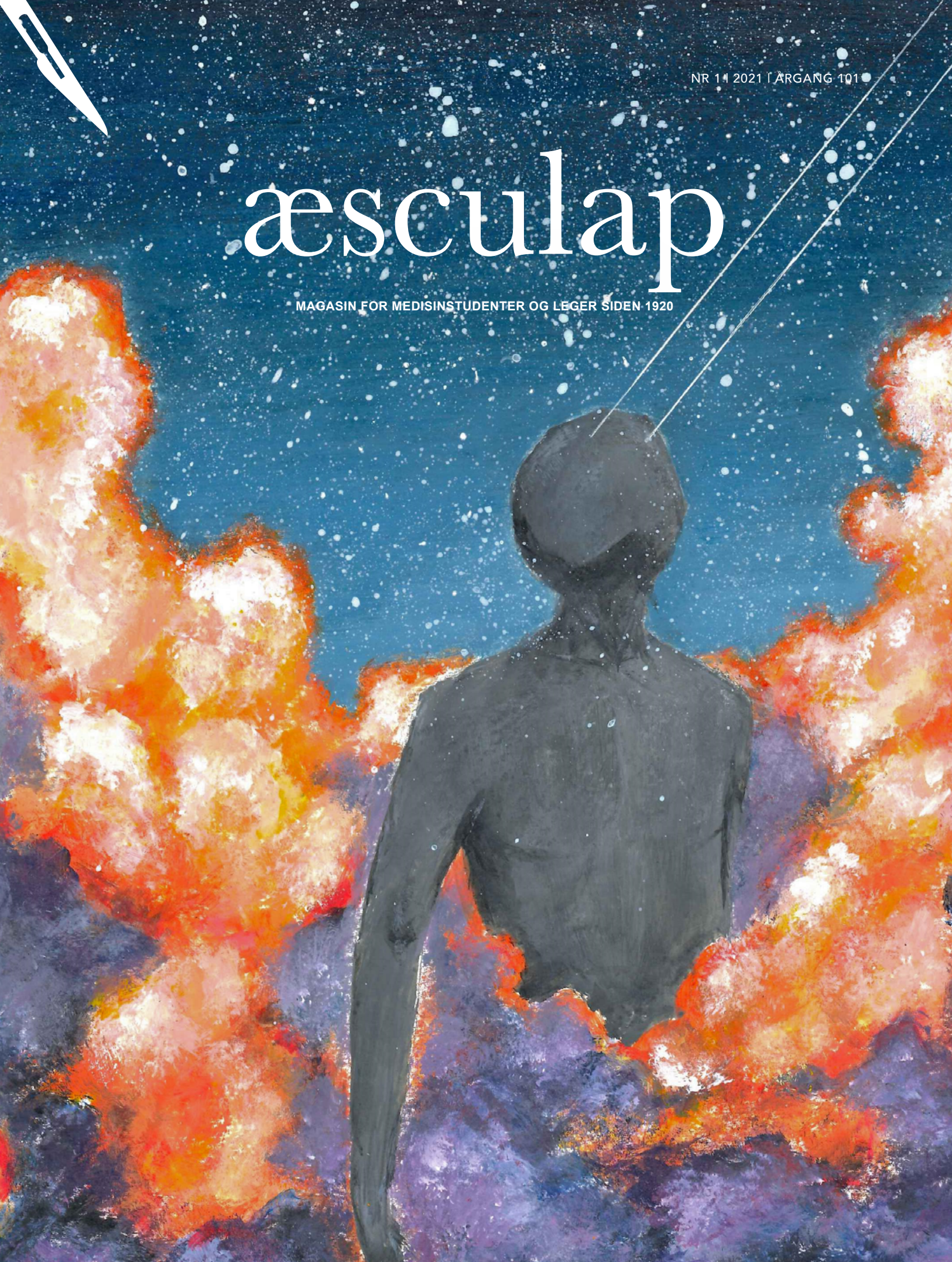


NR 14 2021 | ÅRGANG 101

æsculap

MAGASIN FOR MEDISINSTUDENTER OG LÆGER SIDEN 1920



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

Redaksjonen

REDAKTØR: Merete Lan Olsen, +4741309658 • redaktor.aesculap@gmail.com
REDAKSJONSSJEF: Kristine Brunvand, +4794867570 • redaksjonssjef.aesculap@medisinstudent.no
GRAFISK UTFORMING: Martin Elvegaard, +4790803652 • elvegaardm@gmail.com
SOSIALE MEDIER: Sara Endestad • sara.endestad@gmail.com
ØKONOMIANSVARLIG: Nina Vu • okonomi.aesculap@medisinstudent.no
SKRIBENTER: Kamalpreet Kaur, Stine Botilsrud Erikssøn, Laila Gamst, Silje Martine Akselberg, Afonso Fernandes, Sarvani Mahalingam, Pablo Carbonero Lechuga, Neesiga Kunasekaram, Aurora Stavern

Lokalkontakter

TROMSØ: Laila Gamst • laila.gamst@gmail.com
TRONDHEIM: Casper Faye • casper.faye@hotmail.com
BERGEN: Bertine Bøe • bertineboe@gmail.com
OSLO: Sina Nordby • sina.nordby@medisinstudent.no
UTLAND: Maren Brodshaug • maren.brodshaug@medisinstudent.no
NASJONAL: Aladdin Boukaddour • aladdin.boukaddour@medisinstudent.no

REDAKSJONEN AVSLUTTET: 21. februar 2020
NESTE DEADLINE: 15. mars 2021, STILLHET
FOR- OG BAKSIDE-ILLUSTRASJON: Elisabeth Tran • @trelli
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

01 (U)VANER

INNHOLD

04	Leder
06	Om oss i redaksjonen
10	Intervju med Maja Mikkelsen
14	Profil
18	LIS1-profil
20	LIS1-undersøkelse
24	Spesialisten: Kaveh Rashidi
26	Spesialisten: Lasse Pihlstrøm
30	Folkehelse: Tobakk i Norge
34	Menneskerettigheter: Samtykkeloven Rettferdighet i pandemitider COVID-19 and gender
46	Insight From Abroad: The Habit of Empathy
48	Insight From Abroad: The Weekly Visit
52	Forskningsnytt
56	Utenom pensum
62	Historisk tilbakeblikk - Æsculap for 100 år siden
64	In Memoriam: William James
66	Podcastanmeldelse
68	Bokanmeldelse
71	Hva skjer der du bor?
72	Tillitsvalgte

(U)VANER

Uvaner kommer i mange varianter. Ifølge Merriam - Webster ordbok, er en vane definert som «an acquired mode of behavior that has become nearly or completely involuntary»(1). Så, en uvane vil derfor være noe som er en automatisert handling med et uønsket resultat. Typiske uvaner er for eksempel for lite fysisk aktivitet, prokrastinering, usunt kosthold, stresspising, se på telefonen i sengen, røyking og å drikke for mye alkohol. Listen er lang og man kan, bare ved å tenke på sine egne uvaner, få skyldfølelse. Felles for listen er likevel at en uvane er noe som krever mindre energi og gir kortsiktig glede sammenliknet med gode vaner. Vi hører det stadig fra dem rundt oss, være seg foreldre, lærere, venner, kjæreste, samboere: «Ikke legg deg til denne uvanen!». For ikke å snakke om sosiale medier og nyheter hvor man blir eksponert for oppskriften på et bedre liv nærmest daglig: «10 uvaner du ikke må slutte med nå for å oppnå et bedre liv», «Hvordan bli kvitt dårlige uvaner med disse enkle stegene». Likevel, så er spørsmålet vi heller bør stille oss kanskje ikke hva og hvordan vi kan få bukt med uvanen, men å forstå hvorfor man utfører disse uønskede handlingen.

Når man strever med å oppnå langsiktige mål, er det enkelt å komme i konflikt med distraksjoner som gir kortsiktig lykke. I samfunnet vi lever i er det lett å bli distraheret av fristelser hvor man automatisk sjekker sosiale medier, kjøper godteri når man er innom butikken eller å slappe av tankeløst foran Netflix istedenfor å dra på trening. For langsiktige mål krever ofte at man bruker mer energi, konsentrasjon og bevissthet sammenliknet med å være inne i den komfortable uvaneboblen. Men bør vi klandre oss selv for disse ubevisste handlingene eller skal vi heller prøve å forstå



MERETE LAN OLSEN

REDAKTØR

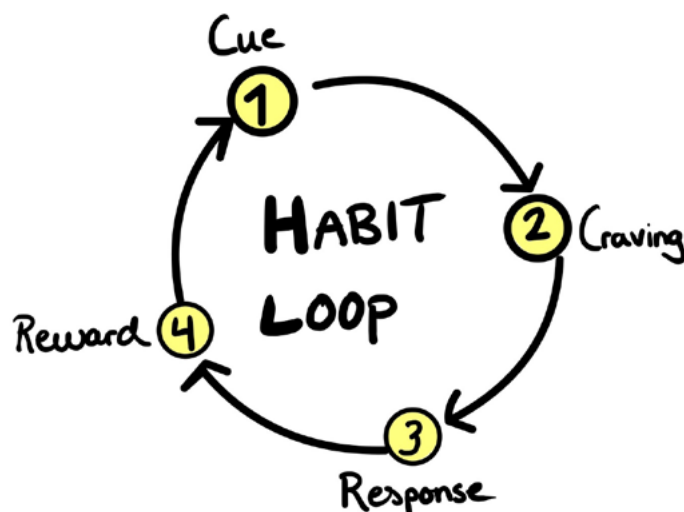
hvorfor det oppstår?

Som man kan lese mer detaljert i magasinet i Sara Endestad sin anmeldelsen om «Mikrovaner», består en vane av fire deler: et signal, et sug, en respons og belønning. Når man heller danner en uvane, så henger det naturlig sammen med dårlig selvkontroll. Selvkontroll blir referert til kapasiteten til å endre handlinger i tråd med egne verdier, idealer, moraler og sosiale forventninger slik at man kan oppnå et langsiktig mål (2). Det er en komplisert prosess som også er assosiert med utholdenhet, og man kan gjerne sammenligne selvkontroll gjennom analogien å bygge muskler. Trening gjør muskler sterkere slik som regelmessig anstrengelser kan forbedre viljestyrken og selvkontroll. Likevel kan selvkontroll forverres dersom man yter for store anstrengelser, slik som muskler blir fortere trøtte og utslitte om man prøver å yte mer enn man er trent til (3). Derfor er en trinnvis tilnærming mer vellykket for å oppnå et langsiktig mål. Som Silje, spaltist for «Utenom Pensum», så fint formulerer, så er det viktig å gi seg selv selvskryt,

ikke bare for de store målene, men også de små delmålene som man fullfører hver eneste dag.

Uten tvil har pandemien ført til både nye rutiner og nye (u)vaner. Vi har, gjennom et helt år, vært utsatt for svært inngripende og omfattende endringer som ingen kunne forutse på forhånd. Som medisinstudenter har dette vært spesielt utfordrende hvor digital hjemmeundervisning, isolasjon på hybelen og ensomhet har blitt den nye normalen (4). Kanskje isolasjonen har gitt oss mye tid til å fundere, tenke på fremtiden og hvordan vi kan gjøre det bedre for både oss selv og andre. Likevel er det lett å glemme at det vi har opplevd over lang tid, og fremdeles lever i, er en krise. Med andre ord en vanskelig situasjon, et avgjørende vendepunkt eller en plutselig forandring; en endring i balansen - akkurat slik COVID-19 har forandret samfunnet vårt.

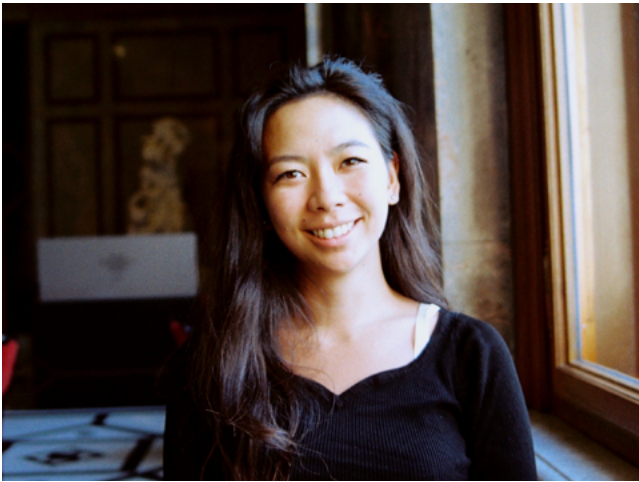
Pandemien har derfor lært meg at vi ikke skal ta livet og det å realisere ambisjonene våre for gitt. Det er kanskje derfor det er viktigere enn noensinne å ta vare på vår egen mentale helse og gi oss selv pusterom før vi prøver å presse oss



Litteraturliste

- [1] <https://www.merriam-webster.com/dictionary/habit>
- [2] Englert C. The Strength Model of Self-Control in Sport and Exercise Psychology. *Front Psychol.* 2016;7:314. Published 2016 Mar 2. doi:10.3389/fpsyg.2016.00314
- Baumeister RF, Gailliot M, DeWall CN, Oaten M. Self-regulation and personality: how interventions increase regulatory success, and how depletion moderates the effects of traits on behavior. *J Pers.* 2006;74(6):1773-1801. doi:10.1111/j.1467-6494.2006.00428.x
- [3]
- https://khrono.no/bedre-studenthelse-mindre-engstelse/555568?fbclid=IwAR1-KTbh4AH4C_Qyyp07zc1bfsaX-uzVnYjvuhSm5yICZJpwXOSYk-1ttKUI
- [4]

MØT REDAKSJONEN



Redaktør Merete Lan Olsen (f. 1994)
Fra Bergen
Studerer i Budapest
Kull H15
Hobbyer Fiolin, fotografering med analogt kamera, litteratur, gå lange turer i fjellet, reise når jeg kan

10 FAKTA OM MERETE

Leser daglig: NRK, Dagens Næringsliv, The Economist, The Guardian, New York Times

Ser på: Helst noe komisk som kommer opp på YouTube feeden og dokumentarer

Hører på: Tame Impala, Frank Ocean, Glass Animals, Karpe, Lex Fridman podcast

Favorittbøker: The Masters And Margarita av Mikhail Bulgakov, Embers av Sandor Marai, Prisoners of Geography av Tim Marshall

Favorittduppeditt: Hodetelefonene mine er et must

Favorittsted i Budapest: Margit-Sziget, Csendes, Sao, Philosophers garden, Szimpla kért, Dobrumba

Skulle bli som 10-åring: Arkitekt eller fiolinist

Redd for: Insekter og klimafornekttere

Tror på: At menneskeheten er bra og at vi kan løse problemene vi står ovenfor

Fun Fact: Gikk meg vill i jungelen på en øde øy i Kambodsja. Med masse insekter. Slapp med skrekken:))



Redaksjonssjef Kristine Brunvand (f. 1997)
Fra Arendal
Studerer i Oslo
Kull H19
Hobbyer Ski, både bortover og nedover. Bading, mest om sommeren, men hender jeg tar det sporadiske isbadet. Vinkveld med jentene er jo også alltid en slager:)

10 FAKTA OM KRISTINE

Leser daglig: VG. Det er noe med det å få jevnlig tabloidavis-påfyll.

Ser på: Sånne sitcom-serier der man egentlig ikke trenger å følge med, og episodene varer i rundt 20 minutter. Som Friends, HIMYM og Brooklyn 99.

Hører på: podcaster, listepop og Queen.

Favorittbok: Genesers histologi. Hehe, neida. Byens sportriologien av Lars Saabye Christensen.

Favorittduppeditt: Hårstrikket mitt med refleks.

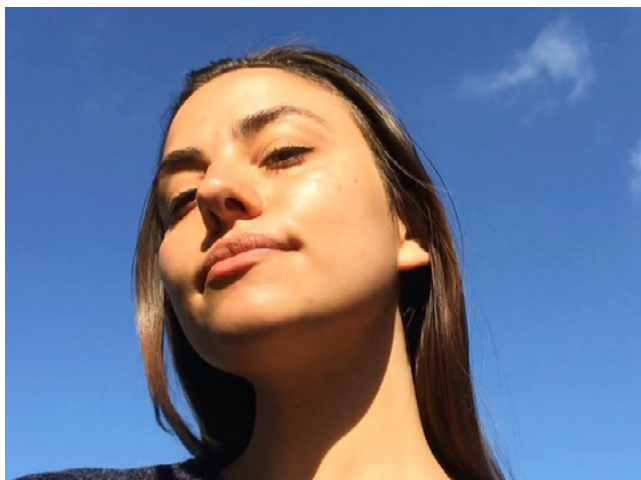
Favorittsted i Oslo: Nordmarka. Alt fra Frognerseteren til Kopperhaugene og Bjørnsjøen opp mot Kikut.

Skulle bli som 10-åring: Frisør (og veterinær på si)

Redd for: å gå glipp av ting! Også kalt FOMO (fear of missing out).

Tror på: Vår helt sykt fantastiske menneskekropp!

Fun Fact: Kan fjerne (minst) én dag gamle rødvinflekker, til og med fra hvite klær. Heldigvis, siden jeg liker rødvin, men ofte søler.



SoMe-ansvarlig Sara Endestad (f. 1996)
Fra Oslo
Studerer i Oslo
Kull H18
Hobbyer Lese, trene og høre timesvis på taler og intervjuer om personlig utvikling.

10 FAKTA OM SARA

Leser daglig: Bøker og studier om hvordan nå mål, for å forstå hvorfor noen blir suksessfulle og andre ikke.

Ser på: Alt som inkluderer Tony Robbins eller Tim Ferris.

Hører på: Podcasten Impact Theory eller School of Greatness, eller albumet Folklore på repeat.

Favorittbok: Umulig å svare på, har alt for mange, men den siste som er blitt blant «favorittene» er «Untamed» av Glennon Doyle

Favorittduppeditt: Ørepropper, hadde ikke overlevd uten. Eller den lille mobile mini lampen min, er alt for lyssky for å ha på noe annet lys enn den når det er mørkt ute.

Favorittsted i Oslo: Deichmanske

Skulle bli som 10-åring: Stylist, eller prinsesse. Fortsatt ikke gitt opp, heh.

Redd for: Kaste bort livet ting, mennesker eller eventer som ikke gir meg eller ikke fører meg noe sted (lever etter «memento mori», som stoikerne).

Tror på: Folks liv hadde vært 10x bedre om man var 5% mindre redd for hva andre tenker om en.

Fun Fact: Driver egen coaching business online, og elsker det!



Grafiker Martin Elvegaard (f. 1998)
Fra Fredrikstad
Utdanning Bachelor i grafisk design ved Høyskolen Kristiania. Skal begynne på master i interaksjonsdesign til høsten.
Hobbyer Fotball, basketball (alt av sport egentlig), trening, dataspill.

10 FAKTA OM MARTIN

Leser daglig: VG-varsler for å få med meg nyheter fra den vanlige verden, og Twitter for å få med meg nyheter fra sportsverden.

Ser på: Hva som helst av populære serier på Netflix, discovery+ og TV2 Sumo.

Hører på: Litt av hvert, mest Hip-hop og RnB.

Favorittbok: Kan ikke si at jeg er den største leseslangen, men av de bøkene jeg har lest er jeg mest glad i Harry Potter-bøkene.

Favorittduppeditt: AirPods (til tross for konstant suselyd etter noen runder i vaskemaskinen)

Favorittsted: Etter å ha flyttet hjem til Fredrikstad igjen, må jeg si at jeg savner studenttilværelsen i Oslo!

Skulle bli som 10-åring: Fotballspiller eller filmmaker

Redd for: Slinger og at Arsenal taper

Tror på: En verden med full likestilling uavhengig av kjønn, etnisitet og legning.

Fun Fact: Får frysninger av å pusse tennene (og andre skrapelyder)

HAR DU LYST TIL Å SKRIVE FOR ÆSCULAP?

Ta kontakt med oss på redaktor.aesculap@gmail.com!

Frist for innsending til #2 med tema STILLHET: **15. mars 2021.**



BLI KJENT MED: MAJA ELISABETH MIKKELSEN

LEDER AV NMF

Født 28.november, 1998
Studerer 4.året ved NTNU
Kull 17

Hvor du er fra, hvor vokste du opp? Har du søsken?

