Pb 1152 Sentrum, 0107 Oslo

