


æsculap

MAGASIN FOR MEDISINSTUDENTER OG LEGER SIDEN 1920



MINORITET



ÆSCULAP
MED-studieinfo
Pb 1018, Blindern
0315 Oslo
Bankgiro 8101.47.77733
www.aesculap.no
opplag: 2200
issn: 0803-3846

æsculap

MAGASIN FOR MEDISINSTUDENTER OG LEGER SIDEN 1920

Redaksjonen

REDAKTØR: Sarvani Mahalingam, +4745957854 • redaktor.aesculap@gmail.com
REDAKSJONSSJEF: Kristine Brunvand, +4794867570 • redaksjonssjef.aesculap@medisinstudent.no
GRAFISK UTFORMING: Sara Temurovitsj Valieva, +4740762011 • saratvalieva@outlook.com
SKRIBENTER: Tallak Lyngset, Samsam Sharif, Kamalpreet Kaur, Hanne Christine Myklebust Øverbø, Andrea Dalgard, Iver Lars Håvard Koppen, Trine Melinda Vollan, Heidi Peura, Sidsel Amanda Sandvik, Jovana Cvetkovic, Selma Sofie Norup, Tim van Dijk, Amal Yusuf

Lokalkontakter

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

REDAKSJONEN AVSLUTTET: 22. mai 2023
FOR- OG BAKSIDE-ILLUSTRASJON: Niki Moghadam
TRYKK: Aksell
ABONNEMENT: Kr 200,- per år. Kontakt tone.skoglund@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.

02 MINORITET

06	Leder
08	Profiler
12	LIS1
14	Spesialisten
18	Rohinagyaene – glemte og statsløse
20	Nytt samarbeidsprosjekt for MEDHUM for 2023-2024 er valgt
24	Når robotene svarer: ChatGPT på medisineksamen
28	Det er helt greit å tvile på om studiet og legeyrket er det riktige for deg
32	Om den sårbare overgangen fra fengsel til frihet for rusavhengige
36	Hvilke tiltak er iverksatt for å forebygge diskriminering i helsevesenet?
38	Er minoriteter i Norge mer utsatt for psykiske plager?
40	«Hva betyr det egentlig?» Professor Per Holck forklarer
42	Utenom pensum
44	Forskningsnytt
46	Kryssord, quiz og sudoku

HVEM ER ÆSCULAP?



Sarvani Mahalingam
Redaktør



Kristine Brunvand
Redaksjonssjef



Neera Kuganesen
Økonomiansvarlig



Abinaya Balakumar
Sekretær Oslo



Sara Temurovitsj Valieva
Layoutansvarlig



Helena Chunming
Nett-ansvarlig
SoMe-ansvarlig



Niki Moghadam
Illustratør



Kari Waatevik
Ansvarlig Trondheim



Christine Skadal
Ansvarlig Bergen



Aurora Nielsen
Ansvarlig Tromsø



Mia Emilie Andresen Reinen
Illustratør



Lea Taraldsrud Dormagen
Illustratør



Victoria Dontsova
Illustratør



Embla Fimland
Tegneserieskaper



Samsam Sharif
Skribent



Kamalpreet Kaur
Skribent



Sidsel Amanda Sandvik
Skribent



Hanne Christine Øverbø
Skribent



Tallak Lyngset
Skribent



Selma Sofie Norup
Skribent



Jovana Cvetkovic
Skribent



Trine Melinda Vollan
Skribent



Iver Lars Håvard Koppen
Skribent



Tim van Dijk
Skribent



Heidi Peura
Skribent



Amal Yusuf
Skribent

ØKT FOREKOMST AV SVANGERSKAPSKOMPLIKASJONER BLANT PAPIRLØSE GRAVIDE KVINNER

SARVANI MAHALINGAM
REDAKTØR



Foto: Thomas Barstad Eckhoff

Papirløse gravide kvinner har høyere forekomst av prematuritet, keisersnitt og dødfødsler, på grunn av at de oppsøker helsesentre for sent. Rett hjelp til rett tid for gravide er viktig, og som helsevesen har vi en moralsk plikt til å sørge for at disse kvinnene også får et trygt svangerskap og fødsel.

Siden 2011 har papirløse kvinner hatt rett til både svangerskapsomsorg i kommunen og fødsel på norske sykehus (1). Paradoksalt nok, ser man en økt forekomst av uheldige svangerskapsutfall som prematuritet, keisersnitt og dødfødsler hos denne pasientgruppen (2). En fersk norsk studie viser at 10 av 1000 fødsler blant papirløse kvinner ender opp som dødfødsel, og for en femtedel av kvinnene gjøres det hastekeisersnitt (2). 10,3 prosent av barna blir født prematurt (2), og til sammenlikning er det 5,6 prosent barn som fødes prematurt blant norske kvinner med statsborgerskap (3).

Disse uønskede svangerskapsutfallene kommer av at kvinnene oppsøker helsesentre for sent. Naturlig nok, er det noen bekymringer eller barrierer i denne pasientpopulasjonen som hindrer dem i å oppsøke hjelp. For eksempel kan frykten for å bli meldt til myndigheten, ikke ha nok penger til å dekke utgifter, lite kunnskap om sine rettigheter og psykososiale utfordringer være noen viktige pådrivende faktorer. En papirløs kvinne er uten tvil svakere stilt i samfunnet sammenliknet med en norsk borger, og vi har en moralsk plikt til å sørge for at sårbare grupper også blir tatt vare på av helsevesenet.

Selv om lovverket til en viss grad åpner opp for at kvinnene kan få svangerskapsomsorg i Norge, blir bruken av disse rettighetene i stor grad påvirket av kvinnens kompetanse om norsk helsevesen og deres rettigheter. God kommunikasjon og tilstrekkelig

informasjonsformidling kan dermed være nøkkelen til et trygt og forsvarlig svangerskap hos disse kvinnene. Selv om de ikke har opphold i Norge, burde terskelen for å inkludere dem i det norske helsesystemet være lav, da dette handler om liv og helse til to individer.

Imidlertid burde også de norske reglene rundt helsehjelp til papirløse migranter bli bedre. Norge har tidligere fått kritikk av FN for ikke å tilby nødvendig helsehjelp til papirløse migranter og tilreisende EØS-borgere uten europeisk helseforsikringskort (4). Det er synd at helse har blitt en del av et storpolitisk spill, og at rigide regelverk skal stikke kjepper i hjulene for hva vi kan tilby av helsehjelp. En lege kan ikke stå i spagaten mellom medisinsk etikk og innvandringspolitikk. På sykehusene skal det bare handle om å berge liv og sørge for at alle pasientene blir ivaretatt.

Vår yrkesetikk handler i stor grad om å etterstrebe likeverdige helsetjenester for pasienter fra alle samfunnsgrupper. For en fødende kvinne er vi som helsepersonell en viktig brikke i et dramatisk øyeblikk i livet deres. Den økende forekomst av svangerskapskomplikasjoner hos papirløse gravide kvinner burde derfor gjøre oss mer nysgjerrig på den bakenforliggende årsaken til at kvinnene ikke oppsøker helsevesenet. Om barnet er født av en norsk borger eller en papirløs kvinne, skal i prinsippet ikke ha noen innvirkninger på hjelpen vi kan tilby. Alle som oppholder seg i Norge bør ha lik tilgang til helsehjelp.

Litteraturliste

- [1] Universitetet i Oslo. (2022, 22.november). Papirløse kvinner får ikke god nok oppfølging under svangerskapet. UiO, medisinsk fakultet.
- [2] Eick, F., et al., Use of non-governmental maternity services and pregnancy outcomes among undocumented women: a cohort study from Norway. BMC Pregnancy Childbirth, 2022.
- [3] Norges ledende helseopplysning (NHI). (2022, 13.januar). For tidlig fødsel. NHI.
- [4] Dagbladet. (2020, 11.mars). FN-kritikk av Norge. Dagbladet.

PROFILER

Tekst: Selma Sofie Norup, skribent i Æsculap

Foto: Privat



ANE SOFIE

Ane Sofie er en 24 år gammel medisinstudent ved UiB. Hun begynte i 2019, og går nå på syvende semester. "Det er spennende å forstå kroppen vi lever i, og jeg har flere forbilder som er leger - men kommer ikke fra en legefamilie," forteller hun. På fritiden liker hun å lytte til samt spille musikk, gjerne sammen med andre. Hun er blant annet med i det medisinske studentkoret Plica Vocalis. Ellers liker hun dansing - "gjørne på ett av Bergens svette dansegulv :)", lage og spise god mat, drikke vin, skrive dikt og å være ute i naturen. Ane Sofie har i to år hatt "Stupedagboka" som et konsept på sin Instagram-story. Her filmer hun seg selv når hun stuper ut i kaldt sjøvann: "Det har jammen blitt en aktivitet jeg digger å gjøre!"

Før medisinstudiet gikk Ane Sofie ett år på Toneheim folkehøyskole, med fokus på klassisk piano. Høsten 2019 flyttet hun til Bergen fra Trondheim, for å begynne på medisinstudiet. "Jeg besøkte først Bergen sommeren 2019 - da var det sol og 30 grader. Da jeg kom tilbake om høsten dro jeg opp på Fløyen og så rett inn i en sky, så jeg visste ikke helt hva jeg skulle forvente etter det!", forteller hun. Så langt synes Ane Sofie at studiet har vært både utfordrende, lærerikt og langvarig: "Det kjennes ut som en evighet siden jeg satt i auditoriet første skoledag!" Det beste med å studere medisin for Ane Sofie er at man vokser som menneske. "Det er fint å føle at jeg jobber for å gjøre en forskjell for mennesker," legger hun til.

Tips til nye studenter: Tør å stille spørsmål i forelesning, og motiver medstudenter til å gjøre det samme - da blir undervisningen mer spennende og forståelig for alle! "Jeg har fått mye bruk for digitale hjelpemidler, men det hjelper ikke å ha all slags utstyr, om man ikke bruker det effektivt", forteller hun. Repetisjonsspørsmål er også nyttig! I eksamensperioden er tilstrekkelig avkobling viktig, slik at man ikke går rundt med for mye spenning i kroppen over lang tid. "Kan også anbefale klaging sammen med medstudenter!"

Ane Sofie har ikke bestemt seg for spesialitet enda, og er åpen for det meste - utenom kirurgi: "Jeg er glad i å jobbe med hendene, men tror det er forbeholdt andre materialer enn menneskekroppen!" En god lege har ifølge Ane Sofie god medisinsk kunnskap, samt evne til å møte pasienter på et mellommenneskelig plan. "Det er viktig å kunne se hva pasienten trenger, og hverken intervensere for mye eller for lite!"

Hvilken kroppsdel har du ingenting imot å miste?
"Blindtarmen - så jeg kunne unngå appendisitt."

Fortell en vits!
"Hva kaller man en gynekolog på Island? Fittur tittur..."

PROFILER

Tekst: Selma Sofie Norup, skribent i Æsculap

Foto: Privat



MAHASEN KABALAN

Mahasen Kabalan er en 35 år gammel medisinstudent ved UiO. Hun er opprinnelig fra Syria, og kom til Norge som 18-åring i 2006, med et stort håp om å studere medisin. I 2019 kom hun inn på studiet, og går nå 5. året. Mahasen er gift, har to barn på 16 og 14 år, og bor med familien i Lillestrøm kommune. På fritiden liker hun å lese, samt jobbe - Mahasen jobber i omsorgsbolig og på sykehus.

Medisinstudiet var for Mahasen en barndomsdrøm. Hun fikk to barn, i 2007 og 2009, og måtte være mye hjemme i de første fire årene, for å passe dem. I 2010 flyttet Mahasen tilbake til Syria for å studere juss. "Både juss og medisin handler om å hjelpe mennesker - jeg tror at både dem som studerer juss og medisin har et håp om å redde verden," forteller Mahasen. Jusstudiet ble derimot avbrutt av krigen, som hun og familien måtte flykte fra. Da hun kom tilbake til Norge fikk Mahasen mulighet til å studere på videregående. Etterfølgende søkte hun seg inn på medisinstudiet.

Mahasen forteller at medisinstudiet hele veien har vært spennende, lærerikt og krevende. Noe av studiet som har vært ekstra lærerikt, er praksisperiodene. "Man lærer mye av pasientkontakt," forteller Mahasen. Dette starter fra 4. året. De tre første årene var alt helt nytt og litt vanskelig, ettersom landet var preget av pandemien. Det var lite fysiske møter og mye Zoom-undervisning. Nå er situasjonen bedre - vi kan møte både pasienter og kollegaer. "Ingen dager på medisinstudiet er like - dagene varierer fra ekstremt slitsomme til veldig morsomme og spennende", forteller hun.

Studiedagene til Mahasen starter klokken 6.30, så hun kan rekke undervisning som starter 8.30. Etter undervisningen reiser hun hjem til familien. Hun lager middag og spiser sammen med mannen og barna. "Jeg leser ikke så mye på lesesal som andre studenter," forteller Mahasen. "God struktur og planlegging i hverdagen er viktig, både for meg og barna mine", tilføyer hun. Mannen er også en stor støtte for Mahasen: "Han er der når jeg trenger hjelp med barna og under eksamensperiodene, som er preget av stress." Å kombinere studie, familie og jobb var vanskelig i starten - nå har Mahasen funnet et system som fungerer for henne.