Jeg kommer fra Malvik, en kommune like utenfor Trondheim, og har bodd der sammen med familien min helt til jeg begynte å studere medisin. Da flyttet jeg til Trondheim sentrum. Jeg har ei søster, som alltid har vært en utrolig god venninne og støttespiller for meg, og mange ste- og halvsøsken som jeg også er veldig glad i. Totalt har jeg 8 søsken.

Har du bodd i utlandet?

Jeg har aldri bodd i utlandet, men jeg er halvt dansk, så har tilbragt mange ferier hos familien min i Danmark.

Tekst: Merete Lan Olsen

Bilder: Privat

For å begynne med begynnelsen – hvorfor ønsket du å bli lege?

Jeg har alltid likt å jobbe tett på mennesker og hatt et ønske om å gjøre en forskjell. På videregående fordypet jeg meg i realfag, men hadde ikke helt fattet interessen for biologi. Jeg trodde lenge at jeg ville studere et ingeniørfag eller noe innen språklære, men hadde hele tiden medisinstudiet som en mulighet i bakhodet. Det som lokket meg til å søke meg inn på medisin var nok ønsket om å jobbe med mennesker og interessen for å gå inn i et fagfelt med livslang læring og muligheter for selvutvikling.

Hvordan og hvorfor startet du i Nmf?

Da jeg begynte på medisin, bestemte jeg meg for å engasjere meg i en studentforening. At det ble akkurat Nmf er til dels følelsen av å være med i en forening hvor man faktisk kan utrette en forskjell, men skyldes nok også at de hadde gratis pizza på generalforsamlingen. Jeg endte opp med å bli valgt som kursansvarlig i lokallaget i Trondheim og har deretter fortsatt å engasjere meg i foreningen.

Du arbeider jo fulltid som leder i Nmf. Hvordan ser hverdagen og timeplanen din ut nå i forhold til i fjor?

Jeg kan med en gang avsløre at det å være leder av Nmf er ikke en 8-16-jobb (noe jeg heller ikke hadde forventet). Jeg ønsker å være tilgjengelig for de tillitsvalgte 24/7, og svarer ofte på henvendelser alt fra kl.07 til 23. Jeg trives veldig godt med å ha en så fleksibel hverdag, hvor jeg former mye av timeplanen min selv. På mange måter kan den sammenlignes med studiehverdagen, da det hele tiden er noe å ta tak i.

«Jeg ønsker å være der 100% for de tillitsvalgte i foreningen og håper de føler seg like godt ivaretatt og <hjemme> i Nmf som jeg har gjort i alle mine år som tillitsvalgt.»

10 KORTE SPØRSMÅL

Leser daglig: Nyhetsbrev fra Legeforeningen med de viktigste sakene innen helse

Ser på: Galleri-modus på Teams-møter

Hører på: Alt fra klassisk musikk, via hiphop, til flere ulike sjangre innen metal

Favorittbok: Hellemyrsofolket av Amalie Skram

Favorittduppeditt: Radioen min

Favorittsted i Trondheim: Museumsparken, rett ved leiligheten min

Skulle bli som 10-åring: Sivilingeniør

Redd for: Snegler

Tror på: Positive vibes

Fun Fact: Får ising i tennene av å spise sjokolade

Hva motiverte deg til å bli leder for Nmf?

Helt siden jeg startet i Nmf har engasjementet for foreningen og sakene våre vokst. Jeg har trivdes veldig godt med de andre tillitsvalgte, og etter hvert har Nmf blitt en utrolig viktig del av hverdagen og fritiden min. Når jeg satt i nasjonalt styre i fjor følte jeg at jeg fikk litt ordentlig oversikt over hva Nmf driver med, og jeg hadde mange tanker om Nmfs fremtid. Derfor stilte jeg som leder i fjor høst.

Selv om vi ser enden av pandemien og flokkimmunitet rett rundt hjørne, hva er tankene dine om å fortsette i ledervervet i en pandemi? Og hvordan var det å være nasjonalt styrerepresentant midt under pandemien?

Jeg håper vi får til så mange fysiske møter og arrangementer som mulig i løpet av året (selvsagt etter gjeldende smittevernrutiner). Jeg synes det er vanskeligere å holde konsentrasjonen under de nasjonale styremøtene når de er digitale, da de ofte varer i 7-8 timer. Likevel synes jeg vi fikk til mye i fjor til tross for at pandemien bydde på en del utfordringer. For eksempel fikk vi til et fysisk landsmøte og Tvk3 uten store problemer i hhv. august og oktober i fjor. Noe av det mest motiverende med å være

«Jeg vil jobbe for at vi skal få gjennomslag i våre viktigste politiske saker, hvor min kjernesak handler om regulering av antall medisinstudenter for å unngå at det overskrider kapasiteten i spesialisthelsetjenesten.»

med i Nmf er jo å møte alle de andre tillitsvalgte og føle engasjementet i luften!

Hva er tankene dine om hvordan samfunnet og medisinstudiet har blitt påvirket av koronaviruset?

Når det kommer til digitalisering er det åpenbart at vi har tatt i bruk ressurser som tidligere har vært upløyd mark for mange. Jeg tror nok vi vil se en større utbredelse i bruken av digitale løsninger i fremtiden. Men jeg tror også vi kommer til å sette stor pris på friheten vi har uten restriksjoner, og kanskje bli enda flinkere til å se hverandre.

Hva er ambisjonene dine som leder for 2021?

Jeg vil jobbe for at vi skal få gjennomslag i våre viktigste politiske saker, hvor min kjernesak handler om regulering av antall medisinstudenter for å unngå at det overskrider kapasiteten i spesialisthelsetjenesten. Videre ønsker jeg å være der 100% for de tillitsvalgte i foreningen og håper de føler seg like godt ivaretatt og "hjemme" i Nmf som jeg har gjort i alle mine år som tillitsvalgt.

Jeg vil også jobbe for at Nmf skal være en relevant forening for alle medlemmene våre, med spennende arrangementer og høy aktivitet. Jeg håper vi kan få til så mange fysiske møter som mulig, da jeg tror at det har veldig mye å si for motivasjonen til de tillitsvalgte. Til slutt har jeg et personlig mål om

å utvikle meg i rollen som leder.

Hva er du mest fornøyd med å ha oppnådd i Nmf?

Jeg tror nok det må være å ha arrangert Tvk3 høsten 2020 til tross for en utfordrende planleggingsfase og strenge smittevernsregler. Alt i alt ble jeg veldig fornøyd med arrangementet, og er glad for at de fleste fikk delta fysisk.

Hva er ditt beste minne fra Nmf?

Mitt aller beste minne var når jeg ble valgt som leder av Nmf for 2021. Jeg vil aldri glemme følelsen av å få tilliten til landsstyret på vegne av hele foreningen. Det var magisk. Ellers har jeg mange gode minner fra tidligere landsmøter og tvk3 med de andre fantastiske tillitsvalgte.

Hva er ditt beste tips til dine medstudenter når det kommer til å ta vare på deres mentale helse?

Finn ut av hva som får deg til å slappe av, og prioriter tid til deg selv! Jeg pleier å sette av tid hver dag for å høre på musikk og lese en god bok.

PROFILER

Tekst: Sarvani Mahalingam

Bilder: Privat



INGRID FRISCH

Ingrid Frisch er 21 år og er 3. års - medisinstudent ved Universitet i Oslo. Etter å ha tilbrakt et halvt år i Sør-Frankrike i ønske om å bli flinkere i fransk, startet hun på medisinstudiet kull V19 etter videregående. Ingrid blir et profilsikt i Æsculap først og fremst på grunn av hennes engasjement i Studenter Uten Grenser.

Fascinasjonen for medisin kom først da hun var pasient selv, som førte til at hun hadde legestudiet i tankene ganske lenge. Dette ble klinkende klart etter hun ble ryggoperert på Riksen for noen år tilbake. Ingrid opplevde teamet rundt henne som profesjonell og omsorgsfull, noe som hun så utrolig opp til. Det å kunne gi et menneske nye muligheter, omsorg i tillegg til å følge pasienter i en livsforandrende og sårbar prosess var noe hun ville drive med selv, og dermed ble legeyrket et naturlig valg for henne. Foruten om studiet, fyller hun hverdagen sin med jobb på barselavdeling, klatring, løping og å være styremedlem for Studenter Uten Grenser i Oslo. Som medlemsansvarlig i Studenter Uten Grenser, rekrutterer hun nye medlemmer og holder oversikt over nåværende. I tillegg til dette, leder hun skrivegruppen i foreningen, og på denne måten jobber hun for å spre studentenes meninger og synspunkter rundt helserelevante temaer. Som medisinstudent mener hun at det er viktig å engasjere studenter i global helse, og at en bevissthet rundt de ulike helseutfordringene i verden er viktig for å bli dyktige profesjonsutøvere i fremtiden.

For å inspirere og motivere flere medisinstudenter gjennom studiet, ønsker Æsculap å høre noen tips og triks fra Ingrid:

FUNFACTS!

Ditt favorittord på latin?

Musculus digiti minimi

Hva er det mest ubrukelige talentet du har?

Wakeboard, selv om det kan være nyttig i noen situasjoner.

Hvilken kroppsdel har du ingenting imot å miste?

Halebein, irriterende at det ikke har gått tapt i evolusjonen.

Ditt favorittorgan?

Morkake, et midlertidig og livsskapende organ! Imponert over at det er forbindelse mellom mor og foster.

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

Ikke sammenlign deg med andre! Alle lærer pensum på ulik måte og det kan ta tid å finne sin studieteknikk. Ikke stress, gjør det som fungerer for deg. Vil også legge til at medstudenter er en stor ressurs og støtte. I kollokvier kommer ofte opp nye ting andre har lært i sine smågrupper, som er utrolig lærerikt!

Hva er noe du har fått mye bruk for gjennom studietiden?

Personlig er jeg fan av å ha notater på ark og i permer, så printeren på fakultetet har virkelig fått kjørt seg. Dette anbefaler jeg hvis du er gammeldags som meg! Jeg anbefaler også Complete anatomy, som er en app jeg brukte modul 2 da vi hadde anatomi. Der kan du velge ulike skjelettmodeller og legge til årer, nerver, muskler osv. du ønsker å studere. Den var en enorm ressurs i å forstå relasjonen til de ulike strukturene!



OLINE MARIE SÆTHER

Oline Marie Sæther er en ildsjel som, i sin tilværelse som medisinstudent, har gjort en stor innsats for å forbedre studenttilværelsen og studentmiljøet på UiO.

24-åringen har engasjerer seg mye under studiet, både som Medisinerens Seksualopplysning (MSO) underviser, ultralyd underviser, i tillegg til å ha styreverv i Oslo Akuttmedisinske Studentforening (OAMS). Hun er også hyppig gjenganger på Anestisien (som er studentpuben).

Oline har også vært leder for det overordnede studentorganet Medisinsk Studentutvalg (MSU) i to år og er nåværende student underviser i KLoK, et fag om kunnskapshåndtering som rustet studentene til å bli profesjonelle yrkesutøvere og dyktige fagpersoner i grupper og team.

For å ta det helt fra starten av, når og hvorfor ønsket du å studere medisin?

Jeg har alltid vært engasjert i verden og omgivelsene mine. Allerede i min barndom startet jeg smått med å delta i elevrådet og i den lokale 17. mai-komiteen i hjemkommunen. Da jeg var på utveksling i England bidro jeg til å etablere «student council» på skolen. Menneskers ve og vel engasjerer meg sterkt – og derfor valgte jeg også medisin. Det er en god blanding mellom å lære om humanbiologi og realfag, men også mennesket som helhet, som person og som samfunnsborger – for å si det på en litt cheesy måte.

Da hun på videregående forelsket seg i realfag, følte det naturlig for henne å utforske legestudiet. Selv om hun hadde interesse for disse fagene, var ikke dette det eneste som førte henne inn i medisinstudiet. Bak denne talentfulle

personen gjemmer det seg en dyster historie som heldigvis hadde en bra slutt. Oline forteller om en hendelse hun alltid vil bære med seg, og som også har vært helt avgjørende for hvorfor hun valgte medisinstudiet:

Da jeg var fem år ble jeg bitt av hoggorm hjemme på gården i Østfold. Jeg fikk tre bitt, og ble akutt svært dårlig. Jeg ble fløyet til sykehuset i Fredrikstad med helikopter, hvor jeg lå på intensivsen i 6 dager. Jeg fikk fasciotomi pga. hevelse i leggen, og som behandling fikk jeg tre doser med motgift og mye morfin mot sterke smerter. Til tross for at jeg nesten døde gjorde sykepleierne oppholdet mitt veldig trygt og jeg følte meg godt ivaretatt – såpass godt ivaretatt at jeg ville bli sykepleier da jeg kom hjem. Så sterkt knyttet ble jeg til de som tok vare på meg og familien min at en av sykepleierne mine deltok i konfirmasjonen min.

Historien om hoggorbittet til Oline har blitt omtalt i en rekke aviser som VG, Aftenbladet og mange lokale aviser samt Tidsskriftet for Den Norske Legeforening som presentert saken som en sjelden og alvorlig case. Bortsett fra opplevelsen av å være nær døden, forteller Oline at hun bare har hatt fine minner fra denne hendelsen. Det å vite at hun selv en gang var en intensivpasient som svevde mellom liv og død, har gitt henne motivasjon under studiet. Akutt- og intensivmedisin er fagområder hun blant annet finner spesielt spennende.

Hvordan er det å være leder for et så viktig studentorgan som MSU?

Det er utrolig givende – jeg har fått jobbe med både studieleidere, medstudenter og engasjerte undervisere om hvordan vi kan gjøre studiekvaliteten bedre. Jeg opplever at det nylig er en endring på gang i hvordan studieledelsen og undervisere forholder seg til studentene. Selvsagt – slike endringsprosesser tar tid, men jeg tror virkelig en utvikling er underveis: studenter sees mer på som potensielle partnere i utvikling av undervisning enn før.

Oline opplever at studentene tar større initiativ til å bedre sin egen studiehverdag i dag enn før. Likevel forteller hun at vi fortsatt har langt igjen å gå og at det er mye jobb som gjenstår. Likevel tror hun på at et godt samarbeid mellom studenter og studieledelse kommer til å gjøre studiekvaliteten bedre fordi begge perspektivene er nødvendig for å designe et godt studium:

Studieledelsen er eksperter på faget studentene skal lære, men studentene er eksperter på hvordan det er å være student! Sammen kan vi lage et studium som er faglig godt, men hvor studentene også trives og har overskudd til å gjøre mer enn å bare henge over bøker på lesesalen. For å få til dette tror jeg det også er viktig at studentene er bevisst på hva de forventer av sitt eget studiet – både i form av studiekvalitet, hvordan tilbakemeldingene våre blir lyttet til og hvordan vi blir inkludert i viktige prosesser som angår vår utdanning.

Her tror jeg også medisinstudentene ved UiO er mer tydelige på hva de ønsker og forventer fra fakultetet enn før. Hun forteller om nye prosjekter initiert av engasjerte undervisere som tydelige tegn på at en endringsprosess er på gang når det gjelder studiekvalitet. Også mer ufrivillige endringer i studiekvaliteten og undervisningen har blitt tvunget fram den siste tiden – siden nedstigningen i mars har studiehverdagen for mange studenter blitt svært annerledes. Det har skjedd mye omjusteringer i studieplanen, undervisningen har gått over til digitale løsninger, og alt fra eksamensformer, karaktersetting og undervisningsopplegg har blitt endret.

Hvordan tror du studentene blir berørt av denne pandemien, og hvordan opplever du den selv?

Det er tøft å måtte bli utsatt for store endringer i hverdagen slik studentene har måttet takle det siste året. Utfordringene vi har måttet møte, isolasjonen vi har måttet tåle og effekten av dette på våre prestasjoner som studenter må vi ta på alvor. For mange har det vært veldig tøft. Samtidig er jeg også en evig optimist, og velger å se på de positive effektene også – når endring blir tvunget fram, skyves det etablerte litt ut av balanse. At ting kommer ut av balanse gjør at man må finne nye løsninger, enten folk vil eller ei. Det kan godt hende de nye løsningene også løser problemer som har eksistert i flere år. For eksempel: Forelesninger er en passiv undervisningsmetode med varierende kvalitet som studentene har ønsket en endring på i flere år. Forelesninger på zoom er enda mer passivt enn forelesninger i auditorier, og mange forelesere har nå innsett at de må ta grep og bruke aktiviserende verktøy som kahoot, menti og gruppediskusjoner. Jeg håper at fokuset på å bruke studentaktiviserende undervisningsformer overlever pandemien og zoom, og gjør den generelle undervisningskvaliteten framover bedre enn før pandemien. Spesielt utsatt er de som starter på medisinstudiet som verken har fått anledningen til å møte sine medstudenter eller bli kjent med dem. Ved oppstart av medisinstudiet er man gjerne stolt, motivert, forventningsfull og litt nysgjerrig på studentlivet, men i en slik tid blir ikke denne dynamikken helt det samme.

For å holde motivasjonen oppe er det viktig med litt tips og triks fra eldre studenter, og Oline har et klart budskap til disse studentene:

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

For det første: engasjer deg! Finn et miljø og mennesker du trives med, da blir hele studiet en lek og de beste årene i livet ditt. Dette er selvsagt utfordrende når du ikke får møte dine medstudenter fysisk, men grip alle mulighetene du får. For det andre: Jeg tror at som fersk medisinstudent er det lett å føle at man blir overveldet av mye pensum og en følelse av å ikke helt vite hvor man skal lese for å lære det nødvendige. Prøv å finne ut: hvordan lærer du best? Hvilke studieteknikk fungerer for deg? Youtube kan gi deg mye kunnskap om studieteknikk, og jeg tror investeringen er verdt det. Husk at pedagogikk faktisk er et fag og noe som forskes på, og som medisinstudent tror jeg det er nyttig å være kresen på hvilke metoder du bruker for å tilegne deg nødvendig kunnskap – tiden er tross alt knapp, og pensumet stort.

Hva er noe du har fått mye bruk for gjennom studietiden?

Å stille spørsmål har gitt meg mye: Hvorfor lærer vi akkurat dette? Hva er poenget med denne forelesningen? Bruker jeg tiden min på en god måte? Er jeg fornøyd med hvordan jeg har det som student? Ved å prøve og finne svar, har jeg blitt mer sikker på at de valgene jeg har tatt har vært riktig – eller helt feil, men da har jeg forsøkt å finne en løsning jeg trives bedre med.

Avslutningsvis ønsker hun å understreke at vi studenter har en nøkkelrolle når det kommer til utforming av studie, og at vi må bruke vår stemme for å få frem våre meninger:

Medisin er et gammelt fag, og det er lett å akseptere at «slik har det alltid vært, så slik må det gjøres» - dette tror jeg er en farlig tankegang. Det er alltid andre måter å løse ting på. Å prøve nye ting kan virke risikabelt, men sannsynligheten for at du oppnår noe positivt er stor – så gi det iallfall et forsøk!



MOHAMMAD ARHAM SHEIKH

Mohammed Arham Sheikh er 24 år og studerer medisin ved Universitet i Oslo. Han er intervjuet som et profilansikt i Æsculap først og fremst på grunn av hans engasjement for et bedre læringsmiljø blant studenter. Som en 3. års medisinstudent har han, i tillegg til studiene, tatt på seg arbeidet med å veilede studentene gjennom studiet på sin Youtube – kanal og som student underviser. I Youtube – kanalen, ArhaMedic, blogger han om livet som medisinstudent i Norge, i tillegg til andre verdifulle temaer som evidensbasert studieteknikker og produktivitet. Han jobber også som prosecutor minor i UiO og studentunderviser i SUM.

For Arham har medisinfaget vært hans største lidenskap siden barndommen. Det at han som barn hadde «Doctor» som passord i PCen sin og hans evinnelige ønske var å hjelpe andre mennesker, gjenspeiler hvor viktig denne legedrømmen har vært for han! Han mener også at valget om å bli lege har vært litt kulturbetinget, i den forstand at det er naturlig å velge medisin i det miljøet og kulturen han er oppvokst i. Selv om han opprinnelig er født og oppvokst i Pakistan, har han gjennom hardt arbeid og stor egeninnsats klart å skinne som en talentfull medisinstudent og en Youtube-kjendis i Norge. Derfor ønsker Æsculap å stille han noen nyttige spørsmål:

FUNFACTS!

