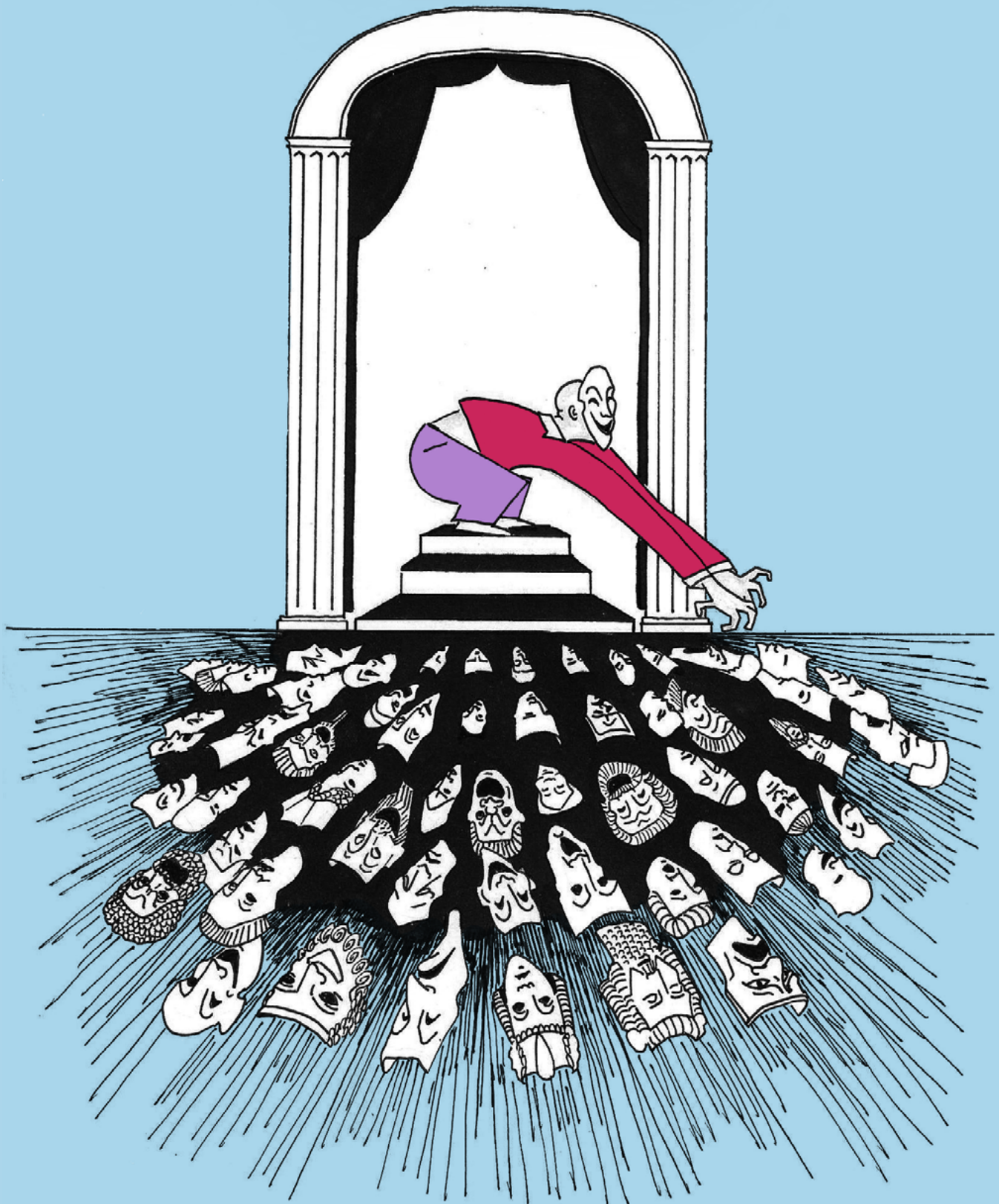



æsculap

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
REDAKSJONSSJEF: Kristine Brunvand, +4794867570 • redaksjonssjef.aesculap@medisinstudent.no
GRAFISK UTFORMING: Martin Elvegaard, +4790803652 • 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, Magdalena Robertsen, Julia Langnes

Lokalkontakter

NASJONALT: Aladdin Boukaddour • aladdin.boukaddour@medisinstudent.no

REDAKSJONEN AVSLUTTET: 22. mai 2022
FOR- OG BAKSIDE-ILLUSTRASJON: Lea Taraldsrud Dormagen
TRYKK: 07-gruppen
ABONNEMENT: Kr 200,- per år. Kontakt anita.fagersand@legeforeningen.no
UTGITT AV: Norsk medisinstudentforening (Nmf)
ADRESSEENDRINGER: Meldes til Legeforeningen på medlem@legeforeningen.no

ANNONSERE? Kontakt redaktørene, 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

02 FØLELSER

INNHold

06	Leder
10	Profilert
14	Med hjerte i faget og faget i hjertet
16	LIS 1: Øystein Ohr
18	Stille på stue 9
20	Intervju: Annette Dragland
24	Helse er ikke industri
26	Hvordan håndterer du følelsene dine?
30	Til deg som synes det er vanskelig å prate om sex og seksualitet
34	Tegneserie
38	Hva gjør rus med deg – vekker, svekker eller dekker?
40	Hundepass
42	Seks følelser som jeg kan kjenne på som medisinstudent
44	IFMSA
48	Innsikt fra utland – Når eksamen blir ekstremsport
52	«Hva betyr det egentlig?» Professor Per Holck forklarer...
54	Utenom pensum: Tomhet – den trettende følelsen
56	Forskningsnytt
60	Kryssord, quiz og sudoku

HVEM ER ÆSCULAP?

Redaksjon



Sarvani Mahalingam
Redaktør



Kristine Brunvand
Redaksjonssjef



Neera Kuganesen
Økonomiansvarlig



Abinaya Balakumar
Sekretær Oslo



Martin Elvegaard
Layoutansvarlig



Magdalena Robertsén
Æsculap-ansvarlig Tromsø

Spaltister



Sagal J. Ali
Quiz-ansvarlig



Embla Fimland
Tegneserieskaper

Skribenter



Tallak Lyngset
Skribent



Silje Martine Akselberg
Skribent



Samsam Sharif
Skribent



Kamalpreet Kaur
Skribent



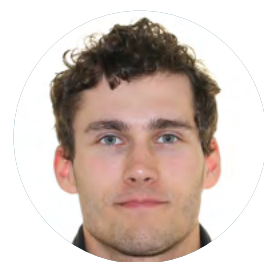
Ine Vik
Skribent



Hanne Christine Øverbø
Skribent



Andrea Dalgard
Skribent



Iver Lars Håvard Koppen
Skribent

Illustratører



Mia Emilie Andresen Reinen
Illustratør



Victoria Dontsova
Illustratør



Lea Taraldsrud Dormagen
Illustratør

EN VERDEN UTEN FØLELSER

Da forholdet mellom Ukraina og Russland ble gradvis mer og mer betent, kjente alle på frykten for en stor krig. For nøyaktig fire måneder siden sto vi der med rynker i pannen, leste avisoverskriftene daglig og hamstret inn jodtabletter. Blir det krig i Europa? Storpolitikere lovet at det ikke skulle bli en krig, men slik ble det ikke. Det ble krig, og løftet om å unngå krig var bare et spill for galleriet.

Krig vekker sterke følelser. Ikke alle kaller det «krig» en gang. Noen kaller det «folkemord», «terror», eller «massaker». Med andre ord er vår oppfatning av krig sterk knyttet til våre følelser. Følelsen av å bli krenket, undertrykket, torturert eller diskriminert – alt gjør inntrykk. Det svir i hjertet når man vet at våre nærmeste lever under elendige forhold. Likevel har man ikke makt til å endre på det. Man blir som en liten brikke i et storpolitisk spill.

Følelser mister også sin betydning i en krig. Et sykehussangrep kan ikke bortforklares med at det er en pågående konflikt i landet. Ingen skal settes på flukt, bortføres eller krenkes. Ikke kan man straffe motstandere heller. Voldtekt er heller ikke våpen i en krig. Alt er krigsforbrytelser, men det skjer krigsforbrytelser hele tiden.

Konflikten mellom Ukraina og Russland er bare en av mange konflikter. Det finnes utallige uløste konflikter, der etniske minoriteter, religiøse grupper eller sivilbefolkningen ikke har fått sin rett. Vi som er medisinstudenter har også foreldre eller besteforeldre som har vært på flukt, vært vitne til krig eller bodd i et krigsherjet land. Det er vonde minner, og de vekker følelser.

La folk være folk i full respekt.
Medisinstudentene står i solidaritet med alle som kjemper for sin rett!



SARVANI MAHALINGAM

REDAKTØR

«Man blir som en liten brikke i et storpolitisk spill»

«La folk være folk i full respekt. Medisinstudentene står i solidaritet med alle som kjemper for sin rett»



«Kriegen i Ukraina»

Illustrasjon: Victoria Dontsova



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, 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)

Boliglån

1,94 % *nom.*

2,00 % *eff.**

Senk skuldrene med bankavtalen

* Pr. 20.4.22. Eff.rente 2,00 %, 2 mill., o/25 år, kostnad 539 082, totalt 2 539 082. Forutsetter at låntakere har lønnsinnteg og kort- eller regningsbetaling i Danske Bank.

Akademikerne Pluss tilbyr sammen med Danske Bank en bankavtale til deg som studentmedlem i Den norske legeforening. Den kollektive avtalen sikrer at du kan være trygg på å alltid ha blant markedets beste betingelser.

Som kunde i Danske Bank får du personlig rådgivning tilpasset dine individuelle behov, planer og ambisjoner – nå og i fremtiden. Når og hvordan du ønsker å møte banken, er opp til deg.

Les mer på danskebank.no/legeforeningen



DEN NORSKE
LEGEFORENING

A⁺ akademikerne pluss

Danske Bank

PROFILER

Tekst: Sarvani Mahalingam

Bilder: Privat



ANDRÉ BERLI DELGADO

André Berli Delgado er 26 år og studerer medisin i Tromsø. Han er også en forskerlinjestudent, som nå går sitt siste år på medisin. For øyeblikket gleder han seg veldig til å bli ferdig med studiene og endelig få jobbe som lege. Utenom studiene er han aktiv i Mannskoret Ultralyd mesteparten av tiden. På fritiden har han drevet en del med klatring, men akkurat nå tar studiene og hans prosjekt på forskerlinjen mye av tiden i hverdagen.

Interessen for medisin kom allerede på barneskolen, noe som også vokste gjennom ungdomsskolen og videregående. Det er mange sykepleiere i familien hans, så han ble tidlig eksponert for helsefag. Allerede på barneskolen satt han og leste lærebøker for sykepleie, og synes det var veldig spennende. Da de på ungdomsskolen skulle følge en person i en vanlig arbeidsdag, valgte han å følge en familievenn som var lege. Etter dette var han ganske bestemt på at han ville bli lege selv.

André brenner veldig for psykisk helse. Siden han har mange i familien som jobber innenfor psykisk helsevern, blir dette fort et stort diskusjonstema rundt middagsbordet. Interessen for psykisk helse vokste spesielt etter 5. året, da han valgte å ta et permisjonsår fra studiet for å jobbe med midlertidig lisens på Alderspsykiatrisk avdeling på UNN Åsgård i Tromsø.

Som fremtidig lege er det viktig for ham å ha tid til et liv utenom jobben, i tillegg til å ha helgefri og fri på ettermiddagene. Selv kunne han ikke tenkt seg å ha en jobb med svært høy vaktbelastning. Likevel ønsker han en jobb eller en spesialitet, der han kan følge opp pasienten.

FUNFACTS!

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

Jeg synes alltid biologi har vært kjempespennende, og hadde lenge en tanke om å bli marinbiolog.

Ditt favorittord på latin?

Cantus cordis <3

Mest pinlige du har gjort i livet ditt?

Holdt seksualundervisning for en ungdomsskoleklasse på sparket, hvor jeg fikk helt jernteppe og glemte alt jeg skulle si. Veldig pinlig.

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

Skjorte og slips.

Den kuleste diagnosen du vet om.

Alice i Eventyrland-syndrom (AIWS). Vet ikke om man kan kalle den kul, men den er veldig fascinerende!

Han synes det er på sin plass at pasientene ikke føler at de kommer på «rullebånd». Blant alle spesialiteter er det foreløpig psykiatri og onkologi som står høyest på spesialitet-ønskelista.

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

Begynn tidlig å jobbe med oppgaver og eventuelt gamle eksamenssett. Jeg har nok brukt alt for mye tid på å sitte og lese lærebøker med minimalt utbytte..

Noe du har fått mye bruk for gjennom studietiden?

Journalkortene til nmf.



GUDRUNN REITAN

Gudrunn Reitan er 26 år, og går 4.året i Oslo. Ved siden av studiene er hun også PR- og SoMe-ansvarlig i Nmf Oslo, noe hun stortrives med. På fritiden driver hun med blant annet klatring/buldring, padel tennis og yoga! I tillegg er hun opptatt av dyrevern, planeten og helse. Det sier vel også noe om hvorfor hun valgte å bli veganer, som hun bør berømmes for.

Allerede som 5-åring var hun heldig som fikk være med på den årlige, 4-6 ukelange backpacker-reisen med familien sin. Dette ga henne en tidlig forståelse av at ikke alle har det som oss her i Norge. Etter hvert som hun ble eldre innså hun også at mange mennesker ikke får den helsehjelpen de trenger, og at penger og tilgjengelighet er et stort problem. Dette var noe hun synes var urettferdig, og da vokste også motivasjonen for å studere medisin. Nå ønsker hun å bruke kunnskapen sin i andre land, og bidra med helsehjelp til de som ikke har tilgang eller har de velferdsgodene som vi har her.

Hennes interesse rundt en bedre global folkehelse ser man godt hun engasjerer seg også i "Studenter uten Grenser". Denne studentdrevne organisasjonen jobber for å øke interessen for humanitært arbeid blant studenter, og som medlemsansvarlig holder hun kontakten med medlemmene. Hun har dessuten hovedasvaret for foreningens skrivegruppe, som skriver i mediene om helsepolitiske temaer som bør nå et større publikum. Selv om man skulle tro at hun har nok å gjøre for tiden, fortsetter hun å engasjere seg i flere foreninger. Nylig har hun blitt med i en ganske nyoppstartet forening, MMO (Medisinernes mentale helseopplysning), som er med på å fremme mental helse blant unge. Foreningen hadde nettopp sin første prøveundervisning for en ungdomsskole i Oslo, og det gikk over all forventning!

FUNFACTS!

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

Naturfotograf og reist jorden rundt.

Ditt favorittord på latin?

Mons

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

Balaclava for å holde meg varm. Det beste og mest brukte plagget jeg har.

Favoritt duppeditt.

Solbriller! Er ikke så glad i sterk lys. Selv om jeg elsker solen :)

Tre dager uten mobil eller et helt år uten LIS?

Tre dager uten mobil

Som fremtidig lege er det viktig for henne å kunne dra på jobb og bidra så godt hun kan. Som alle andre ønsker hun å trives på jobb, og å like det hun driver med. Hun håper inderlig at hun kan holde motivasjonen oppe gjennom hele yrkeskarrieren, og stadig lære noe nytt.

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

Ikke sammenlign deg med noen andre på studiet! Vær raus, del kunnskapen din og lær av hverandre. Og det aller viktigste, ikke les deg i hjel. Som Spurkland sier, «det er viktig å ha et liv utenom studiet også».

Noe du har fått mye bruk for gjennom studietiden?

Kollokviegruppe! Det er meget viktig å ha en kollokviegruppe som du er komfortabel med. I tillegg til kollokvi, er det også viktig å ha støttende personer rundt seg. Nå snakker jeg for meg selv, men jeg har vært så heldig å ha en stabil og tålmodig samboer, og ikke minst hunden min Albus, hehe. Ingenting er som å komme hjem til noen som roer deg ned under stressende og tunge perioder.



OLIVIA HØEGH-OMDAL PAULSEN

Olivia Høegh-Omdal Paulsen er 3.års medisinstudent på NTNU. For tiden er hun lokallagsansvarlig i Nmf Trondheim, noe hun trives veldig godt med. Til tross for at både studiet og vervet kan ta mye av tiden i hverdagen, er hun på fritiden glad i å strikke og drikke vin. Dette kan høres noe gammelmodig ut og er en ganske stor kontrast til studentlivet i Trondheim forøvrig, men hun tar som regel en tur på Samfundet også. Hun forteller at studentlivet i Trondheim av og til kan beskrives som en forlengelse av russetiden.

Før hun ble lokallagsleder var hun arbeidslivsansvarlig i Trondheim i to år. Som arbeidslivsansvarlig har hun engasjert seg mye i medisinstudenters lønns- og arbeidsvilkår. Mange medisinstudenter lønnes som ufaglærte assistenter frem til lisens, noe som verken gjenspeiler de arbeidsoppgavene man utfører eller kompetansen en medisinstudent innehar. Norsk medisinstudentforening har i flere år jobbet med å få avtalefestet en lønnsstigemodell, som allerede finnes ved noen helseforetak og kommuner. Rettferdige ansettelsesprosesser til lisensstillinger og nok LIS1-stillinger er også temaer hun har vært opptatt av, og fortsatt engasjerer seg i.

For Olivia var det viktig å velge et yrke som utfordrer henne både faglig og personlig. Legeyrket oppfylder alt dette, og ble derfor et naturlig valg for henne. Hun har ennå ikke bestemt hvilken retning hun ønsker å gå innenfor medisinen etter studiet. Alle legene hun har møtt forteller at de har endt opp med en helt annen spesialisering enn de hadde sett for seg som student, så hun satser på at dette også skjer i hennes tilfelle. «Jeg synes det er spennende at veien blir til mens man går», forteller hun.

FUNFACTS!

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

Astrofysiker.

Mest pinlige du har gjort i livet ditt?