Til nye studenter har Mahasen noen tips: Fokuser på å etablere nettverk og være sosial - les hver dag, men ikke hele dagen! "Første året kjøpte jeg bøker, men mange av dem er også tilgjengelig på biblioteket eller online." Når det gjelder eksamen, mener Mahasen at det viktigste er å møte opp til undervisning og ta gode notater: "Det er nesten umulig ikke å stresse!", sier hun. En god lege, mener Mahasen, er bevisst rundt egne holdninger, empatisk og flink til å kommunisere med pasienter. Selv er hun spesielt interessert i psykiatri og nevrologi - psykisk helse er nemlig like viktig som fysisk helse.

Hva hadde du blitt om du ikke skulle blitt lege?
Advokat!

Hva er ditt favorittord på latin?
Sternocleidomastoideus - (brukte lang tid på å lære meg dette på andre året.)

Boliglån Ung
4,20 % eff.*

Senk skuldrene med bankavtalen

*Pr. 14.4.23. Nomrenten 4,09 %, 3 mill., o/25 år, kostnad 1 808 870, totalt 4 808 870. Forutsetter at låntakere har lønnsinnteg og kort- eller regningsbetaling i Danske Bank.

Akademikerne Pluss tilbyr sammen med Danske Bank en bankavtale til deg som medlem 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



A⁺ akademikerne pluss

Danske Bank

æsculap

Æsculap er et tidsskrift for norske medisinstudenter, både ved norske og utenlandske universiteter. Æsculap utgis av Norsk medisinstudentforening (Nmf). Vi dekker emner innenfor helse, sosialpolitiske spørsmål, etiske problemstillinger som vedrører medisinsk virksomhet, forhold som vedrører legerollen og medisinstudiet. Gjennom Æsculap får medisinstudentene muligheten til å ytre sine meninger 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 medisinstudentmagasin](https://www.facebook.com/aesculap.magasin)

 æsculap

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

LIS1

DIANA NURI



Foto: Privat

Hvorfor valgte du LIS1 der du gjorde?

Det er flere ulike grunner til at jeg valgte LIS1 på Ullevål sykehus. Sykehuset har en stor og variert pasientgruppe, både sosioøkonomisk og på tvers av nasjonaliteter og alder. Det er en heterogen gruppe. Det byr på verdifull erfaring og mengdetrening. Det var også gode tilbakemeldinger fra tidligere LIS1. Videre ønsket jeg å bli boende her en stund til og jeg fikk et veldig godt inntrykk av sykehuset, da jeg var på intervju. Sånt sett, var det bare å takke ja! Hadde valgt det samme igjen.

Hvordan var søkeprosessen?

Søkeprosessen var først via utlyste stillinger med søknadsskriving og dokumentasjon av arbeidserfaringer og verv (tips: start tidlig med dette). Deretter er det innkalling fra de ulike sykehusene. Her vil man ha

mulighet for både digitalt intervju og oppmøte. Intervjurundene på Ullevål sykehus varte i nærmere 15-20 min. Deretter var det bare å vente på svar. Sykehusene i Oslo og deler av Viken samarbeider og man må fylle ut prioriteringsskjema etter endt intervju. Intervjuene var gjennomgående hyggelige og krevde ikke forberedelser på forhånd med unntak av Haukeland som ønsket en kort PowerPoint-presentasjon fra hver av kandidatene. Søkeprosessen foregår stegvis og man får informasjon per mail eller på telefon. Jeg var naturligvis veldig nervøs før disse intervjuene, men opplevde at de som intervjuet var gjennomgående hyggelige, nysgjerrige og stilte gode spørsmål. Det opplevdes mer som en samtale enn et intervju. Det var veldig hyggelig og egentlig ikke noe å grue seg til!

Hvordan ser en typisk hverdag ut?

Hverdagen er variert og avhenger av hvor man er. I primærhelsetjenesten veksler man mellom fastlegekontor, helsestasjon, sykehjem og legevakt.

På fastlegekontoret starter konsultasjonene klokken 08.00 og slutter rundt klokken 16.00. Som LIS1 får man alltid mulighet til å konferere med en kollega og har en egen veileder på kontoret. Det er alltid hyggelig og lav terskel for spørsmål.

På helsestasjonen er det samme arbeidstider med kontroll av barn fra 0-5 år.

På sykehjemmet starter dagen med et møte med ansvarlig sykepleier på avdelingen som tar opp aktuelle problemstillinger. Her får man god erfaring med geriatriske problemstillinger, polyfarmasi og gode miljøtiltak. Absolutt verdifull erfaring å ta med seg videre.

Hva er du fornøyd med og hva kunne vært bedre?

Det er mange dyktige kolleger og mye spennende som skjer her. Det er gode fordypningsmuligheter og varierte arbeidsdager. Opplegget er strukturert på Ullevål med fordelt tjenestetid på gastrokirurgisk avdeling, skadelegevakten og indremedisinsk avdeling. Hvis du trives med ortopedi og skadebehandling anbefales skadelegevakten på det sterkeste!

LIS1-tjenesten er den første erfaringen man får som autorisert lege og man får da kjent godt på ansvaret som hører med yrket, på godt og vondt. Arbeidstidene er noe mindre fleksible og siden vi rullerer så ofte fra sted til sted vil man kunne få turnusplanen sin noe sent. På den andre siden har man ofte flere dager fri ved ugunstige arbeidstider. Som LIS1 vil man rullere flere ganger og man kan ofte føle seg «ny på jobb». Man blir etterhvert godt kjent med både kolleger og rutiner. Plutselig tar det ikke mange uker før man rullerer igjen. På den andre siden er dette meningen og man venner seg til det. Vi skal se og være innovert mange forskjellige.

Hva er din beste erfaring som LIS1?

Mengdetrening. Det er varierte problemstillinger og møter med pasienter i alle livets faser. Det har nok vært den beste og mest lærerike erfaringen.

Var det noe som gjorde spesielt inntrykk?

Det har vært flere møter med kritisk syke pasienter som har gjort sterke inntrykk. Det hender at man tar dette med seg hjem og noen pasienter vil man nok aldri glemme.

Har du gjort noen feil som andre kan lære av?

Vi gjør alle feil, og jeg er intet unntak. Det har heldigvis løst seg fint etter konferering med kollegaer. Vi møter på mange krevende situasjoner og har naturligvis et stort ansvar, slik at fallhøyden kan oppleves som stor. Derfor er det viktig å kjenne sine egne begrensninger, men man bør også øve på å ta selvstendige beslutninger. Ta hvert pasientmøte på alvor og prøv å gjøre deg en selvstendig vurdering før du konfererer. Ingen forventer at du skal kunne ta alt på strak arm. Be om hjelp, vis initiativ og konferer heller en gang for mye enn for lite når du er i tvil. Det er gode råd å få når man spør.

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

Jeg er på et veldrevet legekontor i Oslo og er fornøyd med både arbeid og kolleger. Det er en sosial og omgjengelig gjeng og en fin, variert pasientliste.

Hvor mye jobber du hver uke og hvordan er livet utenfor jobb?

I primærhelsetjenesten jobber jeg nå cirka 40 timer per uke, og har også pålagte vakter på Allmenlegevakten ved siden av dette. Legevaktene starter etter endt arbeidstid på legekontoret og varer til klokken 23.00. Derfor vil arbeidstidene variere fra uke til uke. Livet utenom jobben i primærhelsetjenesten er mer forutsigbar. Fritiden brukes til å lade batteriene, møte venner, trening og reising. Vi er en sosial LIS1-gjeng og holder derfor kontakten selv om vi er spredt litt rundt omkring i Oslo og Viken.

Tips til andre som skal starte på LIS1?

Ta deg fri og ferie først! Du skal jobbe i mange år. Det gjør ingenting om du ikke får LIS1 i første søknadsrunde. I etterpåklokskapens lys har jeg sett at det er et veldig fint tidspunkt å ta pause etter endt studium.

Når det gjelder søknadsprosessen ville jeg absolutt anbefalt å skreddersy hver søknad og tilpasse det godt til ønsket arbeidssted. Konkurransen er stor og det er derfor viktig å skille seg ut fra mengden. Jobberfaring har mye å si og det kan være nyttig å ha jobbet innenfor flere deler av helsesektoren. Skriv konkret hvorfor du søker på aktuelt sykehus og hvorfor de skal ansette deg. Husk å nevne noe om primærhelsetjenesten.

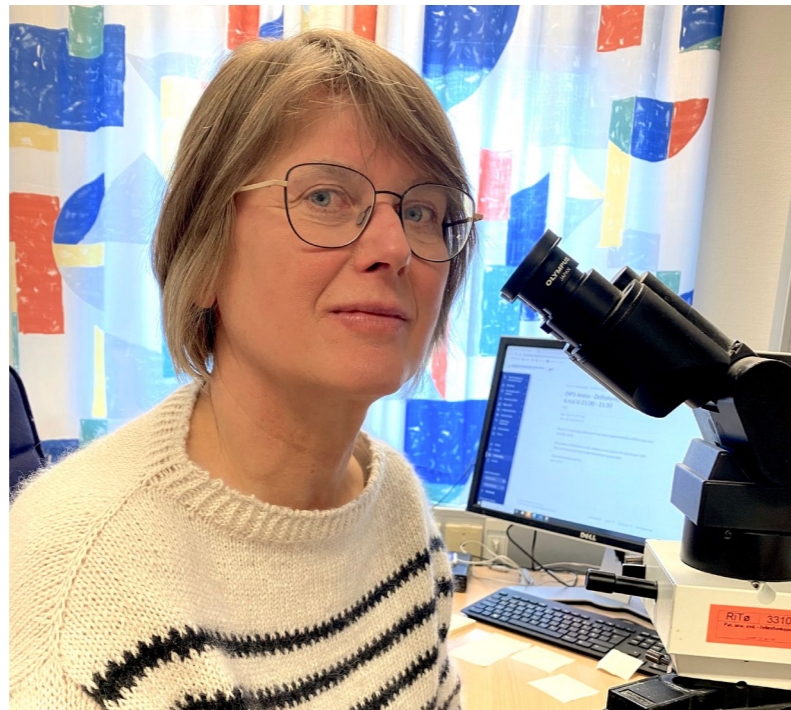
Når man først har startet som LIS1 settes det pris på om du tar initiativ. Oppsøk det du ikke har god erfaring med og vær vennlig med dine kolleger. Hospiter gjerne på en avdeling du er nysgjerrig på. Ikke minst, ha det gøy! Husk å ta lunsjpauser.

SPESIALISTEN

ANESTESILEGEN

Tekst: Heidi Peura, skribent i Æsculap

Foto: Privat



Elin Mortensen har doktorgrad i hjertefysiologi og hun skulle bli anestesilege. Livets vei og summen av mange faktorer førte til at Elin søkte jobb på patologiavdelingen. Hun fikk jobben, og har ikke angret på det ett sekund.

For å bli patolog må man først fullføre embetseksamen i medisin. Deretter tar man LIS1 i 18 måneder, for så å jobbe fem år som LIS på en patologiavdeling, der man må diagnostisere et visst antall prøver og obduksjoner. I tillegg må man ta obligatoriske kurs og relevante diagnostiske kurs.

Elin Mortensen likte patologi godt under studiet, men under LIS1 ble hun kun eksponert for kirurgi, indremedisin og allmennmedisin. Etter LIS1 forsket hun en periode,

samtidig som hun fikk to barn - og innså at ikke begge foreldrene kunne gå i vaktturnus. Slik endte det med at hun søkte på åtte-til-fire-jobber innen patologi.

– Etter kort tid innså jeg at dette var faget for meg og har aldri angret, forteller hun.

Interessen for patologi har gjort at Mortensen har også reist til utlandet for å jobbe. I Australia jobbet hun i Sydney ved Royal Prince Alfreds Hospital i ett år. Senere jobbet

hun ett år i Østerrike i Linz på Barmhertzige Schwestern. Men det er nok spenning også i vanlige arbeidsdager:

– Jobben er utrolig spennende. Etter snart 30 år i faget lærer jeg fortsatt nye ting. Faget har også vært i stor utvikling under hele min karriere, forteller hun.

Da Mortensen startet hadde man så vidt begynt å benytte seg av immunhistokjemiske analyser, som er en god beslutningsstøtte i vanskelige kasus, men også viktig for både prognostiske og prediktive markører. Hun understreker den økende rollen til molekylær patologi, som har blitt integrert i mange av patologiens diagnoser for å finne en enda mer presis klassifikasjon av krefttyper.

– Dette henger sammen med nye avanserte behandlingsregimer som for eksempel immunterapi. Vi selekterer pasienter som kan ha nytte av de ulike behandlingsregimene. Dette kalles presisjonsdiagnostikk.

Faget gir også gode muligheter for forskning. Patologer jobber i et grensesnitt mellom klinikerne og forskningsmiljøene, og det er gode muligheter for å drive egen forskning eller være med på studier.

Hva med ulempene?

– For min del ser jeg ingen ulemper, men noen kan vel savne pasientkontakt. Jeg liker at vi har kliniske problemstillinger og har god kommunikasjon med klinikerne. Vi har for eksempel ukentlige tverrfaglige møter hvor nye kreftkasus diskuteres med alle involverte profesjoner, forteller Mortensen.

Patologens arbeidsdag

På papiret har en patolog en åtte-til-fire-jobb uten vesentlig vaktbelastning, men i realiteten er det mye å gjøre og ofte jobber patologene lange dager. Hennes vanlige arbeidsdag starter klokken åtte.