Ditt favorittord på latin?

Er det i det hele tatt lov å bruke ordet «favoritt» og «latin» i samme setning?

Hva er det mest ubrukelige talentet du har?

Jeg kan sovne hvor som helst, når som helst! (sovna til og med en gang da jeg kjørte bil i Pakistan)

Hvilken kroppsdel har du ingenting imot å miste?

Hår – har allerede mistet.

Hvis du får bestemme en ting her i verden, hva hadde du bestemt?

Fordeling av makt og penger!

Ditt favorittorgan?

Hjernen! Den er fascinerende!

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

Ikke bruk for mye tid på å skrive notater! Dette høres sikkert kontroversielt ut, men jeg var en av dem som lagde utdypende notater for hvert tema, noe som tok enormt mye tid. Ifølge forskning er det å skrive masse notater IKKE den mest optimale måten å lese på! Jeg skulle ønsket at jeg visste om de to mest effektive studieteknikkene, nemlig aktiv uthenting og fordelt repetisjon, og heller brukt mer tid på disse i stedet for å skrive en haug med notater.

Hva er noe du har fått mye bruk for gjennom studietiden?

YouTube! Ikke bare for å lære, men det har også vært gøy å se andre medisinstudenter i andre land blogge om hvordan opplegget deres er!



LIS1

RANNVEIG STOKKE

Tekst: Laila Gamst

Bilde: Øystein Sira



Universitet: **Semmelweis University, Budapest**

Sykehustjeneste: **Sykehuset Telemark HF**

Distriktstjeneste: **Fra september 2021**

Hvorfor valgte du LIS1 der du gjorde?

Da jeg søkte LIS1 søkte jeg til sykehus hvor jeg selv fra tidligere hadde opplevd stort læringsutbytte gjennom tidligere jobb og praksis, og fikk tilbud ved Sykehuset i Telemark. Her får man mye ansvar innenfor trygge og gode rammer, stort pasienttrykk og erfaring over flere fagfelt. Samtidig har jeg, Bergenseren, på tross av at det strider mot patrioten i meg, flyttet østover fordi jeg har funnet kjærligheten på en gård i de sørøstlige skoger. Folk proklamerer ofte med klima, men dersom jeg skulle vært klimaflyktning burde jeg nok flyttet tilbake til solbrenn Bergen.

Hva er du fornøyd med?

For å oppsummere en lang liste – LIS1 kollegaene mine som jo må være Norges fineste gjeng, som gjør hver dag til en fest, og såklart øvrige kolleger. Nå har jeg kun hatt kirurgisk klinikk, men for å trekke frem noe må det være hvordan en kan konferere «alle» dersom en ser dette nødvendig, som igjen gjør at det føles trygt å være ny i en travel hverdag. Jeg vil også trekke frem sykepleierne som vi samarbeider med – for en gjeng med kunnskapsrike og flotte folk!

Hva er du ikke fornøyd med?

Overtid. Har pratet med kolleger på andre sykehus, og det er dette det munner ut i. Man skulle nesten tro at det er lagt opp til overtidsarbeid, noe som er frustrerende, dumt og unødvendig. Synes også det er helt morskt forkastelig at en som LIS-1 ved STHF (Sykehuset Telemark helseforetak, red.anm) ikke har helligdagstillegg i vår lokale B-delsavtale.

Hva har gjort inntrykk så langt?

Alt gir vel sine inntrykk i starten. Her går spekteret fra taknemlige til sinte pasienter, skjebner en gjerne skulle kunne endre, dugnadsånden som stadig pågår jmfør koronapandemien, når ting får lystigere utfall enn først antatt, og så videre. Hverdagen går jo opp og ned på jobb, og det er toppene og bunnene jeg husker best. Hadde en nattevaktshelg som var så travel at jeg brukte 2 hele arbeidsdager etterpå for å skrive meg ferdig. Den helgen kommer nok til å følge meg en stund fremover – og for å strø salt i såret var det helgen man stilte klokken en time tilbake så jeg stod til og med ubetalt 1 time.

Hva er din beste erfaring som LIS1?

Rent egoistisk? Å reponere en distal radius som grunnet god reponering går konservativt Eller når plastikkirurgen sier jeg er flink å sy. Generelt sett er det vel å stadig føle at man har valgt riktig yrke, og at tryggheten mot egen kunnskap kommer med erfaringen en opparbeider seg. Må igjen trekke frem fantastiske kolleger – spesielt min LIS-1-gjeng. En blir jo som en liten skrøpelig familie som stadig vokser seg tryggere på sykehuset og på det medisinske felt.

Har du gjort noen feil som andre kan lære av?

Alle gjør feil! Har ikke gått på de store blemmene enda, men småfeil som å glemme å samstemme medisiner eller nulle antitrombotika preoperativt skjer «støtt og stadig». Foreløpig har det vært innen tid til å korrigere for min del, og tipset er vel å opparbeide seg gode rutiner som en følger selv når det er travelt på jobb.

Hvordan er arbeidsmiljøet der du er?

Fantastisk. En møter jo «Sinte-Siri», «Dumme-Donald», «Kjeppehøy-Kjetil», «Idiot-Ida» og «Jegharmererfaringendeg-Jens» på alle arbeidsplasser, men en får lære å elske alle på sitt vis.

Hvordan er livet utenfor jobb?

Utover samboeren min, katten og kolleger er det redusert til et par venner og familie. Lite som skjer, men «heldigvis» gjelder det alle, så jeg føler ikke jeg går glipp av så mye. En skitur her og en middag der. Det begrenses også av sene kvelder og tidlige morgener på jobb, men akkurat i 2020/21 tror jeg ikke forskjellen er så stor for meg kontra alle andre.

Hvilke egenskaper tenker du er viktig i kommunehelsetjenesten?

Ydmykhet mot egen kunnskap, trygghet på egen kunnskap, åpenhet, gode samarbeidsevner, god kommunikasjon med alle instanser en må kommunisere med og et muntert vesen.

Hvor mye jobber du hver uke?

Vi går ca. annenhver uke i mottak, og annenhver uke på preoperativ eller på post. Preop./post-ukene er vanlige arbeidsuker med 37,5 timer dagarbeid. Mottaksukene varierer veldig, men snittet legger seg på 37,5. Sper en på med overtid har jeg ingen oversikt, men kortsvaret er vel altfor mye.

Tips til andre som skal starte på LIS1?

Du kan mer enn du tror. Kan du faktisk mindre enn du tror, har du en veileder som kan hjelpe deg å tette hull som leker. Bruk kollegaene dine for det de er verdt – en har ulik erfaring, men sammen blir det dynamitt. Lær deg navnet på dem du jobber med – det er mye hyggeligere for alle. Spør om du lurer. Ikke dokumenter ting du ikke har undersøkt. Stol på egne funn fremfor tidligere journalføring. En soldat hviler når hen kan – lær deg å sove på nattevakt dersom mulig, en blir vekket om det er nødvendig.

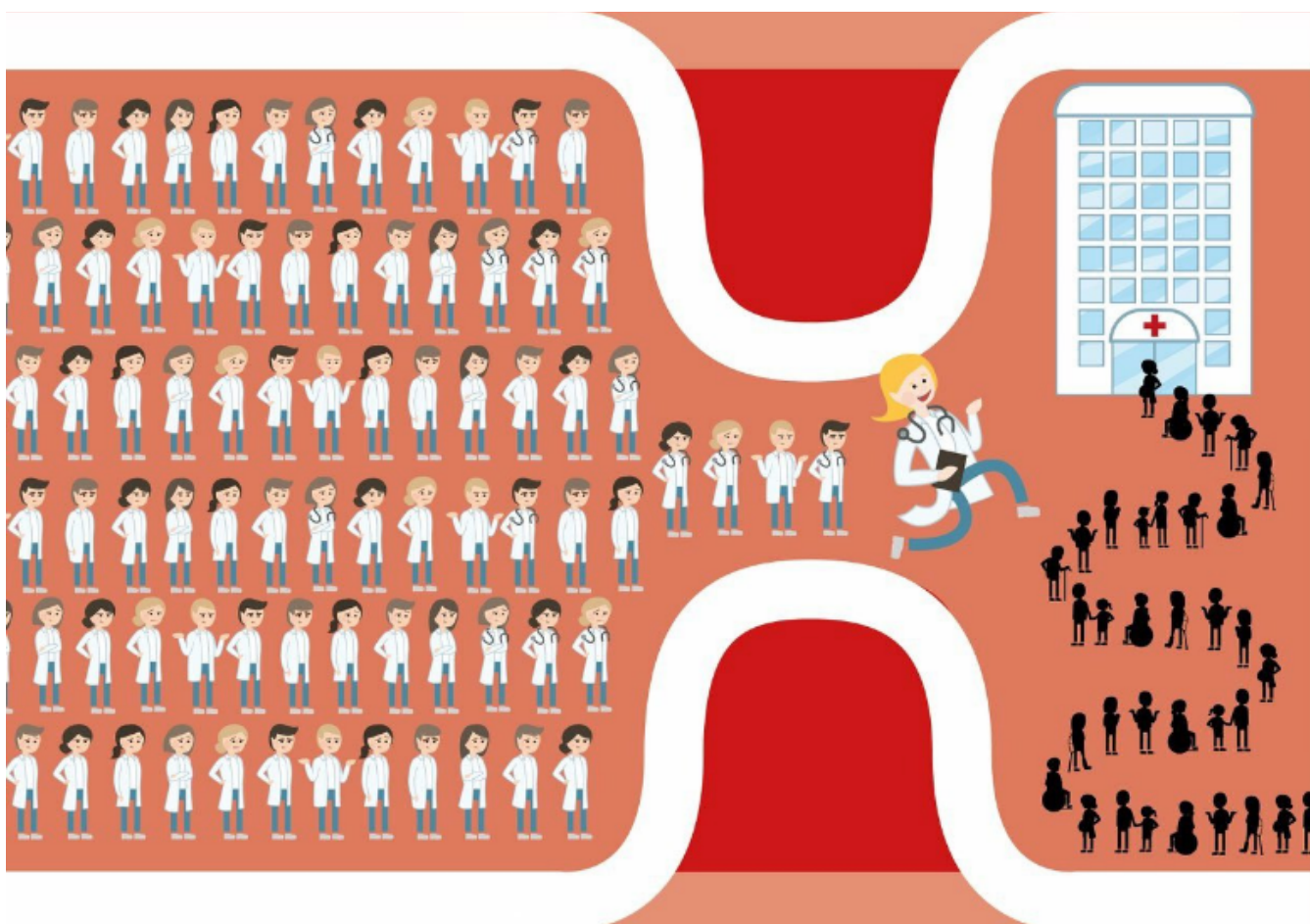
Hva skal du gjøre etter LIS1?

Det kan tenkes at det er en kirurgspire i meg, men det viser seg jo at med gode kolleger og interessante arbeidsdager så liker jeg «alt». Fortsetter det slik på medisinsk klinikk og i kommunehelsetjenesten også, vil jeg stå igjen i villrede etter endt LIS-1. Ganske sikker på at psykiatri og geriatri ikke er «noe for meg», men jeg tør ikke vedde en eneste krone på det. Hadde jeg fått dette spørsmålet for 6 måneder siden, ville jeg svart gynekologi, noe som enda er svært aktuelt.

LIS1 – HVEM FÅR JOBB?

Tekst: Lene Dæhlin, Nasjonalt Arbeidslivsansvarlig – Nmf 2021

Illustrasjon: Norsk medisinstudentforening



«LIS1-undersøkelsen fra 2020 viste at kun 10% av de som fikk LIS1 ikke hadde jobbet som medisinstudent med lisens.»

Etter omleggingen fra trekningsbasert til søknadsbasert turnusordning, nå kalt LIS1, har sykehusene og kommunene tatt over ansvaret for utvelgelsen av sine LIS1-kandidater. Dette har ført til en del lokale forskjeller i hvordan søkerne velges ut til stillingene – og stor konkurranse blant søkerne for å være den best kvalifiserte.

En av Nmfs viktigste oppgaver gjennom året er derfor å følge med på hvordan ansettelsesprosessene til LIS1 fungerer. Som en del av dette arbeidet sender Nmfs Arbeidslivskomiteé annet hvert år ut LIS1-undersøkelsen til de som er nylig uteksaminert. Denne undersøkelsen har som mål å kartlegge hvordan nyutdannede leger opplever ansettelsesprosessene – og gir oss en oversikt over hvordan de ulike sykehusene skiller seg fra hverandre.

Sentrale områder som kartlegges i undersøkelsen er hvordan selve ansettelsesprosessen oppleves, hvilken erfaring søkerne har før ansettelse, om de som ansettes har noen tilknytning til sykehuset fra tidligere og hva de som ikke får LIS1 gjør i ventetiden til neste søknadsrunde. Resultatene fra denne undersøkelsen danner derfor et viktig grunnlag for Nmfs arbeid med oppfølging av ansettelsesprosessene til LIS1. Dette gir oss også muligheten til å gi sykehusene konkrete tilbakemeldinger om hvordan deres ansettelsesprosess oppleves av søkerne.

Vi har de senere årene sett at konkurransen om LIS1-stillingene har blitt stor – og i takt med dette har også kravene for ansettelse i LIS1-stilling økt. Spesielt arbeidserfaring som medisinstudent med lisens eller som legevikar synes å nærmest ha blitt et krav for ansettelse som LIS1. Dette fører til at flere og flere medisinstudenter jobber ved siden av studiet for å opparbeide seg arbeidserfaringer som kan kvalifisere til en LIS1-stilling. LIS1-undersøkelsen fra 2020 viste at kun 10% av de som fikk LIS1 ikke hadde jobbet som medisinstudent med lisens. De aller fleste hadde hatt jobb med lisens i 2-6 måneder – altså tilsvarende ett eller to sommervikariater. Nesten alle som søkte LIS1 hadde en eller annen form for erfaring med pasientrettet arbeid – eksempelvis som pleieassistent.

De aller fleste som svarte på undersøkelsen vår i fjor var generelt fornøyd med ansettelsesprosessen. Hos de som meldte om kritikkverdige forhold var det spesielt ett punkt

som skilte seg ut – nemlig uanmeldte telefonintervju. Blant de søkerne som ikke fikk LIS1 var det en høyere andel som meldte om kritikkverdige forhold ved ansettelsesprosessen. Blant annet gikk en del av tilbakemeldingene på at søkere med familiære bånd eller annen tilknytning til sykehuset fikk stilling, tross dårligere kvalifikasjoner.

«LIS1 er en flaskehals for nyutdannede leger som skal starte sitt spesialiseringsløp.»

Når det gjelder de som fikk LIS1 hadde flesteparten noe forbindelse til sykehuset fra tidligere – enten via jobb, hospitering eller praksisperioder underveis i studiet. Det kommer likevel frem at det er lønnet arbeid ved det gitte sykehuset som har mest å si for ansettelse. Det er i den forbindelse også verdt å nevne at mange av de som ble ansatt som LIS1 ikke hadde noen tilknytning til sykehuset fra tidligere. Kun 20% av de som fikk LIS1 opplevde at bekjentskap til personer som jobbet på sykehuset hadde noen innvirkning på ansettelsen.

Så hva gjør de som ikke får LIS1-stilling? Vår undersøkelse viser at flesteparten av de som ikke fikk LIS1, jobber som legevikar eller LIS1-vikar. Dette gjør at de stiller sterkere ved neste søknadsrunde. Trenden de siste årene har vist at de aller fleste blir ansatt i en LIS1-stilling i løpet av inntil 3 søknadsrunder – så lenge de har relevant arbeid i ventetiden.

Det er likevel fortsatt slik at LIS1 er en flaskehals for nyutdannede leger som skal starte sitt spesialiseringsløp. I 2020 kunne vi juble over at regjeringen bevilget midler til 100 nye LIS1-stillinger. I tillegg til 38 nye stillinger i Helse Nord vil dette innen utgangen av 2022 gi oss 138 flere LIS1-stillinger årlig. Dette er en stor seier for både Legeforeningen og Nmf, som har jobbet hardt for dette i mange år – men det mangler fortsatt 62 stillinger før vi har nådd målet!

Frem til vi har fått et tilstrekkelig antall LIS1-stillinger vil Nmf derfor fortsette å følge ansettelsesprosessene – slik at de nyutdannede legene i alle fall vurderes på samme grunnlag når de søker LIS1.

ecura

Sommerjobb i Norge

Ecura Care tilbyr oppdrag over hele Norge, hovedsakelig på sykehjem og i hjemmetjeneste. Kombiner verdifull og relevant erfaring med flotte opplevelser - tjen i tillegg gode penger!

Vi tilbyr blant annet:

- Gode betingelser
- Fri reise og bolig
- En egen kontaktperson som tar seg alt det praktiske rundt ditt opphold
- Mulighet for flere til å reise sammen
- Gratis kurs fra helsekursportalen.no

Register deg på:

ecuracare.no

Ecura Care | +47 22 41 17 02 | vikar@ecura.no | www.ecuracare.no

SPELISTEN

ALLMENNLEGEN

Tekst: Aurora Høystad Stavem

Bilde: Kristoffer Myhre



Kaveh Rashidi er allmennlege, forfatter og foredragsholder. Han jobber for tiden som assisterende bydelsoverlege i Oslo kommune, fastlege og lektor ved Universitetet i Oslo. Mellom slagene prøver han å finne tid til alt mulig annet.

Hva går spesialiteten ut på?

Det er en veldig bred spesialitet, og også en spesialitet med stor valgfrihet med tanke på hva man ønsker å fokusere på og hvordan man ønsker å jobbe. For meg har det vært mye kvinnehelse og psykiatri i begynnelsen, da jeg valgte å ta et år av spesialiteten på psykiatrisk sykehus og deretter jobbe på helsestasjon i et år. Nå har jeg gått mer over i samfunnsmedisinsk arbeid som bydelsoverlege.

Hvordan foregår spesialistutdanningen?

Akkurat dette synes jeg faktisk er litt komplisert, for ordningen har endret seg flere ganger de siste årene. Kort fortalt er det en "sjekklister" av ting man må gjennomføre. Forskjellige kurs, veiledning, gruppearbeid, stillingstyper med mer.

Hva vekket interessen din for faget?

Jeg synes det er vanskelig å snevre seg inn, egentlig, og derfor fungerte allmennpraksis godt for meg. I tillegg har jeg veldig mange baller i lufta og andre ting jeg ønsker å prioritere. Alt fra familietid til å skrive bøker og drive formidlingsarbeid, da er det enklere å være fastlege og selvstendig næringsdrivende. Man får snekret sin egen hverdag i større grad, opplever jeg, enn på sykehus.

Hvordan ser en vanlig arbeidsdag ut for deg?

Dagene er så ulike, så dette er veldig vanskelig å svare på. Jeg er både fastlege, bydelsoverlege, aktiv forfatter, podkaster og jobber mye med formidling via et management. Så hva skal man si, det er telefon, mail og ikke minst masse pasienter.

Hva er de viktigste egenskapene for en allmennlege?

Tja, jeg tror vi er en veldig bred gruppe. Opplever at spesialister i allmennmedisin er en veldig heterogen gruppe.

Hvordan er arbeidsmiljøet?

Det spørs hvor man jobber. Jeg må innrømme at jeg har hatt arbeidsplasser med kolleger der kjemien virkelig ikke har stemt. Men det er snakk om såpass små arbeidsplasser, oftest på fastlegekontor. Da får man gjerne vidt forskjellige miljø, avhengig av lokale forhold. Der jeg har hjemmel på Lovisenberg Legesenter har vi det veldig koselig, sett bort fra pandemien som gjør at vi ikke kan være i samme rom...

Hvilke utfordringer møter man som allmennlege?

Den største utfordringen må være mangelen på sosial sikkerhet. Som selvstendig næringsdrivende er vi vår egen arbeidsgiver, og blir vi syke kan det være problematisk. Noen ganger skulle jeg ønske at jeg bare fikk en lønsslipp med feriepenger, pensjonsrettigheter, sykepenger og alt det andre som inngår i en ansettelse.