Kanskje ikke det mest pinlige jeg har gjort i mitt liv, men sist gang jeg ble flau var under en kveldsvakt på sykehuset. Jeg skulle smøre en brødskive til en pasient, og inne på kjøkkenet møtte jeg på en eldre herre i vanlig tøy. Han virket forfjamset, og jeg antok at han var en av de demente pasientene som stadig legger ut på vandring i korridorene. Jeg klistret på mitt vennligste smil, tok tak i armen hans og prøvde å geleide han ut av kjøkkenet. Denne antatte pasienten viste seg å være en av de «ærvverdige» overlegene på avdelingen, som gikk i sivilt. Han tok ikke dette med humor.

Hvilken kroppsdel kunne du gjerne ha to stykker av?

Skulle gjerne hatt en ekstra hjerne. En skikkelig klistrerhjerne. Noen av medstudentene mine har en imponerende evne til å memorere ting. Selv er jeg ganske distré. Pugging har aldri vært min sterkeste side.

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

Når jeg ser hvor pent for eksempel advokater og politikere kler seg på jobb, så blir jeg litt misunnelig. Det er noe litt annet enn å løffe rundt i sykehuskorridorene i Birkenstocks og «morgenkåpe». Skulle gjerne pyntet meg litt mer, men høye hæler i jobben som lege er kanskje ikke så praktisk.

Tre dager uten mobil eller et helt år uten LIS?

Tre dager uten mobil. Når det er sagt; om jeg må vente så lenge på LIS, så skal jeg finne på noe gøy mens jeg venter.

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

Nyt studietiden! Medisinstudiet krever mye i perioder, men pass på at det ikke blir altoppslukende. Fokuser på å lære deg det viktigste innenfor hvert tema, og godta at du ikke kan snu hver eneste stein. Ta deg tid til å bli med i en forening, idrettslag eller noe annet som gir avbrekk fra studiene.



Norge har alt, men mangler leger.

I vårt langstrakte, vakre land får du mye av alt. Vakker natur, hyggelige mennesker og rike kulturopplevelser. Du finner også mange flotte kommuner og sykehus som trenger din kompetanse som lege, både i korte og lengre perioder.

Er du turnus/lis-lege, lege, eller legespesialist?

Ønsker du i større grad selv å påvirke når du vil jobbe og når du vil ha fri?

Du vil kanskje allerede nå planlegge fri med barna i påskeferie og sommerferie uten å være redd for å måtte jobbe i tidligere planlagte turnusfrie periode? Kanskje du ønsker å jobbe intensivt i en periode, for så å fokusere på noe annet i neste periode?

Hos oss blir du fast ansatt, men bestemmer selv hvor du vil arbeide og hvilke perioder du er tilgjengelig for oppdrag. Vi vil alltid søke den beste løsningen for deg.

Vi tilbyr:

- Trygge rammer
- Fast kontaktperson og profesjonell oppfølging under hele prosessen
- Fast ansettelse
- Gode lønnsvilkår
- Konkurransedyktige pensjons- og forsikringsordninger
- Betalt reise til og fra jobb
- Gratis bolig
- Muligheten til å jobbe over hele landet, fra bygd til by.



Registrer en vikarprofil i dag, så tar en av våre erfarne ansatte kontakt og hjelper deg med å finne det perfekte jobben eller oppdraget for deg, samt tips og råd om bemanning i Norge. Vi gleder oss til å jobbe med deg.

Registrer deg på www.ecuracare.no/leger, eller scan QR-koden:



Om ikke du kan, så kjenner du kanskje en flink kollega?

Vi er alltid på utkikk etter dyktige kollegaer. Tipser du oss om en flink kollega og dette leder til jobb, så belønner vi gode anbefalinger med en rekrutteringsbonus. Ta kontakt for mer informasjon.

Vi har også oppdrag til medisinstudenter sommer 2022, søk her: www.ecuracare.no/studenter

MED HJERTE I FAGET OG FAGET I HJERTET

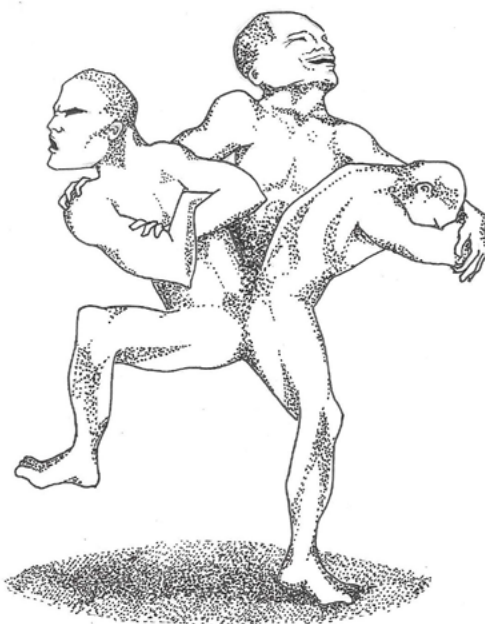
Tekst: Hanne Christine Øverbø, skribent

Illustrasjon: Lea Taraldsrud Dormagen

Som helsepersonell og lege kommer man daglig i kontakt med pasienter med skjebner og historier, som hvem som helst hadde blitt rørt av. Dette kan vekke både positive og negative følelser i oss. Så spørsmålet er: Hvor mye følelser bør leger vise på jobb?

Hvordan skal leger best håndtere de emosjonelle aspektene ved yrket? Å ta med seg hver eneste pasients beretninger og sykehistorier hjem etter arbeidstid kan være veldig slitsomt, advarer erfarne leger. Hvor mye følelser leger skal vise på jobb blir stadig debattert. På den ene siden mener både pasienter og flere yngre leger at det er viktig at legen har evne til å sette seg inn i pasientens situasjon og vise empati, forståelse og medfølelse. På den andre siden argumenteres det for at leger først og fremst er medisinske eksperter som skal utvise faglig kunnskap, gjennomføre medisinsk behandling og at det dessuten virker uprofesjonelt å delta i pasientens følelsesliv.

Det snakkes stadig mer om viktigheten av å vise følelser, forsåvidt på alle livets områder.(2) Å anerkjenne sine følelser i stedet for å undertrykke dem, er i de aller fleste tilfeller det beste for individet og kan både redde liv og føre til bedre fysisk og psykisk helse. Her er det viktig at legene henger med i tiden, for det er nettopp til fastlegen mange henvender seg med vonde følelser. I så mye som 26% av fastlegekonsultasjonene er et psykisk problem som er kontaktårsak (4) og hver tiende pasient har psykiske plager(3). Dette sier noe om viktigheten av å møte



«Leger bør selvfølgelig holde hodet kaldt på jobb, men det skader nok ikke å vise at man holder hjertet varmt samtidig.»

«At leger viser følelser, vel og merke på en kontrollert og profesjonell måte, vil nok i mange tilfeller virke tillitsbyggende».

leger som bryr seg og har hjerte for faget, og ikke minst mennesket de møter.

De fleste kan nok være enige om at kommunikasjon er svært viktig i mange legespesialiseringer, for eksempel fastlege, barnelege, onkolog og legevakt-slege. Så kommer det typiske spørsmålet; trenger kirurgen, anestesilegen og nevrologen å være så ekstremt medfølende og gode kommunikatorer, slik studiet allerede fra første modul (i Oslo, red. anm) vektlegger?(5) Mange vil nok heller si de vil bli operert av en kirurg som er veldig god på fag og dårlig på kommunikasjon, enn empatisk kirurg som er middels god til å operere. (1) Akkurat kirurgen kan kanskje komme unna med å fokusere på rollen som medisinsk ekspert, men i artikkelen «har vi gått i ekspertfella» (1) argumenteres det for at selv kirurgen bør trygge og være med fra start til slutt, da det fører til bedre oppfølging og behandling og bedre opplevelse for den enkelte pasient. Dette tok for seg de følelsene legen viser, som er synlige i møtet med pasienten.

Det gjenstår fremdeles mange deler av legeyrket som involverer følelser som ikke synes i møte med pasienten. Hvordan skal man som lege og menneske forholde seg til å gi tunge beskjeder om død, kronisk sykdom eller livslangt hjelpebehov? Hvordan vekte i hensynet til alvorlig syke pasienter og ofrene deres pårørende må og vil gjøre for at hverdagen skal bli best mulig for den syke? Hvordan avgjøre hvor mye smerter pasienten har og skal tåle både fysisk og psykisk? Legens avgjørelser med tanke på behandlingsform, innleggelse eller ei, avslutte behandling

eller videre henvisning har her helt avgjørende effekt for hvordan personens liv og sykdom eller tilfriskning utvikler seg. At alt dette skal gå ubemerket hen, er vel litt mye å forlange, også fra leger som skal ha sett «det meste»? Legens følelser vil automatisk og helt naturlig spille inn og bidra.

Og er ikke det egentlig sunt? I triste saker kan det være til både trøst og støtte at legen viser empati, forståelse og medfølelse. Det er aldri godt å stå alene i sorgen, og det er ofte helsepersonellet som er til stede. At de da viser følelser, vel og merke på en kontrollert og profesjonell måte, vil nok i mange tilfeller virke tillitsbyggende. (1) Her har legene noe å lære av sykepleierne. De er ofte mindre redde for å vise følelser. En kollega i hjemmesykepleien fikk for en stund siden følgende kommentar etter å ha gjort godt arbeid over tid med en palliativ pasient med Parkinson: «Du er akkurat sånn som en sykepleier skal være - du bryr deg, trygger, viser medfølelse og forstår, likevel går du ikke inn i sorgen vår, og blir dermed vår bauta». Her er det selvfølgelig snakk om en svært dyktig sykepleier, og det finnes nok mange eksempler på liknende rosende ord om leger. Likevel håper jeg med tiden dette også blir en frase flere pasienter kan si om legen sin.

Å vise følelser kan som nevnt være med på å bygge tillit. Kanskje akkurat det som skal til for at pasienten åpner seg litt mer, og at viktige aspekter ved pasientens sykdom blir oppdaget. (6) Leger bør selvfølgelig holde hodet kaldt på jobb, men det skader nok ikke å vise at man holder hjertet varmt samtidig.

Litteraturliste

- | | | | |
|-----|---|---|-----|
| [1] | https://yngreleger.no/blogg/har-vi-g%C3%A5tt-i-ekspertfella | https://www-int.uio.no/studier/emner/medisin/med/fagressurser/MED1100/Allmennmedisin-FOR%3A-Fastlegens-oppgaver-14H-MED1100-1-1-1-254/22v-1/handouts.fastlegen.pdf | [4] |
| [2] | https://psykologsinding.no/snakk-om-folelsene-under-symptomene/ | | |
| [3] | https://www.helsebiblioteket.no/psykisk-helse/aktuelt/hver-tiende-hos-fastlegen-har-psykiske-plager-dagens-medisin | https://www.uio.no/studier/emner/medisin/med/MED1100/lering-sutbytte/ | [5] |
| | | https://tidsskriftet.no/2002/08/kronikk/irrasjonelle-faktorer-i-lege-pasient-forholdet | [6] |



LIS1

ØYSTEIN OHR

Tekst: Sarvani Mahalingam

Bilde: Privat



Alder: 27 år

Kommer fra: Sandnes

Studerte på: NTNU

LIS-1: Ahus

Jobber nå: Ahus

«Men husk også at LIS ikke bare er jobb, bruk tid med kollegaer og venner, livet er mer enn bare å skrive innkomster på vakt»

Hvor jobber du nå? Trives du?

Ahus, i skrivende stund på medisinsk rotasjon. Trives bra, Ahus er et supert sted å være LIS1.

Hvordan ser en typisk hverdag ut?

Det er enten postarbeid, med den vanlige gangen med visitt, utredning/behandling og nødvendig papirarbeid. En del internundervisning er det også. I mottak er det stor pågang med pasienter, hvor man som LIS1 tar innkomster, går med stanscalling og deltar på medisinske team. Det er mest postarbeid på medisin.

Hvorfor valgte du å ta LIS1 der du jobber nå?

Ahus har gitt et veldig godt inntrykk av god kvalitet på LIS1-tjenesten både i tidligere evalueringer av turnustjenesten, og også gode skussmål fra tidligere LIS1 som har vært der. Også ønsket jeg meg mengdetrening for å virkelig bygge erfaring, og da var Ahus et selvsagt valg.

Hvordan var søkeprosessen?

Det gis info via mail alle steg av prosessen. Det er først screeningskjema, så vurdering av søknader av både Ahus og de relevante kommunene. Så innkalles det til intervjuer for de aktuelle kandidatene, før det sendes ut tilbud. Flere tillitsvalgte er involvert i alle steg av prosessen for å sikre at den er ryddig og rettferdig. Jeg opplevde det som en åpen og redelig prosess.

Hva var du fornøyd med?

Generelt godt opplegg, hvor man også har en del rom til å selv ta initiativ for å lære. Det er så stor pasientpopulasjon her at man får både stor mengdetrening på de vanlige tingene, men man treffer også på svært sjeldne diagnoser. Også er det utrolig hyggelige kollegaer her!

Hva var du ikke fornøyd med?

Det er mye endringer i arbeidsplan etterhvert som LIS1-antallet endres, vi roterer avdeling og så videre. Da kommer gjerne arbeidsplanen også sent, og det blir vanskelig å legge planer et stykke frem i tid. Men alt i alt har jeg lite å klage på.

Var det noe som gjorde spesielt inntrykk?

LIS1 har gitt første, reelle mulighet til å være «Doktoren» for pasienten og i møte med pårørende. Særlig ved alvorlig sykdom og dårlig prognose gjør det fortsatt inntrykk å være budbringeren av dårlige nyheter.

Hvordan var arbeidsmiljøet ved LIS1 stedet ditt?

Veldig godt! Spesielt er LIS1 gode til å stille opp for hverandre, men også LIS2/3, overleger og sykepleiere er i det store og hele veldig hyggelig med hverandre.

Jobbet du mye?

Gjennomsnittlig arbeidstid er omtrent 40 timer i uken. På medisin og kirurgi er det litt ujevnt fordelt med vakter, slik at det da kommer noen nulluker innimellom. Men det er muligheter for jobbe mer for dem som vil ved å ta vakanser eller liknende. Selv har jeg hatt en liten intern bistilling, hvor jeg har jobbet noen timer ekstra hver uke.

Har du gjort noen feil som andre kan lære av?

Helt sikkert flere, men det har heldigvis ikke hatt negative konsekvenser til min kjennskap. Så lenge man spør om hjelp ved behov og dokumenterer godt i journal, så får man avverget det meste og kan ordne opp før det går galt.

Hvordan var livet utenfor jobb i LIS1?

Veldig bra! Vi har jevnlig felles lønningspils eller drar på arrangementer sammen. Også har man jo Østmarka rett ved Ahus og alle Oslos tilbud rett i nærheten.

Har du tips til andre som skal starte LIS1?

LIS1 er en fantastisk mulighet til å utforske og prøve ut ulike fagretninger og kanskje også steder i Norge. Men husk også at LIS ikke bare er jobb, bruk tid med kollegaer og venner, livet er mer enn bare å skrive innkomster på vakt!

Hva er planen din etter LIS1?

Vi får se hvor veien går etter hvert. I første omgang blir det nok avtjening av verneplikt som VAB-lege i Forsvaret.

STILLE PÅ STUE 9

Tekst: Elise K. Kristensen, medisinstudent

Jeg begynte å føle meg tryggere på operasjonsstua. Dagens prosedyre hadde jeg sett flere ganger før. Det som var nytt i dag, var at pasienten fortsatt var våken da jeg kom inn i rommet.

Pasienten var relativt ung og frisk til å skulle gjennomgå denne type inngrep. Vedkommende lå og pratet humoristisk med anestesilegene. Jeg likte denne personen kjempegodt.

Jeg merket at den muntre stemmen skalv litt, da narkosemidlene ble hentet frem.

Etter pasienten hadde sovnet ble klærne klipt opp, underlivet blottlagt, og et kateter hentet frem. Seks fremmede mennesker leiret den slappe kroppen på et bord.

Kirurgene vinket meg til seg. De pekte, tegnet og forklarte.

Ny håndvask.

Jeg følte meg litt som et overivrig barn, i et rom fullt av veldig høflige og tålmodige voksne. De nikket mot en fin liten pakke –bare til meg– med sterilt tøy, og hansker i størrelse 7.

Jeg fikk stå skulder-mot-skulder med overlegen. Så nært, at jeg måtte bruke beskyttelsesbriller da de drillet hull i hodeskallen. Jeg gliste bak munnbindet. Stemninga var lett og god.

Etter en stund ble rommet dørgende stille.

Overlegen hadde sluttet med høflighetsfraser til operasjons- sykepleieren. Instrumentene smalt hardt i bordet etter hvert som han byttet dem ut. Han pustet anstrengt. Jeg tok noen steg bak, mens stadig flere folk kom inn i rommet.

Det ville ikke slutte å blø.

Da en erfaren overlege kom inn, og LIS3 gikk vekk fra bordet, skjønte jeg at dette kan bli enda mer spennende enn vanlig! Og jeg frydet meg. Da jeg fikk ros for å hjelpe til, følte jeg mestring.

Jeg fulgte nysgjerrig med på de store, blanke beholderne med blod og saltvann, og regnet blodtapet i hodet mens de fyltes opp.

Med jevne mellomrom var det en anestesilege som spurte forsiktig: «Forventer dere mer blodtap nå?»

Jeg priste meg lykkelig over at jeg fikk være med på akkurat denne operasjonen. Det var kjempekult!

Brått kjente jeg skam og frykt slå hardt ned i kroppen. Skjønte jeg ikke at det var et menneske som lå der? At det satt en familie et sted og ventet? Er jeg helt psyko?!

Rundt meg ble det fremført en perfekt synkronisert dans. Velkoordinert og vakker. Rommet var stille, pipelyden fra maskinene dempet. Dyktige, presise bevegelser. Alle hadde fullt fokus på scenen midt i rommet. Jeg var dypt fascinert, og tenkte på Tsjajkovskijs ballettstykker.

Noen timer senere var seansen ferdig. Alt gikk bra. Jeg fikk hjelpe LIS3 med å lukke. Jeg storkoste meg, og ble igjen for å assistere under oppvåkningen.

Da jeg så pasientens halv-våkene ansikt, med blod fra tinningene, og tårer fra øyekroken, slo de vonde følelsene inn på nytt. Dette mennesket kunne ha dødd. Og jeg stod der, lykkelig, berusende forelsket i fag og beredskap.