Hver dag deles det ut cirka 20 kasus til hver patolog. Disse kasusene skal besvares i løpet av dagen.

– Mye av formiddagen går med til å se i mikroskopet, sammenholde det jeg ser med de kliniske opplysningene og stille en diagnose. Ofte trenger man immunhisto-kjemiske analyser for å komme frem til en sikker diagnose eller finne tumors utgangspunkt. Andre ganger er det gitte immunhistokjemiske analyser som

vi må gjøre for å styre behandlingsretninger.

Midt på dagen blir dagens hastep prøver (CITO) delt ut. Dette er prøver med sterk kreftmistanke hvor det haster å finne en diagnose og komme i gang med behandling fortst mulig. Noen ganger kan man sende ut et preliminært (foreløpig, red. anm.) svar for å si at dette er kreft, og så jobbe videre med prøven for å gi et mer presist svar; hvor har svulsten mest sannsynlig oppstått, hvor aggressiv er den, hvilken behandling er sannsynligvis den beste for pasienten. Derfor spiller patologer en viktig rolle i tverrfaglige møter:

– Vi har ukentlige tverrfaglige møter, der alle diagnoser med mistanke om kreft blir diskutert. I et tverrfaglig møte er det røntgenlege, patolog, onkolog og kirurg. Sammen diskuterer vi diagnoser og behandlingsalternativer, forteller Mortensen.

“Work hard, play hard”, og finn en spesialitet som du liker

Da Mortensen var medisinstudent, fantes hverken PC, smarttelefoner eller internett.

– Jeg underviser en del og ser at studentene har tilgang på så mange flotte læringsressurser som vi ikke hadde. Dette er nok veldig nyttig fordi man alltid raskt kan finne svar på det man lurer på, men skjønner at dette også kan bli overveldende når det er så mye bra å velge i, forteller Mortensen.

Tidene har derfor endret seg når det gjelder læringsressurser og studieverktøy. Likevel fikk Mortensen et råd tidlig i studiet som hun tror har mye for seg fortsatt:

– Vi hadde en veldig streng professor i anatomi som hadde følgende motto: «Work hard, play hard». Hun stilte meget høye faglige krav til oss, men nærmest forlangte at vi skulle delta på andre ting; bidra i studentmiljøet, delta på sosiale samlinger, gå på turer, drive politikk eller med sport. Og om vi ikke drev med sport så skulle vi i alle fall stille opp som heiagjeng for klasselaget!

Til slutt understreker Mortensen viktigheten av en hyggelig spesialitet og arbeidsmiljø:

– Finn en spesialitet som du liker! Du skal jobbe i over 30 år. Et godt arbeidsmiljø er veldig viktig. Vær den

På tidsskriftet.no
finner du faglig
påfyll, aktuell debatt
og vår podkast
Stetoskopet.

Utdanningsstoffer
samlet på egen temaside:



Glade studenter leser Tidsskriftet*

*TROR VI.
MENS DET VI PUBLISERER
HAR VI VITENSKAPELIG BELEGG FOR.

 Tidsskriftet

Tidsskriftet har
som mål å

- være et organ for medisinsk utdanning som stimulerer til faglig vedlikehold

- stimulere til fagutvikling og medisinsk forskning
- bidra til holdningsdanning hos leger og studenter
- fremme helsepolitisk debatt

- være et medlemsblad for Den norske legeforening

ROHINGYAENE – GLEMTE OG STATSLOSE

Se for deg at du flykter fra alt du eier. Årsaken er målrettede angrep, diskriminering og vold mot deg, din familie og resten av folket ditt – utført av militæret der du bor. Når du sammen med over 900 000 andre ender opp i en av verdens største flyktningleirer, får du beskjed om at du ikke tildeles flyktningstatus fordi du regnes som statsløs. Uten flyktningstatusen får du ikke et sett med grunnleggende rettigheter du ellers ville hatt. Dette er nåværende situasjon for Rohingyaene i flyktningleiren Cox's Bazar, Bangladesh (1).

Tekst: Silje Hauge, medisinstudent ved UiB og leder av Studenter Uten Grenser i Bergen



Abdul Mannam (15) ser utover den enorme leiren med hus tett i tett. Han får sammen med sine tvillingbrødre mentalhelsehjelp av Leger uten Grenser mot psykose.

Foto: Anthony Kwan

Rohingyaene er et av verdens mest forfulgte folkeslag. De fleste har holdt til i Myanmar, i Asia, og er muslimer. Deres mørke historie begynte i 1978 da militæret i Myanmar lanserte «Operasjon Dragekonge». Operasjonen gikk ut på å konfiskere Rohingyaenes ID-kort slik at de til slutt ble regnet som utlendinger i eget land. Men operasjonene stoppet ikke der. Noen år senere lanserte nemlig militæret «Operasjon ren og vakker nasjon» som utsatte Rohingyaene for seksuell vold, tvangsarbeid, ekteskapsrestriksjoner, henrettelser og riving av hjem. Situasjonen drev de overlevende på flukt til et av nabolandene, Bangladesh, hvor de kunne søke tilflukt i flyktningleiren Cox's Bazar (1).

I dag lever fremdeles tusenvis av Rohingyaer i flyktningleiren. Samtidig blir de nektet status som flyktninger, fordi de regnes som statsløse. Dermed har de også mistet tilgang til grunnleggende menneskerettigheter beskrevet i Flyktningkonvensjonen til FN. Konvensjonen skal ivareta rettigheter til flyktninger som for eksempel rett til arbeid, utdanning, tilgang til rettssystemet, helsetjenester og organisasjonsfrihet (2). Rohingyaene er dermed helt avhengige av humanitær hjelp fra organisasjoner som Leger Uten Grenser for å overleve i den overfylte flyktningleiren.

Puneet Kaur er lege og har jobbet i Cox's Bazar for noen år tilbake. Hun kan fortelle dette:

«Da jeg jobbet i Bangladesh, ble jeg også overveldet av hvor mange av våre pasienter som hadde fysiske skader etter volden og torturen de var blitt utsatt for. Selv hos pasienter som kom for å få hjelp med lungebetennelse eller et

utslett, kunne vi se tydelige merker etter grov vold når vi undersøkte pasientene» (3).

Det hun beskriver gir et tydelig bilde på uretten Rohingyaene er blitt utsatt for. Videre kan hun fortelle at behovet for mental helsehjelp er enormt. Ikke bare på grunn av det fysiske de har blitt utsatt for, men også på grunn av at de må leve i veldig dårlige forhold på ubestemt tid. Usikkerhet og mangelen på løsninger for fremtiden tærer på.

Rohingyaen Soyud Hussain har bodd mer enn 4 år i flyktningleiren med familien sin. Historiene han kan fortelle om Myanmar og livet, vitner om grusomme ting:

«I Myanmar tok de koranen vår og trakk på den. Hvis vi var på handletur trakasserte de oss, spurte oss hvor vi var fra og stjal pengene våre. En gang ble jeg stanset av noen soldater som tvang meg til å bære tingene deres. Det var så tungt at jeg falt. Da sparket de meg» (3).

På spørsmål om å skulle dra tilbake, svarer han at det virker vanskelig. De kan ikke bevege seg fritt, ikke be og ikke få ordentlig helsehjelp der. Soldatene som sparket han, sparket også ut tennene hans. Hjelp til tannbehandling fikk han først i flyktningleiren i Bangladesh.

Fortsatt i dag blir Rohingyaer utsatt for diskriminering, vold og overgrep. I desperasjon ser de seg nødt til å flykte, og ender opp i flyktningleirer som Cox's Bazar. Verden må ikke glemme Rohingyaene og andre mennesker som opplever urett og ikke får den hjelpen de trenger og har rett på. Som Lindis Hurum, generalsekretæren i Leger Uten Grenser Norge, har sagt: «Færre dør når flere vet» (4). Og nå vet du også.

Litteraturliste

[1] Leger Uten Grenser. (30.03.2023). Rohingyaene i Bangladesh – en av vår tids glemte kriser.

[2] FN. (30.03.2023). Flyktningkonvensjonen.

[3] Leger Uten Grenser. (06.04.2023). Hvordan er det å bo i verdens største flyktningleir?

[4] Leger Uten Grenser. (06.04.2023). Glemte kriser.

NYTT SAMARBEIDSPROSJEKT FOR MEDHUM FOR 2023-2024 ER VALGT

Tekst: Julie Sofie Bø, MedHum Sentralstyret
Foto: Adina

En vellykket valgvoke er over og MedHum har gleden av å presentere Adina stiftelsen som vårt nye samarbeidsprosjekt for aksjonen 23/24!

Hvem er Adina?

Adina jobber med marginaliserte grupper av barn i Romania og Uganda med mottoet "fra Fattigdom til Fremtidshåp". Det startet i Bergen i 2001, og var på den tiden rettet mot HIV/AIDS smittede barn i Romania. I 2009 utvidet de arbeidet til Uganda, hvor de arbeider for å gi barn som har fysiske funksjonshemninger et liv med flere muligheter. Dette gjør dem til en viktig lokal aktør, da lokalsamfunnene stoler på at Adina fortsetter arbeidet i lang tid fremover.

Målet til Adina er "hjelp til selvhjelp". Ved å gi dem forutsetninger til å forsørge seg selv, bidrar det til en langsiktig økning i livskvalitet. Dette gjøres gjennom rehabilitering, utdanning og jobb-trening som et viktig ledd i bistandsarbeidet sitt.

“ Kun 9% av barn med funksjonsnedsetninger går på skole i Uganda. Det er derfor viktig å tilrettelegge for utdanning etter endt rehabilitering



“ Under slagordet “Disability is not Inability!” arbeider Adina med barn fra ett geografisk område av gangen for å få undervisning i blant annet livsmestring, lesing, regning og skriving.

Hvordan er situasjonen i Uganda?

Prosjektet «Unlocking Abilities» befinner seg i Nord-Uganda, der væpnet konflikt på tidlig 2000-tallet, som i hovedsak bemannet sine styrker med barnesoldater. Dette har satt sine spor og blant annet har mange en eller flere funksjonsnedsettelse, noe som medfører en tøffere fysisk, sosial og økonomisk begrensning enn for den øvrige befolkningen.

Kun 9% av barn med funksjonsnedsetninger går på skole i Uganda. Det er derfor viktig å tilrettelegge for utdanning etter endt rehabilitering. For å bryte stigmatisering av funksjonsnedsettelse inkluderer landsbyledere, lærere, skoleledere og foreldre.

Prosjektet til Adina i Uganda?

Prosjektet "Unlocking abilities" gjennomføres i Nord-Uganda. Prosjektet fokuserer på å jobbe holistisk, metodisk og med geografisk tilnærming. Under slagordet "Disability is not Inability!" arbeider Adina med barn fra ett geografisk

område av gangen for å få undervisning i blant annet livsmestring, lesing, regning og skriving. I tillegg får de skolepenger og utstyr, veiledning, fysioterapi og operasjoner om det er nødvendig. Etter oppholdet på senteret følges barna opp i samarbeid med lokale myndigheter og frivillig helseteam. Foreldregrupper (PSGs) gir foreldrene lese-, skrive- og regneopplæring, samt innsikt i funksjonsnedsettelse, økonomi, hygiene, vold og seksuell og reproduktiv helse. Når kurset er gjennomført får de to geiter som skal brukes til å støtte barnets videre utdanning.

Med samarbeidet med MedHum vil Adinastiftelsen oppskalere og videreutvikle arbeidet de gjør, for å kunne ta imot flere barn og gi dem håp om en bedre fremtid.

Kilder

[1] Disability status report Uganda, 2019 - side 6

Materialer og prosjektsøknader tilsendt av Adina

legejobber.no

- Norges mest komplette stillingsportal for leger
- 3–400 ledige stillinger utlyst til enhver tid

Legejobber

- Tilbyr også rekrutteringstjenester
- Utlyser sommervikariater
- Lagre din CV i Legejobber og gjør deg tilgjengelig for oppdrag

Legejobber*

**Ta kontakt med våre rådgivere
når du skal finne din første jobb**

legejobber@tidsskriftet.no
Telefon: 417 010 70

NÅR ROBOTENE SVARER: CHATGPT PÅ MEDISINEKSAMEN

Tekst: Anders Hagen Jarmund, Skjalg Skogmo Ottesen og Andreas Grøndalen
(medisinstudenter ved Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet (NTNU) i Trondheim)

Generativ kunstig intelligens (KI) ble i 2022 for alvor tilgjengelig for alle. Kan det ha noen konsekvenser for legeprofesjonen? Anders Hagen Jarmund, Skjalg Skogmo Ottesen og Andreas Grøndalen (medisinstudenter ved ved Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet (NTNU) i Trondheim) har undersøkt hvorvidt ChatGPT gir det riktige svaret på en typisk medisineksamen.