Hvilke utfordringer ser du for spesialiteten i fremtiden?

Jeg tror den største utfordringen er om vi blir brukt som en slags administrativ "signatur/stempel"-maskin. Altså, vi er klinikere og skal jobbe med helsa til mennesker. Vi er ikke primært byråkrater, men noen ganger blir det vel mye av sistnevnte.

Noen tips til studenter som vurderer allmennmedisin?

Prøv deg frem! Ta et vikariat eller to på forskjellige legesentre og se om dette er noe for deg!

SPESIALISTEN

DEN TYPISKE NEVROLOGEN

Tekst: Merete Lan Olsen

Bilde: Privat



Lasse Pihlstrøm er en nevrolog og forsker ved Nevrologisk avdeling, Oslo Universitetssykehus (OUS). Han er født i 1980 og utdannet ved universitetet i Oslo, hvor han studerte medisin og litt filosofi, og var også i sin tid en skribent for Æsculap. På fritiden liker han musikk og friluftsliv, og er også fast skribent for Morgenbladet.

«Om jeg skulle bruke bred pensel her, ville jeg fremstille nevrologene som godhjertede og vennlige, grundige, ikke de mest utålmodige av leger, filosofisk anlagt og med interesse for kunst og kultur.»

For å ta det helt fra begynnelsen først, hvorfor ønsket du å bli lege?

Det er kanskje et litt forutsigbart og klisjépreget svar, men legeyrket kombinerer jo det teoretiske og vitenskapelige med det menneskelige og praktiske på en unik måte. Faren min var fastlege. Han forsøkte aldri aktivt å påvirke meg til å følge i sine fotspor, men jeg tror jeg fikk øye på hvor privilegerte leger egentlig er som både får komme tett på enkeltmennesker og samtidig fordype seg i tung teori.

Hvordan foregår spesialistutdanningen? / Hvordan blir man nevrolog og forsker?

Spesialiseringsløpet er jo nylig revidert, slik at det nå finnes både en ny og en gammel ordning. Etter den nye ordningen kan man søke seg til en LIS-stilling i nevrologi etter ett og et halvt år som LIS1 (tidligere turnus). Gjennom minst fem år som LIS3 skal man da oppnå de ulike læringsmålene for spesialiteten via arbeidserfaring, veiledning og kurs. Slik det har vært i gammel ordning, vil dette løpet foregå hovedsaklig i nevrologien, men med minst et halvt år på en nevrokirurgisk avdeling. Det finnes mange måter en sykehuselege kan bli involvert i forskning, men om man ønsker å vie en vesentlig del av yrkeslivet til vitenskap, er den naturlige starten ofte å søke seg mot en stilling der man kan ta en doktorgrad innen et felt man er interessert.

Hva går spesialiteten ut på?

Nevrologi er den spesialiteten som har ansvar for utredning og medisinsk behandling av sykdommer i hjerne og nervesystem, samt endel muskelsykdommer. Store diagnosegrupper innenfor nevrologien er epilepsi, hjerneslag, multippel sklerose, nevropatier, hodepine og nevrodegenerative sykdommer som Alzheimer, ALS og Parkinsons sykdom.

Når tok du din doktorgrad og når bestemte du deg for at du ville ta en PhD i tillegg?

Jeg begynte på doktorgrad etter omlag et år som LIS i nevrologi. Jeg brukte mer enn de normerte tre år på doktorgradsarbeidet, mye fordi jeg deler av tiden var ansatt ved universitetet og hadde smågruppeundervisning i nevrologi for legestudenter på Rikshospitalet. Det savner jeg! Jeg disputerte i 2015.

Hvilke fordeler er det ved å ta en PhD og når vil du anbefale medisinstudenter å ta en doktorgrad?

Doktorgraden skal være en forskerutdanning. Faget vår er bygget på vitenskap, og jeg tror den forskererfaringen en ph.d. gir, har stor overføringsverdi til senere klinisk arbeid, med behov for god kunnskapshåndtering og utvikling av faglig kritisk sans. Det er et privilegium å få konsentrere seg om en smalt tema over tid og bli en virkelig ekspert, og arbeidsdagen som forsker preges ofte av mye mer frihet og autonomi enn de fleste kliniske legejobber. Etter avlagt doktorgrad står flere muligheter åpne, enten det gjelder deltakelse i spennende enkeltprosjekter i sykehuset som forskningsaktiv lege, eller om man ønsker å virkelig satse videre på å søke prosjektmidler og etablere en egen forskningsgruppe.

Hvilke oppgaver har du i arbeidshverdagen? / Hvordan er en vanlig arbeidsdag?

Jeg deler tiden min mellom klinisk legejobb og forskningssarbeid nå. I mange år har jeg gått forvakt og deltatt i postarbeidet på Nevrologisk avdeling. Dette er en variert og fin arbeidshverdag der man som LIS typisk roterer til ulike oppgaver og team. Arbeidshverdagen minner nok mye om andre medisinske sykehus spesialiteter, men på Rikshospitalet har jeg fått jobbe mye med litt spesielle pasientgrupper - slik som pasienter med bevegelsesforstyrrelser som behandles med dyp hjernestimulering, eller slagpasienter som innlegges akutt for mekanisk trombektomi. I øyeblikket har jeg mest poliklinikk og ser pasienter som kommer til planlagte timeavtaler på sykehuset. Blant annet har jeg en spesialinteresse for Huntingtons sykdom og følger mange pasienter med denne arvelige sykdommen.

Hvordan er arbeidsmiljøet?

Jeg har vært heldig og har trivdes godt i nevrologi miljøet fra første stund. Men det er nok vanskelig å generalisere om arbeidsmiljøet i en hel spesialitet. Miljøet formes av menneskene på arbeidsplassen, der enkeltpersoner som kom-

«Blant mange aktuelle utfordringer vil jeg trekke frem en som kanskje kan være særlig frustrerende for studenter og ferske leger: Svært mange pasienter har symptomer som kan tolkes som nevrologiske, uten at det foreligger noen påvisbar sykdom i nervesystemet.»

mer og går, kan bety mye.

Hva vekket interessen din for faget? / Hvorfor valgte du å bli nevrolog?

Jeg har aldri vært i tvil om at hjernen er mitt favorittorgan. Trenger man egentlig å si mer?

Hvilke personlige egenskaper kjennetegner spesialistene? / Hva er de viktigste egenskapene for en nevrolog?

Leger elsker jo å karikere kolleger fra ulike spesialiteter og male frem stereotypier. Om jeg skulle bruke bred pensel her, ville jeg fremstille nevrologene som godhjertede og vennlige, grundige, ikke de mest utålmodige av leger, filosofisk anlagt og med interesse for kunst og kultur. Det er også mitt inntrykk at Nevrologimiljøet i Norge er over gjennomsnittet akademisk orientert.

De viktigste egenskaper for en nevrolog - utover det som gjelder for leger generelt - tror jeg må være evnen til systematikk og logisk resonnement. I dag er også nevrologi et akutfag, og man må trives med noen grad av stress og tidspress. For eksempel er dør-til-nål-tid et viktig kvalitetsmål ved hjerneslagbehandling - og for hvert sekund du fomler kan pasienten potensielt miste hjerneceller som kunne vært reddet.

Hva slags utfordringer møter man som nevrolog?

Blant mange aktuelle utfordringer vil jeg trekke frem en som kanskje kan være særlig frustrerende for studenter og ferske leger: Svært mange pasienter har symptomer som kan tolkes som nevrologiske, uten at det foreligger noen påvisbar sykdom i nervesystemet - slik som nummenhet, svimmelhet, svakhet eller uklare anfallsepisoder. Det gjelder å bruke godt klinisk skjønn til å grovsortere dette, og så støtte seg på supplerende undersøkelser for pasienter der man har reell mistanke om nevrologisk sykdom.

«De viktigste egenskaper for en nevrolog – utover det som gjelder for leger generelt – tror jeg må være evnen til systematikk og logisk resonnement. Dør-til-nål-tid et viktig kvalitetsmål ved hjerneslagbehandling - og for hvert sekund du fomler kan pasienten potensielt miste hjerneceller som kunne vært reddet.»

10 KORTE SPØRSMÅL

Leser daglig: Klassekampen på papir

Ser på: Black Mirror Sesong 1 var bra...

Hører på: Beatles, Nature podcast og NRK P2

Favorittbok: Kanskje «Doktor Faustus» av Thomas Mann

Favorittduppedit: Radio

Skulle bli som 10-åring: Produktutvikler for sportst-fiskeutstyr

Redd for: Klimaneglekt

Tror på: En grønnere verden

Fun Fact: Har blitt sitert av Erna Solberg

Hvordan vil spesialiteten utvikle seg i fremtiden? / Hvilke utfordringer ser du for fremtiden?

De fleste av oss som jobber i nevrologi i dag, tror på en sterk vekst for faget vårt i årene som kommer. Nye terapimuligheter forventes innenfor mange nevrologiske sykdommer. Det vil bli veldig spennende, men kan skape etiske utfordringer knyttet til utgifter og prioritering.

Vi ser i dag økende bevissthet omkring begrepet «hjerne-helse» og Regjeringen har lansert en egen «Hjerne-helsestrategi». En vesentlig forventet utfordring er at forekomsten av nevrodegenerative hjernesykdommer øker eksponentielt med økende levealder, slik som for bl.a. Alzheimers og Parkinsons sykdom. Om vi samtidig får en utvikling i retning av mer avansert og persontilpasset presisjonsmedisin for disse sykdommene, blir det behov for langt flere nevrologer i dette feltet og større ressurser til nevrologien.

Tips til studenter som vil ta spesialiseringen?

Ikke vær bekymret om du ikke får oversikten med en gang!



FRA POPULÆR VANE TIL HELSESKADELIG UVANE

En historie om tobakk og dens fremtid i Norge (og i Norsk medisinstudentforening)

Tekst: Evgenia Taranova, nasjonal Folkehelseansvarlig 2021

Illustrasjon: Privat

Advarsel: ikke for de som sovnet i historietimene :)

Historie:

Tobakkplanten (i slekten *Nicotiana*) har sitt fødested i Nord- og Sør-Amerika kultivert av den amerikanske urbefolkningen helt siden 5- 6 000 år før vår tidsregning (1). Planten var brukt i religiøse sammenhenger og som et all-kurerende middel, og hadde høy verdi da Kristoffer Columbus i 1492 ble introdusert for denne «gaven» på det nye kontinentet (2). Portugisiske og Spanske sjømenn bidro til å spre alle former for tobakk ut i verden og veksten av tobakkplanten i Europa kan dateres til begynnelsen av 1500-tallet (1). Rundt den tid, samtidig med at europeerne ble avhengige av dette som de mente hadde helbredende egenskaper, kan vi også markere starten på anti-tobakkbevegelsen og tobakk-epidemien (eller «tobakkfeberen») der sistnevnte har gjennom millioner av tapte liv bevist at tobakk er alt annet enn helsefremmende.

I tobakkens historie i Norge kan vi høre at for hundre år siden symboliserte sigarettene «...modernitet, framskritt og frihet,...» og at de tidligste røykerne i landet «...var de unge, urbane, velsituerte mannlige akademikerne - sosiale karakteristika som gjorde dem til effektive læringsmodeller.» (3) Med økt reklamering for denne nye populære vanen økte bruken av sigaretter til et toppunkt på 2,8 kg årlig for menn rundt 1970-årene og 1,8 kg årlig for kvinner rundt 1990. (4) Interessant er også de tallene som vi i dag oppfatter som paradoksale fakta: i 1954 røykte 75% mannlige og 45% kvinnelige leger daglig (3). Men tidlige medisinske studier om tobakk viste tydelig at denne nye vanen var en uvane, og siden da har vår kunnskap om tobakkens helseskadelige effekter økt til den grad at postulatet «røyking dreper» er velkjente sanne ord.

En rekke tiltak har bidratt til at 9% var tallet på daglige røykere i Norge i 2020 – en positiv og dalende utvikling da tallet var 12% to år før i 2018 (5). FHI peker på følgende statlige forbrukerbeskyttende tiltak som reklameforbud, helseadvarsler, merkningsplikt, hevet aldersgrense, «røykelov», avgiftsøkninger og informasjon (3). Blant de viktigste drivkreftene for reguleringer mot mindre tobakkbruk var retten til å unngå passiv røyking, hensikten til barn og unge, og selvsagt helsefordelene ved røykeslutt. (6) Utviklingsbildet for snus er dessverre motsatt: 13% av begge kjønn i alderen 16-74 snuste daglig i 2020. (7)

Veien til dagens røykesituasjon har vært lang, og inkluderer både flere skritt frem så vel som tilbake. Fra FHIs «Historiske oversikt over tobakk i Norge 1619 – 2019» finner vi en rekke milepæler (3). I 1915 innføres den første avgiften på tobakkvarer. 1964 er gjennomslagsåret for en sterkt øyevekkende amerikanske medisinske rapporten som bekrefter kausaliteten mellom røyking og hjerte-, kar- og lungesykdommer. Samme året blir kampen mot skadene av tobakk sterkt trappet opp hos en rekke organisasjon-

er, blant annet Landsforeningen mot Kreft, Den Norske Lægeforening og Norges Røde Kors. Men året etter, 1965, grunnet Norges nye medlemskap i EFTA, begynner velkjente merker som Marlboro, Camel og Kent å konkurrere med det norske tobakkmarkedet og prisene på sigaretter i Norge presses ned. I tillegg startet en økt markedsføring av norsk tobakk, særlig rettet mot kvinner med et budskap om at «røyking = selvstendighet og frihet».

Et kort historisk tilbakeblikk:

1975 blir derimot et dårlig år for tobakkindustrien da tobakksloven (vedtatt i 1973) forbyr å fortsette den langvarige uavhengige reklameringen for tobakk.

I 1981 blir Regjeringen oppfordret fra Den Norske Lægeforening til å arbeide for et røykfritt Norge innen 2000 (spoiler: det har vi i 2021 fortsatt ikke lykkes med). Dette året begynner også tobakksavgiften å få helsepolitiske argumenter, ikke bare økonomiske begrunnelsene.

1988 er det store året da «Røykeloven» (en del av tobakksskadeloven), som skal beskytte mot passiv røyking i transport og offentligheten, trer i kraft (8).

Rundt 1995 begynner andelen av mannlige snusbrukere å vokse, mens tilsvarende bilde sees for kvinner først etter 2007 (9).

I 1996 øker aldersgrensen for kjøp av tobakk fra 16 til 18 år. (6)

I 2003 er Norge det første landet som ratifiserer WHO's rammekonvensjon om forebygging av tobakkskader (trer i kraft i 2005). Dette året begynner man også å finne nikotinholdige tyggegummi og plaster i hyllene i dagligvarebutikkene, og verden blir kjent med den første e-sigaretten.

I 2004 vil man ikke lenger møte på den tette sigarettluften i kafeer og puber.

I 2006 får vi de positive resultatene av innføringen av «Røykeloven»: «økt trivsel, bedre selvopplevd helse, bedre luftkvalitet, ...» (3)

2010 er året vi slutter å se synlige tobakkvarer i butikkene og finner de nå i egne tobakkautomater.

I 2017 mister tobakksvarene sine individuelle markedsførende design og får nå et standardisert utseende.

2020 er året da verden snus på hodet med COVID-19 pandemi, partiene diskuterer tax-free salget av tobakk og alkohol (spoiler: ingenting endres), og vedtar et statsbudsjett for 2021 der avgift på snus er redusert med hele 25% (10) (spoiler: et skritt tilbake for folkehelsen).

Konsekvenser:

I dag er vi godt kjent med de helseskadelige konsekvensene av tobakksbruk og bidraget til ikke-smittsomme sykdommer, som utgjør den største sykdomsbyrde i Norge, med iskemisk hjertesykdom og lungekreft i spissen i 2019 (11). Tobakksbruk regnes både som den primære årsaken til flest tapte friske leveår (DALY) og død i slike høyinntekt-land som Norge. (12)

Samfunnskonsekvenser av tobakkbruken er også betydelige. Røyking anses som en av hovedårsakene til sosial ulikhet i helse i de fleste vestlige landene, der i blant Norge (13). Et interessant aspekt i sammenhengen mellom røyking og sosial ulikhet er den omvendte historiske utvikling i brukere: sigaretter gikk fra å være en trend blant menn med lang utdanning og middels eller høy inntekt, til utbredt bruk av menn i alle samfunnsklasser og kvinner (13), til en nå varig overrepresentasjon av innbyggere med kort utdanning (14). En nedgang i andel røykere vil ha en stor samfunnsgevinst beregnet til 2-3 milliarder kroner per prosent reduksjon. (15)

Vårt arbeid:

Kreftforeningens folkehelseoppdrag med støtte fra hele «Folkehelse-Norge» (16) til Regjeringen fra 17. desember beskriver godt at statsbudsjettet med den drastiske reduksjonen i avgift for snus (samt fjerning for sukker og sjokolade) er et paradoksal skritt i feil retning for folkehelse. (17) I en tid hvor nettopp folkehelse har vist seg å være det

viktigste for samfunnet og den globale verden, og avgiftspolitikken er blant det fremste virkemiddelet i forebygging og bedring av folkehelse, er denne bestemmelsen i statsbudsjettet særs oppsiktsvekkende.

I Nmfs politiske måldokument finner du vår mening om at totalforbud ikke er veien å gå men tobakksalg bør begrenses til spesialbutikker. En slik reduksjon i tilgangen på tobakk, sammen med økte avgifter på tobakkvarer, mediekampanjer og grundig hjelp til å slutte er vist å være effektiv i reduksjon av tobakkbruk i andre land som ligger foran Norge i det tobakksforebyggende arbeidet. (12)

Disse to overnevnte forholdene ligger til grunn for Nmfs Folkehelsekomité sitt ønske om arbeid innenfor ikke-smittsomme sykdommer med fokus på reduksjon av tobakksbruk. Vi skal markere Verdens Kreftdag, 4. februar, med ambisjoner om et opplysningskappende samarbeid med Kreftforeningen, kampanje på sosiale medier av typen one-man demonstration og medieutspill.

Litteraturliste

- | | | | |
|-----|---|---|------|
| [1] | https://snl.no/tobakk | https://www.fhi.no/nettpub/tobakkinnorge/bruk-av-tobakk/utbredelse-av-snusbruk-i-norge/ | [9] |
| [2] | https://www.swedish.org/classes-and-resources/smoking-cessation/history-of-tobacco-use-in-america | https://www.nettavisen.no/okonomi/avgiftskutt-for-snus-sukker-ol-og-vin/s/12-95-342405568 | [10] |
| [3] | https://www.fhi.no/nettpub/tobakkinnorge/tobakk-i-historien/historisk-oversikt-over-tobakk-i-norge-1619-2018/ | https://vizhub.healthdata.org/gbd-compare/ | [11] |
| [4] | https://tidsskriftet.no/2009/09/aktuelt/tobakksforbruket-hos-kvinner-og-menn-1927-2007 | https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/hod/dokumenter-20fha/enfremtidutentobakk_nasjonalstrategi.pdf | [12] |
| [5] | https://www.ssb.no/statbank/table/05307/tableViewLayout1/ | https://www.fhi.no/nettpub/tobakkinnorge/bruk-av-tobakk/royking-og-sosial-ulikhet/ | [13] |
| [6] | https://www.helsebiblioteket.no/psykisk-helse/rus-og-avhengighet/aktuelt/mange-sma-skritt-gjorde-norge-nesten-roykfritt | https://tidsskriftet.no/2005/03/originalartikkel/royking-og-sosial-ulikhet-i-norge#reference-6 | [14] |
| [7] | https://www.ssb.no/statbank/table/07692/tableViewLayout1/ | https://kreftforeningen.no/content/uploads/2020/02/Kreftforeningens-innspill-til-statsbudsjettet-2021.pdf | [15] |
| [8] | https://www.abcnyheter.no/helse-og-livsstil/helse/2019/05/19/195572238/15-ar-med-roykeloven-vi-bor-ikke-forby-royking | https://www.aftenposten.no/norge/politikk/i/eKzpGR/hele-folkehelse-norge-i-strupen-paa-erna-solberg | [16] |
| | | https://kreftforeningen.no/aktuelt/folkehelseoppdrag-til-regjeringen/ | [17] |





STATUS PRESENS

SAMTYKKELOVEN

Tekst: Håvard Søndena

Illustrasjon: Cathrine Finnema

Dette skoleåret har flere medisinstudenter kastet seg ut i debatten for å innføre en samtykkelov - en lov som juridisk anerkjenner sex uten samtykke som voldtekt. Her er en kjapp innføring for deg som lurere på fortiden, nåtiden og fremtiden rundt medisinstudenters arbeid for en samtykkelov.