Jeg hadde vondt i magen da jeg gikk hjem. Orket ikke middag. Hvem er jeg egentlig?

Jeg ser et menneske ligge å blø. Jeg synes det er vakkert. Spennende. Kjempegøy! Jeg fryder meg, og føler meg sterk når jeg beholder roen. Jeg vil ha mer spenning, mer erfaring, mer mestring.

Jeg ser et menneske ligge å blø. Jeg tenker på en kropp som er skadet, naken og redd. Et menneske som kan miste arbeidsevne, leve med smerte, eller dø altfor tidlig. Pårørende i sorg. Jeg har behov for å lindre. Trøste. Hjelp.

Jeg ser et menneske ligge å blø. Og så går jeg hjem for å spise middag.



ANNETTE DRAGLAND

LEGEN BAK EN PODCAST OM KROPP OG SINN

Legen Annette Borge Dragland (35) har en brennende interesse for formidling, forskning og folkeopplysning. Gjennom sin podcast «leger om livet» formidler hun forskningsbasert kunnskap ved å intervjuer leger som er eksperter på sitt felt.

Tekst: Sarvani Mahalingam

Bilder: Aleksandra Kirko

Målet med podcasten var å formidle kunnskapen til flere enn bare sine pasienter. Selv om den opprinnelige ideen til Dragland var å skrive en bok, viste det seg i etterkant at podcast ble et bedre valg.

– Ikke alle leser bøker, og jeg er opptatt av at kunnskapen skal være lett tilgjengelig for alle. Det gjelder både for oss i helsevesenet og for de uten helsebakgrunn.

Dragland studerte medisin i Krakow i Polen, et valg hun tok da hun bestemte seg for å jobbe som lege i USA. Hun har bodd fem år i USA og hadde på den tiden kjæreste der.

– Krakow har et fantastisk apparat for å sluse deg inn i det amerikanske helsevesenet. Men nå ville skjebnen noe annet, og jeg endte heldigvis hjemme i Norge. Krakow var et fint sted å studere medisin, forteller hun.

Turnus i vakre nord

Fascinasjonen for medisin kom allerede da hun var syv år gammel. Hun har alltid kjent på interessen for å hjelpe andre mennesker, særlig mennesker som har det vondt. Naturlig nok var det hennes mor med alvorlig revmatoid artritt som gjorde at hun endelig bestemte seg for å bli lege tidlig. Da hun så hadde kommet inn, og videre fullført medisinstudiet, var turnus i Nord-Norge neste på agendaen. Selv er hun fra Sortland i Vesterålen:

– Min turnustid var hjemme i Nord-Norge på Stokmarknes sykehus. Man kan jo si det slik at man blir kastet rett ut i det! Jeg elsket tiden min som fersk lege. Endelig fikk jeg praktisert det jeg hadde lært! Men det var også en tøff tid med fire 14-timers nattevakter på rad, hvor jeg sto alene som lege på et helt nytt sykehus.

– *Var det skummelt å stå der alene som en fersk lege? Var det mye å gjøre?*

– Jeg husker veldig godt en nattevakt, da jeg fikk

inn en svært syk ungdom med akutt appendisitt klokka tre på natten. Samtidig kom det inn en ung mann med sadelemboli. Gutten med appendisitt ble hasteoperert 30 minutter etter at han ble lagt inn, hvorpå blindtarmen sprakk i det kirurgen opererte den ut. Mannen med sadelemboli klarte seg etter mye konferering og bistand over telefon fra en overlege ved UNN i Tromsø.

Alt i alt er hun i dag utrolig takknemlig for at hun hadde turnus på Stokmarknes sykehus. Med dyktige og engasjerte leger fikk hun virkelig jobbet 'hands on'. I ettertid har dette vært en meget god og lærerik erfaring.

– *Etter turnus, hva gjorde du da?*

– Jeg jobbet som fastlege. Etter to år som fastlege valgte jeg å spesialisere meg innenfor hud. Jeg skjønnte at det var uendelig mye mer å lære innenfor dette feltet. Hudproblemer er et svært vanlig fenomen i allmennpraksis og ble et felt jeg syntes ble mer og mer interessant jo mer jeg lærte om det.

Interessen for hudsykdommen gjorde slik at hun tok flyet nordover og hospitererte noen dager ved hudavdelingen på UNN.

– Jeg var helt solgt etter disse dagene. Huden er vårt største organ og er kroppens speil. Du må kunne mye indremedisin og må drive mye detektivarbeid når du jobber med hud, noe jeg synes er veldig spennende.

Begynnelsen på en podcast

I dag driver hun podcasten «leger om livet», en podcast som har mye hovedfokus på ny kunnskap og forskning. Ideen om å starte podcast fikk hun sammen med sin dyktige svigerinne, Ida Tennebeck, som også er utdannet lege. Tennebeck ble med i store deler av første sesongen, noe Dragland er svært takknemlig for. Spesielt var hjelpen hennes uvurderlig, da det var mye arbeid i oppstartsfasen.

– Tilbakemeldingene på podcasten har vært overveldende positiv. Jeg er selv forbauset over responsen og oppmerksomheten podcasten har mottatt. Men jeg ser på dette som et uttrykk for at det er et stort behov for en objektiv og troverdig kilde, som kan formidle kunnskap om de temaene som jeg tar opp.

Dragland understreker at det er viktig å vurdere flere faktorer, når det gjelder forebygging og behandling av en sykdom. De fleste sykdommer er multifaktorielle, det vil si at sykdommen kan ha flere underliggende årsaker. Dette er grunnen til at hun fokuserer på mange ulike felt og spesialiteter i podcasten sin. Dragland har en stor tro på at et større perspektiv på våre plager og lidelser vil kunne gi bedre løsninger og behandlingsmuligheter.

–Alt i kroppen vår henger sammen, og det er derfor helt essensielt å se på helheten. Jeg tror forståelsen av det store bildet er viktig for å skjønne hvordan kroppen vår virkelig fungerer helt ned på cellenivå.

Eksempelvis nevner hun søvn som et tema:

– Søvn viser seg å ha stor betydning for både vår mentale og fysiske helse. Søvn påvirker alle våre systemer og organer. Uansett hvilken lidelse man har, vil man dra nytte av å få nok søvn under og etter behandling.

Hun forteller at kollegaene hennes av og til kan le litt når hun tar opp søvn igjen og igjen til pasientene sine og i internundervisninger. Det er kanskje ikke det første man tenker på når man behandler pasienter med angstlidelser eller hjerte-karsykdom, men hun forteller at søvn likevel er helt essensielt for vår helse.

– Vi vet nå at det å få nok søvn vil kunne bidra til å optimalisere immunforsvaret, gjøre oss mer resiliente. Det bør være en av de viktigste faktorene man bør ta tak i, hvis det skulle være et problem for vedkommende.

Følelser som podcast-tema

Når hun inviterer eksperter som skal gjeste hennes podcast er hun bevisst på å velge leger fra litt ulike spesialiteter. For Dragland er det viktig å poengtere at det ikke finnes en «one size fits all», når det gjelder podcast:

– Vi har alle ulike utfordringer i hverdagen. Tips og råd jeg og mine gjester kommer med i podcasten vil ikke passe alle, uansett utfordring eller livssituasjon. Men jeg tror at ved å se helheten og trekke ut det som passer for en, vil det ha en positiv innvirkning på livet vårt.



– Har du for eksempel hatt en podcast-episode om følelser?

– I podcasten formidler jeg at mentale og fysiske lidelser er tett knyttet sammen, noe forskning heldigvis har begynt å støtte godt opp om. Følelser er jo så mangt, men jeg synes det er fascinerende med nyere forskning som viser at følelser kan observeres helt ned på cellenivå.

I podcasten om uro snakker hun en del om dette. Dragland mener uro er et tema de fleste av oss kan kjenne seg igjen i:

– Det er en følelse jeg store deler av mitt liv har prøvd å skyve fra meg. Jeg fant ut at jeg må heller ønske den velkommen hver gang jeg kjente på uroen, istedenfor å prøve å bli kvitt den. Etter hvert følte jeg at livet ble mye lettere. Det blir plutselig ikke så farlig å kjenne på uro og smerte i blant. Det er jo en naturlig del av det å være et menneske.

– Tror du medisinstudenter er flinke til å kjenne på følelsene og ta vare på seg selv? Var du det?

– Jeg kan kanskje snakke for meg selv her, og det klare svaret for meg var nei. Jeg hadde jobbet mot målet om å bli lege hele mitt liv, skulle være perfekt på alle måter. Jeg følte at kun det beste var godt nok. Da jeg gikk på en stor smell 5. året på medicin-

studiet, følte det som jeg aldri skulle komme meg igjen. Jeg følte på stor skam i denne perioden, fordi jeg følte jeg ikke mestret livet mens alle rundt meg fikk til alt.

Når hun ser tilbake på det, ville hun ikke vært her den tiden foruten. Det var denne erfaringen som åpnet opp for selvrefleksjon, og ikke minst ga mulighet til å stille seg selv viktige spørsmål:

– Hva skal til for å leve et godt liv? Hva skal til for å holde seg frisk? Hva skal til for å få det bedre, til tross for sykdommer og utfordringer vi møter på?

Hun fant ikke gode nok svar på nett og i lærebøkene og gikk derfor systematisk til verks. Dragland gravde seg dypt ned i litteraturen, leste utallige bøker, forskningsartikler og studier som jeg kom over om temaene.

– Etter hvert fant jeg løsninger. Det er denne kunnskapen jeg deler videre sammen med mine gjester i podcasten.

Ta vare på din psykiske helse!

Dragland har to gode tips til medisinstudentene når det kommer til psykisk helse:

– Det første er følgende: ikke streb mot det perfekte! Ingen av oss er perfekte. Vi ønsker å utvikle oss og vokse her i livet, men jeg tror perfektionisme er antagonist til sunn utvikling. Ved å strebe etter det perfekte vil det du sier og gjør være forankret i en ønsket bekreftelse fra andre. Det er fort en ond sirkel som vil føre deg lengre fra deg selv og dine kjernev-erdier.

– *Hva er ditt råd nummer to?*

– Mitt andre råd er å utforske meditasjon. Et fantastisk verktøy som har betydd mye for min egen men-

tale helse. Om du ønsker litt støtte for å komme i gang kan jeg varmt anbefale apper som headspace eller calm. En gratisapp som heter Insight timer er også helt gull! Når vi først gir tips så anbefaler jeg boken «10% happier» av Dan Harris, om du ønsker å vite om hva forskningen sier om meditasjon.

– *Har du noen podcast-episoder om følelser, som du vil anbefale medisinstudentene?*

– Jeg har flere episoder om følelser i podcasten. Men om det er en enkelt episode jeg ønsker å anbefale til alle mine kollegaer og kommende kollegaer, så er det episode 55 med lege Elin Østrem om utbr-enthet. Vi som går inn i omsorgsyrker vil kjenne på at det endrer oss, men ved å være bevisst på dette og se på hvordan vi kan få en god hverdag i denne jobben, så kan det endre oss til det bedre.

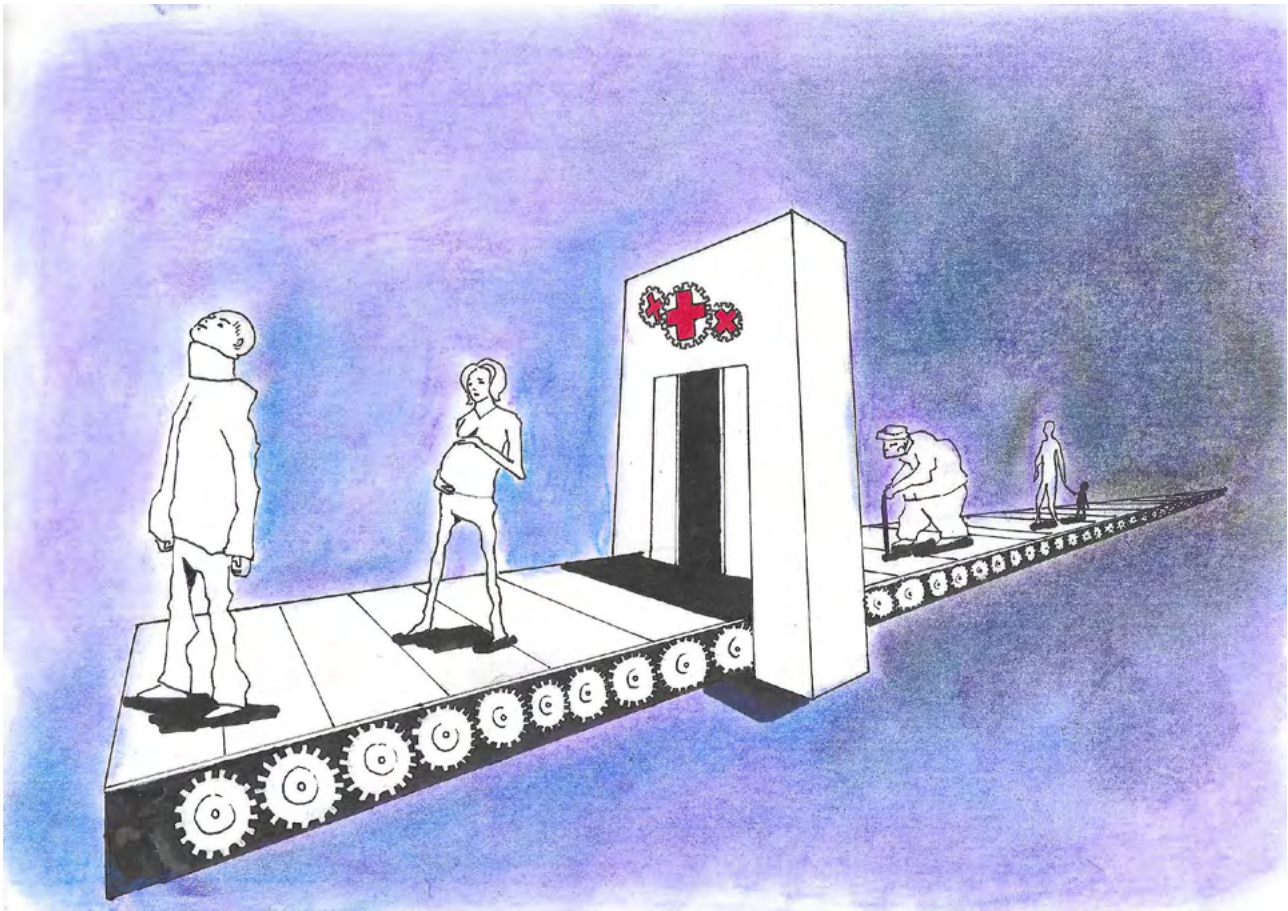
Tilbake til spesialiseringen

Etter at hun har satt spesialiseringen litt på vent, har hun nå noe å glede seg til:

– Jeg gleder meg dog til å komme tilbake til mine pasienter etter hvert. Siste halvannet året har det ikke blitt så mye tid til annet enn jobb, podcast og familie. Ellers er jeg opptatt av å bevege meg, få nok frisk luft og le mye. Det tror jeg er kilde til mye bra.

Men før hun avslutter intervjuet, ønsker hun også å komme med et siste, lite tips til de medisinstudentene som ønsker å følge hennes fotspor:

– Det er kanskje litt for enkelt å si at du skal kaste deg ut i det. Men jeg har virkelig troen på at hvis du går for det du kjenner er rett for deg, så vil du sjelden angre. Og vi har behov for deg som ønsker å dele den viktige kunnskapen om helse!



HVORDAN BØR HELSETEKNOLOGI FORSTÅS?

Tekst: Iver Lars Håvard Koppen, skribent

Illustrasjon: Lea Taraldsrud Dormagen

I vår tid er det ikke uvanlig å høre om hvordan ny teknologisk utvikling kan endre måten helsetjenester leveres på. Som helsepersonell er det derfor viktig å ha et bevisst forhold til hvilken rolle teknologien spiller i et helsesystem. Denne teknologien utøves på en kvalitativ annerledes måte enn det som er tilfelle i industriell vareproduksjon.

Hovedmålet til en bedrift er høyest mulig fortjeneste. Satt på spissen gjøres dette ved å produsere mer og til lavere kostnader. Dette var Henry Fords målsetning da han introduserte samlebåndproduksjonen ved bilfabrikken sin. Samlebåndet fraktet bilene rundt i fabrikken, mens arbeiderne stod på sin tildelte arbeidspost langs samlebåndet. Slik kunne arbeidsoppgavene splittes opp, og hver enkelt arbeider ble spesialisert på sin oppgave. Denne arbeidsfordelingen effektiviserte bilproduksjonen. Teknologiens rolle eller samlebåndets funksjon, var

i denne situasjonen å minimere de menneskelige vurderingene involvert i bilproduksjonen. Denne funksjonen står i kontrast til teknologiens rolle i den offentlige helsetjenesten.

Helsetjenesten kan også analyseres som et produksjonssystem. Innsatsfaktorene er blant annet pasienten, sekretæren, sykepleieren, legen og sykehuset med tilhørende teknologi og utstyr. Hovedproduktet er helsegevinst. Dette systemet produserer ingen kommersielle varer som kan selges for profit. Overordnet kan ikke helsetjenesten sies å «produsere» konsultasjoner eller prosedyrer. Disse må heller forstås som løpende prosesser i pasientens og legens samproduksjon av god helse. (1)

Teknologiens rolle i helsetjenestens samproduksjon, blir derfor kvalitativt forskjellig fra teknologiens rolle i en industriell vareproduksjon. Et enkelt eksempel på teknologi som brukes hyppig på legekontoret, er

«Overordnet kan ikke helsetjenesten sies å «produsere» konsultasjoner eller prosedyrer. Disse må heller forstås som løpende prosesser i pasientens og legens samproduksjon av god helse.»

blodtrykksmåleren. I løpet av noen få sekunder kan legen måle blodtrykket til pasienten. Dersom legen i stedet måtte basere sin kliniske vurdering på uklare symptomer som hodepine og svimmelhet – som kan oppstå ved kraftig forhøyet blodtrykk – ville dette vært tidkrevende. Men blodtrykksmålerens funksjon i samproduksjonen er ikke å erstatte menneskelige vurderinger, heller tvert imot. Ved å frigjøre mer tid til samtale mellom lege og pasient, åpner blodtrykksmålingen for flere nyanserte og gjennomtenkte vurderinger som kan føre til et bedre behandlingsforløp, tilpasset pasientens forutsetninger og livssituasjon.