For alle teknologi-interesserte vil nok 2022 utpeke seg som det året da en rekke KI-baserte produkter med overraskende høy kvalitet ble gjort tilgjengelig for allmennheten. Innen dette innlegget kommer på trykk, vil nok konkurransen ha utviklet seg ytterligere. Det begynte like over sommeren da bilde-genererende tjenester fikk mye oppmerksomhet (1) - DALL-E (2), Stable Diffusion (3), og MidJourney (4) - og mot slutten av året kom en rekke artikler om den dialog-førende tjenesten ChatGPT fra OpenAI (5). Teknologien er allerede så god at Nature har måttet gå ut og tydeliggjøre at ChatGPT ikke kan regnes som medforfatter (6). Mange i utdanningssektoren har engasjert seg i bruken av disse tjenestene, og bekymringene har særlig dreid seg om vurdering og eksamen (7,8). Kung et al. (9) har allerede rapportert at ChatGPT består eller er svært nær å bestå den

amerikanske medisineksamen/USMLE. Vi har her undersøkt hvordan ChatGPT presterer på norsk medisineksamen.

Hva er generativ KI?

De generative KI-tjenestene ser relativt like ut for brukeren: du har et tekst-felt hvor du kan beskrive hva du ønsker (såkalt prompt - vi bruker her ordet forespørsel), og få sekunder etter at man trykker på kjør-knappen så får man ut et ferdig resultat (Figur 1, Tabell 1). Er man misfornøyd, kan man be om en ny generering. Hver slik generering er basert på store statistiske modeller som igjen er bygget på enorme mengder treningsdata. Resultatet man får ut bygger altså på eksisterende data, men er likevel unikt og originalt. Firmaene som står bak gir en ofte vide bruksrettigheter på innholdet, selv om de opphavsrettslige sidene ved bruken av treningsdataene fortsatt er uavklart.



Figur 1: Generativ kunstig intelligens kan produsere data av flere typer, inkludert bilder. Disse tre bildene er generert ved hjelp av enkle tekstbeskrivelser. Bilder av Anders Hagen Jarmund via DALL-E 2 (OpenAI).

Det er viktig å være klar over at disse modellene først og fremst er statistiske språk-modeller. Hvordan forespørselen formuleres (prompt engineering) har stor betydning for modellens respons. At den først og fremst er trent på språk gjør for eksempel at den har svært begrensede matematiske evner. Det betyr også at modellen ikke nødvendigvis vet hva som er sant eller ikke, bare hvilke ord som statistisk sett hører sammen - man kan nærmest snakke om konfabulering. Selv om enkelte modeller er laget for å kunne henvise til kildene sine, kan man også risikere at modellen bare genererer egne referanser som høres plausible ut. Foreløpig er ChatGPT "[f]luent but not factual" (10). Tabell 2 demonstrerer dette fenomenet.

Tabell 2: Eksempel på faktisk feil og fiktive kilder ved bruk av ChatGPT.

Forespørsel	Respons
Hva er sammenhengen mellom røyking og preeklampsi? Baser svaret ditt på meta-analyser, og oppgi kildene i APA-format	<p>Røyking kan øke risikoen for preeklampsi. En meta-analyse publisert i "Obstetrical & Gynecological Survey" i 2009 viste at røykere har en økt risiko for å utvikle preeklampsi sammenlignet med ikke-røykere (Avery et al., 2009). En annen meta-analyse publisert i "BMC Pregnancy and Childbirth" i 2016 bekreftet også denne sammenhengen (Huo et al., 2016).</p> <p>Referanser: Avery, M. D., Creanga, A. A., & Seed, K. (2009). Pre-eclampsia and eclampsia. <i>Obstetrical & Gynecological Survey</i>, 64(10), 630-642.</p> <p>Huo, X., Li, Y., Liu, Y., & Wang, H. (2016). The association between smoking and risk of pre-eclampsia: a meta-analysis. <i>BMC Pregnancy and Childbirth</i>, 16(1), 276.</p>

ChatGPT cand.med.?

Vi ønsket å undersøke hvorvidt ChatGPT var i stand til å gi meningsfulle og riktige svar på en typisk medisineksamen. Vi gikk derfor systematisk igjennom to oppgavesett fra NTNU, hvorav ett ble testet i både norsk og engelsk oversettelse. Både metode og datamateriale er gjort tilgjengelig via Open Science Framework (11). ChatGPT var ikke i stand til å bestå noen av oppgavesettene og skår varierte mellom 43 og 51% (stågrense 65%). Noen eksempler på både gode og dårlige svarforslag er gitt i Tabell 3.

Forespørsel	Respons
Mariannes lille gutt ble født i svangerskapsuke 34+0. Hvor mange uker er det da siden fertilisering fant sted?	Siden Marianne er gravid med sitt første barn, er det sannsynlig at hun ble gravid rundt en uke etter siste menstruasjon. Dette betyr at når gutten hennes blir født i svangerskapsuke 34+0, er det omtrent 34 uker siden fertilisering fant sted. I medisinsk terminologi regnes en uke som åtte dager, så i dette tilfellet vil det være omtrent $34 \times 8 = 272$ dager siden fertiliseringen fant sted.
En gift kvinne 30 år kommer på time hos sin fastlege. Hun er gravid i uke 30. Kvinnen snakker hektisk, og er motorisk urolig. Hun gir sparsomt med blikk-kontakt, framstår 'vag' og gir dårlig emosjonell kontakt. Hun framstår springende i dialogen og gjør seg vanskelig forstått og har latensid. Hun blir synlig irritert når du viser bekymring, og sier: «har endelig forstått meningen med tilværelsen og universet, og greier seg best på egen hånd, trenger ingen innblanding». Hun sier også at hun tenker på at mannen og babyen i magen vil ha det bedre uten henne. Hva blir viktig for legen å fokusere på med tanke på den gravides psykiske helse under en slik konsultasjon?	A Legen bør kartlegge symptomer på psykose og gjøre en suicidvurdering. Det er aktuelt med øhjelpsvurdering fra spesialisthelsetjenesten er den riktige svaret. Det er viktig for legen å undersøke om den gravide kvinnen har symptomer på psykose, siden hun framstår som hektisk, motorisk urolig, gir dårlig emosjonell kontakt, og snakker om meningen med tilværelsen og universet. Legen bør også gjøre en suicidvurdering, siden kvinnen sier at mannen og babyen i magen vil ha det bedre uten henne. Det kan også være aktuelt å vurdere om hun trenger hjelp fra spesialisthelsetjenesten.
A Legen bør kartlegge symptomer på psykose og gjøre en suicidvurdering. Det er aktuelt med øhjelpsvurdering fra spesialisthelsetjenesten B Legen bør vurdere hvordan den gravide tar vare på seg selv og fosteret. Det er viktig å normalisere at mange gravide kan få tanker om at de ønsker å forlate denne verden når man er sliten. Legen råder den gravide til å ta kontakt med sin jordmor C Legen bør kartlegge symptomer på depresjon og psykose. Det er aktuelt med en ny konsultasjon om en uke D Legen bør kartlegge risikofaktorer for fødselsdepresjon og angst hos den gravide. Be henne komme til ny konsultasjon om en måned	

Tabell 3: Eksempel på ulike eksamensspørsmål fra NTNU (kontinuasjonsseksamen 2022, stadium ICD) og hva ChatGPT svarer på hvert spørsmål. Det komplette datasettet er tilgjengelig via Open Science Framework (11) (<https://osf.io/6dczk/>)

Selv om ChatGPT foreløpig ikke ser ut til å kunne bestå medisineksamen, kan det likevel være et svært nyttig verktøy. Tjenesten er godt egnet til oppgaver som å oppsummere tekster, revidere språk og foreslå språklige forbedringer (særlig på engelsk), eller forklare en tekst med andre ord (10). Gjennom å spesifisere forespørselen kan resultatet tilpasses gitte målgrupper og sammenhenger.

Denne teknologien utvikler seg raskt og teknologi-miljøet er delt i hva fremtiden vil bringe: Noen frykter for jobben sin, mens andre mener fenomenet er en hype. Det som er sikkert er at disse tjenestene nå er tilgjengelige for folk flest - også medisinstudenter, leger, og pasienter. Vi må være forberedt på at pasienter konsulterer slike tjenester; for noen kan en falsk betrygging medføre at man ikke oppsøker nødvendig helsehjelp, for andre kan svarene en får skape bekymring, og for atter andre kan slike tjenester bli en trøst i møte med ensomhet eller en kilde til opplevd støtte. I bakhodet må vi også ha at det er kommersielle selskaper som står bak. Som samfunn må vi forberede oss: Når robotene (snart) svarer, hva vil vi de skal si?

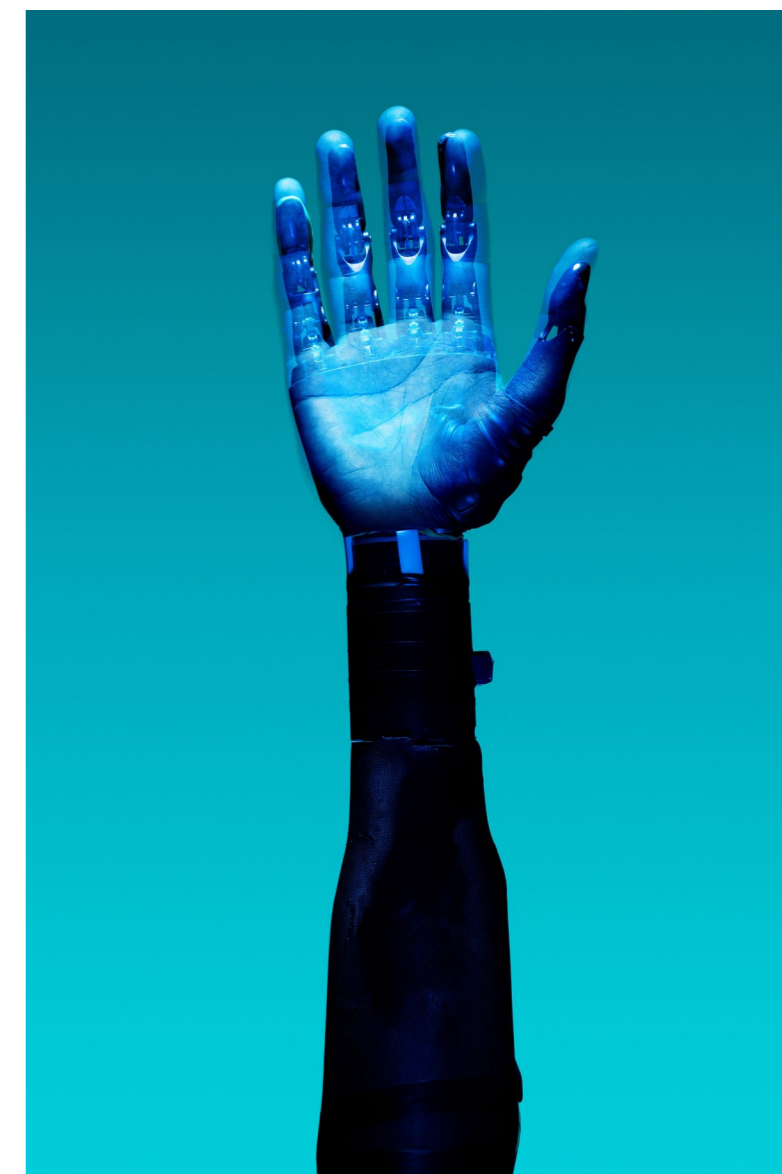


Foto: Pexels.com

Litteraturliste

- [1] Li X. (2023, 5. februar). Se bildene som forbløffer verden. NRK.
- [2] DALL-E 2. (2023, 5. februar). OpenAI.
- [3] Stable Diffusion Public Release. (2023, 5. februar). Stability AI.
- [4] Midjourney. (2023, 5. februar). Midjourney.
- [5] Eriksen D. (2023, 5. februar). Lærere fortvilet over ny kunstig intelligens. NRK.
- [6] Nature. (2023, 24. januar). Tools such as ChatGPT threaten transparent science; here are our ground rules for their use. Nature.
- [7] Arnesen M. (2023, 5. februar). Universiteter oppdaget robotsvar på eksamen. Khrono.
- [8] Arnesen M, Svendsen NV. (2023, 5. februar). Chatbot løste eksamensoppgave på få sekunder. Fikk karakter B. Khrono.
- [9] Kung TH, Cheatham M, ChatGPT, Medenilla A, Sillos C, Leon LD, mfl. Performance of ChatGPT on USMLE. (2023, 5. februar). Potential for AI-Assisted Medical Education Using Large Language Models. Medrxiv.
- [10] Stokel-Walker C, Van Noorden R. (2023, 6. februar). What ChatGPT and generative AI mean for science. Nature.
- [11] Jarmund AH. (2023, 7. februar). Medisineksamen og kunstig intelligens.

KJÆRE USIKRE MEDISINSTUDENT:

Det er helt greit å tvile på om studiet og legeyrket er det riktige for deg

Tekst: Frida Faaland, medisinstudent

«Du kan bli hva du vil her i livet». Dette er en setning jeg tror mange unge i dag har fått høre. Det høres i utgangspunktet ut som en fantastisk situasjon å være i, og det er det jo også på mange måter. Likevel, å ha alle muligheter åpne, gjør ikke valget om hva man skal bruke livet sitt på, noe lettere. En kan bli overveldet av mindre, og det er vanskelig å bestemme seg. Et hav av muligheter gjør at valget kan virke uoverkommelig. Å velge riktig kan føles som en umulig oppgave. Valget av studieretning føles ekstremt viktig og ikke minst definerende, og blir en nærmest umulig oppgave. Hvordan skal man vite om valget man har tatt er det «riktige»?