«1 av 5 jenter og 1 av 14 gutter har opplevd seksuelle overgrep før fylte 18 år»

Kort og godt - hvorfor en samtykkelov?

Forekomsten av seksuelle overgrep er høy, og en holdningsendring må til for å få bukt på den. Eksempelvis har 1 av 5 jenter og 1 av 14 gutter har opplevd seksuelle overgrep før fylte 18 år (1). Seksuelle overgrep er altså et folkehelseproblem, og vi som helsepersonell har et ansvar for å bekjempe dette. Sammen med andre tiltak, er tanken at en samtykkelov vil forebygge overgrep ved å bidra til holdningsendringen som må til.

Tidligere:

På Nmf sitt landsmøte 2020 vedtok vi to viktige ting i kampen mot seksuelle overgrep: at "seksuell vold må anerkjennes som et folkehelseproblem" og at "sex uten samtykke må inngå i definisjonen av voldtekt i straffeloven". Sistnevnte er det som populært blir kalt en samtykkelov. Kort tid etter sluttet alle lokallagene i MSO seg opp om det samme. Nå har vi en bred front i medisinstudentmiljøet for innføringen av samtykkelov.

Storbritannia, Tyskland, Kroatia, Island, Sverige og Danmark er eksempler på land som har innført en samtykkelov (2). Danmark gjorde det allerede i høst, i mens Sverige innførte det i 2018. Samme år fremmet partiet SV et forslag på Stortinget om å innføre samtykkeloven her i Norge. Det ble nedstemt - 38 stemmer for, og 52 stemmer mot (3)- og innføringen av loven har dessverre ligget på is siden da.

Aktuelt:

For at det skal være vits å fremme samtykkelovforslaget på nytt i Stortinget, må enten et parti skifte mening om saken, eller så må vi vente og se hvordan Stortinget ser ut etter valget nå til høsten. Med andre ord, det kan hende at vi er et stortingsvalg unna å ha en egen, norsk samtykkelov.

Partier

For: Rødt, SV, AP, MDG, Venstre, KrF

Mot: SP, Høyre og FrP

Ungdomspartier

For: RU, SU, AUF, Grønn Ungdom, KrFU

Mot: Unge Høyre

Nøytral: Senterungdommen og FpU

Tre av de største partiene i Norge er de som er mot innføringen av samtykkeloven. Fremmes forslaget i dag ville det fått 42 stemmer for og 48 stemmer mot. Dette skyldes at Venstre i etterkant av første avstemming har byttet side (4). For at et nytt lovforslag skal gå igjennom etter neste valg er man avhengig av at partiene som stemmer for loven har nok representanter på Stortinget. Det er også spennende å se om noen partier snur i sitt standpunkt, og da særlig Senterungdommen og FpU som kan ha innflytelse på politikken til deres moderpartier.

Men hva er det medisinstudenter har gjort så langt i kampen for innføring av en norsk samtykkelov?

- MSO Tromsø fikk oppslag i Nrk både på nett og på radio
- Nmf og MSO har hatt webinar om voldtekt og samtykkeloven "Voldtekt i Norge: En folkehelsekrise?"
- Leder i MSO Tromsø deltok i juspodkasten "Juss&jåss"
- Nmf'ere har hatt videokronikk hos Nrk P3, innlegg i Dagens medisin og nå to Æsculap-innlegg
- Vi har lansert underskriftskampanjen www.medisinerforsamtykke.no for leger og medisinstudenter for samtykkelov som over 700 medisinerere har signert!

Videre plan:

Hva er vårt arbeid fremover og hvordan kan du engasjere deg?

- Signér underskriftskampanjen vår! På samme måte som ungdomspartier kan påvirke sine voksenpartier, kan vi også påvirke Den Norske Legeforening. Det er viktig at fagfolk også bidrar i debatten, som igjen kan bidra til at partier vedtar politikk.
- Vi jobber for at Legeforeningen på sitt landsmøte i mai også skal anerkjenne seksuell vold som et folkehelseproblem og at sex uten samtykke må inngå i definisjonen av voldtekt i straffeloven.
- Bli med i gruppa “Ja til samtykkelov” på Facebook! Der deles det artikler og innlegg om samtykkeloven
- Undervis i MSO og forebygg overgrep på grasrotnivå!
- Slå ned på kommentarer og holdninger som undergraver samtykkes viktighet og dytter ansvar vekk fra de som begår overgrep til de som blir utsatt for de
- Hev stemmen din og bli med i debatten!
- Bli med i 8. mars-tog! I alle de norske studiebyene for medisin skal det være en parole som lyder “Ja til samtykkelov - All sex skal være frivillig!”, sammen med Amnesty og Seksualpolitisk Nettverk for Ungdom. I tillegg markerer vi kvinnedagen nasjonalt med et felles Facebook-arrangement på tvers av studiebyer. Følg med på Nmfs sider for mer info!

PS. I tillegg er det et tverrorganisasjonelt prosjekt for samtykkelov som lanseres 8.mars, med blant annet Amnesty og Seksualpolitisk Nettverk for Ungdom i spissens. Vi får se hvordan medisinstudentorganisasjonene forholder seg til det. Stay tuned!

«På Nmf sitt landsmøte 2020 vedtok vi to viktige ting i kampen mot seksuelle overgrep: at “seksuell vold må anerkjennes som et folkehelseproblem” og at “sex uten samtykke må inngå i definisjonen av voldtekt i straffeloven”.»

Litteraturliste

- | | | | |
|-----|---|---|-----|
| [1] | https://www.fhi.no/nettpub/hin/skader/vold/ | https://www.stortinget.no/no/Saker-og-publikasjoner/Saker/Sak/?p=70651 | [3] |
| [2] | https://www.amnesty.org/en/latest/campaigns/2020/12/consent-based-rape-laws-in-europe/ | https://www.venstre.no/artikkel/2020/10/31/uttalelse-ja-til-samtykkelov-2/ | [4] |

RETTFERDIGHET I PANDEMITIDER

Tekst: Merete Lan Olsen

Illustrasjon: WHO RITAG, African region

I løpet av høsten og vinteren 2020-2021 har internasjonalt ansvarlig (2020) Merete Lan Olsen, folkehelse- og menneskerettighetsansvarlig (2020) Sara Eriksen og Hanna Dahl Vonen, organisert global helse webinar om forskjellige, aktuelle temaer. Vi har vært innom, lært mer og diskutert flyktningers og papirløses helse, leger sitt arbeid mot atomvåpen, sammenhengen mellom klima og helse, samtykkeloven og COVID-19 vaksinefordeling globalt. Til det sistnevnte webinarer inviterte vi statssekretær for utenriksdepartementet, Aksel Jakobsen, samt Ole Frithjof Norheim, lege, professor og leder for Bergen Centre for Ethics and Priority Setting (BCEPS). I webinarer utredet de mer om hvordan Norge har arbeidet med vaksinen nasjonalt og internasjonalt i tillegg til hva som er en etisk riktig fordeling av vaksinen mellom rike og fattige land.

Statssekretær Aksel Jakobsen: historien bak den norske innsatsen

I januar i fjor var lederen av CEPI, Richard Hatchett, i et møte i utenriksdepartementet for å diskutere den globale helsesituasjonen. CEPI er den globale koalisjonen for forebygging av epidemier og pandemier og Richard hadde altså møtt opp for å informere om COVID-19 situasjonen. Det ble et veldig spesielt møte. Han advarte mot det nye viruset, og basert på smittsomheten og dødeligheten til COVID-19, trakk Richard sammenligninger til spanskesyken. Etter møtet ble det tatt kontakt med statsministerens kontor hvor utenriksdepartementet anbefalte statsministeren å ta et møte med CEPI lederen så fort som mulig. Neste dag satt både Aksel Jakobsen og Richard på statsministerens kontor for å diskutere videre strategi sammen med Erna Solberg. Dette markerte på mange måter starten på den internasjonale innsatsen for å bekjempe pandemien som fremdeles pågår i dag. Nå, ett år senere, så vet vi mye mer om pandemien hvor over 110 millioner er smittet og mer enn 2.45 millioner mennesker har mistet livet.

Mange nordmenn er hardt rammet av pandemien, men for de verdens fattigste, er ytterligere 150 millioner skjøvet ut i ekstrem fattigdom. For første gang på mer enn 30 år er dette økende. Antall som lever i sult, er doblet på grunn av pandemien. Millioner av jobber er forsvunnet og mange barn vil aldri komme tilbake til skolebenken. I land uten fungerende sosiale sikkerhetsnett som vi har i Norge, har konsekvensene som nedstengning og lavere økonomisk aktivitet vært svært ødeleggende. For mange har dette vært mer destruktivt enn de direkte helsemessige konsekvensene.

«Ingen er trygge før alle er trygge»

Pandemien har også skapt store konsekvenser for menneskerettighetssituasjonen globalt. FN regner med at det blir arrangert mer enn 7 millioner flere barneekteskap på grunn av COVID-19, dette i sammenheng med at familier har mistet inntekt og dermed gifter bort sine barn til rike familier. Kvinners rettigheter og likestilling blir satt tilbake og minoriteters rettigheter innskrenkes. Sentrale demokratiske rettigheter, som ytringsfrihet, forsamlingsfrihet og bevegelsesfrihet, blir redusert og begrenset. Dette på grunn av at udemokratiske ledere har brukt pandemien til å få enda mer makt og kontroll.

Samtidig har det blitt utviklet hurtigtester og vaksiner i et tempo som verden aldri har sett tidligere. Dette kunne ta 8-10 år, men nå har vi allerede flere godkjente effektive vaksiner. Vi har altså en vei ut av krisen gjennom en "exit" strategi som vi vet fungerer.

Vaksinasjonalisme

Et av de største hindrene for å lykkes mot å bekjempe pandemien er vaksinasjonalisme, eller manglende evne til å fordele vaksiner på en god måte. Ved at nasjonene prøver å overgå hverandre i kampen for å få tak i vaksinen, fører dette til et umoralsk kappløp som vil forlenge pandemien, i tillegg til flere dødsfall og å forsinke gjenoppbyggingen. Veien ut av krisen krever mer og ikke mindre internasjonal solidaritet. Vi må sikre at alle land får tilgang til vaksiner, medisiner og testutstyr til å bekjempe pandemien. Ikke bare fordi det er av egeninteresse for alle nasjoner, for det er det, men også fordi ingen er trygge før alle er trygge. Dette fordi jo flere som blir smittet, desto større er faren for nye mutasjoner, i tillegg til at det også blir økonomisk lønnsomt å investere i rettferdig fordeling av vaksinen. For eksempel er det gjort beregninger på at vi får mer enn 5x tilbake for hver krone som vi investerer i pandemien.

Gjennom ACT- A (The Access to COVID-19 Tools (ACT) Accelerator) samarbeidet, har Norge gitt 4.5 milliarder kroner i tillegg til over 2 milliarder kroner for å unngå sosioøkonomiske konsekvensene av pandemien i fattige land. ACT - A arbeider med og bidrar til å utvikle hurtigtester og forskjellige vaksine kandidater. Vaksinedelen av ACT - A, som kalles COVAX, har så langt sikret avtaler til 2 milliarder vaksiner. Vaksinasjonen vil starte i lavinntektsland i løpet av februar. Likevel, så er ACT-A sitt finansieringsbehov per nå rundt 27 milliarder dollar i løpet av 2021. Det er mye penger, men lite i sammenliknet med å bekjempe de økonomiske konsekvensene av pandemien. En av de største utfordringene for å klare å finansiere vaksinealliansen er at verdens største økonomi, USA, under president Trump, satt seg på sidelinjen. Landet var i ferd med å forlate WHO, men heldigvis ser det ut til at den nye Biden administrasjonen vil igjen slutte seg til COVAX og WHO.

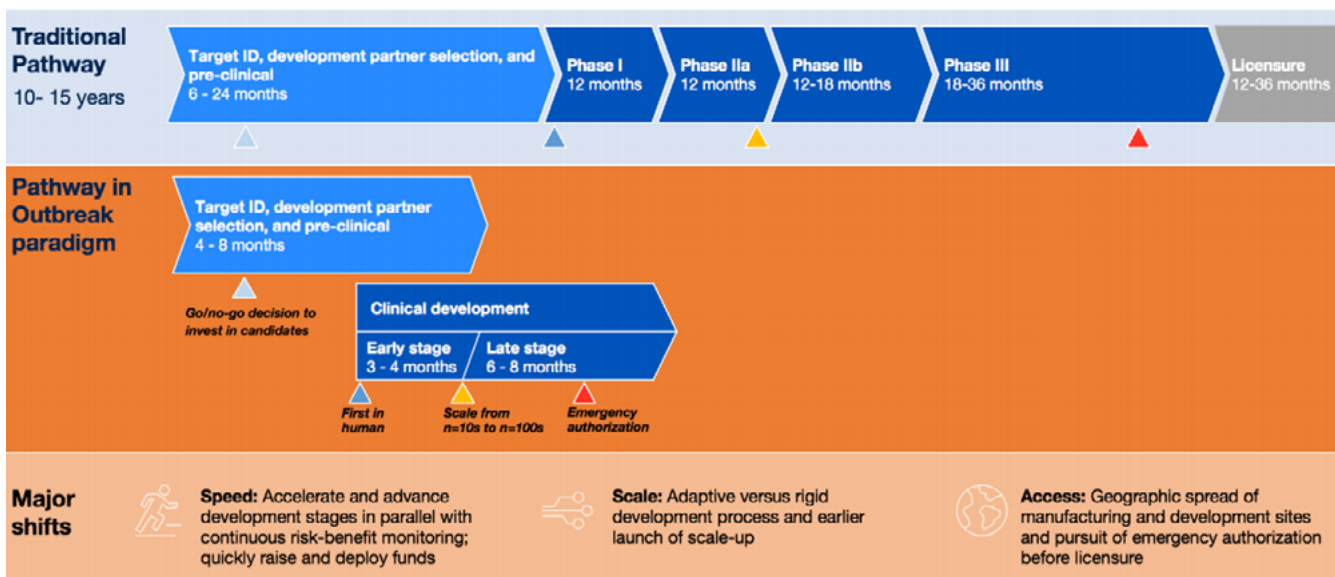
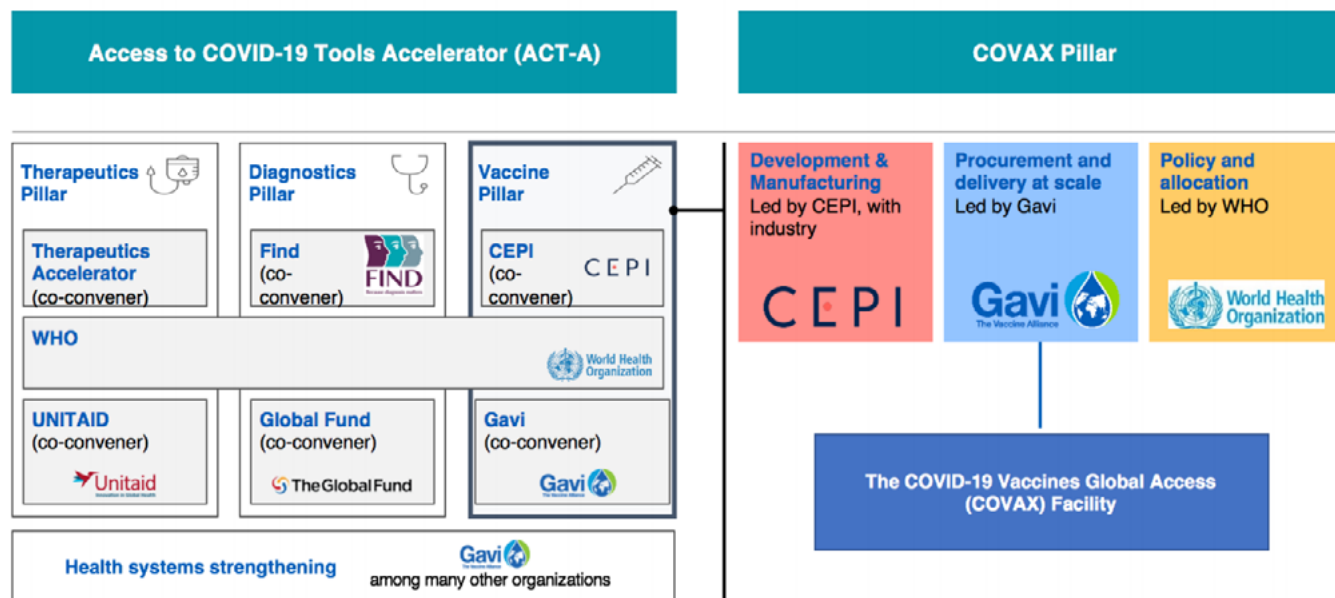


FIGURE 6: The COVAX pillar: Accelerating fair and equitable access to vaccines at scale



Kilde: WHO RITAG, African region

Ole Frithjof Norheim: Etikken bak hvorfor vi må ha en global fordeling av vaksiner

COVID-19 forsterker ulikheter i helse. For eksempel i USA er det vist at det er høyere dødelighet blant afroamerikanere enn andre etniske grupper. Dette kan kanskje forklares med at de statistisk sett har mer underliggende sykdom og bor trangere, noe som henger sammen med dårlige økonomiske vilkår. Så det store, spennende og optimistiske spørsmålet er om vaksinen kan redusere ulikhet? Det enkle svaret er ja for dersom vi får bukt med pandemien, så kan de sosioøkonomiske ulikhetene bli redusert.

«Ytterligere 150 millioner mennesker er skjovet ut i ekstrem fattigdom på grunn av COVID-19»

Det er ikke nok vaksiner til alle i 2021. Allerede før pandemien bidro Gro Harlem Brundtland i en rapport om pandemiberedskap hvor det ble advart om at det ikke var nok produksjonskapasitet dersom vi ble utsatt for en pandemi, altså at man ikke var i stand til å produsere vaksiner fort nok. Det har vi sett et tydelig resultat på nå. Derfor har vi måtte innføre prioritering som for eksempel alder når vi utgir vaksiner i land som Norge. Internasjonalt, så har COVAX mekanismen en veldig sentralt rolle i hvilke land skal få tilgang til vaksinen først, hvor mye skal de få og hvordan dette skal fordeles.

I den etiske diskusjonen av global rettferdighet er det er to store hovedposisjoner med i debatten:

1. Verdensborger - argumentet (Cosmopolitanism) - et mer idealistisk perspektiv

Dette er for eksempel Bill Gates sin visjon: "All lives have equal value", uavhengig av hvilke land du er født i. I en modelleringsstudie kalt "How vaccine distribution matters", ble det simulert hva vil skje dersom de 50 rikeste landene hamster vaksinen og vil få de første 3 milliarder dosene sammenliknet med å fordele det gjennom COVAX. Resultatet viste at fordelingen gjennom COVAX vil redde dobbelt så mange liv sammenliknet med hamstring. Vi oppnår derfor mer gjennom en rettferdig mekanisme.

2. Statsgrense - argumentet (Statism) - et mer realistisk perspektiv

Statsgrenser har etisk betydning gjennom at statsledere må sikre sine innbyggere vaksinen. En ekstrem variant er "America First" gjennom president Trump. En mildere variant, som Ole Frithjof Norheim anerkjenner, er at statsledere kan legitimt jobbe for at nasjoner får nok vaksiner til sine innbyggere. Norge har også en dobbel posisjon, som er ganske akseptabelt, ved at vi sikrer nok vaksiner til oss selv, men deltar i rettferdig global fordeling gjennom COVAX mekanismen til fattige land.