Et privatisert og fragmentert helsesystem kan selvsagt imitere en strømlinjeformet industriell vareproduksjon ved å tilby episodiske konsultasjoner og intervensjoner. Derimot vil man aldri kunne komme bort fra det faktumet at god helse ikke kan reduseres til en vare som kjøpes eller selges, men som må kontinuerlig bearbeides i felleskap. Ved å være teknologiens rolle bevisst, slipper vi forhåpentligvis å havne på sykehusets samleband.

«Et privatisert og fragmentert helsesystem kan selvsagt imitere en strømlinjeformet industriell vareproduksjon ved å tilby episodiske intervensjoner. Derimot vil man aldri unnslippe faktumet at god helse ikke kan kjøpes eller selges, bare kontinuerlig produseres i felleskap.»

Litteraturliste

- [1] Oversatt fra Julian Tudor Hart sitt begrep "the co-production of health". Se for eksempel "Tudor Hart J. The political economy of health care. 2nd ed. Bristol (GB): The Policy Press; 2010.

HVORDAN HÅNTERER DU FØLELSENE DINE?

Tekst:

Oda Myrvold Thorud, Leder Medisinernes mentale helseopplysning (MMO Oslo)
Amalie Egeberg Moger, Nestleder Medisinernes mentale helseopplysning (MMO Oslo)

1. Hva er følelser og hvorfor er de viktige?

Følelser er viktig. De subjektive opplevelsene kan gi oss nyttig informasjon om hvordan vi har det og om omgivelsene våre. Vi har det alle sammen, hele tiden. Vi kjenner på angst, tristhet, skyld, sinne, glede og lykke. Disse følelsene blir utløst av noe, inni oss eller utenfor oss. De har potensial til å overta hele vår fungering, ved å innta høyeste prioritet i vår oppmerksomhet og det vi foretar oss. Følelser veileder og forteller om hvor man står i forhold til sine behov. De kan også minne oss på å ivareta disse behovene. Derfor kan det være fint å lære sine egne følelser å kjenne, slik at man til enhver tid kan ha en idé om hvordan man kan håndtere de på best mulig måte.

Vi leser at vi som studenter er mer stressa enn generasjoner før oss, og undersøkelser viser at dette ikke bedres blant studenter - det er heller en økning. Hele 44 % savner ofte/svært ofte noen å være sammen med, 24 % føler seg utenfor, mens 37 % føler seg ofte/svært ofte isolert. Over halvparten (54 %) av studenter svarer ofte/svært ofte på minst ett av disse tre spørsmålene (SHoT 2021-undersøkelsen). Årsaken til denne økningen, vet man ikke helt sikkert. Men det som er sikkert er at uansett hvilken årsak økningen har grunn i, er det viktig å ta tak i det.

Som leger må vi forholde oss til personer som viser følelser i ulik grad. Personer med psykiske lidelser kommer til å oppsøke oss fordi de har triste eller engstelige følelser, og generelt kan det sies at følelsene er med på å bestemme om man oppsøker legehjelp. Når følelser blir tema, er det naturlig at dette utløser noe i legen på emosjonelt plan, og dette noe er det viktig å reflektere rundt for å kunne gi best mulig behandlingshjelp. Det handler om å våge å være følelsesnær, da det viser seg at de legene som møter pasienten på pasientens følelsesplan, får fasilisert aktuell behandling tidligere og grundigere for pasienten. En må sette seg inn i pasientens situasjon og skape et trygt rom der alle følelser er velkomne,



Oda Myrvold Thorud, leder MMO Oslo. Foto: Privat

«En må sette seg inn i pasientens situasjon og skape et trygt rom der alle følelser er velkomne, dette med å bruke de magiske stille sekundene som gir pasienten mulighet til å fortelle.»

dette med å bruke de magiske stille sekundene som gir pasienten mulighet til å fortelle. Følelser er individuelt, og noe som kan være av mindre betydning for deg, kan oppleves som av større betydning for pasienten.

2. Stressende liv som student

For å vite hvordan å hjelpe, er det også viktig å vite hvordan man skal forholde seg til sine egne følelser. Som legestudent er det en kjent sak at hverdagen noen ganger kan bli litt mye, og dermed forventningene for hvilken terskel av press som skal aksepteres, kan tenkes å bli vel høy.

Tenk deg at du står i en stressende periode. Du har eksamen, et viktig jobbintervju eller går gjennom noe som trenger din fulle oppmerksomhet - til enhver tid. Så skjer det utenkelige - kjæresten slår opp, crushet slutter å svare, et familiemedlem blir syk eller en i kollokvien stenger deg ute. Pusten stopper opp, og det presser i brystet. I forelesningssalen går ordene inn det ene øret, og ut det andre. Samtidig tikker det mot eksamen. Hodet ditt er et helt annet sted, og bekymringene for hvordan det skal gå blir sterkere og sterkere. Hva gjør du nå? Hvordan løser du situasjonen, slik at det gir best utfall etter hva du ønsker, og som er til det beste for deg?

To scenarier kan man tenke seg er mulig her:

1. Tankene blir altomfattende og du har en sterk følelse av at du ikke duger mer. Fremtiden vil virke litt håpløs. Du blir sittende alene på hybelen, bekymrer deg over eksamen som snart kommer, de negative tankene om deg selv raser gjennom hodet og du blir liggende på sofaen og gruble over hvorfor ting er blitt akkurat som de er blitt. Du har ikke energi til verken å være sosial eller dra på forelesning. Lite gir mening.

2. En annen mulighet er hvis det var mulig og



Amalie Egeberg Moger, nestleder MMO Oslo. Foto: Privat

man klarte, å prøve å dele problemene opp i litt mer håndterbare størrelser. Spørsmål du kunne stilt til en venn som opplevde det samme som deg:

Hva ville en god venn sagt om kjæresten din som hadde gjort det slutt?

Hva ville du sagt til en god venn som opplevde at en studiekamerat sa noe stygt til seg?

For når er det tristheten blir så alvorlig at vi bør søke

«En tanke er noe som fører til utløsning av en følelse, mens en følelse er noe som fører til en type atferd.»

hjelp? Når er det en del av det normale og noe vi må og skal håndtere selv? Dette er ikke alltid så lett å vite. For det er jo naturlig å være engstelig før en eksamen, grue seg til første gang man skal ta et journalopptak på akuttmottaket eller skal presentere inntakstatus til en tilsynelatende streng overlege. Det er naturlig å kjenne på ensomhet og tristhet når man har flyttet hjemmefra, og kanskje langt vekk fra venner og kjente. Det er ikke sykkelig, men en del av det å være menneske. Vi må lære oss å takle det og ofte er det sånn at vi blir bedre til å takle disse tingene etter hvert. Vi glemmer så lett at det som regel ordner seg, når vi står midt oppi en stressende situasjon, som for eksempel en eksamensperiode.

I en stressende studiesituasjon vil også forsvaret vårt til å takle tilleggsstress og vanskelige situasjoner bli mindre. Stress, når krav overstiger egne ressurser, trigger et flertall av negative følelser og responser. De stressende tingene legger seg oppå hverandre. Vi kan faktisk være ganske så sårbare, når anstrengelser og mestringsstrategier ikke fungerer. Likevel kan man tillære seg og erfare metoder for å ruste seg selv enda bedre til å i større grad takle slike situasjoner. Men for å komme dit, ligger nok nøkkelen i å aller først lære seg selv å kjenne.

3. Hvordan er det best å håndtere dette? / Hvordan ta best vare på seg selv og sine følelser som student?

For du har nemlig et valg. Hvordan vil du at følelsene dine og det indre stresset skal påvirke deg i dag? I hvilken retning ønsker du at tankene dine skal lede deg, og i hvilken grad tillater du stresset og følelsene dine å ha en innvirkning på hvordan du har det - akkurat nå?

En tanke er noe som fører til utløsning av en følelse, mens en følelse er noe som fører til en type atferd.

Følelsmessige reaksjoner står ofte ikke i forhold til de konkrete situasjonene de oppstår i.

Tenk deg nå at du identifiserer tanken din som er utløsende for hvordan du har det. Et eksempel kan være «Når noe negativt skjer, viser det seg at jeg er hjelpeløs, håpløs og uten mulighet til å få det bedre.». Oppfatningen virker overdreven, men slike tanker kan man identifisere seg med etter kun én dårlig opplevelse. Tenk deg nå at du får mulighet til å endre på denne tanken, ved å gi den et alternativ. For eksempel: «Når noe negativt skjer, viser det seg at jeg gjør alt for å få det bedre». Legg merke til hva som skjer med følelsen i kroppen din. Tenk også på hvilke to typer atferder dette igjen ville kunne ha utløst.

Med den første tanken ville en nok automatisk gått inn i en grublespiral. Fra det ene som var utløsende, vandrer tankene til nye bekymringer, mulige ubehagelige kommende scenarioer, og konspirasjonsteoriene rundt situasjonen du står i når de blir flere og flere. Stresset blir sterkere og dagene mer ubehagelige. I atferden blir du tilbaketrukket, rigid, usikker og tvilende.

Derimot, vil man med den alternative tanken kunne vurdere den problematiske situasjonen på en annen måte. Med en tanke om hva som kan bli bedre, kan man forholde seg mer aktivt til situasjonen man står i. Den kan deles opp i mer håndterlige størrelser, for så å angripes enkeltvis. I atferden blir du roligere, tryggere og aktivt løsningsorientert.

Når triste følelser tar overhånd er det en del ting vi burde tenke på. Ofte gjør vi dette annerledes når

vi er i en vanskelig situasjon, og det kan være lett å bli blind på hva slags situasjon du egentlig selv står i - og dermed også vanskeligere å behandle seg selv på en måte som er rettferdig overfor en selv.

Når noen oppfører seg dumt mot oss er det ofte vanskelig å vite hvordan vi skal forholde oss til det. Vi kan ikke gjøre noe med hva andre mennesker mener, tenker eller sier om oss. Skal vi begynne å gruble over hvorfor vedkommende sa det, eller skal vi ta det som fakta og begynne å gruble over om vi egentlig er bra nok. Hvis en overlege, en foreleser eller en venn oppfører seg ubehagelig mot meg, kan jeg ikke gjøre noe med det. Men jeg kan til en viss grad velge hvordan jeg skal forholde meg til det.

Jeg trenger ikke tenke at vedkommende har rett og at det er meg det er noe galt med. Det fører bare til at jeg blir trist. Jeg kan velge å tenke at jeg ikke kan forholde meg skikkelig til personer som oppfører seg på en urettferdig og dårlig måte, og brøler til meg. Det er deres problem, og ikke mitt. Jeg kan velge å ikke la ting som jeg ikke kan gjøre noe med, gå inn på meg. Jeg kan velge å sette min egenverdi, min glede, og mitt liv - foran andre som ikke fortjener min energi. Jeg kan velge å sette meg selv først, for hvem andre fortjener egentlig min energi, mine tanker, og min tid - andre enn meg selv?

Dessuten er det slik at ikke alle mennesker liker oss. Uansett hva vi gjør, har vi (i MMO, red. anm) lært at ca. 80 % liker oss og 20 % gjør ikke det, eller er likegyldige. Og hvorfor skal jeg da strebe etter å få de resterende 20 prosentene til å like meg, når jeg heller kan bruke den tiden og energien til å like meg selv, enda bedre.

4. Avslutningsord

Først og fremst er det viktig å understreke at det vil komme perioder der du føler at livet blir litt for mye å takle. Perioder der du ikke klarer å lære det du leser like raskt og perioder der du kjenner at du helst skulle ligget i sengen fremfor å møte det dagen har å by på. Og om du ikke har opplevd det enda, kommer du nok til å kjenne på lignende følelse engang i fremtiden du også. Det kalles livet, og noen ganger må man la livet få skje. Likevel kan det være greit og nyttig å ha kontroll over i hvilken grad man skal la livet få ta styring og i hvilke perioder DU skal ta styringen på tankene i livet ditt. Du kan fortsatt la livet skje, men denne gangen lar du det skje under kontroll.

Du kan ta ansvar over tankene dine, ved å ta stilling til i hvilken grad du tillater tankene å påvirke deg til den tiden det passer best for deg, basert på hvilken plass de fortjener å ta.

For når livet skjer har du alltid et valg. Hvilket valg som passer best for deg, det skal ikke vi fortelle deg. Det må du nok finne ut av på egenhånd. Å overse følelsene dine og å overse situasjonen du står i, er nok ikke det lureste på sikt. For av og til tar følelsene likevel ukontrollert for stor plass, selv om du besitter mange verdifulle ressurser og er god på egenhåndtering. Vi vil ikke at du står alene om hvordan å takle fremtidige, eller nåværende, utfordrende situasjoner av denne skala. Når følelsene tar overhånd - når skal jeg søke hjelp? Når er situasjonen jeg står i og følelsene jeg bærer på normalen?

For når livet skjer har du alltid et valg. Et valg kan være å søke hjelp.

«Perioder der du ikke klarer å lære det du leser like raskt og perioder der du kjenner at du helst skulle ligget i sengen fremfor å møte det dagen har å by på. Og om du ikke har opplevd det enda, kommer du nok til å kjenne på lignende følelse engang i fremtiden du også. Det kalles livet, og noen ganger må man la livet få skje»

TIL DEG SOM SYNES DET ER VANSKELIG Å PRATE OM SEX OG SEKSUALITET

Tekst: Nicolay Berge, leder i Medisinerne seksuell opplysning (MSO) Oslo

Tror de fleste vil si seg enig i at de færreste samleier ender med en ny verdensborger. Sex og reproduksjon er to vidt forskjellige ting. Reproduksjon er lettere å forklare, lettere å prate om, og vi lærer mer om det både gjennom skole, litteratur og ellers overalt. Vi vet hvordan befruktning og implantasjon foregår, og det går som regel greit å snakke om disse tekniske detaljene. Sex er derimot langt mer sammensatt, og den største utfordringen med sex og seksualitet er å prate om det. Seksualitet handler om så mye mer, og egentlig alt annet enn reproduksjon.

Enten du er (kommende) lege eller lekfolk, er det dessverre slik at sex er noe man ikke snakker spesielt høyt om. Det er jo alltid lettere å snakke om et samleie som skal resultere i en fødsel, og om fødsel generelt. Men sex og seksualitet derimot er fortsatt preget av skam og tabu blant altfor mange av oss. Når det ikke prates om, håndteres det ikke heller.

Hvis du har tenkt til å bli en god lege i møte med pasienter, men også unne deg selv eller en partner et fullgodt liv på alle plan, så bør du mestre å snakke om seksualitet, og forholde deg til sex og seksualitet på en naturlig måte. Hvorfor? Mange unngår dette temaet, snakker ikke om det, slår hardt ned på det, eller ignorerer det helt. Fordelen med å ignorere seksualitet er at du i hvert fall ikke da avslører til omverdenen at du er usikker og ukomfortabel.

Men la oss tenke på de gangene du ikke får til å unngå temaet sex fullt og helt. Du blir kanskje spurt av en venn eller en pasient. Eller kanskje du må spørre om noe selv. I samtale om dette er det også lett å utstråle usikkerhet, men tenk over hva denne utstrålin-

«Seksualitet handler om så mye mer, og egentlig alt annet enn reproduksjon.»

gen gjør for den andre? Du forteller indirekte med kroppsspråk og toneleie at «dette skal vi egentlig ikke prate om». Da overfører du bare skam til den andre. En ting er å gjøre dette som privatperson. Men ingen pasient fortjener å bli møtt av en lege, som får en til å skamme seg over kroppens naturlige funksjoner.

Hvis du er pinlig berørt når du snakker om sex, utstråler det egentlig bare dine egne følelser som preges av usikkerhet. Antagelig kommer dette av innlært skam og tabu rundt temaet, og at du aldri har pratet om seksualitet. Du trenger ikke ha kommet til et semester i psykiatri for å forstå at når man unngår et tema og alltid vrir seg unna det, så er det fordi det er ubehagelige følelser tilknyttet temaet. Samtidig gjør vi det ikke noe bedre for oss selv hvis de fleste man omgås også unngår å prate om sex og seksualitet.

Hvis vi skal klare å se hele mennesket må vi anerkjenne at alle har et seksualliv, og vi må ikke bare fokusere på de negative sidene av det. Hos legen blir seksualitet sjeldent noe annet enn seksuelt overførbare infeksjoner, abort, svangerskap eller overgrep. Seksualitet er mye mer enn uønskede hendelser og sykdom. Seksualitet utgjør mye av en persons identitet, det er avgjørende for følelseslivet og det er

«Det er jo alltid lettere å snakke om et samleie som skal resultere i en fødsel, og om fødsel generelt. Men sex og seksualitet derimot er fortsatt preget av skam og tabu blant altfor mange av oss.»

«Hos legen blir seksualitet sjeldent noe annet enn seksuelt overførbare infeksjoner, abort, svangerskap eller overgrep. Seksualitet er mye mer enn uønskede hendelser og sykdom.»

også avhengig av å bli sett og pratet om. Vi må anerkjenne for oss selv, våre medmennesker og overfor pasienter at seksualitet er noe alle har. Hvis du skal leve opp til samfunnets forventninger om at du er «så flink som studerer medisin, eller er lege», ja da må du i det minste klare å snakke om hele mennesket, ikke bare deler av det.

Det er kanskje en liten utopi at seksualitet blir et naturlig samtaletema over natten for hele befolkningen, men i det minste bør leger og annet helsepersonell mestre å prate om dette på en naturlig måte. Som pasient er du i en ekstremt sårbar situasjon, og nettopp derfor må du tenke over hvordan du som behandler, kommuniserer til andre. Veldig mange pasienter og befolkningen for øvrig vegrer seg for å snakke om seksualitet. Hvis man først tør å dra til legen for å snakke om en seksuell problemstilling, så skal du i det minste ikke påføre pasienten noe skam eller ubehag fordi du selv ikke mestrer dine negative følelser og tanker.