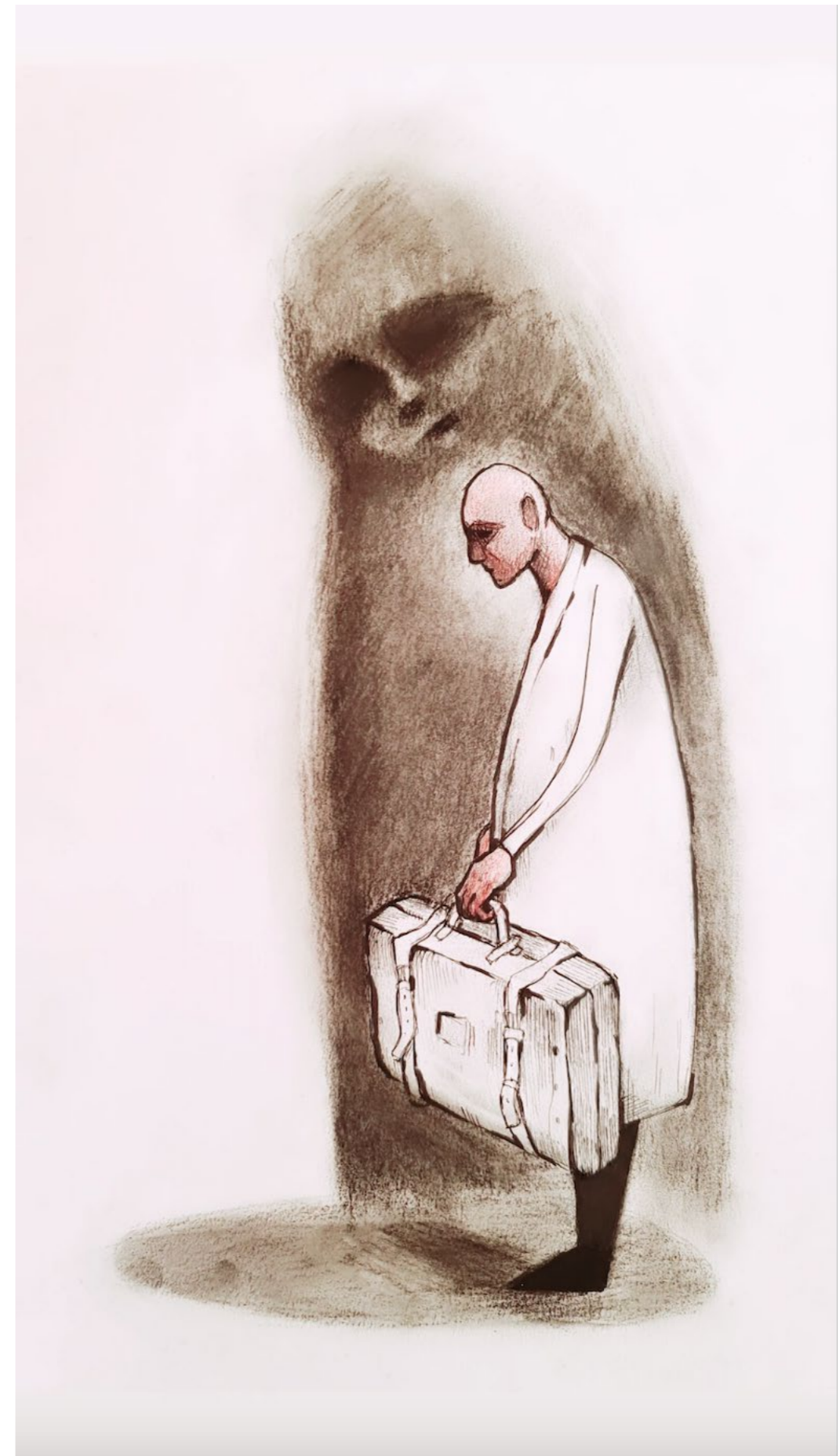
Det er lett å føle seg alene om å tvile på studievalget. Det gjorde i hvert fall jeg da jeg i mitt stille sinn på første studieår tenkte «hva er det jeg har begynt på nå?» En kan lett få et inntrykk av at alle rundt seg er sikre på at de har tatt det riktige valget og at de er glade for å endelig ha kommet inn på drømmestudiet. Hvis du er en av de studentene som ikke føler deg sikker på om medisinstudiet og legeyrket er drømmen din, så fortvil ikke: Du er ikke alene! Vi er mange her som tviler fra tid til annen.

Usikkerhet knyttet til studievalg er naturlig og kanskje også bra. Ikke bare er det vanlig å tvile litt på studievalget fra tid til annen, det er også veldig naturlig. Å reflektere og gruble litt over hvem man er, og om yrket kan passe deg, kan neppe være dumt. Det fikk i hvert fall jeg høre da jeg som fersk medisinstudent søkte råd for hva jeg skulle gjøre med all grublingen min.

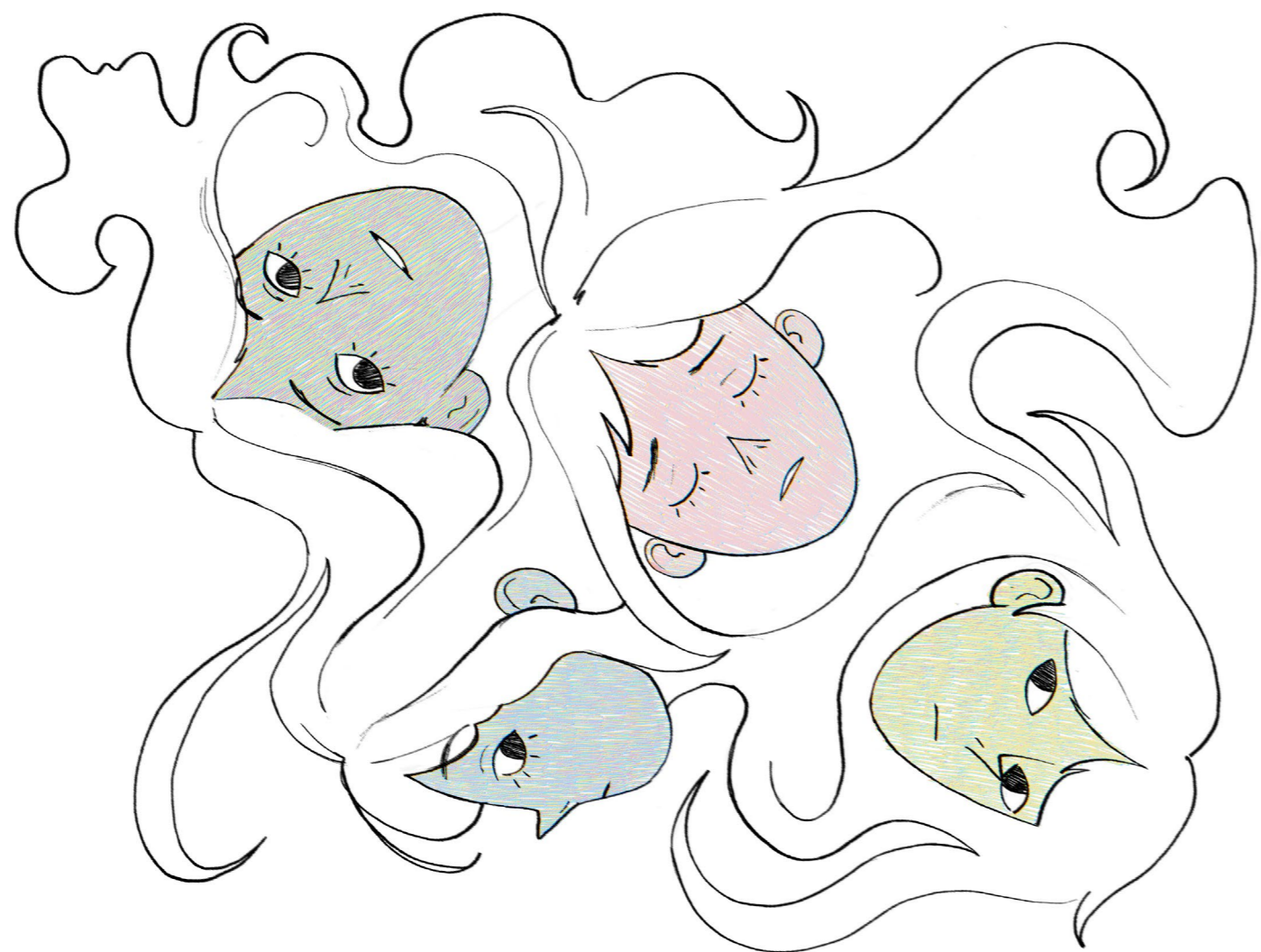
Jeg går nå fjerde året på studiet, og trives med det. Fremdeles holder jeg på å finne ut hvem jeg er i møte med legeyrket. Fra tid til annen er jeg usikker på om valget er riktig. Likevel har et par år som student heldigvis lært meg et par ting. Til tross for at det kan virke slik, er du sjelden alene om å fra tid til annen tvile litt på om studiet og yrket er riktig for deg. Det hjelper også ofte å høre at noen andre rundt deg har de samme tankene.

Misforstå meg rett: Jeg mener selvsagt ikke med denne teksten å si at dersom man går rundt og er kjempeusikker på om studiet er rett, er løsningen å snakke med noen om det, og så løser alt seg. Noen ganger er det kanskje et studiebytte som skal til for å lande usikkerheten. Jeg håper at jeg med denne lille teksten kan bidra til å ufarliggjøre det å tvile på om det er lege man skal bli. Det er nemlig helt greit. Personlig tror jeg at jeg kunne trivdes i mange forskjellige yrker.

Kjære usikre medisinstudent: Det er greit å tvile, og det er greit å være usikker, også som medisinstudent.



Illustrasjon: Mia Emilie Andresen Reinen



Illustrasjon: Victoria Dentsova

OM DEN SÅRBARE OVERGANGEN FRA FENGSEL TIL FRIHET FOR RUSAVHENGIGE

Innsatte i norske fengsler utgjør en minoritetsgruppe med flere levekårsproblemer. Som fremtidig helsepersonell bør vi forstå mangfoldigheten av langvarig rusproblematikk og om den sårbare overgangen fra kriminalomsorgen til et liv i frihet.

Tekst: Tim van Dijk, skribent i Æsculap

Illustrasjon: Lea Taraldsrud Dormagen

Innsatte utgjør en marginalisert gruppe som skiller seg fra den generelle befolkningen på livsdomener slik som bolig, økonomi, arbeidsstatus og nettverk (1). For mange har oppveksten dessuten vært problematisk og preget av ustabilitet og rus, og mange har dårlig psykisk og somatisk helse (2, 3). Internasjonale studier understreker at fengslingen av marginaliserte og fattige individer forsterker de allerede etablerte sosiale og helserelaterte ulikheter (4). En forskningsrapport fra Senter for rus- og avhengighetsforskning (SERAF) har vist til det nære forholdet mellom kriminalitet og rusmisbruk (5). Ut ifra dataene kom det fram at over halvparten av de fengslede oppga å ha ruset seg daglig før fengslingen på midler som marijuana, angstdempende medisiner og opioider. En betydelig andel av domsfellene er knyttet til rusbruk som besittelse og smugling.

Mer enn halvparten av de fengslede har rus- og avhengighetsproblematikk. Til tross for de observerte helseproblemer relatert til rusbruk blant fangene, opplever mange innsatte en forbedring av sine rusproblemer under oppholdet i norske fengsler. Straffegjennomføringen tilbyr nemlig en pause fra et rusbelastet miljø. Noen innsatte blir pålagt ruskontroller som urin- og blodprøver, samt kroppslige undersøkelser. Dessuten har noen fengsler



“Fengselsoppholdet gir en mulighet til avrusning og stabilisering, men etter løslatelsen ser man en økt risiko for overdoser og dødsfall. Man kan tenke seg at de plutselig mister gripet på rusmestring når de mangler institusjonens rammer.

etablert egne rusmestringsavdelinger for å holde rusbruken i sjakk. Fengselsoppholdet egner seg i tillegg for å forbedre helsevaner for straffedømte med rusproblemer (6). Samhandling mellom fengselsinnsatte og kommunal rustjeneste har likevel mange forbedringspotensialer. En studie fra i år viste for eksempel at fengselssykepleier mangler kunnskap om legemiddelassistert behandling av rusavhengige. Dette viser til mangel på godt samarbeid mellom spesialisert rusbehandling og ansatte i fengslet, eller som en fengselssykepleier sa: “Jeg opplever kanskje at vi si sitter litt for mye på hver vår tue” (7).

“Selvmord var den ledende dødsårsaken under fengsling og blant de viktigste dødsårsakene etter løslatelse.

Men hva skjer så med de innsatte som har fått rusbehandling når de løslates? Fengselsoppholdet gir en mulighet til avrusning og stabilisering, men etter løslatelsen ser man en økt risiko for overdoser og dødsfall. Man kan tenke seg at de plutselig mister gripet på rusmestring når de mangler institusjonens rammer. En ledende rusmiddelforskningsgruppe (SERAF) fant at tidligere innsatte har høy risiko for å dø etter løslatelse (8). De tok for seg registerdata fra over 90 tusen personer i perioden 2000-2016 og fant at faren for overdosedødsfall er drastisk forhøyet. En årsak til dette er at individer har fått nedjustert sin toleransen til sterke rusmidler. Mange mangler i tillegg informasjon om dødsrisikoen og forebyggingsstrategier. En annen funn av forskergruppa er den høye forekomsten av selvmordsrisiko i norske fengsler (9). Selvmord var den ledende dødsårsaken under fengsling og blant de viktigste dødsårsakene etter løslatelse. På selve løslatelsesdagen var selvmordsrisikoen to ganger høyere sammenlignet med resten av uken, og omtrent seks ganger høyere enn etter 2-6 måneder.