Hva vil det egentlig si å fordele vaksiner rettferdig? I publikasjoner "An ethical framework for global vaccine allocation", hvor fordelingen mellom helsearbeidere, mennesker med underliggende sykdom, gamle og unge ble diskutert, ble det foreslått å dele fordelingen opp i 3 faser:

Fase (1–3)	Målestokk	Rasjonale
1. Redusere prematur død	Global sykdomsbyrde (DALY) Standardisert leveårstabell	Minimere tapte leveår Alle dødsfall ved en gitt alder teller likt
2. Redusere økonomiske og sosiale effekter	Redusert GDP (e.g. India) Andel under fattigdomsgrensen	Minimere direkte og indirekte effekter på økonomien Justere for økt andel fattige
3. Tilbake til normalt liv	Transmisjonsrate	Prioritert til land med høyest transmisjonsrate

«Allerede før pandemien bidro Gro Harlem Brundtland i en rapport om pandemiberedskap hvor det ble advart om at det ikke var nok produksjonskapasitet dersom vi ble utsatt for en pandemi»

Gjennom denne prioriteringen, kan man identifisere dem med høyest risiko som vil ha best effekt av vaksinen. Alle dødsfall skal telle likt, det har ikke noe å si hvilke land man dør i. Implikasjonene vil da være at vaksiner vil bli fordelt til dem som har størst behov både helsemessige og økonomisk.

Til sammenlikning viser det seg at COVAX mekanismen, selv om det er for tidlig å evaluere, ikke er like vellykket. COVAX modellen tar til grunne i at man i første fase skal prioritere førstelinje helsearbeidere og voksne med høy risiko proporsjonalt med deres totale innbyggertall. I den første fasen vil hvert land ha nok vaksiner til å dekke 23% av populasjonen (3% til helsearbeidere, 20% til voksne med høy risiko). I andre fase vil landene motta doser som dekker mer enn 20% av populasjonen basert på landenes nød, sårbarhet og trussel for COVID-19. Til tross for at COVAX

har sikret seg mer en én milliard doser, så er det kun få vaksiner som er satt i COVAX-kvalifiserte land. Som Dr. Tedros, WHO generalsekretæren, uttalte, så er det et moralsk svik. For eksempel, så har land som Canada har hamstret og sikret seg 7x flere vaksiner enn innbyggere, men vil nå heldigvis gi vekk overskuddet og fordele det til fattigere land. Norge har også sikret seg vaksiner til 9 millioner innbyggere, men vil nå arbeide med å fordele overskuddet til fattige land.

Kort oppsummert vil man før neste pandemi ha et stort behov for å bedre internasjonale avtaler. "The Fair Priority Model" tar mer hensyn til variasjoner i behov og effekt, dermed vil man få en mer rettferdig og effektiv fordeling enn COVAX's proporsjonale prinsipp.

COVID-19 AND GENDER

How the pandemic is affecting the health of women and girls worldwide

Tekst:

Hanne Dahl Vonen (Representant til Nasjonalt Styre, Nmf Trondheim 2021)

Merete Lan Olsen (Redaktør for Æsculap)

**Denne teksten var først publisert i magasinet iFOKUS*

As the world is facing a global pandemic, we are starting to learn of the effects of COVID-19 on women's health beyond the virus itself. Vulnerable groups in society are especially at risk, including women and girls because of pre-existing unequal living conditions. The pandemic is now amplifying these inequalities, due to the lack of education and access to sexual and reproductive health, unpaid work and gender-based violence, representing a shadow pandemic (1). While the full scope of the effect the pandemic will have on the health of women and girls is not yet known, there is reason to believe that its consequences can potentially be excruciating if not addressed.

It is widely documented that disease outbreaks increase girls' and women's duties caring for family members. As of March 2020, UNESCO estimated that 89% of children were out of school, 111 million of these girls living in the world's least developed countries where obtaining an education is already posing a great challenge. Many of these will never return to school (2). Girls will thus be disproportionately affected by the secondary effects of the pandemic since their education is put on halt. Good quality education is the foundation of anyone's well-being and substantial evidence shows that education has a causal effect on health, measured through mortality (3,4). Due to the already pre-existing gender inequalities, the pandemic has

thus been forcing girls and women to take on the role as caregivers, depriving them of education and the opportunity to live longer healthier lives.

Worldwide women make up 70% of the health workforce and are in the frontlines in the global fight against COVID-19 (5). They are now faced with a double burden, namely longer shifts at work accompanied by increased responsibility and caretaking at home. Also, it has been found that most masks provided at hospitals are in "default man" size, leaving female workers especially exposed (6). The risk of COVID-19 infection and the load of work will therefore represent a severe strain on their mental and physical health, leading to a series of harmful health consequences including suffering from PTSD and burnout (7,8).

Gender equality is an indispensable part of achieving the UN Sustainable Development Goals (9) and recognizing the gender-based challenges our society is facing will not only improve the long-standing inequalities for women and girls but also develop a more equal and resilient world for every single one of us.

Litteraturliste

- | | | | |
|-----|---|---|-----|
| [1] | https://www.unwomen.org/en/news/stories/2020/5/press-release-the-shadow-pandemic-of-violence-against-women-during-covid-19 | https://www.who.int/hrh/resources/gender_equity-health_workforce_analysis/en/ | [5] |
| [2] | https://en.unesco.org/news/covid-19-school-closures-around-world-will-hit-girls-hardest | https://www.unwomen.org/en/digital-library/publications/2020/04/policy-brief-the-impact-of-covid-19-on-women | [6] |
| [3] | http://www.oecd.org/education/innovation-education/37425753.pdf | https://www.health.harvard.edu/press_releases/how-stress-harms-your-physical-and-psychological-health | [7] |
| [4] | https://en.unesco.org/themes/education-health-and-well-being | https://www.nytimes.com/2020/05/16/health/coronavirus-ptsd-medical-workers.html | [8] |
| | | https://sustainabledevelopment.un.org/sdg5 | [9] |





Edvard Munch

Døden i sykeværelset, 1893

Tempera og fettstift på lerret

Nasjonalmuseet

INNSIKT FRA UTLAND

TEKST: AFONSO FERNANDES,
UNIVERSIDADE DO MINHO (PORTUGAL)

I **Æsculaps spalte** Innsikt fra Utland deler en student som studerer utenfor Norge sine tanker rundt forskjellige tema.

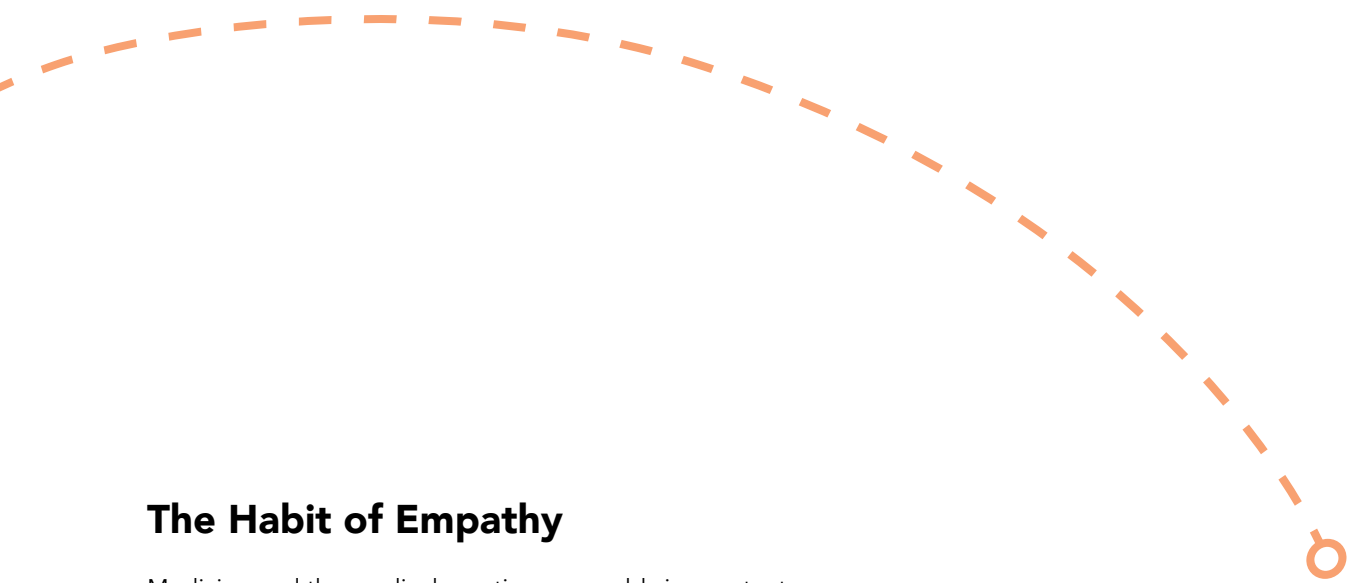
The Habit of Empathy

Medicine and the medical practice are worlds in constant change. The virtual pile of meaningful knowledge increases steadily every day, and, from time to time, to everyone's disbelief, pandemics emerge, changing the way we behave and interact. In times of uncertainty, we turn our attention to the immutable aspects of our practice: trust and empathy.

To anyone familiar with the teaching of clinical communication, the word empathy rings multiple and loud bells. Empathy is the ever-present, the ever-subjective, and the ever-central element of the patient-physician relationship. However, this hyper-valuable skill is as difficult to practice as it is difficult to teach. While it seems intuitive to set up a plan to become a better pianist or a better chess player, it is unknown if there ever was an "easy 10-step guide" to become more empathic.

By defining empathy as "the ability to share someone else's feelings or experiences by imagining what it would be like to be in that person's situation," the Cambridge Dictionary shows us what empathy really is: a conscious effort. Also, it suggests that we cannot trust our default way of acting to become more empathic. Instead, the habit of empathy requires self-discipline, deliberate practice, a great amount of self-analysis, and honest feedback: an approach that does not differ substantially from the practice routines used to develop more tangible or technical skills.

This approach converts every interpersonal interaction into a moment for empathy practicing, leaving medical students and healthcare professionals with plenty of opportunities to



«The habit of empathy requires self-discipline, deliberate practice, a great amount of self-analysis and honest feedback: an approach that does not differ substantially from the practice routines used to develop more tangible or technical skills.»

practice this complex "skill." While the adage "Practice like you play" strongly supports the former method, empathy practicing is not limited to interpersonal interaction. Art can also be a great tool to train the "ability to share someone else's feelings" while providing a more forgiving environment than the clinic. To feel the angst of the protagonist in Knut Hamsun's *Hunger*, to share the moment before execution with the rebel in Goya's *The Third of May 1808*, or to step into a life full of regret with Dr. Isak Borg in *Wild Strawberries* (1957) can also contribute to our understanding of other people's individual struggles.

May we build the habit of empathy in our relationships and interactions inside as well as outside the clinic. The times that we are living in underline the need for this constant attention to others, particularly the most vulnerable; only by viscerally connect with the patients' feelings and experiences can we access one of the most valuable privileges of medical practice: to live a life dedicated to helping others and, thereby, to help ourselves.

INNSIKT FRA UTLAND



TEKST: PABLO CARBONERO LECHUGA
(FACULTAD DE MEDICINA DE VALLADOLID, SPANIA)

I Æsculaps spalte Innsikt fra Utland deler en student som studerer utenfor Norge sine tanker rundt forskjellige tema.



The Weekly Visit

The weekly visit to her is heartwarming and relentless at the same time. I always find her waiting for me on the other side of the room, mask on, eyes shining. She has been self-isolating herself since the outbreak in March. Summer was an oasis for her, surrounded by her really well-cared garden, books, the countryside was too cold for her bones. Coming back to the city did mean not only disconnection from the nature she loves but also the return to a much more isolated life. A life where all her friends are afraid. She is also afraid.

And I was terrified when the outbreak hit the country.

I tried to protect her at all costs. I did her groceries during the lockdown months so she couldn't undergo any risk. She didn't leave the house for weeks until the so-called first wave was over and she moved to the countryside.

But she had changed.

Her strength, her character, her way of perceiving life and things. She neglected the garden for weeks; she was always angry. Our relationship (always stable, always flowery) got transformed into something very different. I couldn't deal with her. She couldn't deal with me, either. And we distanced ourselves, one from each other. She stopped being strong, either physically and emotionally.

One day, the last one of a pretty intense and odd summer, when the light was hitting the porch where we both were sitting, she confessed:

"These months have been years."

Suddenly I understood.

The strict confinement we underwent during spring was necessary. Dealing with those times was a challenge that the society overcame, sacrificing its spirit, getting reunited in balconies to, unknowingly, remind each other of the other's presence next door. That period, fluid in perception but livid in our memories, was traumatic to many.

She didn't have Netflix; she didn't text, she didn't know how to video call. Time was a hundred times heavier for her than for me. Time was a slab.

And I left the house the first day we were allowed to, and I had a disappointingly feeling of normality. Like yeah, it was hard, but it was not that bad.

But her experience was completely different.

I made a mistake overprotecting her during those long months. In my wish to protect her, I damaged her even more. In my purpose of keeping her alive, I took from her something beyond repair.

When the second wave started, and the cities and countries started to fall again into lockdowns, curfews, and restrictions, I tried to stay calm.

I suggested to her, right after she installed it back to her apartment in the city, to go for products she needed.

"Why don't you go to get some food?"

"I won't carry it back; you help me."

I limited the number of people I was meeting with. All my encounters were outdoors.

My purpose for this time was, simply, trying to give her back the life quality I unconsciously deprived her of.

We started going to groceries. We had an established tour around the stores she has always bought from. So one day, she was buying fruit, and the next one some milk, and the next one something she had a craving for. We carried things back to her place. One day she decided to go on her own.

"Are you sure you don't want me to go with you to help you?"

"I have carried pitchers full of milk since I was 5. I'll be fine."

And she was fine. Leaving the house to buy food wasn't something she particularly enjoyed, but it helped her stay connected to reality.

Three weeks ago, we started to go for walks along the river bank. In those walks we talk about how life has changed for us during these months, how we perceive the world now, where we would like to be.

She is not angry anymore. At least, not at me. Her mood has considerably improved, her muscles have strengthened, her breath is compassed with her steps. And even though she is grumpy every time she leaves the house and is cold outside, it takes a couple of minutes to look up to the sun and feel better.

My fear for the virus has not vanished. It is still there like a heavy blanket of truth. I'm not afraid of it, itself, but of its consequences. I'm behaving the best way I can, as we all are. And even with a mask, sanitizer, and distance in between, I can't stop trying to make her life a little lighter, feeling grateful for these moments with her—weird ones.

But sinful to destroy.

In the meantime, and for the moment, she will keep enjoying her walks and the sun.

And she would keep waiting for her beloved summer to arrive. So do I.

Minner fra pandemien

Bilder av: **Pablo Carbonero Lechuga**



*minner fra
pandemien*

FORSKNINGSNYTT

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

Tekst: Kamalpreet Kaur

Hyppighet av epileptiske anfall blant gravide og ikke-gravide kvinner

Behandling av kvinner med epilepsi under svangerskap kan være utfordrende. Det krever at man klarer å opprettholde kontroll over anfall hos mødrene, samtidig med de potensielle bivirkningene noen antiepileptika kan ha på fosteret. Epileptiske anfall kan være farlig for både mor og foster, blant annet på grunn av hypoksemi. Flere studier har rapportert en høyere dødelighet blant gravide kvinner med epilepsi sammenlignet med kvinner som ikke har epilepsi.

I desember 2020 ble det publisert en studie i The New England Journal of Medicine som gikk ut på å studere endringer i hyppighet av epileptiske anfall under graviditet [1]. Studien er en pågående, prospektiv observasjonsstudie og blir gjennomført ved 20 epilepsisentre i USA som har spesialfokus på behandling av kvinner med epilepsi. Det ble inkludert 351 gravide kvinner med epilepsi i studien, og en kontrollkohort med 109 ikke-gravide kvinner med epilepsi. Kvinnene var mellom 14 og 45 år gamle, og var like når det gjaldt demografiske egenskaper, anfallstyper og typer an-

tiepileptika som ble gitt.

Studien var spesielt interessert i å sammenligne hyppigheten av anfall i to spesifikke perioder: Epoke 1 inkluderte graviditetstiden og de første 6 ukene etter fødsel, og epoke 2 utgjorde de påfølgende 7,5 månedene etter epoke 1. Kontrollgruppen, som bestod av kvinner som ikke var gravide, hadde også en lignende oppfølging i løpet av en 18-måneders periode. Selv om alle anfallstyper ble undersøkt, ble anfall som svekket bevisstheten valgt som det primære utfallet.

Det viste seg at 23% av de gravide kvinnene og 25% av kontrollene opplevde at hyppigheten av anfall som svekket bevisstheten deres var høyere i epoke 1 enn i epoke 2. Dessuten viste det seg at fordelingen av økning i hyppighet av anfall i epoke 1 sammenlignet med epoke 2 var lik i de to gruppene. Forfatterne av artikkelen konkluderer derfor med at det ikke er noen meningsfull forskjell mellom gravide og ikke-gravide kvinner når det gjelder anfallsfrekvens i de to tidsperiodene.

Sammenhengen mellom medfødte misdannelser og risiko for kreft

Medfødte misdannelser, spesielt kromosomavvik, men også ikke-kromosomale avvik, sies å være en av de største risikofaktorene for kreft i barndommen. Dette kan tyde på at medfødte misdannelser og kreft hos barn kan ha en felles årsak – enten genetisk eller miljømessig, eller en kombinasjon av begge disse faktorene.

I desember 2020 ble det publisert en studie i The BMJ som undersøkte risikoen for kreft blant individer med medfødte misdannelser [2]. Dette var en stor, populasjonsbasert kasus-kontroll studie hvor nasjonale helseregistre i fire nordiske land – Danmark, Finland, Norge og Sverige, ble koblet sammen. Målet med studien var å identifisere sammenhengen mellom medfødte misdannelser og kreft, vurdere om risikoen for kreft endret seg med antall medfødte misdannelser, og avgjøre om assosiasjonene vedvarte til voksen alder. Studien inkluderte 62 295 pasienter med kreft som var født mellom 1967 til 2014. Denne gruppen ble sammenlignet med en kontrollkohort på 724

542 deltakere. Kontrollgruppen var lik den første gruppen med tanke på fødeland og fødselsår, og bestod av individer som aldri har fått en kreftdiagnose.

Totalt var 3,5% av individene med kreft, og 2,2% av kontrollene født med store, medfødte misdannelser. Mange av de medfødte misdannelsene ble assosiert med kreft i samme organsystem eller anatomiske sted som misdannelsen. Studien viste også at oddsen for kreft økte med antall defekter, og ble redusert med alder. Dette gjaldt både kromosomale og ikke-kromosomale avvik. Den totale kreftrisikoen var lavere blant voksne med kromosomavvik enn hos barn. Blant voksne var misdannelser slik som skjelettdysplasi, nervesystemdefekter, kromosomavvik, kjønnsorgandefekter og medfødte hjertefeil spesielt assosiert med høyere risiko for kreft.

Risiko for livmorhalskreft blant kvinner med HIV

Det er store geografiske forskjeller når det gjelder utbredelse av livmorhalskreft. Dette kan gjenspeile tilgjengelighet, dekning og kvalitet på

forebyggende strategier, og utbredelse av risikofaktorer slik som HIV og røyking. Det har vist seg at nesten ni av ti kvinner som dør av livmorhalskreft bor i lav- og mellominntektsland. Dessuten er livmorhalskreft den hyppigst oppdagede kreften blant kvinner som har HIV. Med fremvekst av antiretroviral terapi (ART) har AIDS-relatert dødelighet sunket betydelig. Som et resultat av dette har antallet voksne kvinner som lever med HIV økt, fra anslagsvis 3,3 millioner i 1990 til 18,8 millioner i 2018. Rundt 60% av disse kvinnene lever i Øst- og Sør-Afrika.