Hvis du etter hvert klarer å overkomme ubehaget ved å snakke om seksualitet med pasienter, og i hverdagen ellers, så åpner det seg mange dører. Det finnes ikke noe mer tabubelagt i samfunnet enn sex og seksualitet. Så hvis du klarer å mestre det mest tabubelagte temaet, da kan du klare å prate om hva som helst. Du vil vise dine pasienter og medmennesker at du er trygg, og i samtale med andre er det ingen begrensninger om hva som er greit å snakke om. Dette vil ikke bare bidra til at du blir bedre i kommunikasjon, men du blir mer åpen som person når du får høre mer. Du vil tørre å ta de samtalene andre kvier seg for å ta.



Nicolay Berge og Siri Vingsand Natvig har seksualundervisning for ungdomsskoleelever i Nord Aurdal. Foto: MSO Oslo

«Hvis du skal leve opp til samfunnets forventninger om at du er «så flink som studerer medisin eller er lege», ja da må du i det minste klare å snakke om hele mennesket, ikke bare deler av de»



Foto: MSO Oslo

For å få dette til må du bruke det velkjente konseptet som eksponeringsterapi baserer seg på. Bare utsett deg for det. Eksponer deg for de situasjonene der seksualitet er et samtaletema. Og gjør det ofte, i ulike settinger og med ulike mennesker. Spør en venn hva de tenker målet bak det å ha sex er, spør en annen om hva som er vitsen med å ha sex med en partner istedenfor å onanere. Spør noen om deres erogene soner, og utforsk dine egne. Spør en bekjent om når han innså at han var heterofil, eller kanskje han aldri tenkt over det? Antageligvis ikke hvis han er heterofil.

«For har du en partner, hvor lang tid inn i forholdet tok det før du eventuelt spurte den andre hva hen liker når det kommer til sex? Eller har du kanskje aldri spurt om det? Du bare antar?»

«Hvis du prater om sex og seksualitet, i det minste i ditt eget hode før du tør å snakke med andre, så er du hvertfall langt på vei.»

De fleste av oss handler og gjør alt det som forventes av oss. Så kommer man til en midtlivskrise hvor man betviler om man egentlig har gjort det man selv vil eller om man bare har levd et liv i tråd med forventningene fra omverdenen. Dette konseptet er overførbart til seksualitet. For det første skal man gjerne tenke at det er et tabubelagt tema, og hvis du i så fall prater om det skal du kun snakke om en seksualitet som møter omverdens forventninger og normer. Er du ung skal du kanskje helst ha en del one-night-stands uten at noen har spurt deg om du egentlig liker det. Har du et forhold skal det være monogamt, og mellom en mann og en kvinne, og man skal ha sex på en viss måte. Alt utenfor disse forventningene og normene ses på som perverst eller vulgært. Listen med rigide forventninger er lang.

Alle disse forventningene og normene er mye av grunnen til at de fleste aldri utforsker verken med tanker eller handlinger hva de selv har lyst til. Fordi vi glemmer hva seksualitet egentlig handler om. Det skal handle om nytelse, positive følelser, bli kjent med seg selv og med andre. Derfor må du slutte å forvente at alle møter en norm som noen har satt. Vær åpen og lytt. Lytt også til deg selv. For har du en partner, hvor lang tid inn i forholdet tok det før du eventuelt spurte den andre hva hen liker når det kommer til sex? Eller har du kanskje aldri spurt om det? Du bare antar?

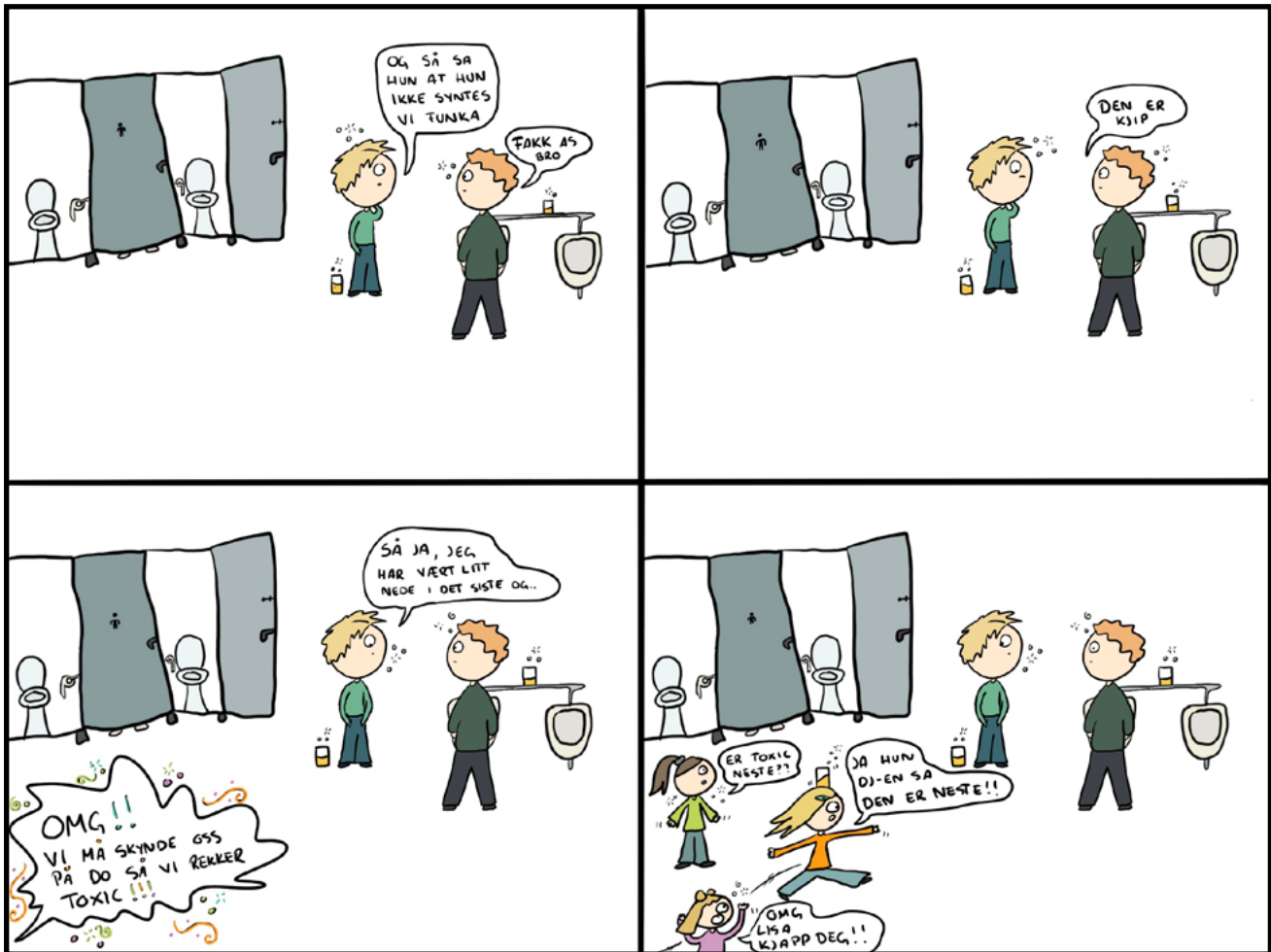
For din egen del og dine medmenneskers del, snakk om det! Spør deg selv hvorfor du tenker at seksualitet er noe man unngår å prate om, og når eller hvor du lærte at det skal være hysjet ned. Og spør deg selv hvor alle disse forventningene kommer fra. Hvis du prater om sex og seksualitet, i det minste i ditt eget hode før du tør å snakke med andre, så er du hvertfall langt på vei. Vær åpen, lytt til deg selv og andre, utforsk med ord og handlinger. Seksualitet skal være positivt for alle, så vis begeistring neste gang det snakkes om, ikke bli klein.

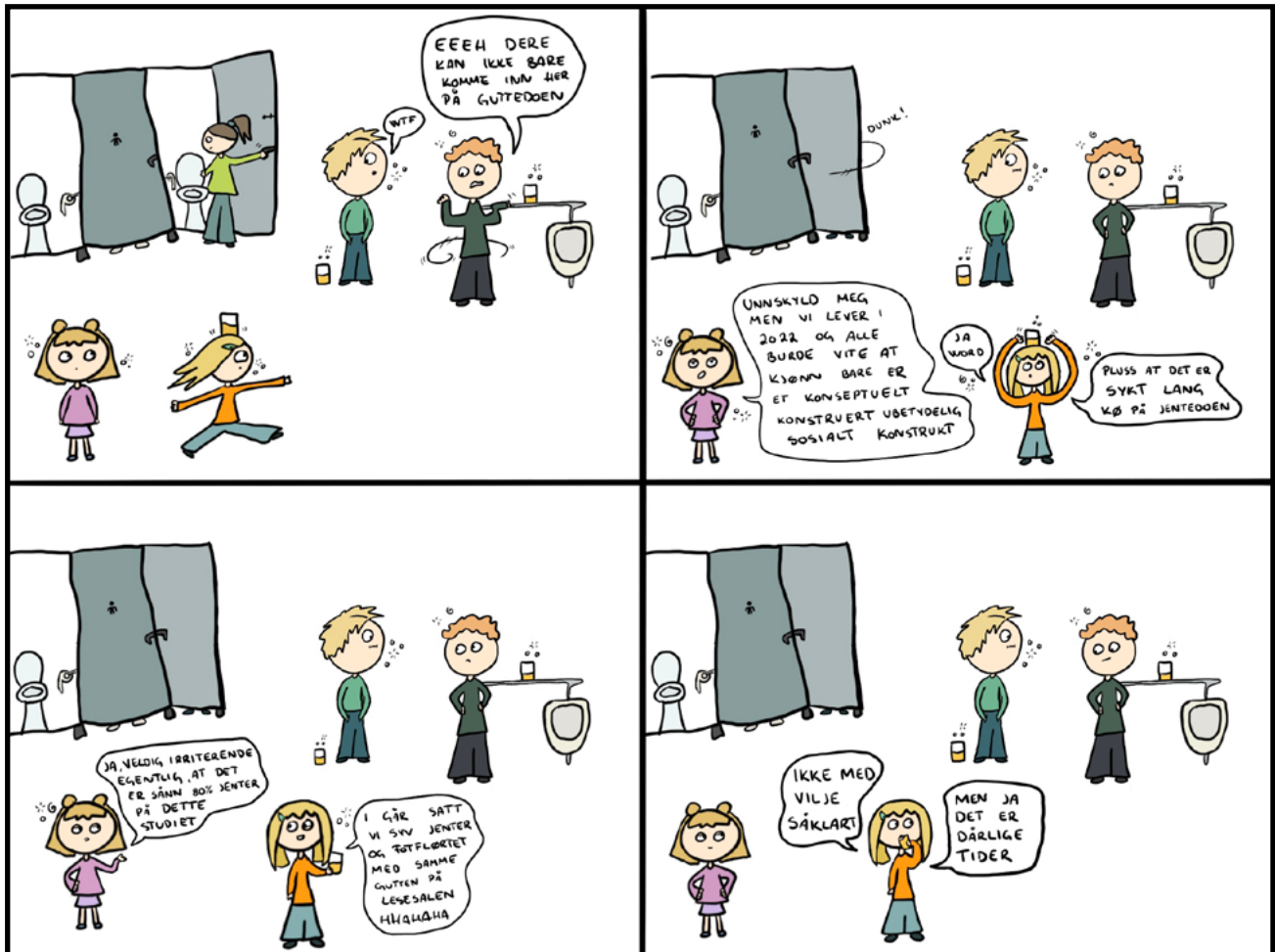
Lykke til! Bare husk, snakk om det.

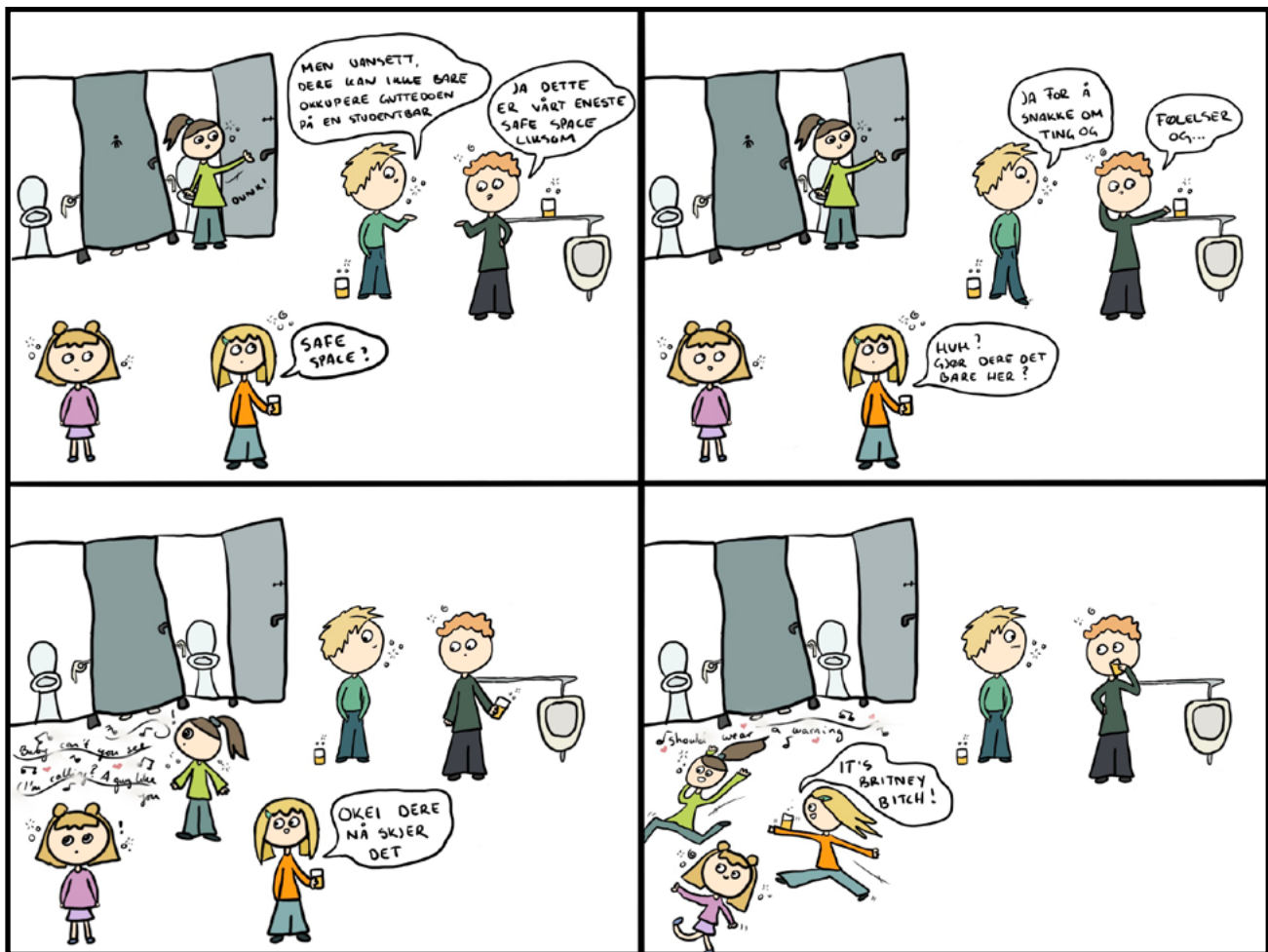
PÅ ANESTESIEN

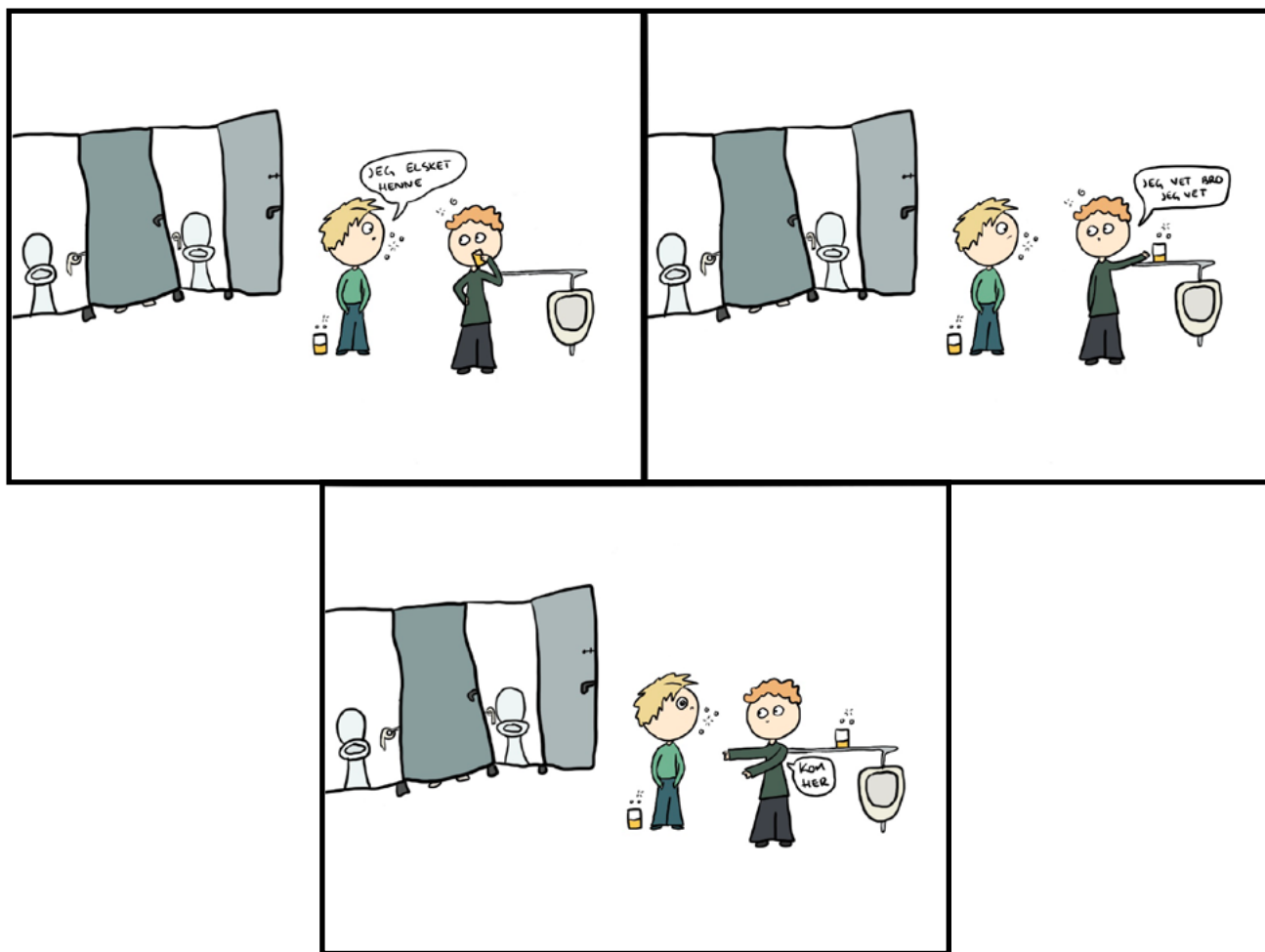
Tegneserie: Embla Finland, tegneserieskaper

MEANWHILE AT GUTTEDOEN









DEBATTINNLEGG:

RUS _____ FØLELSER

- VEKKER**
- SVEKKER**
- DEKKER**

Det finnes ingen rus uten en følelsepåvirkning. Ja, bare det å snakke om rus vekker følelser hos mange. Men hva er egentlig en rus?