Anne Bukten er forsker ved SERAF og understreker innsatsen til Helsedirektoratet og Kriminalomsorgens høgskole og utdanningscenter for å ta tyren ved hornene i de siste årene, for å si det sånn. Forskning har ført til noen reelle handlinger for å forebygge overdoser etter løslatelse. For eksempel, skal alle landets fengsler ha gjennomgått opplæring i overdoseforebyggende arbeid. Bukten og forskerkolleger jobber med en oppfølgingsartikkel som skal inkludere ny data fram til 2020. I en e-post utveksling spørres Bukten om hva vi som medisinstudenter bør ta med oss i møte med rusavhengige i kriminalomsorgen.

"Veldig få mennesker fengsles i Norge, noe som er bra, men som samtidig betyr dette at personer som har sonet i fengsel er en ekstra sårbar gruppe. Vi vet at personer med ruslidelser som har sonet også ofte har andre psykiske lidelser (...). Overgangen til frihet er en svært sårbar fase, som for mange kjennetegnes av å være en krise. At helsepersonell har kunnskap om sårbare overganger er viktig."

“Tilbakeføring til det sivile livet krever innsats av mange personer og instanser slik som kriminalomsorgen og det lokale helsevesenet.

Tett samarbeid mellom helsevesenet og kriminalomsorgen bør koordineres for å ivareta helsen til innsatte. Tilbakeføring til det sivile livet krever innsats av mange personer og instanser slik som kriminalomsorgen og det lokale helsevesenet. Arbeidet bør strekke seg over flere av innsattes livsområder ved løslatelse og innebære konkrete tiltak (10). Dette kan være så enkelt som å planlegge timene hos fastlegen og ruskonsulent, dele ut Naloxon og lignende, gi informasjon og trening i førstehjelp. Noen ganger er en form for oppmøteplikt i kriminalomsorgen også et godt virkemiddel for å hindre tilbakefall. Som fremtidig helsepersonell bør vi være bevisst over viktigheten av en helhetlig tilnærming til behandling av rusavhengige og tidligere innsatte. Det bør være mer flyt i byråkratiske prosesser og en større bevilgning til blant annet kriminalomsorgen og helsevesenet som tar vare på personer i norske fengsler.

Litteraturliste

- | | |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>[1] Friestad, C., & I.L. Skog Hansen (2004). Levekår blant innsatte. Oslo, Norway.</p> <p>[2] Magnussen F.S. & Tingvold. L (2022). Kartlegging av helse- og omsorgsbehov blant innsatte i fengsel. Senter for omsorgsforskning, øst. NR 1/2022</p> <p>[3] Cramer, V. (2014). Forekomst av psykiske lidelser hos domfelte i norske fengsler. Kompetansesenter for sikkerhets-, fengsels- og rettspsykiatri. Helseregion Sør-Øst: Oslo.</p> <p>[4] The Lancet Public Health (2019). US mass incarceration damages health and shortens lives. The Lancet. Public health, 4(7), e311.</p> <p>[5] Bukten og kolleger (2016). Rusmiddelbruk og helsesituasjon blant innsatte i norske fengsler. Resultater fra The Norwegian Offende Mental Health and Addiction Study (NorMA). SERAF. Rapport 2/2016</p> <p>[6] Muller, A. E., Havnes, I. A., Rognli, E. B., & Bukten, A. (2018). Inmates with Harmful Substance Use Increase Both Exercise and Nicotine Use Under</p> | <p>[7] Incarceration. International journal of environmental research and public health, 15(12), 2663.</p> <p>[8] Jobling N, Mjåland K, Birkeland B. (2023). Fengselspsykeleiers erfaringer med samarbeidet med spesialisthelsetjenesten og fastleger om legemiddelassistert rehabilitering (LAR). Sykepleien Forskning. 18(9)1849</p> <p>[9] Bukten, A., Skjærvø, I., & Stavseth, M. R. (2022). The association of prison security level with mortality after release from prison: a retrospective national cohort study (2000-16). The Lancet. Public health, 7(7).</p> <p>[10] Bukten, A., & Stavseth, M. R. (2021). Suicide in prison and after release: a 17-year national cohort study. European journal of epidemiology, 36(10), 1075-1083. Tilbake Bukten, A., & Stavseth, M. R. (2021). Suicide in prison and after release: a 17-year nat</p> <p>[11] Kriminalomsorgen (2023). "Tilbakeføring". Besøkt 15.04.2023. Hentet fra https://www.tilbakeføring.no</p> |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

HVILKE TILTAK ER IVERKSATT FOR Å FOREBYGGE DISKRIMINERING I HELSEVESENET?

Tekst: Samsam Sharif, skribent i Æsculap

Illustrasjon: Lea Taraldsrud Dormagen

Ifølge en meningsmåling fra Sveriges yngre läkares förening (SYLF), hadde én av tre leger opplevd diskriminering på arbeidsplassen, og etnisitet var en av de tre viktigste årsakene [5]. Turnusleger i Norge har også rapportert til media om diskriminering, blant annet på grunn av etnisitet, hudfarge og religiøse plagg som hijab [6]. Likevel er det mange helsepersonell som ikke tør å melde fra om dette til ledere, i frykt for å miste stillingen [7].

I 2022 var 68,9 % av innvandrere mellom 20 og 66 år i arbeid [1], og mange jobber i helsevesenet [2]. Minoriteter er en berikelse for samfunnet og mye av kompetansen som de bidrar med er fordelaktig for helsesektoren, noe som gjør dem til en verdifull ressurs. Det sørgelige er at man i ny og ne hører i mediene at noen blir urettferdig behandlet og opplever diskriminering. Dette kan være diskriminering fra pasienter, pårørende, kolleger, eller ledere, og i denne artikkelen vises det først og fremst til diskriminering basert på etnisitet, nasjonalitet og religion. Diskriminering kan arte seg på en rekke måter, som hatytringer, direkte angrep, mikroaggresjoner, ekskludering og rasisme (systemisk). Et eksempel på diskriminering er å ville bli undersøkt og behandlet av kun etnisk norsk helsepersonell.

At minoriteter møter på fordommer og urettferdig behandling er ikke fiktivt. Men hva er konsekvensene av diskriminering? På individnivå viser forskning fra USA at etnisk diskriminering av svarte amerikanere, asiatiske amerikanere og latinamerikanere resulterte i høyere risiko for hjerte- og karsykdommer, depresjon, lavere fysisk helse og høyere risiko for rusmisbruk [8], samt dårlig karriereutvikling [9]. Det er også risiko for egenmeldt og legemeldt sykefravær, og et er heller ikke uvanlig at man slutter i jobben [10]. Det har hendt at sykepleiere ikke bare har sluttet i jobben på grunn av diskriminering, men også selve yrket [3]. Hva er konsekvensene av diskriminering på institusjonsnivå? Data fra NHS (National Health Service) viser at minoriteter har mindre sannsynlighet for å bli rekruttert eller få faglig utvikling og å bli forfremmet til lederstillinger [11].

«Diskriminering kan arte seg. Dette kan vise seg på en rekke måter, som hatytringer, direkte angrep, mikroaggresjoner, ekskludering og rasisme (systemisk). Et eksempel på diskriminering er å ville bli undersøkt og behandlet av kun etnisk norsk helsepersonell.

Noen ledere er klar over diskrimineringen som finner sted på deres sykehus, og at leger og annet helsepersonell slutter på arbeid eller sykemeldes på grunn av det [12] [3]. Spørsmålet er om de har iverksatt tiltak for å bekjempe det? Å henge opp plakater er greit, men hva med å sette iverk konkrete tiltak som kan gjøre det tryggere for helsepersonell å varsle om diskriminering? Det er mange tiltak tilgjengelig for å bekjempe diskriminering [13] [14]. For eksempel er det å ha ledere med minoritetsbakgrunn en måte å sikre at rasisme blir tatt tak i [13].

Det er imidlertid urovekkende at det har blitt gjort forskning blant annet i Sverige, Storbritannia og det amerikanske helsesystemet, men at det er få studier som viser erfaringene til minoritetsleger i Norge. Stort sett ser man bare medieintervjuer av leger med minoritetsbakgrunn i Norge. Sykepleieforbundet har derimot vært flinke til å sende undersøkelser om diskriminering på jobb, og de har også sendt

innspill til regjeringens arbeid med ny handlingsplan mot rasisme og diskriminering [15]. Leger og annet helsepersonell med minoritetsbakgrunn bør ikke verken bagatellisere eller akseptere diskriminering for å passe inn, men i stedet utfordre institusjoner og ledere til å bekjempe diskriminering i helsesektoren. Mange tiltak er tilgjengelig, men det krever solid forpliktelse.



«Leger og annet helsepersonell med minoritetsbakgrunn bør ikke verken bagatellisere eller akseptere diskriminering for å passe inn gjengen, men i stedet utfordre institusjoner og ledere til å bekjempe diskriminering i helsesektoren.

Litteraturliste

- [1] Statistisk sentralbyrå. (9. mars 2023). «Sysselsetting blant innvandrere, registerbasert», SSB.no.
- [2] Statistisk sentralbyrå. (5. juli 2018). «Innvandrerne sto for 1 av 6 årsverk innen omsorg», SSB.no.
- [3] I. B. Journalist. (2. september 2020). «Sykepleiere diskrimineres på grunn av hudfarge: 'Pasienten ville ikke bli stelt av svarte folk'». Sykepleien.no.
- [4] I. Ikdahl. (27. januar 2022). «Diskriminering». Store norske leksikon.
- [5] K. Tveito. (29. april 2014). «Diskriminering av leger under utdanning». Tidsskrift for Den norske legeforening.
- [6] H. Jalil. (18. april 2021). «Unge leger med minoritetsbakgrunn tør ikke å si fra om diskriminering». NRK.no.
- [7] T. Lindheim. (12. september 2022) «Hvem er den svake part? Om ledere og ansattes håndtering av trakassering, diskriminering og rasisme på sykehjem», Tidsskrift for omsorgsforskning.
- [8] S. Chen og A. B. Mallory (september 2021). «The Effect of Racial Discrimination on Mental and Physical Health: A Propensity Score Weighting Approach». Soc Sci Med.
- [9] H. Naqvi, R. D. Williams, O. Chinembiri, og S. Rodger. (2022). «Workforce and workplace racism in health systems: organisations are diverse but not inclusive». Lancet.
- [10] C. A. Okechukwu, K. Souza, K. D. Davis, og A. B. de Castro. (mai 2014). «Discrimination, Harassment, Abuse and Bullying in the Workplace: Contribution of Workplace Injustice to Occupational Health Disparities», Am J Ind Med.
- [11] N. Priest, A. Esmail, R. Kline, M. Rao, Y. Coghill, og D. R. Williams. (juli 2015). «Promoting equality for ethnic minority NHS staff—what works?». BMJ.
- [12] E. H. Journalist. (23. mars 2023). «Sykepleier fikk rasistiske kommentarer fra pasient: – Jeg ble ganske paff». Sykepleien.no.
- [13] N. Hassen, A. Lofters, S. Michael, A. Mall, A. D. Pinto, og J. Rackal. (mars 2021). «Implementing Anti-Racism Interventions in Healthcare Settings: A Scoping Review». Int J Environ Res Public Health.
- [14] B. M. Togioka, D. Duvivier, og E. Young. (2021). «Diversity and Discrimination In Healthcare». StatPearls.
- [15] Norsk Sykepleierforbund. (18. desember 2022). «Innspill til handlingsplan mot rasisme og diskriminering». NSF.no.

ER MINORITETER I NORGE MER UTSATT FOR PSYKISKE PLAGER?

En fersk rapport fra SSB nevner at unge med innvandrerbakgrunn får dårligere psykisk helse, grunnet de er mer utsatt med tanke på inntektsnivå og sysselsetting, negative livshendelser, traumatiske erfaringer og diskriminering. Å snakke om sine psykiske problemer er fortsatt et stigma i en del innvandremiljøer, noe som bør bekjempes for å bedre den psykiske helsen hos denne pasientgruppen.

Tekst: Amal Yusuf, skribent i Æsculap
Illustrasjon: Lea Taraldsrud Dormagen

I Norge, som i mange andre land, møter minoriteter på utfordringer som går utover deres mentale helse. Det er flere faktorer som bidrar til den økende risikoen for å få psykiske plager. Mange flyktninger kan verken lese eller skrive og dermed kan det være tøft å lære seg et helt nytt språk og sette seg inn i en kultur som er veldig ukjent. Det har blitt gjort studier og undersøkelser på at psykiske plager er vanligere blant innvandrere med lavere utdanning og lavere inntekt sammenlignet med innvandrere med høy utdanning og god inntekt (1). I tillegg til språkbarrieren opplever også noen diskriminering som fører til psykiske plager.