En studie som ble publisert i The Lancet i november 2020 hadde som mål å undersøke risikoen for livmorhalskreft blant kvinner som lever med HIV, og i tillegg estimere og kvantifisere den globale utbredelsen av livmorhalskreft forbundet med HIV [3]. Det ble gjort et systematisk litteratursøk og meta-analyse av fem databaser (PubMed, Embase, Global Health, Web og Science og Global Index Medicus) for å identifisere studier som allerede hadde analysert sammenhengen mellom HIV og livmorhalskreft. På grunnlag av dette ble risikoen for livmorhalskreft blant kvinner som lever med HIV

i Afrika, Asia, Europa og Nord-Amerika, estimert. Data fra totalt 17 land ble hentet, og dataene var fra studier gjort mellom 1981 og 2016. Samlet sett ble 236 127 kvinner med HIV inkludert i denne studien, og 2138 tilfeller av livmorhalskreft ble rapportert.

Studien konkluderte med at kvinner som lever med HIV har seks ganger høyere risiko for å utvikle livmorhalskreft i forhold til kvinner som ikke har HIV. I 2018 ble ca. 6% av kvinnene som lever med HIV globalt også diagnostisert med livmorhalskreft. Det er Sør- og Øst-Afrika som har den største andelen kvinner som både har HIV og livmorhalskreft med henholdsvis 64% og 27% av kvinner med livmorhalskreft som også har HIV i disse regionene. Ifølge studien ble det estimert at Malawi, Mosambik, Sør-Afrika, Tanzania, Uganda og Zimbabwe utgjorde de landene hvor omtrent halvparten av alle kvinnene som hadde HIV også utviklet livmorhalskreft i 2018. Derfor er HPV-vaksinasjon og screening for livmorhalskreft for kvinner som lever med HIV spesielt viktig i land i Sør- og Øst-Afrika.

VISION 2020: The Right to Sight

Synstap er et stort globalt helsep-

roblem, og det sies at opptil 80% av tilfellene er mulig å unngå med riktig og tidsnok behandling. VISION 2020: The Right to Sight er et felles, globalt initiativ for å eliminere denne typen blindhet og svaksynthet. Det er WHO og International Agency for the Prevention of Blindness som står bak dette initiativet. Det ble laget en global handlingsplan som fornyet idealer og strategier for WHO's medlemsstater, med mål om å forhindre synshemming og fremme rehabilitering av nedsatt syn i befolkningen. I en rapport fra 2015 ble det estimert at 36 millioner mennesker var blinde, 217 millioner hadde moderat og alvorlig nedsatt syn, 188 millioner hadde lett nedsatt syn, og at 667 millioner mennesker i alderen 50 år og oppover hadde synshemming på grunn av ukorrigert presbyopi. Disse estimatene la grunnlaget for WHO's «World report on vision» som ble publisert i 2019.

I forbindelse med VISION 2020: The Right to Sight, ble det i desember

2020 publisert en artikkel i The Lancet [4]. Artikkelen er basert på en systematisk gjennomgang og metaanalyse av populasjonsbaserte undersøkelser av øyesykdom fra januar 1980 til oktober 2018. Målet med studien var å gjøre oppdaterte estimater av den globale utbredelsen av blindhet, presentere estimatene for 2020, endringer over tre tiår (mellom 1990-2020) og prognoser for 2050.

Forfatterne av artikkelen konkluderer med at aldersjustert forekomst av blindhet har blitt redusert de siste tre tiårene, men at fremgangen ikke holder tritt med behovene på grunn av befolkningsvekst. Fordi mennesker generelt sett lever lenger, har verdens befolkning fortsatt å øke de siste årene. Mellom 2020 og 2050 forventes det at andelen individer i alderen 65 år eller eldre vil fordobles globalt sett. Det viser seg at omtrent 75% av den globale befolkningen som er blind, er 50 år eller eldre. Aldring av befolkningen vil ha kritiske konsekvenser på aldersrelaterte sykdommer, inkludert aldersrelatert synstap.

Derfor ser prognosen for 2050 dystert ut, og i artikkelen blir det estimert at forekomsten av blindhet vil være høyere i 2050 enn i 2020.

Et annet viktig funn som ble gjort i denne analysen gjaldt kjønnsforskjellen i utbredelse av synsforstyrrelser og blindhet. The Vision Loss Expert Group (VLEG) og andre kilder har tidligere notert en høyere forekomst av synshemming blant kvinner enn blant menn. Denne forskjellen er spesielt tydelig i lav- og mellominntektsland. Faktorene som bidrar til denne ulikheten er komplekse og kan tilskrives både biologiske og sosiale faktorer. Denne analysen observerte også at prevalensen av blindhet hos eldre voksne ble redusert med 25% hos kvinner og 33,2% hos menn mellom 1990 og 2020. Disse dataene bør gi grunnlag for å ønske å forstå årsakene til kjønnsforskjeller i utbredelse av blindhet og svaksynthet, slik at det kan iverksettes strategier for å eliminere denne ulikheten.

Litteraturliste

- | | | | |
|-----|---|---|-----|
| [1] | https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMoa2008663 | https://www.thelancet.com/journals/langlo/article/PIIS2214-109X(20)30459-9/fulltext | [3] |
| [2] | https://www.bmj.com/content/371/bmj.m4060 | https://www.thelancet.com/journals/langlo/article/PIIS2214-109X(20)30425-3/fulltext | [4] |

UTENOM PENSUM

Tekst: Silje M. Akselberg

Nyttårsforsetter Nye vaner

Vi har alle sett de; de legger ut bilder av løpeturen fra første januar, og melder seg på Facebook-events om ingen godteri og/eller snacks før påskeferien. Så ser vi de som klager i februar på alle pengene de har brukt på treningssenter og proteinpulver, eller at forsettene ennå ikke er satt i gang. Er det slik nyttårsforsetter skal være? Føler vi oss bedre av intens trening og sunt kosthold i en måned, mens vi resten av året lever som normalt? Jeg foreslår derfor å ikke ha nyttårsforsetter, men vaner. Innfør vaner for å få det bedre, ta vare på din psykiske helse, enten det er trening eller å kose med en søt hund. Velg noe som er midt imellom og som faktisk er mulig

å gjennomføre, ta heller små steg. Hva er så forskjellen på en vane og et nyttårsforsett? Hvordan gjøre et forsett til en vane?

En vane er noe du gjør ofte og jevnlig, noen ganger uten å vite at du gjør det [1]. Et nyttårsforsett er derimot bare et løfte du gir til deg selv om å gjøre noe, men det er ikke dermed sagt at du gjør akkurat det [2]. Ha små mål du skal fullføre, og skriv gjerne logg over vanene du utfører. Det finnes bullet journals og almanakker for dette, ellers så kan du enkelt bare notere på mobilen. Det er motiverende å krysse av for det du skal gjøre, enten det er å ta situps eller drikke fem glass vann.

Her er de vanene som har hjulpet meg, og som jeg har klart å holde hele året:

1. Gå ut minst en gang hver dag

Få dagslys, kjenn vinden mot ansiktet, pust inn og ut. Jeg har som vane å ta en lengre lunsjpause for å enten rusle en tur eller gjøre et ærend. Uansett om du skal ut for å luften hunden eller deg selv, så viser forskning at dette er viktig for både mental og fysisk helse [3]. Mennesket er i bunn og grunn jegere; det er ikke naturlig for oss å sitte inne hele dagen [4, 5]. Spesielt nå for tiden (nei jeg skal ikke si «koronatider») har mange hjemmekontor og sitter inne. Det trenger ikke være en joggetur eller et maraton, hvert skritt teller. Prøv også å la mobilen ligge, nyt heller naturen rundt deg.

2. Ha et mål for dagen

Det trenger ikke være at du skal på forelesning, det kan være alt fra å trene, lage seg en god middag, drive med en hobby. Legg vekk «flink pike»-syndromet og tenk at et mål kan være så mangt, noen dager er det lov å ha «å stå opp» som eneste mål. Kryss av for det du får til og tenk at hvert mål er et steg i riktig retning.

3. Skriv ned tanker og følelser

Det trenger ikke være i form av en dagbok, men det finnes mange bøker som kan hjelpe deg – Takknemlighetslogg, one question a day o.l. Om du så bare tegner et smilefjes så er det også noe. Jeg personlig skriver mye dikt, følelser kan beskrives på så mange måter og i mange ulike former. Du kan også ringe en god venn hvis det heller hjelper å snakke om ting, enn å skrive det ned.

4. Ikke sjekk sosiale media rett før du legger deg eller med en gang du står opp

Jeg sliter fremdeles med denne her, men jobber med å bli flinkere til å legge vekk mobilen. Vi har alle hørt om at lyset fra mobilen kan gjøre oss mer våkne og urolige, men samme effekt kan sosiale medier ha [6]. Man får ikke helt roen i seg og det er ikke den måten man vil avslutte eller starte dagen sin på. Hva kan du heller gjøre? Les en god bok, gjør meditasjonsøvelser, ta en kald dusj.

«En vane er noe du gjør ofte og jevnlig, noen ganger uten å vite at du gjør det. Et nyttårsforsett er derimot bare et løfte du gir til deg selv om å gjøre noe, men det er ikke dermed sagt at du gjør akkurat det.»

Dette er de små vanene jeg har innført og som hjelper meg i hverdagen. Jeg har fått inspirasjon fra andre kilder, men også testet ut hva som fungerer for meg [7]. Det er ikke sikkert de passer for akkurat deg, så se på dem som forslag eller en oppfordring til å gjøre noen små forandringer i livet ditt. Lykke til!



En god følgesvenn



Noen hjelpemidler for å holde på vanene mine, fra øverst til venstre: Q&A A day (Fra Amazon), Grateful journal (Fra Clas Ohlson), Lev ditt beste liv (Kristiane Aateigen/Snillegucci), Mitt beste år (Therese Lindgren).

Litteraturliste

- [1] Cambridge English Dictionary. HABIT: Meaning in the Cambridge English Dictionary. (n.d.). Hentet 23. Januar, 2021, fra <https://dictionary.cambridge.org/dictionary/english/habit>
- [2] Cambridge English Dictionary. RESOLUTION: Meaning in the Cambridge English Dictionary. (n.d.). Hentet 23. Januar, 2021, fra <https://dictionary.cambridge.org/dictionary/english/resolution>
- [3] Ekelund, Ulf (2019). Selv få og små skritt kan forlenge livet. Norges idrettshøgskole. Hentet 23. Januar, 2021, fra <https://forskning.no/norges-idrettshogskole-partner-trening/selv-fa-og-sma-skritt-kan-forlenge-livet/1369230>
- Wæhle, Espen. Jegere og sankere. Store norske leksikon på snl.no. Hentet 23. januar 2021 fra https://snl.no/jegere_og_sankere
- Helsedirektoratet (2019). Fem råd for økt livskvalitet og sterkere psykisk helse. Hentet 24. Januar, 2021, fra <https://www.helsenorge.no/psykisk-helse/fem-rad-for-sterkere-psykisk-helse/>
- Rådet for psykisk helse (2016). Psykisk helse og levevaner. Hentet 24. Januar 2021, fra <https://psykiskhelse.no/psykisk-helse-og-levovaner>
- Major, E. (2015). Hvordan påvirker levevaner vår psykiske helse? Forebygging.no. Hentet 24. Januar, 2021, fra <http://www.forebygging.no/Artikler/-2015/Hvordan-pavirker-levovaner-var-psykiske-helse/>



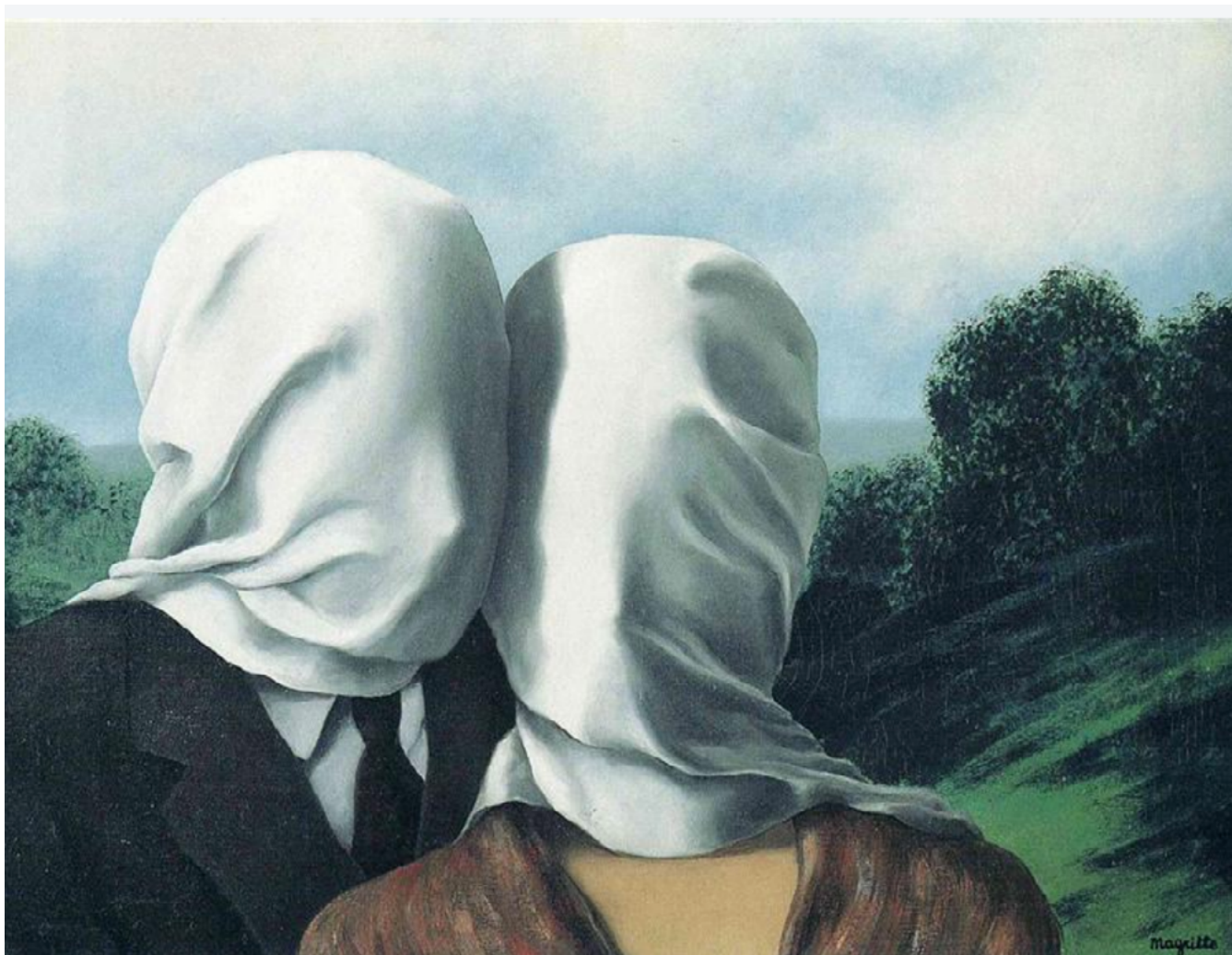
Illustrasjon: Elisabeth Tran

**Noen mennesker
maler livet ditt gult
andre sort
men husk at
penselen er din
og fargene
menneskene
de velger du jo**

Silje Martine Akselberg

I tjuetjue måtte vi lære å klemme med øynene

Silje Martine Akselberg



René Magritte
Les Amants, 1928
Olje på lerret
National Gallery of Australia

HISTORISK TILBAKEBLIKK

Når 50 nyutdannede leger i året er for mye

I dag utdannes ca. 1150 nordmenn til leger både i innland og utland. Tilbake i 1921 ble det uteksaminert 51 leger i året. Innsender, R.R. Jørgensen, mener dette er en sterk økning sammenlignet med de 33 legene som ble uteksaminert ti år tidligere til tross for mangel på leger. Samtidig økes ikke offentlige legestillinger tilsvarende og det utdannes derfor et overskudd på ca. 15-20 leger hvert år. Den årlige avgangen av leger, som på den tiden markeres med død, har således økt mellom 1918-1920. Forfatteren markerer dette med grunnlaget "spanskesyken?".

Samfunnsbildet for hundrede år siden og i dag er sammenlignbart mellom spanskesyken og COVID-19 pandemien. Debatten på den tiden og nå er heller ikke skrekkelig ulik, dog man i 2021 ville sett seg mer fornøyd med en økning i LIS1 stillinger enn en løsning hvor man reduserer antall medisinstudenter for å løse flaskehalsen.

Merete Lan Olsen

Overproduktion av læger?

Det har i længere tid hersket lægenød i vort land, — og avisene har til stadighed indeholdt artikler om dette, og om hvad der kunde gøres for at bøte paa den. Staten har oprettet stipendier for medicinske studenter, og baade offentlig og privat er de nye studenter blit tilskyndet at studere medicin.

Følgen har da ogsaa været, at tilgangen til det medicinske studium er øket, jevnt og raskt; ja i de sidste aar endog foruroligende raskt. Følgende tal som er meddelt fra det medicinske fakultets sekretariat illustrerer dette:

I	begyndte	nye studenter at studere medicin
I 1908	26	
I 1909	21	—»—
I 1910	41	—»—
I 1911	37	—»—
I 1912	55	—»—
I 1913	73	—»—
I 1914	72	—»—
I 1915	78	—»—
I 1916	71	—»—
I 1917	78	—»—
I 1918	94	—»—
I 1919	114	—»—
I 1920	ca. 110	—»—

I de samme aar var antallet av uteksaminerte læger, som følger:

I 1908	— 20	I 1915	— 25
I 1909	— 30	I 1916	— 38
I 1910	— 33	I 1917	— 26
I 1911	— 20	I 1918	— 40
I 1912	— 29	I 1919	— 22
I 1913	— 31	I 1920	— 51
I 1914	— 26		

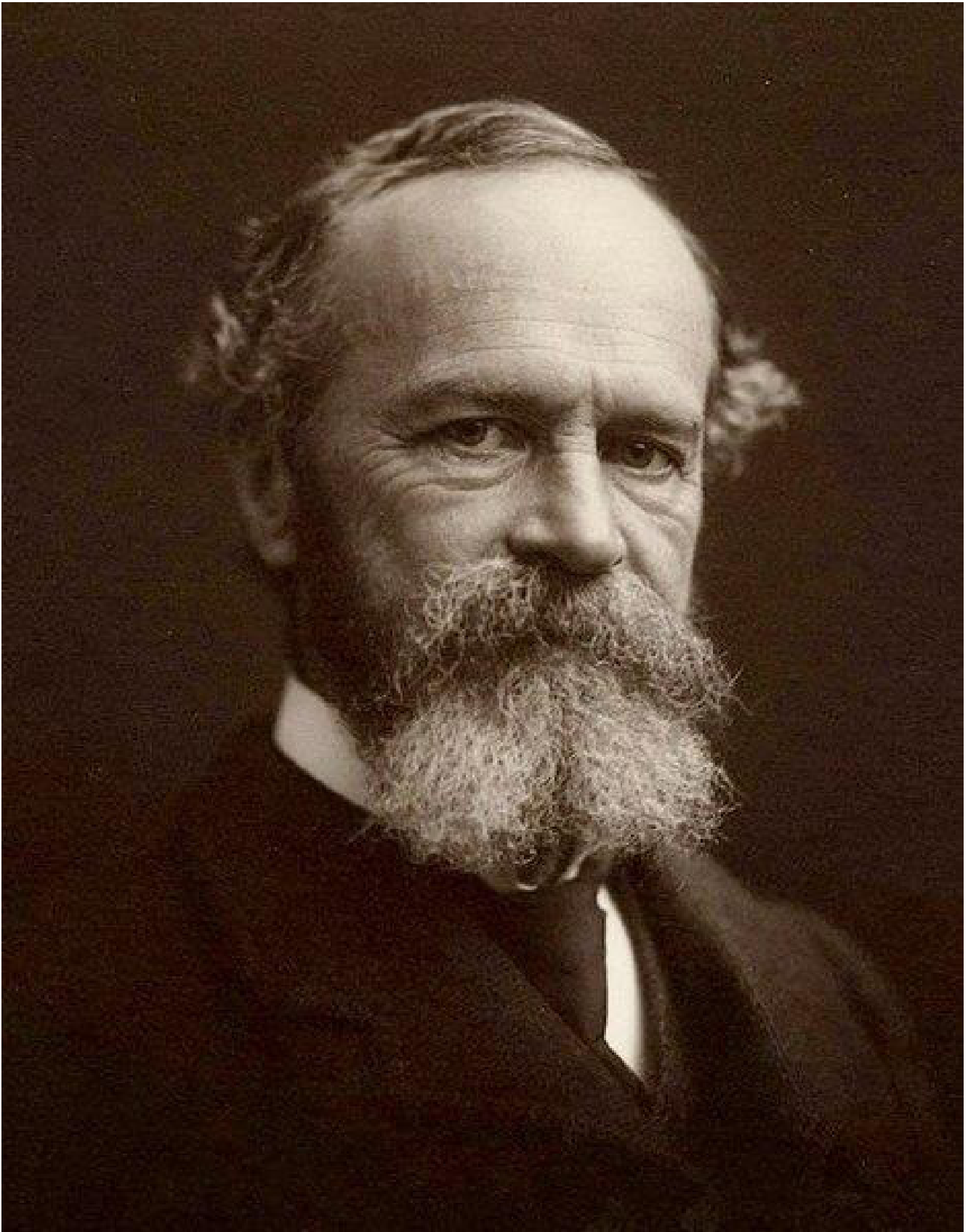
Ogsaa disse tal er meddelt i sekretariatet.