En rus er ikke én bestemt følelse eller tilstand. Ifølge Store Norske Leksikon defineres rus som «en tilstand av endret bevissthet og fysisk tilstand som inntreffer etter inntak av rusmidler.» (1). Muligens kan dette være en snever beskrivelse, fordi det er absolutt mulig å oppnå rus uten rusmidler. Å være forelsket kan gi en naturlig, men sterk rus. Likeså kan også idrettsprestasjoner, personlige seiere, samt adrenalinfylte aktiviteter som fallskjermhopping. Du følte kanskje på lykkerus etter at du besto forrige eksamen?

Likevel forbinder de fleste ordet «rus» med rusmidler, og den type rus er det nærmest tabubelagt å snakke om. Det virker som om store deler av samfunnet ser på rusmiddelbruk som noe umoralsk, og dette er kanskje årsaken til at vi ikke hører stort om de positive aspektene ved rusbruk. Normen er å fokusere på risikoen for skade og avhengighet, og dersom man skulle gjøre noe annet, blir det gjerne stemplet som «rus-reklamasjon» eller «oppfordring til bruk». Dette fenomenet er et tveegget sverd. På den ene siden kan det bidra til å opprettholde en frykt for rusmidler som muligens kan forhindre bruk. På den andre siden undertrykkes en viktig del av virkeligheten; rusmiddelbruk kan også medføre noe positivt for de som bruker dem. Siden dette ikke snakkes om, oppstår ignoranse rundt rusbruk og stigmatisering av brukerne. Dette er et dilemma. Hvordan burde det være? Tenk om vi kun hadde vært opptatt av legemidlers bivirkninger i stedet for nytteverdien deres?

Mange tenker at rus handler om hedonisme; eufori og kroppslig velbehag. Mange leger generaliserer

«Det virker som om store deler av samfunnet ser på rusmiddelbruk som noe umoralsk, og dette er kanskje årsaken til at vi ikke hører stort om de positive aspektene ved rusbruk.»

og kaller gjerne alt «narkotika» - et ord som vekker følelser hos meg, og kanskje hos de fleste. Ordlyden låter skremmende i seg selv og i tillegg kan det vekke så sterke negative assosiasjoner at det nærmest har blitt et skjellsord. Kanskje media har mye av skylden for dette, da de flittig har benyttet seg av ordet for å lage fengende reportasjer?

I utgangspunktet er 'narko' et gresk ord som betyr «å numme» (2). Narkotika burde derfor egentlig bare brukes om rusmidler med en sløvende effekt - slik som morfin, angstdempende, for ikke å glemme alkohol. Det blir underlig å kalle rusmidler som har helt motsatt effekt, for narkotika. Jeg blir oppgitt over måten mediene bruker det på, fordi det bidrar til ytterligere stigmatisering. Som fremtidige leger må vi være bevisste på ordbruken vår, da dette har mye å si for lege-pasient forholdet.

Folk bruker rusmidler av ulike grunner, og det kan være for å vekke, dekke eller svekke visse følelser. For de som utvikler problematisk rusbruk, har rusen ofte fungert som en flukt fra virkeligheten. Mange som utvikler avhengighet av dempende rusmidler som opioider og angstdempende, kan fortelle om en tragisk fortid. Dersom rusen blir et plaster på et sår der livet selv er selve såret, er veien til avhengighet kort. Bruk av slike stoffer fører raskt til fysisk

«I utgangspunktet er 'narko' et gresk ord som betyr «å numme». "Narkotika" burde derfor egentlig bare brukes om rusmidler med en sløvende effekt.»

«Folk bruker rusmidler av ulike grunner, og det kan være for å vekke, dekke eller svekke visse følelser. For de som utvikler problematisk rusbruk, har rusen ofte fungert som en flukt fra virkeligheten.»

avhengighet og går det for lenge mellom inntakene, kan man bli syk. Den avhengige må derfor innta stoffene for å holde seg i sjakk. En del smertepasienter oppdager dessverre dette når det er for sent. Mennesker med rusproblemer blir sviktet av systemet og de ender opp som kasteballer mellom instanser. I helsesystemet blir de underbehandlet, de nektes medikamentene de trenger og de får ikke nok bedøvelse under inngrep (3). Rekrutteringen av nye heroin-brukere har vært en synkende trend en god stund nå, men derimot ser vi en skremmende økning i antall pasienter som får utskrevet opioider til vedvarende bruk, noe som trosser anbefalingene (4,5). Det er også en økning i bruken av sterke smertestillende, slik som oksykodon (6).

Rusmidler har ulike virkemåter og effekter, så de blir naturligvis også brukt til andre formål enn virkelighetsflukt. Vi må huske på at det heldigvis kun er de færreste som får store problemer knyttet til sin bruk.

Jeg håper denne teksten kan inspirere noen til å utdype seg mer i dette emnet. Jeg har stor tro på at vi kommer til å bli en generasjon leger som viser mer forståelse for hvorfor mennesker søker rusopplevelser, enn det våre forgjengere har gjort. Prøv som lege å ikke stemple noen som det ene eller det andre, og unngå ordet «narkoman» eller «rusmisbruker».



«Mental Helse»

Illustrasjon: Mia Emilie Andresen Reinen

«Jeg har stor tro på at vi kommer til å bli en generasjon leger som viser mer forståelse for hvorfor mennesker søker rusopplevelser, enn det våre forgjengere har gjort.»

Litteraturliste

- | | | | |
|-----|---|---|-----|
| [1] | https://sml.snø.no/.versionview/1147822 (versjon 7) | https://tidsskriftet.no/2020/10/originalartikkel/forskrivning-av-opioider-pa-bla-resept-mot-langvarige-smerte | [4] |
| [2] | https://en.wiktionary.org/wiki/narco- | https://tidsskriftet.no/2020/10/originalartikkel/forskrivning-av-opioider-pa-bla-resept-mot-langvarige-smerte | [5] |
| [3] | https://sykepleien.no/fag/2021/09/personer-med-rusavhengighet-blir-oftere-syke-og-far-darligere-behandling | https://tidsskriftet.no/2022/02/debatt/endringer-i-opioidbruken-i-norge-ma-tas-pa-dypeste-alvor | [6] |

HUNDEPASS

Man kan ikke bestemme over sine egne følelser. De kan få sin egen vilje, og gjøre som de selv måtte ønske. Koste hva det koste vil. Følelsene kan gjøre ens eget sinn til sin personlige slave. Jeg har selv opplevd og blitt offer for følelsenes sterke overbevisningskraft. All logisk tenkning vandret stille og rolig ut vinduet. Eller kanskje de løp ut, og smelte døra igjen med ett brak? Jeg husker helt ærlig ikke helt hvordan det skjedde. Men å holde ville følelser og tanker i bånd etter en akutt krise, er ingen enkel oppgave. Det er som å gå tur med 20 Alaskan malamutter på 50 kg, som alle springer i hver sin retning. Hvilken skal man følge? Hvilken tanke skal man høre på? Hvilken følelse er den rette å følge? Den tanken som sier at alt er din egen feil? Den som sier du burde skamme deg? Den som sier du er ekkel? Den som sier du ikke har noe mer igjen å leve for? Eller skal man høre på den lille stemmen, den lille chichuwawaen som blir kvelt i virvaret av malamutter? Den stemmen som sier det ikke var din feil, den stemmen som sier du ble utsatt for en grusom handling som ingen burde bli utsatt for. Hvordan kan man lure kroppen til å høre på den lille lyse stemmen i virvaret av alle de store mørke stemmene?

Hvordan kan man lure kroppen til å føle de gode følelsene, når man bare kjenner på de vonde? Skammen, skyldfølelsen, angsten, redselen, sinnet: alle disse følelsene blir til malamutter på steroider som drar deg ned i ett stort svart hull. Kanskje man kan prøve å klappe seg på plass. Tilbake til virkeligheten igjen. Klapp på armene dine, knærne dine, kjenne at du er her, tilstede og ikke nede i hullet. Men så innser man at man fremdeles er innelåst i denne menneskelige kroppen. Den kroppen man nå avskyr. Hva gjør man når alt man vil er å krype ut av sitt eget skall? Når virkeligheten er like gal som det sorte hullet? Når både sinn og kropp blir til en planet uten oksygen?

Tid som alltid har vært en konstant, trosser nå fysikkens lover og går sakte. Man havner inn i ett slags koma hvor tid ikke lenger eksisterer. Er det mandag? Fredag? Hvem vet? Hvem bryr seg? Alt er det samme uansett. De samme følelsene, de samme tankene. Tiden vandrer i fart med chichuwawaen, men med samme skygge som malamutteren. Den skyggelegger sinnet. Til og med de lyseste delene av sinnet blir skyggelagt av tidens uendelige varighet. Dette mørke teppet som ligger over sinnet, blir den nye konstanten.

Jeg fikk et hefte som omhandlet vanlige reaksjoner etter en slik krise. I det heftet sto det ett sitat jeg likte godt «Man vet det med tankene, men ikke med følelsene». Det var fint å lese. Jeg kjente meg jo igjen. Jeg klarer jo logisk å tenke meg til at det er chichuwawaen som har det mest korrekte resonnementet blant alle malamuttene. Men på grunn av mengden malamutter, mengden vonde tanker, blir det vanskelig å ikke føle på alle de vonde følelsene. Vektsskålen blir tung med vonde tanker, som fyller opp alle de vonde følelsene. Og selv om man da anerkjenner at det ikke var ens egen feil, vil det være vanskelig å føle at det ikke var ens egen feil.

Hvordan kommer man ut av tt slikt tankesett? Hvordan klarer man å løsne båndene og bli kvitt de tunge malamuttene? Hvordan kan man ta livet tilbake fra følelsenes jerngrep? Det er nok mange veier man kan gå, og jeg er nok ingen ekspert på det. For min del har kanskje det med skriveterapi vært største hjelpen. Skrive musikk. Skrive mørke tekster, skrive sinte tekster, triste tekster, glade tekster, ubehagelige tekster. Skrive røft og nakent om mine egne følelser rundt hendelsen. Det er nok det som har hjulpet meg mest. Så kanskje dette brevet var en del av min egen terapi?

Teksten publiseres anonymt.



«Chiwawa-malamute»

Illustrasjon: Lea Taraldsrud Dormagen

SEKS FØLELSER SOM JEG KAN KJENNE PÅ SOM EN MEDISINSTUDENT...

Tekst: Samsam Sharif, skribent

1. Overveldet: Først og fremst er jeg helt overveldet. Jeg er heldig som i det hele tatt får studere om menneskekroppen. Jeg er så overveldet at følelsen er umålbart, unik og rett og slett fantastisk på alle måter.

2. Ydmyk: Det er sikkert hardtarbeidende og flinke skoleelever der ute, som hadde et drøm å studere medisin. Ikke alle har kommet inn på sitt drømmestudiet. Jeg er ydmyk fordi jeg fikk muligheten.

3. Overbelastet: Jeg føler meg sliten og overbelastet. Jeg studerer nesten hver dag. Dette er ikke fordi jeg er et geni, men nettopp for å holde styr på det enorme pensumet vi må lære. For ikke å ligge bak pensum, og få store konsekvenser senere. Til tross for hvor hardt jeg jobber, føler jeg fortsatt at jeg ikke mestrer noe.

4. Skyldfølelse: Jeg får dårlig samvittighet når jeg ikke leser. Stresset bygger seg opp inne i meg. Jeg klager over meg selv hvis jeg ikke har lest. Jeg føler en skyldfølelse. En skyldfølelse som gjør at jeg ikke unner meg selv noe godt, selv om jeg egentlig har vært veldig flink.

5. Glad: Jeg blir veldig glad når en pasient blir fornøyd med arbeidet mitt. Den gode mestringfølelsen lyser opp hele dagen min. Jeg blir så glad på vegne av pasienten.

6. Selvtillitt: Til tross for ulempene ved å studere i et østeuropeisk hierarkisk system, har det gitt meg selvtillit. Jeg er mer trygg på meg selv enn noen gang før. Jeg er mer entusiastisk over livet og mindre bekymret for fremtiden. Jeg er mer trygg på mine beslutninger og prioriteringer. Og mine damer og herrer, det er en god følelse!

«Følelser er midlertidige, men det å være lege er for alltid. Uansett er jeg veldig takknemlig for å være medisinstudent. Jeg valgte denne retningen av en grunn. Jeg kunne ikke tatt et bedre valg».



«Ensomhet»

Illustrasjon: Lea Taraldsrud Dormagen



Den norske delegasjonen bestod av (fra venstre): Maja Mikkelsen (komité for menneskerettigheter), May Linn Pedersen (komité for medisinsk utdanning), Aladdin Boukaddour (assistent til internasjonalt ansvarlig), Uswa Malik (internasjonalt ansvarlig, delegasjonsleder) og Victoria Kibsgaard (komité for folkehelse). Foto: Victoria Kibsgaard.

NORSK MEDISINSTUDENTFORENING DELTOK PÅ **IFMSA SIN GENERALFORSAMLING I NORD-MAKEDONIA MARS 2022**

Tekst: Victoria Kibsgaard (nettredaktør i Nmf), Uswa Malik (internasjonalt ansvarlig i Nmf)

1.-7 mars i år deltok en delegasjon fra Norsk medisinstudentforening på IFMSA sin General Assembly March Meeting i Ohrid, Nord-Makedonia. Sammen med medisinstudenter fra hele verden ble det diskutert spennende temaer, samt utvekslet ideer, tanker og erfaringer.

“IFMSA er den internasjonale medisinstudentforeningen, og er det øverste organet for medisinstudenter på verdensbasis.”

Hva er IFMSA og hva innebærer March Meeting?

IFMSA er den internasjonale medisinstudentforeningen, og er det øverste organet for medisinstudenter på verdensbasis. Det arrangeres generalforsamlinger to ganger i året: i mars og i august. IFMSA er delt inn i flere komitéer som tar for seg flere viktige arbeidsområder, blant annet folkehelse, menneskerettigheter, seksuell- og reproduktiv helse, klinisk utveksling, forskningsutveksling og medisinsk utdanning. Komitéene holdt workshops, seminarer, debatter og mer under generalforsamlingen. Den norske delegasjonen ble fordelt på de forskjellige komitéene. Hver delegat hadde en unik opplevelse på mars-møtet. Det ble også holdt plenum-samlinger med representanter fra alle land, hvor man stemte over IFMSA sitt styresett.

I tillegg til komité- og plenumarbeidet kunne delegatene være med på aktivetsmessen og utvekslingsmessen, med stor fokus på mingling og erfaringsutveksling blant delegater.

Aktivetsmessen

En av aktivitetene som gjorde et stort inntrykk på oss var IFMSA Panama sitt innslag. De presenterte aktiviteten “Fast fashion: Sustainability and Fashion”, med hovedfokus på “fast fashion” og dens effekt på helse og klima. “Fast fashion” har en stor omsetningshastighet på klesnyheter med lav kvalitet og lave priser. Mote er det nest mest forurensende bransjen i verden etter olje. I snitt bruker man klærne sine bare syv ganger før man kvitter seg med de. For å belyse dette problemet startet IFMSA Panama en instagram-kampanje og en videokonferanse om temaet. De lagde også videoer hvor de viste hvordan man kan gjenvinne gamle klær til nye, og oppfordret følgere til å gjøre det samme via konkurranser. Dette var en veldig spennende prosjekt å høre om, og instagramkontoen deres (@scoghpanama) er noe vi absolutt anbefaler.

Uttekslingsmessen

Uttekslingsmessen er en mulighet for de ulike medlemslandene i IFMSA til å vise frem deres utvekslingsprogram, opplegg og byer man kan reise på utveksling til. IFMSA driver et av verdens største studentdrevne utvekslingsprogram, der fire av Nmf sine lokallag også tar imot studenter fra verden over. Vi sender rundt 60 studenter årlig på utveksling til forskjellige land.

IFMSA tradisjoner

National food and drink party

IFMSA-møter har tradisjon for å hylle de ulike landenes unike kultur, mat og tradisjoner. En av disse tradisjonene er “national food and drink party”, som er en viktig sosial tradisjon på alle IFMSA-møter! Her har alle landene mulighet til å sette opp en stand med tradisjonell mat og drikke fra sitt land. Nmf deltok stolt med norsk sjokolade, brunost og knekkebrød,

Culture night

Er du glad i rampelyset? Liker du å danse? Da hadde du likt kulturkvelden. Flere land hadde innslag hvor de presenterte noe særegent for sitt land. Gjennom kvelden besøkte vi land etter land, og ble kjent med deres kultur. Nasjonalfølelsen var stor blant de som sto på scenen. Ofte inviterte de ulike landene oss til å lære et trinn eller to av folkedansene. Da var det mange av de andre delegatene som tok scenen. Vi kan rapportere at stemningen var ekstremt god. Kanskje det er Norge som neste gang har det største showet?