Stressende livshendelser, frykten for å være åpen om sin psykiske helse og lite kunnskap rundt viktigheten av psykisk helse er blant annet grunnen til denne økende risikoen for å utvikle psykiske plager. Det er flere som har kommet til landet som flyktninger, har hatt en lang reise, og opplevd mye som senere kan trigge PTSD og andre affektive lidelser. En av de første utfordringene man møter på som minoritet med mentale plager er stigmaet rundt dette temaet. Dette

kan føre til at man ikke oppsøker hjelp eller snakker ut om problemene for å ikke bli stempelt som «gal» eller «svak». Det er et negativt kulturelt stigma rundt det å oppsøke hjelp av profesjonelle. Det er en viss press på å bli akseptert av eget samfunn og det er en flause og skam å åpne seg opp om dette temaet uten å bli stempelt eller oppleve de fordommene som finnes.

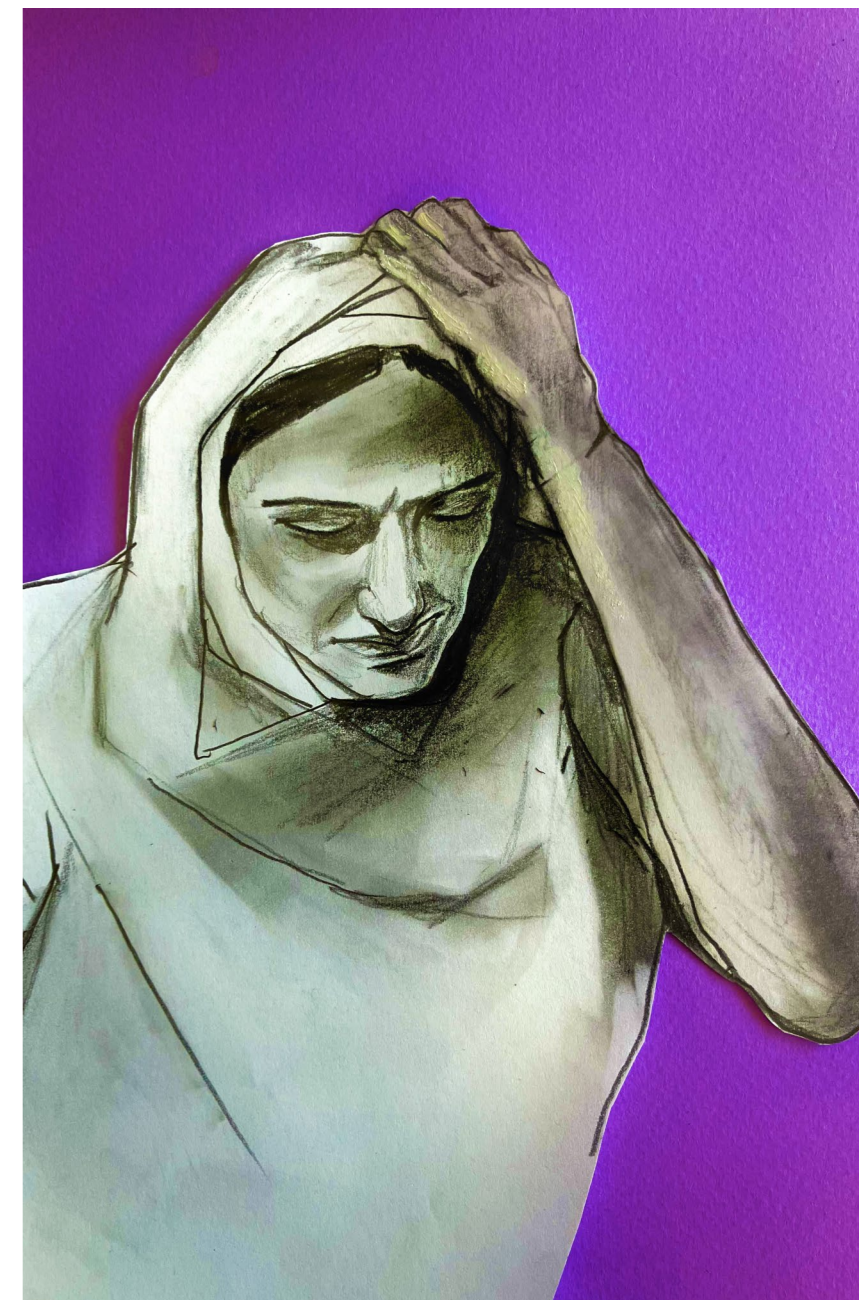
Det er imidlertid ikke godt nok belyst at innvandrere opplever diskriminering i arbeidslivet, og at det påvirker den psykiske helsen (2). I 2020 var 66% av innvandrere i Norge mellom 20 og 66 år i jobb sammenlignet med 78% i den øvrige befolkningen (4). Andelen av innvandrere i arbeid ligger enda lavere hos innvandrere som har kommet som enten flyktninger eller gjennom familiegjenforening. Prosessen med å bli sysselsatt er iblant mer krevende for innvandrere på grunn av ulike faktorer som diskriminering og konkurranse i arbeidsmarkedet, samt arbeidsgivere som er skeptiske til søkere med psykiske helseproblemer. Dette tærer på den psykiske helsen ytterligere og skaper en ond spiral som fører til at flere innvandrere mister motivasjon og håp.

“**God støtte, sosialt nettverk og tilhørighet til både egen og norsk kultur fremmer god psykisk helse.**”

“**Det er en viss press på å bli akseptert av eget samfunn og det er en flause og skam å åpne seg opp om dette temaet uten å bli stempelt eller oppleve de fordommene som finnes.**”

For at flere med innvandrerbakgrunn skal kunne søke om helsehjelp må man bryte barrierer som tabu, stigma, overtro, mistillit og systemfrykt som finnes hos flere. Gjennom å ha kjennskap til ulike tiltak og hjelpeapparater, kan vi på best mulig måte hjelpe våre fremtidige pasienter. «Å møte minoriteter på deres premisser» er for eksempel et prosjekt som ble startet opp i bydelen Stovner i Oslo i samarbeid med Mental Helse, der målet er å jobbe oppsøkende mot minoritetsbefolkning og å skape en likeverdig psykisk helsetjeneste for den etniske minoritetsbefolkningen (3). Slike tiltak har som mål å fremme normalisering av psykisk helse og formidle mer kunnskap rundt temaet. God støtte, sosialt nettverk og tilhørighet til både egen og norsk kultur fremmer god psykisk helse. Vår rolle som helsepersonell er å veilede pasienten, ta i bruk flere av slike hjelpetiltak, og tilpasse behandlingen ut ifra deres behov og premisser.

“**For at flere med innvandrerbakgrunn skal kunne søke om helsehjelp må man bryte barrierer som tabu, stigma, overtro, mistillit og systemfrykt som finnes hos flere.**”



Litteraturliste

- [1] Kumar, Bernadette, m.fl. (2017, 22.februar). Helse blant personer med innvandrerbakgrunn. Folkehelseinstituttet.
- [2] Aftenposten. (2006, 13.juni). Minoriteter må kvotes inn. Aftenposten.
- [3] Hauff, Edward. (2008, 30.mars). Innvandrere og psykiatriske tjenester. Tidsskriftet for Den norske legeförening.
- [4] Stiftelsen Dam. (2023, 30.mars). Å møte minoriteter på deres premisser. Stiftelsen Dam.
- [5] Integrerings- og mangfoldsdirektoratet. (---). Innvandrere i arbeidslivet. Integrerings- og mangfoldsdirektoratet.

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.

Narkose

Narkose i medisinsk forstand vil si at pasienten er bevisstløs under operasjonen, og dermed ikke kan føle smerte mens den pågår. Ordet kommer fra gresk og betyr «bedøvelse». Det har sitt opphav i sagnet om den vakre Narkissos (latin: Narcissus) som ifølge mytologien forelsket seg i sitt eget speilbilde som han så i en kilde. Han skal angivelig ha blitt så «bedøvet» av dette synet at han ikke lot seg løsrive. Ja, han druknet faktisk da han forsøkte å omfavne bildet av seg selv i vannet, ifølge en versjon av sagnet!

I medisinen er det ønsket om å unngå smerte under operative inngrep som i første rekke har frembragt stoffer som påvirker vår bevissthet. Både i England og på kontinentet skal man siden 1200-tallet ha kjent og brukt urteblandinger med opium som pasienten drakk eller innåndet inntil bevisstløshet. Dessuten var roten av alrune (') et kjent søvnfremkallende middel, noe Shakespeare beskriver i 'Romeo og Julie', hvor sistnevnte angivelig sov i 42 timer etter å ha inntatt dette. I 1772 ble lystgass (N_2O) oppdaget av Joseph Priestley (1733-1804), og få år senere tok man forsøksvis dette i bruk som narkotikum. Det er altså ingen «nyhet», slik man får inntrykk av i dag, men var kjent og brukt i høyere kretser, hvor innånding av gassen

ingikk som en slags selskapslek (ill.). Antagelig har betegnelsen oppstått i den forbindelse. Noen år senere ble det eksperimentert med karbondioksid, uten at det ble noen suksess.

Men både før og etter skjedde operasjonene uten noen spesifikk bedøvelse eller smertelindring overhodet, iallfall her hos oss. Pasienten fikk i høyden en slurk brennevin før inngrepet. Men i 1844 forsøkte en amerikansk tannlege å bruke lystgass som narkose under en tannekstraksjon. Det lyktes over all

forventning, men suksessen uteble, for da han senere skulle demonstrere sin «oppdagelse» offentlig, viste det seg at pasienten var resistent og våknet med et skrik under seansen. I 1846 ble eternarkose demonstrert for første gang under en operasjon ved Massachusetts General Hospital i Boston, USA, hvor man fremdeles feirer *Ether Day* den 16. oktober til minne om dette. Senere kom bl.a. kloroform i bruk, men eter var faktisk anvendt i medisinen helt frem til 1960-årene, da den ble avløst av andre og mindre skadelige og farlige midler.



Illustrasjon: Den engelske kjemikeren Humphry Davy (1778-1829) bruker lystgass for å kvikke opp gretne og umulige koner. Satirisk radering fra 1830 (National Library of Medicine, London).



Illustrasjon: Victoria Dentsova

UTENOM PENSUM

SUKSESS MED DOULAER PÅ NORSKE FØDESTUER

Tekst: Hanne Christine Myklebust Øverbø, skribent i Æsculap
Illustrasjon: Lea Taraldsrud Dormagen

Fødselsomsorgen i Norge er noe av det vi sjelden tenker på som en forskjellsområde. Likevel skaper språk, økonomi og kultur barrierer som gjør at minoritetskvinner langt oftere oppfyller kriteriene for en «fødsel med økt risikonivå» (4).



Fødelandet til den gravide er rett og slett ganske så avgjørende for hvordan fødsel vedkommende får i norsk helsevesen. (3) Jordmor Linda Rogstad ved sykehuset i Kristiansand peker blant annet på at språkbarrierer er en stor grunn til at gravide ikke tar tidlig nok kontakt med helsevesenet om noe kjennes unormalt i magen. Dette gjelder særlig i de tilfeller der den gravide verken snakker norsk eller engelsk. Hun sier også at dårlig økonomi og lite sosialt nettverk i Norge kan gjøre det praktisk vanskelig å komme seg raskt til sykehuset om for eksempel vannet går for tidlig eller uventet, eller om de kjenner mindre liv fra magen.

Jordmoren trekker også frem at det er vanskelig å gi god fødselshjelp på fødestua om språket hindrer en god dialog. Norske kvinners sanitetsforening (NKS, red. anm.) anslår faktisk at enkelte grupper innvandrerkvinner både har høyere risiko for alvorlige komplikasjoner under fødsel, får mindre smertelindring under fødsel, har høyere risiko for dødfødsel og er overrepresentert blant dem med barseldepresjon. (1) «Dette kan vi ikke godta» skriver NKS på sine hjemmesider. De har derfor i samarbeid med OUS skapt tilbudet flerkulturell Doula. En flerkulturell Doula er en kvinne som selv har etnisk minoritetsbakgrunn og selv har innvandret til Norge og født barn her. (1)

Rogstad forteller videre at de har god erfaring med samarbeid med Doulaene på Sørlandet sykehus, der hun jobber. En av jordmorkollegaene hennes, Hanna Oommen, sitter faktisk i forskningsgruppen «Flerkulturell Doula.» (2) Hun forteller at Doulaene bidrar til at de som helsepersonell bedre kan forstå den fødende, fordi Doulaene hjelper så godt til med kommunikasjonen, for eksempel om det er behov for smertelindring eller om det er noe den fødende ønsker å formidle til jordmoren. Dette er verdifull kommunikasjon i en slik situasjon, og uten den blir fort utfallet at man ikke smertelindrer så mye som man skulle, fordi jordmoren rett og slett ikke får inntrykket av at den fødende trenger eller ønsker det.

Også de fødende er svært fornøyde med Doulaene. En kvinne som benyttet seg av tilbudet skriver følgende på NKS sine hjemmesider: «Det beste av alt var da hun

kom inn i operasjonssalen sammen med meg, støttet meg og roste meg. Og sa at du må ikke være redd, for jeg var veldig redd. Fordi du vet at man har ikke noen fra familien sin, hverken søster mor eller noe annet, så jeg følte at hun var min søster ved siden av meg.» (1)

Dette utsagnet forteller kort og godt at Doulaene kan være et levende bevis for at god kommunikasjon leder til trygghet. Og kanskje er det nettopp det mange pasienter trenger, særlig om man er relativt alene i et fremmed land når man skal føde.