Uswa Malik (Delegasjonsleder) i plenum-samling. Foto: Aladdin Boukaddour

«Mote er det nest mest forurensende bransjen i verden, etter olje. For å belyse dette problemet startet IFMSA Panama en instagram-kampanje, og en i tillegg til at de hadde en videokonferanse om temaet.»

Vitner fra delegater

Victoria - Standing Committee on Public Health

Hei, jeg heter Victoria, og jeg har vært delegat i folkehelsekomitéen (SCOPH). SCOPH er en komité som jobber med problemer innen global helse, helsepolitikk og promotering av helse og utdanning. En workshop jeg deltok på het: *Hvordan håndtere burnout?*

Så hvordan gjenkjenner man tegn på burnout hos seg selv og andre? Kort forklart, kan burnout deles inn i fire stadier: *resilience*, *arousal*, *energy consumption* og *exhaustion*. I *resilience* stadiet tar man på seg mer og mer arbeid, og stresset øker gradvis. I *arousal* stadiet begynner man å få fysiske symptomer. I *energy consumption* stadiet har man ikke mer energi igjen, og man slutter å bli med på det sosiale. I *exhaustion* stadiet utvikler man andre psykiske lidelser og trenger profesjonell hjelp.

I de to førstnevnte stadiene kan man håndtere selv. For de to siste må man ha hjelp fra støtteapparatet rundt, men ofte har man isolert seg fra det.

Maja - Standing Committee on Human Rights

Hei, jeg heter Maja, og jeg har vært delegat i menneskerettighetskomitéen (SCORP). SCORP er en komité som jobber med problemer innen global helse, menneskerettigheter og fred. Jeg tenkte jeg skulle fortelle litt fra en workshop jeg deltok på: *Kan ikke-demokratiske systemer beskytte menneskerettigheter?*

Vi diskuterte våre egne erfaringer med hvordan menneskerettigheter ivaretas under ulike styresett. Det er lett å automatisk tro at menneskerettighetene ivaretas i en demokratisk stat, men under diskusjonen kom det fram flere eksempler på at det ikke alltid dette som er tilfellet. Myndigheter kan bruke "demokratisk stat" som et skalkeskjul for å ikke iva-

reta alle rettigheter. Vi kom derfor fram til at ingen land eller styresett er perfekte når det kommer til menneskerettigheter. Likevel er stemmerett, yttringsfrihet, religionsfrihet og organisasjonsfrihet menneskerettigheter som ikke nødvendigvis ivaretas under et diktatur.

May Linn - Standing Committee on Medical Education

Hei, jeg heter May Linn og var Nmf's delegat i medisinsk utdanning-komitéen (SCOME). SCOME er en komité som jobber med problemer innen medisinsk utdanning og hvordan man kan optimalisere den for at fremtidige leger skal yte bedre helsetjenester til verden. Det var flere forskjellige workshops vi deltok på, og jeg vil gjerne fortelle litt om en av dem: *Likesstilling, mangfold og inkludering i medisinsk utdanning: er sosial ansvarlighet nok?*

Samfunnets etterspørsel og fokus påvirker leger og medisinsk utdanning hvordan helsepersonell tar stilling til medisinske spørsmål. Her ble det lagt fram flere caser som tok for seg diverse sårbare pasientgrupper som kommer til leger med medisinske problemer - og hvordan leger bør møte dem. Pasientgruppene omfattet blant annet LGHBT, migranter, flyktninger, pasienter med diverse religiøse standpunkt, kvinner og mange fler.

Deretter satte vi opp punkter for hvordan man på de forskjellige nivåene (regjeringsnivå, helsepersonell/helseinstitusjoner, universiteter, organisasjoner og medisinske studenter) kan tilrettelegge for å møte dem og ellers drive med opplysning/informering om helseproblemer i de sårbare gruppene. Oftest tar undervisningen i utgangspunkt i en bestemt gruppe, og man ser at dette krever en endring for å dekke et større mangfold.

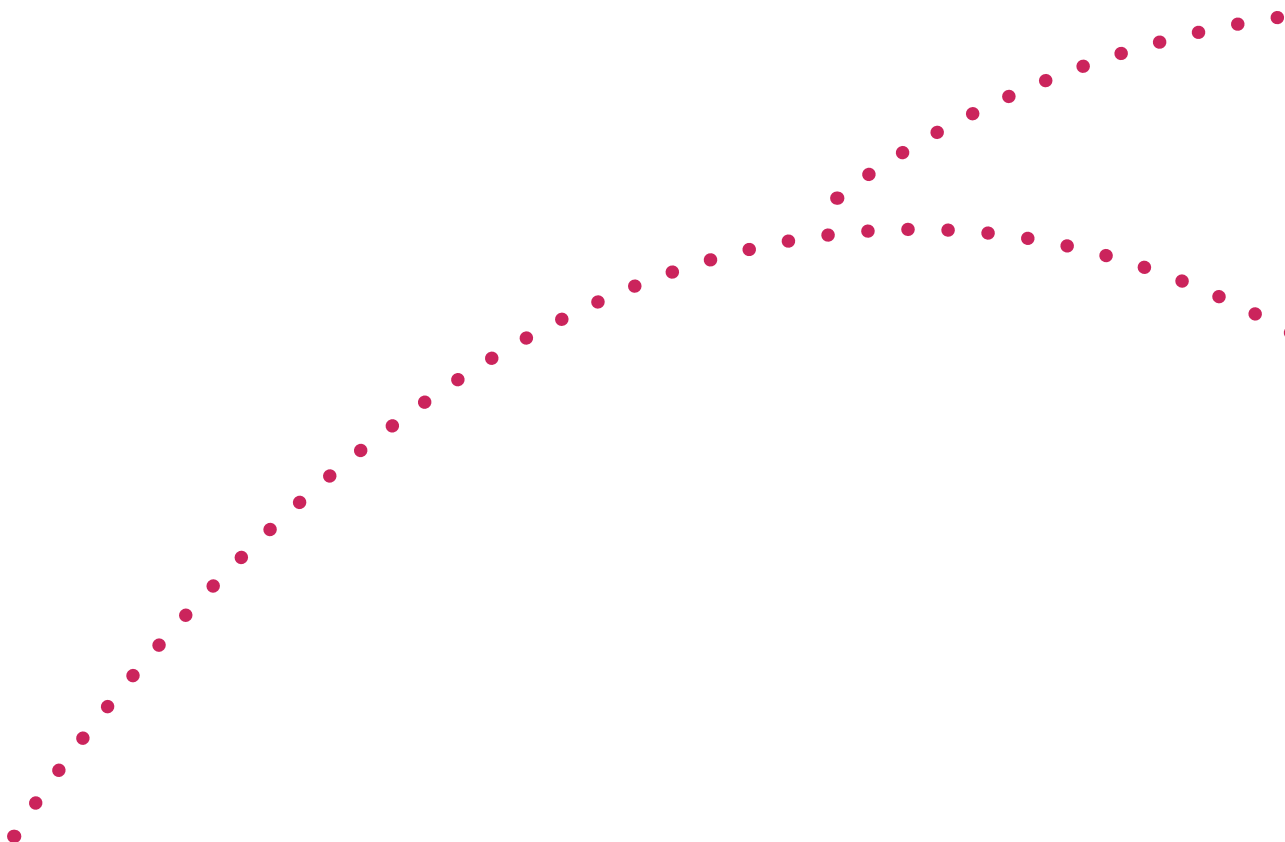
«IFMSA driver et av verdens største studentdrevne utvekslingsprogram, der fire av Nmf sine lokallag tar imot studenter fra verden over.»



Den europeiske regionen på marsmøtet samlet. Foto: privat

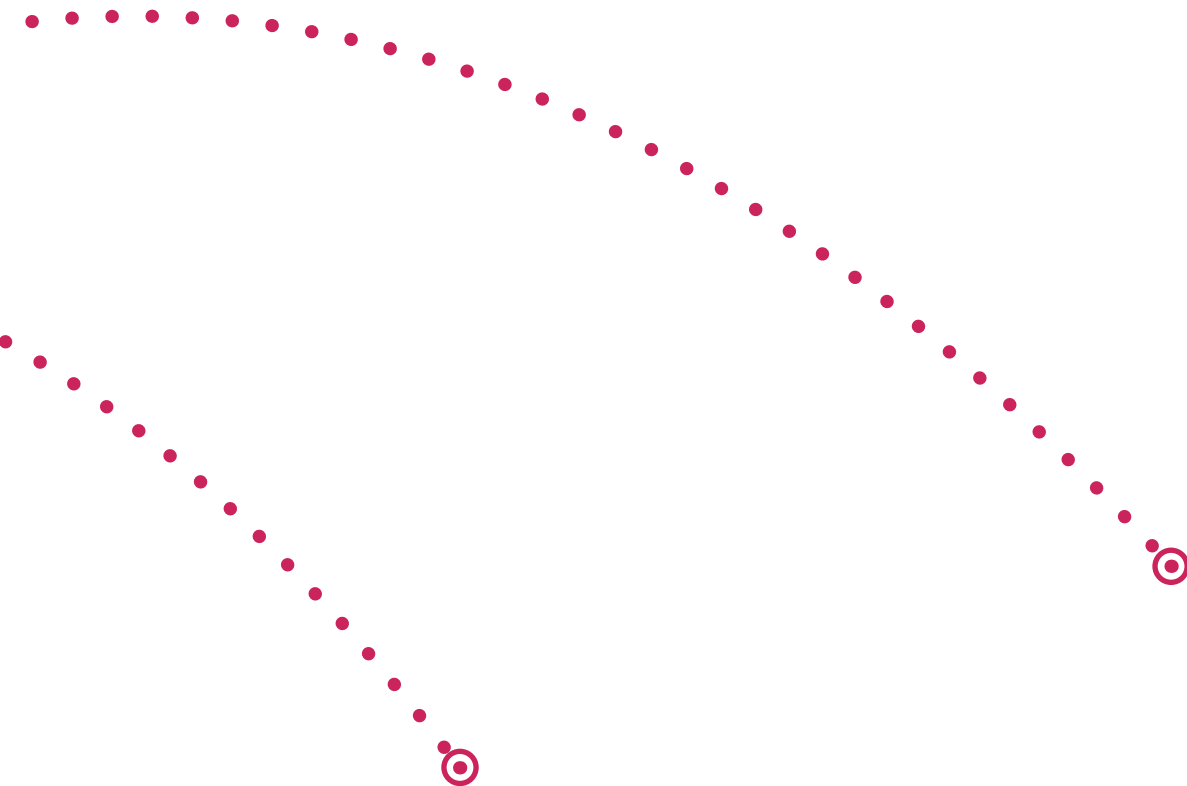
«IFMSA-møter har tradisjon for å hylle de ulike landenes unike kultur, mat og tradisjoner.»

IFMSA har generalforsamlinger to ganger i året; et fra 1.-7. mars og et fra 1.-7. august. Nmf sender delegasjoner til begge disse, i tillegg til regionmøtet i Europa. Alle medlemmer i Nmf er velkommen til å søke seg til delegasjonene. Utlysninger publiseres på Nmf sine sosiale medier og nettside. Ved spørsmål om disse internasjonale møtene kan internasjonalt ansvarlig og assistenten til internasjonalt ansvarlig kontaktes per e-post: uswa.malik@medisinstudent.no og aladdin.boukaddour@medisinstudent.no.



INNSIKT FRA UTLAND

TEKST: TALLAK LYNGSET, SKRIBENT



Når eksamen blir ekstremспорт

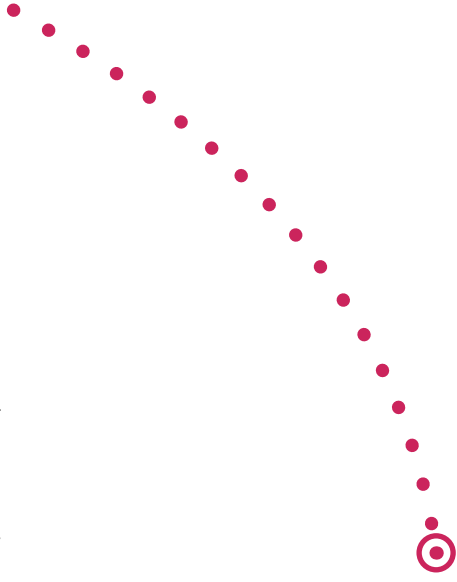
Anatomisalene er bygd mistenkelig perfekt for denne dagen. Alle dørene kan slåes opp og en lang gang med mange anatomiske preparater åpner seg. Nederst i gangen kan du skimte to professorer som sitter klare med den røde pennen. Du får servert et ark med 25 blanke rader og et brett til å skrive på. Hjertet banker så hardt at du kan kjenne det dunke i hodet. Du stiller deg bakerst i køen og venter utholdelig lenge på din tur. Det er den praktiske delen av anatomieksamen og du prøver å huske alle strukturene du har pugget hele året, men nå kjennes alt blankt ut. Lyden fra klokken som indikerer at tiden for å gå til neste rom skjærer igjennom den høyspente atmosfæren, Skyvedørene åpner seg, og de neste to i køen piler inn før dørene blir like brått slengt igjen.

Nå er det din tur, og du står med nesen limt inntil døren. Du vet du har 60 sekunder og man skal i hvert fall ikke tape noen sekunder på å ikke være rask. Alarmen piper og dørene åpner seg. Pulsen som en gang dunket i hodet blir borte. Det sympatetiske nervesystemet er i full fight or flight. Det er ingen rom for feil, alle svarene må møte standarden de har satt. På det to meter lange bordet av børstet stål ligger det en testikkel. Et lite rødt flagg er stukket inn i den for å indikere hva du må svare. Er det en venstre eller høyre testikkel? Og hva i huleste er det flagget stukket inn i? Og ikke minst, hvor mange i'er er det i «epididymis»? I det øynene begynner å renne av gassene fra formalinen rabler du ned noe i blinde rett før alarmen til professoren piper og det er på tide å gå til det neste bordet.

Anatomi er det desidert største faget i Polen. De har et noe overdrevet fokus på alt som er av små strukturer og eponymer (anatomiske landemerker oppkalt etter personer). Her i Polen er eksamensoppsettet ganske ulikt mange andre steder. Vi har selvfølgelig en skriftlig del, som stort sett består av multiple-choice oppgaver og åpne spørsmål.

Men en ting som skiller seg litt ut fra mange andre universiteter er oppsette med den praktiske og skriftlige delen. For å i det hele tatt få lov til å ta denne beryktede og fryktede skriftlige eksamen må man igjennom noe som er enda mer fryktinngytende for en ung student, nemlig en praktisk del. Her gjelder det å få 60%, alt under betyr at du ikke kan ta den skriftlige delen.

Den praktiske delen fokuserer på høy prestasjon og enda høyere stressnivå. Alle rommene i anatomisalen åpnes opp, og på bordene i alle rommene ligger det anatomiske preparater. Man blir ropt opp, får et ark med navn og student nummer, og man har 60 sekunder til rådighet. Lista er lagt sånn at alt må være rett, og da mener jeg alt. Setningsoppbygningen kan felle deg, til tross for at alt er rett. «Anterior division of superior trunk of right brachial plexus» er det eneste riktige svaret. Ikke prøv å starte med «right brachial plexus» engang! Argumentet for den makeløse nøyaktigheten er alltid det samme: gjør det en forskjell med pasienten om det står 5g isteden for 5mg? Det blir vanskelig å argumentere mot det. I en hverdag hvor det skal tas avgjørelser som kan stå mellom liv og død, så er kanskje nøyaktighet ikke så dumt allikevel.



Like fort som det startet er det hele over. Du leverer arket til professorene i enden av gangen og går ut i gangen. Det er først nå du merker hvor intenst det var. Skuldrene senker seg, pulsen går ned og en enorm følelse av lettelse brer seg gjennom kroppen. Mange beskriver det som om det er en kampsituasjon, medisinstudienes egne lille ekstremспорт. Det neste på lista nå er å klappe seg hjem, og fortsette med puggingen til den teoretiske delen. Om noen timer vil du få beskjed om du bestod og kan ta eksamen, eller om du strøk og må ta konte-eksamen etter sommeren. De neste timene blir man motorisk urolig, tankene svirrer bare rundt. Svarte jeg rett? Hvor mange svar var jeg sikker på? Hvor mange var jeg usikker på. Etter en følelse av å ventet i en evighet, får man endelig en mail med resultatet. "Congratulations, you are eligible to sit for the written exam." Da var det endelig avgjort, frem med notatene, på med kaffetrakteren. Nå er det under 24-timer til enda en runde med nerves som pirrer, før man vet om man kan ta seg en velfortjent sommerferie eller ikke.



«Følelsene til en medisinstudent»

Illustrasjon: Mia Emilie Andresen Reinen

HVA BETYR DET EGENTLIG?

PROFESSOR PER HOLCK FORKLARER

Tekst: Per Holck, prof.em., dr.med.

Vet du egentlig hva de indoktrinerte medisinske ordene du bruker i dagligtalen betyr? Professor i anatomi ved UiO, Per Holck, tar for seg medisinske ord og uttrykk, og gir oss historien bak.

ATLAS – eller C1

De gamle grekernes guder hadde menneskelige trekk, og de kunne få svi dersom de brøt gudeverdenens regler. Atlas var en av dem. Han hadde gjort opprør mot selveste Zevs, og for dette ble han straffet ved å måtte bære himmelhvelvingen.

Når vi i ettertid har trodd at han bar den runde jordkloden, som oldtidsgrekerne neppe kjente, skyldes det den flamske matematikeren og kartografen Gerardus Mercator (eg, Gerard de Kremer, 1512-94). Han brukte Atlas-navnet som tittel på sitt store kartverk: Atlas sive cosmographicae meditationes (Atlas eller kosmografiske vurderinger), som først ble utgitt etter hans død i 1595. På tittelbladet var det et kobberstikk som viste titanen Atlas. Men her ser vi at han har kastet av seg den tunge børen, og er i stedet fordypet i geografiske studier.

Å tilpasse mytologien etter eget forgodtbefinnende var helt i renessansemenneskenes ånd, og det kan synes som om Mercator, da han hadde konstruert sitt nye kartsystem («Mercators projeksjon»), ville vise at vitenskapen overgikk antikkens guder. Først i et senere opplag (Atlas minor fra 1607) lar illustratøren jordkloden hvile på titanens nakke.

Bokens tittel kom etter hvert til å bli en vanlig betegnelse på lignende plansjeverk, men samlinger av anatomiske illustrasjoner ble likevel ikke kalt «atlas» før i 1830-årene. Atlas har som kjent også gitt navn til den øverste halsvirvelen – bæreren av hodet. Opprinnelig ble den kalt epistropheus – «den som dreier rundt» - et navn som senere ble overført til C2-virvelen axis.



Forsiden på Mercators Atlas-verk fra 1595.

UTENOM PENSUM

TOMHET – DEN TRETTENDE FØLELSEN

Tekst: Silje Martine Akselberg, skribent for Æsculap

«Vi har tolv sentrale følelser, eller tolv sentrale personligheter, det kunne man også kalle det. Disse følelsene er kjærlighet, interesse, glede, redsel, sinne, tristhet, skyld, skam, avsky, forakt, sjalusi og misunnelse».

Det var grunnleggende psykologi, grunnleggende pensum på førsteåret på studiet. Jeg studerte iherdig og noterte meg dette, disse tolv følelsene som pasientene kom til å føle på. Lite visste jeg at jeg kom til å føle på det samme.

Tolv følelser, det var et stort pensum, likevel bestod jeg eksamen med glans. Topkarakter, best i klassen, alle hyllet meg. Men likevel klarte jeg ikke å føle noe da pappa døde, enda pensum sa jeg skulle føle tristhet, sinne, skam. Jeg følte ingenting av det. Det var heller ingen sjalusi, misunnelse eller glede da bestekompisen min giftet seg, bare aksept. Aksept av at sånn er livet. Enten får du det du vil ha, eller så må du se på at andre får det. Det var han som skulle gifte seg, ikke meg, jeg var like singel som alltid. Et godt menneske bryr seg ikke om hvem som får det, bare at noen får det i det hele tatt. Jeg klarte ikke være den personen, å være glad på andres vegne. Føle noe på andres vegne. Disse tolv følelsene som de snakket om, hvorfor kunne jeg ikke føle på noen av dem? Når var det man skulle føle, når var det man ikke skulle føle? De manglet en trettende følelse – det å ikke føle. Men den følelsen var det ingen som snakket om, det var ikke pensum, det var ikke diskutabelt.

Likevel følte jeg ikke noe da pappa lå der, død, vekke og borte. Intet pensum kunne dekke det der, jeg kunne ikke dekke det der. Ingen kunne det, ingen kunne dekke det jeg følte da mamma skrek i fortvilelse, søsteren min gråt i timevis, men jeg stod der bare helt hjelpeløs. Har vi virkelig tolv sentrale følelser? Hva om jeg følte ingenting der og da? Var det lov? Var dette den trettende følelsen, ulykkestallet? Jeg startet i praksis igjen like etter, på en poliklinikk for allmennpsykiatri, der var det mange pasienter på min alder. Mange pasienter som følte på disse tolv følelsene, eller den trettende følelsen; tomheten.

«Pappa er død,» hikstet en student på min alder, en av de første pasientene jeg hadde, og jeg følte fortsatt ingenting. Han sa han ville dø han også, jeg følte ingenting da han sa det. Han hadde vært i begravelsen og det var trist, jeg visste godt hvordan det var, men jeg følte ingenting. Jeg var en sil, ordene gikk rett gjennom hullene, og igjen ble bare den vissheten, den vissheten om at jeg ikke følte noe, og at pasientene burde være takknemlig for at de følte noe i det hele tatt. Jeg ble ikke påvirket av følelsene deres, men jeg ble heller ikke påvirket av denne tomheten, denne tomheten som jeg følte på. Jeg hadde ingen råd, jeg bare lyttet, jeg bare var der. Så jeg bare levde, jeg eksisterte, jeg bare hørte på alle disse pasientene som også hadde mistet sin pappa, han var død, begravet i jorden, og jeg fortrakk ikke en mine. Kanskje er det sånt tap gjør med deg, at du føler alt og ingenting på samme tid, alle disse tolv følelsene vi lærer om på studiet. Kanskje var det en trettende følelse? En følelse bare vi som har opplevd tap føler, som heter ingenting. Og samtidig er den verst av alle følelsene, den tyngste av de alle, for tomhet kan faktisk være så tungt. Så da neste pasient kom og fortalte om det turbulente livet sitt, og jeg bare nikket, og hun sa hun følte ingenting, så sa jeg at det var helt normalt. Det var helt greit. Det fantes enda en følelse; tomhet, og det var en følelse det også. Den trettende følelsen, nr.13, men ikke et ulykkestall. Bare helt menneskelig, helt greit, det var en følelse det også. Så bare føl på den.



«Mangfold»

Illustrasjon: Mia Emilie Andresen Reinen

FORSKNINGSNYTT

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

Tekst: Kamalpreet Kaur, skribent

Risikofaktorer for hjerte- og karsykdom blant barn og ungdommer

Kardiovaskulære risikofaktorer hos barn kan bidra til hjerte- og karsykdommer i voksen alder. Resultatene kommer fra en prospektiv kohortstudie som ble publisert i The New England Journal of Medicine i april 2022 [1]. Resultatene fra denne studien tar utgangspunkt i data hentet fra International Childhood Cardiovascular Cohorts (i3C), som inkluderer syv kohorter i Australia, Finland og USA. Disse kohortene brukes til å samle data om kardiovaskulære risikofaktorer blant barn og unge, og hjerte- og karsykdommer hos voksne.

Den publiserte studien satte søkelys på fem typiske risikofaktorer for hjerte- og karsykdom: BMI, systolisk blodtrykk, kolesterolnivå, triglyseridnivåer, og tobakksrøyking blant unge. Målet var å finne ut om disse risikofaktorene i ung alder bidro til utvikling av hjerte- og karsykdom i voksen alder. Studien bestod av totalt 38 589 deltakere. De var alt fra 3 - 19 år gamle da de ble med i i3C, og 49,7% av deltakerne var menn. Den gjennomsnittlige opfølgningstiden var på 35 år.

Forfatterne av studien konkluderte med at hver enkelt risikofaktor som ble evaluert, viste seg å være relatert til hjerte- og karsykdom hos voksne i denne studien. Dessuten økte risikoen ved kombinasjon av flere risikofaktorer. Funnene i studien støttet også forskernes hypotese om at det er en sammenheng mellom nivå av risikofaktorer i barneårene, og risikoen for å få hjerte- og karsykdom i voksen alder. For eksempel viste barn i den høyeste risikokategorien (for eksempel fedme eller hypertensjon) markant høyere risiko for hjerte- og karsykdom i voksen alder. Gjennomsnittsalderen for debut av hjerte- og karsykdom var 47 år for denne gruppen. I tillegg viste det seg at deltakerne som utviklet hjerte- og karsykdom gjerne var eldre menn med et lavt utdanningsnivå.

Er ensomhet kun et «Europa-problem»?

Ensomhet er et tema som har fått en større oppmerksomhet, spesielt under covid-19-pandemien. En studie publisert i Thebmj i februar 2022 definerer ensomhet som en følelse som oppstår når det eksisterer et avvik mel-

lom ens ønskede, og ens faktiske nivå av sosiale relasjoner [2]. Det presiseres også at forbigående ensomhet er en vanlig opplevelse, mens en kronisk og alvorlig ensomhet kan utgjøre en trussel mot helse og velvære. Denne studien hadde som mål å identifisere tilgjengelig data for forekomst av ensomhet på befolkningsnivå blant ulike aldersgrupper globalt sett.

Studien var en metaanalyse av vitenskapelig litteratur som tok for seg ensomhet i 113 ulike land, med en søkeperiode mellom 2000 og 2019. Basert på disse dataene konkluderte forskerne bak metaanalysen at kronisk og/eller alvorlig ensomhet er en vanlig opplevelse blant folk over hele verden. Derimot var det en betydelig geografisk variasjon i tilgjengeligheten av data på forekomst av ensomhet blant befolkningen i de ulike områdene som ble inkludert i studien.

Mens Europa er ledende innen forskning på ensomhet, har de fleste lav- og mellominntektsland mye mindre datadekning på det samme temaet. Metaanalysen inkluderte for eksempel ikke nasjonale data på ensomhet blant vok-

Påvirkning av COVID-19 på kjønnsforskjeller i verden

Covid-19-pandemien har påvirket både kvinner og menn. I mars 2022 ble det publisert en studie i The Lancet som undersøkte effektene av covid-19-pandemien på kjønnsforskjeller i samfunnet [6]. Forskerne bak studien gikk gjennom offentlige data med informasjon om ulikheter mellom menn og kvinner som var knyttet til vaksinemotstand, tilbud om helsetjenester, økonomiske- og arbeidsrelaterte bekymringer, utdanning og sikkerhet i hjem- og samfunn. Dataene som ble inkludert i studien inneholdt informasjon fra 193 ulike land mellom januar 2020 og september 2021. Forskerne bak studien kommenterte at datatilgjengeligheten varierte mye etter region. Kjønnsforskjellene var størst i Nord-Afrika, Midtøsten og Sør-Asia, og minst i Sørøst-Asia, Øst-Asia og Oseania.

Studien avdekket at det var betydelig høyere vaksinasjonsmot-

stand blant kvinner, sammenlignet med menn, i januar 2021. Denne kjønnsforskjellen reduserte over tid, og fra september 2021 var det stort sett ingen forskjell mellom kvinner og menn i forhold til hvordan de stilte seg til vaksinasjon.

Det viste seg at kvinner hadde signifikant høyere sjanse for å rapportere avvik i forebyggen- de helsehjelp og medisintilgang enn menn i de fleste regionene. Generelt var det mindre sannsynlig at personer bosatt i urbane områder og som hadde høyere utdanningsnivå rapporterte disse opplevelsene.

Siden begynnelsen av pandemien har arbeidsledigheten vært høy, spesielt blant kvinner sammenlignet med menn. Heldigvis har denne trenden vært synkende. I september 2021 rapporterte 26% kvinner og 20,4% menn fra de inkluderte landene at de hadde mistet jobben sin under pandemien. De

største kjønnsforskjellene var å se i Nord-Afrika, Midtøsten, Latin-Amerika og Karibia.

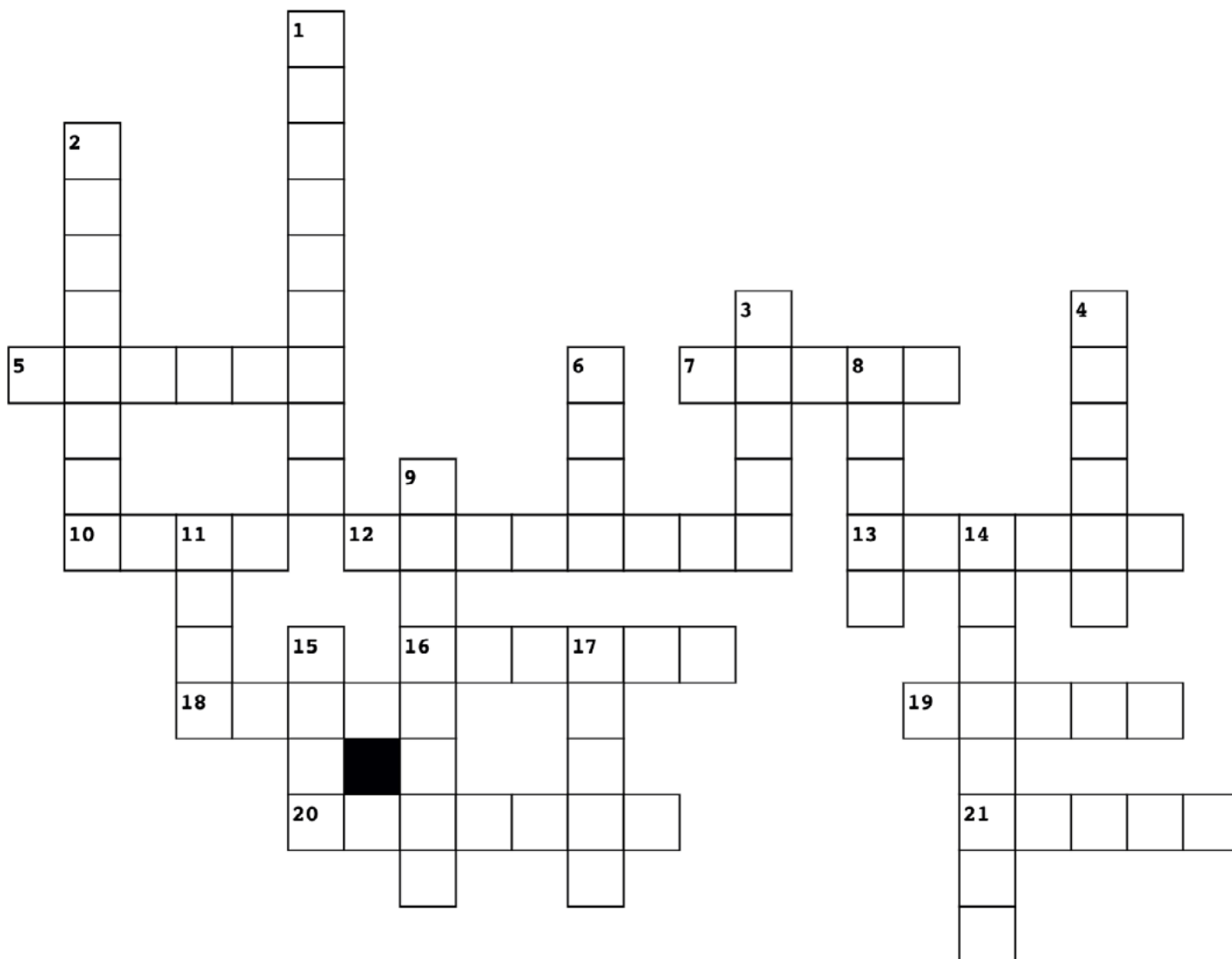
Det var flest kvinner som rapporterte inn at ansvar i forhold til husarbeid og omsorg økte under Covid-19-pandemien, bortsett fra i Nord-Afrika og Midtøsten. Det var dessuten flere kvinner enn menn som rapporterte at de sluttet i jobben sin for å ta vare på andre personer, og denne kjønnsforskjellen økte over tid. Sannsynligheten for at kvinner droppet ut av skolen var 1,21 ganger høyere enn for menn.

På globalt nivå viste det seg at kvinner og menn rapporterte i like stor grad at de følte seg utrygge i hjemmet sitt under pandemien. På regionalt nivå var kjønnsforskjellene derimot større; kvinner hadde større sannsynlighet for å føle seg utrygge hjemme enn menn, bortsett fra i Sør-Asia der flertallet var menn.

Litteraturliste

- | | | | |
|-----|---|---|-----|
| [1] | https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMoa2109191 | https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases | [4] |
| [2] | https://www.bmj.com/content/376/bmj-2021-067068 | https://www.thelancet.com/journals/lanchi/article/PIIS2352-4642(22)00073-6/fulltext | [5] |
| [3] | https://www.fhi.no/nettpub/hin/grupper/barn-fysisk-helse/ | https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(22)00008-3/fulltext | [6] |

KRYSSORD



Vannrett

5. Ikke proksimal, men...
7. Aortabuen på latin er: «_____ aorta»
10. Når blodårene i hjernen blir blokkert får man...
12. Ikke ekstensjon, men _____
13. Urinleder på latin
16. En spiseforstyrrelse
18. En hudsykdom som forårsakes av en type midd
19. Et annet ord for tykktarm
20. Den ytre, faste delen av mellomvirvelskiven som slutter på «fibrosus»
21. Vaksiner gjør oss _____

Loddrett

1. _____ zooster gir vannkopper
2. Et annet ord for øresus
3. Ikke ulcerøs kolitt, men Mb. _____
4. Brystkreft på latin er: _____ mammae
6. Abscess inneholder _____.
8. Sår på latin
9. Et annet ord for urglassnegler
11. HIV kan senere utvikle seg til å bli...
14. Fancy ord for «ekskoriasjoner» (på engelsk)
15. Hulvenen på latin er: vena _____
17. Et annet ord for tarmslyng

QUIZ

Tekst: Sagal J. Ali, quizmester

1. Hvilket land kommer kakao opprinnelig fra?
2. Hva betyr sushi?
3. Hva er de to første desimalene i tallet pi?
4. Hvilket metall er hovedbestanddelen i tradisjonelle bronselegeringer?
5. I hvilket fylke ligger Mjøsa, Norges største innsjø?
6. Hvor arrangeres VM i skreifiske?
7. Hva er Norges nasjonalbergart?
8. Hvilken fugleart legger de største eggene?
9. Hvem spilte Neo i "The Matrix"?
10. Hvilken skuespiller spilte rollen «Aragorn» i Ringenes Herre?
11. I filmen "The Wizard of Oz", hva ønsket fugleskremsel fra trollmannen?
12. Hva heter foldene i cerebellum?
13. Hva er hypokondri?
14. Hva er et annet navn for C7?
15. Hva kjennetegner en epidural blødning?

Svar på bunnen av siden

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

Lyst til å bli med i trekningen av en spennende gave?

Skriv tallene du får i de grå boksene og send til redaktor.aesculap@gmail.com.
Skriv "#Følelser/2022" + navnet ditt på emnefeltet.

Vinneren trekkes på samme dag som innsendingfristen for tekster til neste utgave.

Følg oss på [@aesculap.magasin](https://www.instagram.com/aesculap.magasin).

Lykke til!

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.

Avsender: Nmf, Pb 1152 Sentrum, 0107 Oslo