Teksten er skrevet i samarbeid med Jordmor Linda Rogstad, som har bidratt med synspunkter og erfaringer fra sitt virke på Sørlandet sykehus, og kompetanse innenfor området via forskningsgruppen til Oommen.

Litteraturliste

- [1] Norske kvinners sanitetsforening. Flerkulturell doula Flerkulturell Doula. Forskergruppe.
- [2] Forskning.no. (2019, 7.januar). Større risiko for mæredødsfall blant innvandrerkvinner. Forskning.no
- [3] Den Norske Legeforening. (2020, 16.februar). Svan-gerskapsdiabetes. Den Norske Legeforening.
- [4] Haugaard, A., et al., Norwegian multicultural doulas' experiences of supporting newly-arrived migrant women during pregnancy and childbirth: A qualitative study.
- [5] Sex Reprod Healthc, 2020. 26: p. 100540.
- [6] Store norske leksikon. (2022, 5.september). Minoritet. Store norske leksikon.

FORSKNINGSNYTT

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

Tekst: Sarvani Mahalingam

Illustrasjon: Victoria Dontsova

Hjernen renses mens man sover

Forskere ved Universitet i Oslo har nylig gjennomført en studie som undersøker hvordan hjernen kvitter seg med avfallsstoffer og hvilke faktorer som påvirker dette. Funnene i studien kan ifølge forskerne bane veien for nye medisiner og angrepspunkter for å forebygge Alzheimer sykdom. Forskerne fant ut at søvn kan øke den perivaskulære flyten i hjernen, noe som gjør at avfallsstoffene blir mer effektivt fjernet. Det perivaskulære rommet er viktig for transport av væske og oppløste stoffer i hjernen, noe som muliggjør effektiv avfallsrensing under søvn.

De underliggende mekanismene for hvorfor den perivaskulære flyten øker ved søvn er imidlertid ukjent, men forskerne så at arteriene i hjernen fungerte annerledes i de forskjellige søvnfasene. Årene hadde sammentrekninger hvert femte til tiende sekund under NREM søvn, som er den dype søvnfasen. I REM-søvnen, som er den lette søvnfasen, utvidet årene seg kraftig og trakk seg sammen på slutten av søvnzyklusen. Tidligere har forskerne trodd at den dype søvnen er den viktigste søvnfasen for rensing av hjernen. Denne studien viser derimot at hele søvnzyklusen er viktig for å kvitte seg med avfallstoffer i hjernen [1].

Oljearbeidere som jobber om natten har en høyere risiko for å få prostatakreft

Nylig har det blitt gjennomført en norsk studie som har undersøkt sammenhengen mellom oljearbeidere og prostatakreft.

Studien inkluderte 25 000 deltakere, som var oljearbeidere som enten har rotert mellom natt – og dagskift eller bare dagskift. Deltakerne i studien jobbet offshore mellom 1967 og 1998, og fylte ut et spørreskjema som kartla levevaner og yrkeshistorikk. For å fange opp de som fikk aggressiv prostatakreft, ble de fulgt i Kreftregistre fra 1999 og ut 2019 [2].

Forskerne tror at årsaken til den økte forekomsten kan være forstyrrelser i døgnrytmen, søvnmangel og økt stress grunnet nattevakter. Blant annet så man i studien at 300 av deltakerne fikk aggressiv prostatakreft, og at risikoen var høyere blant de som hadde roterende skift i forhold til de som bare hadde dagvakt. Roterende skift kan for eksempel være å jobbe syv nattevakter i én uke, og syv dagvakter neste uke i en 14-dagers arbeidsperiode. Forskerne så også at arbeiderne som hadde jobbet skiftordning i over 19 år hadde 86 prosent høyere risiko for aggressiv prostatakreft enn de som bare jobbet dag. Men studien nevner at dette må tolkes med forsiktighet, da dette gjaldt få krefttilfeller. Det er imidlertid flere faktorer som påvirker tallene, for eksempel høy alder, arvelighet, økt vekt, røyking og visse kjemikalier [2].

Forskerne tror også at det er en rekke hormoner som kan påvirke kreftutviklingen. De som jobber nattevakter har lave verdier av søvnhormonet melatonin, og forskerne tror dette også kan være en risikofaktor, da prostatakreft antas å



være spesielt følsom for hormoner. Dessuten viser dyreforsøk at melatonin kan forhindre kreftutvikling. Kjønnshormoner påvirkes også av nattarbeid, og kan dermed muligens bidra til vekst av prostatakreft [2].

Tidligere har det blitt gjort mange studier på nattarbeid, men i disse studiene har ikke forskerne funnet noen sammenheng mellom prostatakreft og nattskift. Likevel anbefaler forskerne å jobbe færre og kortere nattskift, fremfor lengre tid mellom arbeidsperioder med nattskift [2].

Nøtter kan redusere risikoen for hjertesykdom

En ny samlestudie fra forskere ved Universitetet i Oslo og Karolinska viser at nøtter senker risikoen for hjerte- og karsykdommer. Formålet med studien var å utarbeide nye nordiske kostråd, og dermed har forskerne i denne studien sett på 60 tidligere studier som handler om

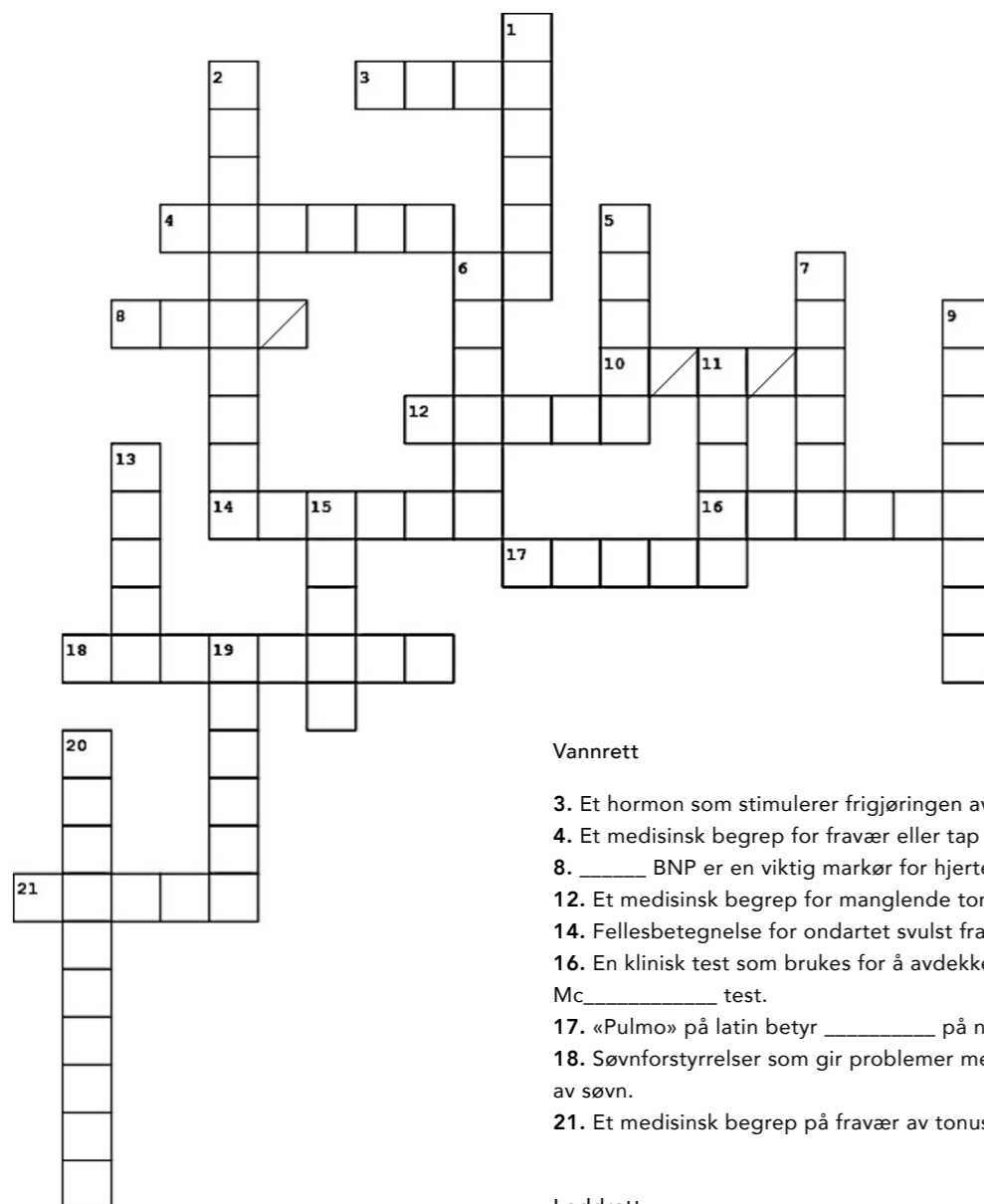
dette. Studien viser at nøtter reduserer risikoen for kardiovaskulære sykdommer, fordi nøtter har en gunstig effekt på kolesterolnivået. Ifølge studien har man 20–25 prosent lavere risiko for kardiovaskulære sykdommer hvis man spiser rundt 30 gram nøtter hver dag. Det bidrar blant annet til å hindre aterosklerose, som er en av de viktigste risikofaktorene for hjerteinfarkt [3].

I studien har forskerne også undersøkt hvilke effekter nøtter har på sykdommer som diabetes og hjerneslag. Høyt blodtrykk er en av de viktigste risikofaktorene for hjerneslag, men det ble ikke funnet noen holdepunkter for at nøtter reduserer blodtrykket. Samtidig er forskerne usikre på hvordan nøtter påvirker blodsukkeret, med tanke på hvilke effekter det kan ha på diabetes. Dermed kan de ikke fastslå at nøtter har *gunstige* effekter på hverken diabetes eller hjerneslag [3].

Litteraturliste

- [1] Bojarskaite, L., et al., Sleep cycle-dependent vascular dynamics in male mice and the predicted effects on perivascular cerebrospinal fluid flow and solute transport. *Nat Commun*, 2023. 14(1): p. 953.
- [2] Berge, L.A.M., et al., Night shift work and risk of aggressive prostate cancer in the Norwegian Offshore Petroleum Workers (NOPW) cohort. *Int J Epidemiol*, 2022.
- [3] Arnesen, E.K., et al., Nuts and seeds consumption and risk of cardiovascular disease, type 2 diabetes and their risk factors: a systematic review and meta-analysis. *Food Nutr Res*, 2023. 67.

KRYSSORD



Vannrett

3. Et hormon som stimulerer frigjøringen av LH og FSH
4. Et medisinsk begrep for fravær eller tap av smakssansen.
8. _____ BNP er en viktig markør for hjertesvikt
12. Et medisinsk begrep for manglende tonus
14. Fellesbetegnelse for ondartet svulst fra binde-og støttevev
16. En klinisk test som brukes for å avdekke meniskskade er Mc_____ test.
17. «Pulmo» på latin betyr _____ på norsk.
18. Søvnforstyrrelser som gir problemer med initiering eller bevaring av søvn.
21. Et medisinsk begrep på fravær av tonus.

Loddrett

1. Et blodtypesystem
2. Kalles for strupelokket på norsk
5. Et annet ord for nærsynthet
6. Kalles for skillevegg på norsk.
7. Er det samme som magesekk på norsk.
9. Hvis synsskarpethen i øyet ikke har fått utvikle seg godt nok kalles det for _____.
11. Det motsatte av å stimulere.
13. _____ sykdom er en X-bundet sykdom som oppstår grunnet mangel på alfa-galaktosidase.
20. Et medisinsk begrep på unormal økning i antall celler

QUIZ

1. Ordet «minoritet» betyr mindretall, og minor betyr liten. Finnes det en anatomisk struktur som heter globus pallidus minor?
2. Globus er en modell av jordkloden. Hva er jordas helningsvinkel?
3. De nordligste byene i Norge ligger i rundt 70-80 breddegrader. 71 grader nord er et norsk TV-program. Hvem vant 71 grader nord i år?
4. Nordkapp ligger 71 grader nord, og er den nordligste delen i Europa. På hvilken breddegrad ligger Oslo?
5. Oslo het Christiania frem til 1924. Samme året ble den russiske byen Petrograd omdøpt til Leningrad. Hva heter Leningrad i dag?
6. Leninisme er navnet på Lenins videreutvikling og tolkningen av Karl Marx' politiske filosofi. Hva betyr polymorfisme?
7. «Poly» er et prefiks som betyr mange. Hva er polygami?
8. I norsk rett er polygami og bigami forbudt. Det er heller ikke lovlig å kjøre i ruspåvirket tilstand. Hva er promillegrensen i Norge?
9. Promille betyr en tusendel. Hvordan er tusen symbolisert i romertall?
10. Roma er hovedstaden i Italia. Hva heter hovedstaden i nabolandet Sveits?
11. Genève er en by i Sveits, og her ligger også FNs kontor. Når ble FN opprettet?
12. FN-pakten ble undertegnet i San Fransisco av 50 land. Var Norge ett av dem?
13. Venstre-politikeren Abid Raja skrev en selvbiografi ved navn «Min skyld». Hvem skal utgi boken «Min skam»?
14. Skam er en dramaserie på NRK om livet til en rekke videregående elever. Hvor mange sesonger finnes av denne serien?
15. Kygo er en norsk artist, som står bak flere internasjonale hits. Hva er Kygos opprinnelige navn?

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

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