Vi ser altsaa at med aarene 1912 og 13 begynder en sterk stigning i tilgangen paa medicinere.

Desuten har man den aarlige avgang — (som virkelig avgang kan kun regnes de som dør, ti det hænder ofte at en distriktslæge ell. anden offentlig læge søger avsked fra sit embede, men nedsætter sig som privatpraktiserende et andet sted) — den stiller sig saaledes:

I	døde	læger.
I 1908	17	
I 1909	13	—
I 1910	18	—
I 1911	18	—
I 1912	17	—
I 1913	11	—
I 1914	24	—
I 1915	27	—
I 1916	25	—
I 1917	21	—
I 1918	33	—
I 1919	32	—
I 1920	ca. 23	—

}spanskesyken?



In memoriam

WILLIAM JAMES

(1842 – 1910)

Tekst: Neesiga Kunasekaram

Bilde: Notman Studios

Hverdagen vår er i stor grad påvirket av ubevisste automatiske handlinger. Vinklet fra et evolusjonært perspektiv, er de viktige for oss. Vi kan tenke oss at vi sparer mye tid ved å slippe å ta stilling til alle de mikrobetlutningene vi tar. Sett i syn av dette kan vi takke basalgangliene for at de holder styr på vaner som gjør hverdagen lettere for oss.

Ubevisste automatiske handlinger kategoriseres som vaner. Den amerikanske legen, psykologen og filosofen William James definerte dette begrepet. James kom fra en velstående familie, hvor faren forsøkte å introdusere James til en karriere innenfor vitenskap og filosofi. James derimot, uttrykte en tidlig interesse for kunst. Etter ett år på skolebenken for å studere kunst, forlot han den til fordel for vitenskap. Fra å være realfagstudent ble han til medisinstudent ved Harvard Medical School. Etter noen år med pauser under studiene, i tillegg til en kamp mot depresjon, ble han uteksaminert i 1869. Vendepunktet i James' liv, kom med et tilbud om en undervisningsstilling i fysiologi ved Harvard. Videre, gjennom sin lærerkarriere, underviste han også i psykologi, og på den måten ble James introdusert for psykologiens verden.

Gjennom sin voksende interesse for fagfeltet og dedikert arbeidsmoral resulterte studiene til James i en utgivelse av tobindsverket *Principles of Psychology* (1890). Kapittel fire i boka er dedikert til drøftelse av fenomenet vane. Han beskrev fenomenet som et gjentakende handlingsmønster, utviklet grunnet nervesystemets plastisitet. I vanens syklus er trigger et innflytelsesrikt element som er etterfulgt av handling og belønning. James kom frem til at hjernens belønningssystem aktiveres umiddelbart etter endt handling, uavhengig av om den er fornuftig eller ei. Et bemerkelsesverdig trekk ved en vane er at den ofte går på autopilot og krever lav mental energi. Dette vil si at når en vane blir gjentatt, blir den lagret gjennom nerveforbindelser i basalgangliene, og virker selvforsterkende.

I fjerde kapittel av *Principles of Psychology* presenterer William James en ny måte å analysere og å forklare menneskets handlingsmønster gjennom å definere vane, og vanens faktiske betydning. Ideene hans er fremovertenkende og er viktige for det moderne menneskesynet. «Gammel vane er vond å vende» er et utsagn man er godt kjent med. At en vane er en handling som ofte går på autopilot og virker selvforsterkende gjør at det er utfordrende å endre den. Han understreket at man gjennom bevisste valg kan endre eller bryte en vane: Det handler om å gjøre vårt nervesystem til vår allierte istedenfor til vår fiende. Denne kunnskapen om vårt vanemønster, og menneske som vanedyr, er en viktig del av forståelsen av menneskets handlingsrom.

Podcastanmeldelse

ER DET SANT?

Tekst: Kristine Brunvand

Bilde: Podplay



PRODUSERT AV BAUER MEDIA
 PROGRAMLEDERE: CHRISTER TORJUSSEN OG HALVOR JOHANSSON
 SJANGER: KOMEDIE
 NY EPISODE UKENTLIG
 2021

Er du av dem som liker å lytte til det som blir sagt, å bli dratt inn i en altoppslukende podcastverden med gode historier og grundige refleksjoner? Da går nok ikke «Er det sant?» helt hjem hos deg. For nærmere tullprat har jeg sjelden hørt. Bokstavelig talt. Ikke bare er det svada og fjas, det er også et gjennomgående grunnlag av (forsøk på) humor.

Komikerne Christer Torjussen og Halvor Johansson prøver i denne podcasten å se om det er noe som helst sannhet i påstander som «folk bare lurer av seg». Er det sant at om ting nevnes mange nok ganger så blir det en sannhet i det? Er det sant at et nys er 9 prosent av en orgasme? Eller var det 15 prosent? Er det sant at grønnsaker er like god snacks som potetgull? Dette er noen av påstandene programlederne skal utforske. De tilføyer raskt at de absolutt ikke er forskere, og har i grunn svært lite grunnlag for det de diskuterer. Og der settes standarden. Det blir en god del fjas, digresjoner, ordspill og svada. Og selvfølgelig programledernes egne meninger, erfaringer og konklusjoner. Som jo er essensen i denne typen underholdning.

Jingelen minner mest om en barnesang med banjospill, og akkurat det lever innholdet opp til. Man får nøyaktig det man forventer. Useriøs babbling.

Det tok forøvrig ikke mange minuttene inn i første episode før undertegnede trakk godt på smilebåndene. I en hverdag som nå, med både tungt lesestoff og sosial nedstenging for ørtende gang, er denne podcasten perfekt om man ønsker å koble helt av. Er det sant at ubåt-Madsen og Laila Bertheussen har hatt et forhold? Eller at kongen og dronningen egentlig har vært skilt i mange år, og bor i hver sin fløy på slottet? Av og til er det ypperlig med fjas og surr og tull i en så seriøs og faglig tung hverdag. Det blir imidlertid ofte for mye av den altfor banale humoren, og det kan fremstå som litt påtatt.

Fordelen er at episodene er nokså korte – mellom 20 og 30 minutter hver. Det holder til en lesepause, eller mens man henger opp en klesvask og tar ut av oppvaskmaskinen. Dette er nemlig underholdning man kun tyr til når hjernen skal få seg en skikkelig pause. Og da mener jeg skikkelig skal-ikke-bruke-en-eneste-hjernerelle-pause.

Om jeg kommer til å vente på ny episode hver uke? Neppe. Men om jeg trenger rask underholdning mens jeg rydder kjøkkenet, kan det hende jeg ser gjennom de nyeste episodene for å få svar på om katter faktisk er onde.

Bokanmeldelse

MIKROVANER

Tekst: Sara Endestad

Bilde: Strawberry Publishing



MIKROVANER, EN ENKEL METODE FOR Å ERSTATTE DÅRLIGE VANER
 MED GODE
 JAMES CLEAR
 298 SIDER, UTGITT 2018
 STRAWBERRY PUBLISHING NORGE AS
 ISBN: 9781847941831

Dette er boken. Om du noen gang har forsøkt å få nye, gode vaner og kutte ut dårlige, så er dette boken. Uten tvil. James Clear har ikke bare kunnskapen rundt vaner og hvordan psykologien bak enhver vane fungerer, han har også en evne til å gjøre alt praktisk og overkommelig for leseren.

Strukturen på boken er fin og logisk. Forfatteren har delt boken inn i syv deler, der fire av de syv delene fokuserer på anatomien av en vane, i tillegg til å vise hvordan man kan "hacke" dette systemet for å etablere en god ny vane. Kort forklart består en vane av fire deler: et signal, et sug, en respons og belønning. Si at man ønsker å trene mer. Signalet kan være å legge frem treningsklærne kvelden før. Det andre trinnet, altså suget, er individuelt - men for noen kan det være følelsen av velvære etter trening eller det kan være en belønning man har bestemt seg for å gjøre etterpå. Respons er selve vanehandlingen, altså det å trene. Clear forklarer verdien av å gjøre denne attraktiv, altså finne ut hvordan dette er noe man kan se frem til. For eksempel ved å bestemme seg for å kun høre på favoritt-podcasten under trening; da vil det pushe en til faktisk å gjøre det. Den siste delen er belønningen man får etter aktiviteten. Når det gjelder trening, så vet vi at endorfin og dopamin skilles ut i hjernen, og det er en god belønning i seg selv da det gir følelsen av velvære. Men, man kan også finne på egne belønninger for å øke motivasjon til å gjennomføre. Et eksempel kan være å drikke en god protein-shake eller smoothie etterpå, som man vil glede seg til og derfor "jobbe" for å få. Størstedelen av boken går i dybden på disse 4 trinnene, og hvordan man personlig kan "hacke" de for at det skal bli lettere å skape gode vaner. I tillegg kommer Clear med flere mindre konsepter og måter man lettere kan få bedre vaner på, som gjør prosessen lettere.

Det er kanskje to faktorer som gjøre boken særlig god for de som er ute etter å bedre vaner. For det første er den enkel. At den er enkel har mye å si. Dette fordi de fleste bøker om vaneendring har en tendens til å bli for avanserte ved å legge et for stort fokus på forskning og studier. Dette risikerer at bøkene fort blir tunge og avanserte for "mannen i gata", som er dumt, da det kanskje er akkurat de som trenger det mest. På den andre siden har vi pseudovitenskapelige bøker, der troverdigheten fort kan svekkes. I denne boken derimot, klarer Clear å trekke inn både forskning og personlig erfaring, som gjør at kunnskapen ikke bare stemmer, men også er lett å lese om. For det andre er den veldig praktisk. Dette er helt essensielt da kunnskap ikke er makt med mindre man bruker den. Gjennom hele boken kommer Clear med praktiske eksempler på hvordan andre mennesker har brukt teknikkene, som igjen hjelper leseren se hvordan hen selv kan bytte ut dårlige vaner med bedre. Altså, det at boken er enkelt å lese, i tillegg til praktisk som resulterer i at leseren faktisk klarer å implementere konseptene i eget liv.

Oppsummert er denne boken et must å lese om man har mål, da det til syvende og sist er vanene vi har i dag som avgjør om målene blir nådd eller ikke. Til og med om man kun implementere 10% av tipsene han gir, så vil man merke en signifikant forskjell i hverdagen. Dette er definitivt en bok på toppen av listen over bøker man bør lese om vaner. Personlig har jeg aldri lest en bedre bok om til vaner, og boken er en av de man faktisk kan kalle "livsendrende", som også er grunnen til at boken har vært nummer 1 bestselger for New York Times, Wall Street Journal, USA Today og mange flere(1). I tillegg er den oversatt til 20 språk og solgt over 2 millioner kopier verden over (2). Så kort og godt; dette er boken!

Litteraturliste

- [1] <https://www.amazon.com/Atomic-Habits-Proven-Build-Break/dp/0735211299>
- [2] <https://www.prnewswire.com/news-releases/james-clear-and-atomic-habits-tops-five-best-sellers-list-301142163.html>

HVA SKJER DER DU BOR?

OSLO

Ingen arrangementer

TROMSØ

Ingen arrangementer

TRONDHEIM

Ingen arrangementer

BERGEN

Ingen arrangementer

UTLAND

Ingen arrangementer

NASJONALT

Ingen arrangementer

OSLO

LEDER

Sina Nordby
sina.nordby@medisinstudent.no

NESTLEDER

Van Thanh Luu
van.luu@medisinstudent.no

NS-REPRESENTANT 2020

Nora Ruud
nora.ruud@medisinstudent.no

NS-REPRESENTANT 2021

Aladdin Boukaddour
aladdin.boukaddour@medisinstudent.no

ØKONOMIANSVARLIG

Hong Thanh Luu
hong.luu@medisinstudent.no

GRUNNUTDANNINGSANSVARLIG

Susanne Hatlevoll Myhre
susanne.myhre@medisinstudent.no

ARBEIDSLIVSANSVARLIG

Kristina Korsvik
kristina.korsvik@medisinstudent.no

Leonore Wünsche

leonore.wunsche@medisinstudent.no

UTVEKSLINGSANSVARLIG

Neera Kuganesan
neera.kuganesan@medisinstudent.no

Uswa Awan

uswa.awan@medisinstudent.no

FORSKNINGSUTVEKSLINGSANSVARLIG

Katarina Johansen
katarina.johansen@medisinstudent.no

FOLKEHELSEANSVARLIG

Santhiya Pirapakaran
santhiya.pirapakaran@medisinstudent.no

Vilte Getz

vilde.getz@medisinstudent.no

PR- OG WEBANSVARLIG

Victoria Marie Kibsgaard
victoria.kibsgaard@medisinstudent.no

KURS- OG ARRANGEMENTANSVARLIG

Nora Christiane Graham
nora.graham@medisinstudent.no

MENTORANSVARLIG

Benedikte Berge
benedikte.berge@medisinstudent.no

BERGEN

LEDER

Egil Brudvik
egil.brudvik@medisinstudent.no

NESTLEDER

Hanna Kosberg Bredin
hanna.bredin@medisinstudent.no

NASJONALT STYRE

Xenia Cappelen
xenia.cappelen@medisinstudent.no

ØKONOMIANSVARLIG

Aurora Vigstad
aurora.vigstad@medisinstudent.no

GRUNNUTDANNINGSANSVARLIG

Christoffer Drabløs Velde
christoffer.velde@medisinstudent.no

ARBEIDSLIVSANSVARLIG

Knut Søndena Kvåle
knut.kvale@medisinstudent.no

Carmen Bjørg Gómez Svanes
carmen.svanes@medisinstudent.no

KLINISK UTVEKSLINGSANSVARLIG

Saba Khan Ayaz
saba.ayaz@medisinstudent.no

Kjell Inge Erikstad

kjell.erikstad@medisinstudent.no

FORSKNINGSUTVEKSLINGSANSVARLIG

Vishal Ighani
vishal.ighani@medisinstudent.no

FOLKEHELSEANSVARLIG

Cecilie Klingenberg
cecilie.klingenberg@medisinstudent.no

MENNESKERETTIGHETSANSVARLIG

Emma Marshall
emma.marshall@medisinstudent.no

PR- OG WEBANSVARLIG

Victoria Tellefsen
victoria.tellefsen@medisinstudent.no

KURS- OG ARRANGEMENTANSVARLIG

Magnus Fagerhem Sættem
magnus.sættem@medisinstudent.no

Dorthea Grane

dorthea.grane@medisinstudent.no

MEDLEMSANSVARLIG

Oda Østby Madsen
oda.madsen@medisinstudent.no

ÆSCULAPANSVARLIG

Bertine Bøe
bertineboe@gmail.com

LEDER FOR MEDHUM

Marta Røttingen Enden
marta.enden@medisinstudent.no

HLF-REPRESENTANT

Arisha Nawaz
arisha.nawaz@medisinstudent.no

TRONDHEIM

LEDER

Casper Faye
casper.faye@medisinstudent.no

NESTLEDER

Sonia Azmi
sonia.azmi@medisinstudent.no

NASJONAL STYREREPRESENTANT 2021

Hanne Vonon
hanne.vonon@medisinstudent.no

ØKONOMIANSVARLIG

Ingvild Høymork
ingvildhoymork@hotmail.com

GRUNNUTDANNINGSANSVARLIG

Stig Erlend Almåsbakk
stig.erlend1@gmail.com

KURSANSVARLIG

Tone Svalgbjörg
tsvalgbjorg@gmail.com

PR- OG WEBANSVARLIG

Selma Vinge
selma_vinge@hotmail.com

ARRANGEMENTANSVARLIG

Thomas Stillingen
thomas.stillingen@medisinstudent.no

Yesha Makwana

yeshamakwana@yahoo.com

UTVEKSLINGSANSVARLIG

Victoria Dontsova
victordontsova@gmail.com

Pauline Selle

paulinse@stud.ntnu.no

ARBEIDSLIVSANSVARLIG

Olivia Høegh-Omdal Paulsen
olivia.paulsen@medisinstudent.no

Urd Elinsdatter Svennevig

urd.svennevig@medisinstudent.no

FOLKEHELSEANSVARLIG

Martine Ingebriqtsen Myhre
martine.myhre@medisinstudent.no

MENNESKERETTIGHETSANSVARLIG

Hanne Haugland
hanne.haugland@outlook.com

MEDHUM LEDER

Mikkel Elvebakk Saidi
mikkelsaidi@gmail.com

TROMSØ

LEDER

Henrik Lykke Joakimsen
henrik.joakimsen@medisinstudent.no

NESTLEDER

Synnøve Holmebukt
synnove.holmebukt@medisinstudent.no

NASJONAL STYREREPRESENTANT 2021

Benedicte Christine Opshaug
benedicte.opshaug@medisinstudent.no

NASJONAL STYREREPRESENTANT 2021

Dagny Nymo Førde
dagny.forde@medisinstudent.no

ØKONOMIANSVARLIG

Nikolai Hagensen Eide
nicolai.eide@medisinstudent.no

GRUNNUTDANNINGSANSVARLIG

Pia Bondø
pia.bondo@medisinstudent.no

FORSKNINGSUTVEKSLINGSANSVARLIG

Fredrik Dretvik
Epost mangler

KLINISK UTVEKSLINGSANSVARLIG

Amanda Høgås
Epost mangler

ARBEIDSLIVSANSVARLIG

Linn Bordevich Johnsen
linn.johnsen@medisinstudent.no

Cecilie Løkken

cecilie.lokken@medisinstudent.no

FOLKEHELSEANSVARLIG

Sigrid Sandli
sigrid.sandli@medisinstudent.no

MENNESKERETTIGHETSANSVARLIG

Håvard Svanqvist Søndena
havard.sondena@medisinstudent.no

PR- OG WEBANSVARLIG

Sunniva Hove
sunniva.hove@medisinstudent.no

ARRANGEMENTANSVARLIG

Vilde Flø
vilde.flo@medisinstudent.no

Elise Sjetten Jacobsen

elise.jacobsen@medisinstudent.no

ASCULAPANSVARLIG

Laila Gamst
laila.gamst@medisinstudent.no

BODØREPRESENTANT

Åshild Nordbotten
ashild.nordbotten@medisinstudent.no

FINNMARKSREPRESENTANT

Katrine Erke
katrine.erke@medisinstudent.no

LEDER MEDHUM

Anna Yang Arntzen
anna.arntzen@medisinstudent.no

LEDER FORBEDRING

Selma Alette Mikkelsen
selma.mikkelsen@medisinstudent.no

TLF-REPRESENTANT

Erlend Sæther
erlend.saether@medisinstudent.no

LEDER

Maren Brodshaug
maren.brodshaug@medisinstudent.no

NESTLEDER

Marie Husebø
marte.djuvik@medisinstudent.no

NASJONAL STYREREPRESENTANT 2021

Andreas Schönberg-Moe
andreas.schonberg-moe@medisinstudent.no

ØKONOMIANSVARLIG

Simen Auran Sjølyst
simen.sjolyst@medisinstudent.no

ARBEIDSLIVSANSVARLIG

Abdi Abdikarim
abdi.abdikarim@medisinstudent.no

UTVEKSLINGSANSVARLIG

Anna Kristine Amundrud
anna.amundrud@medisinstudent.no

PR-ANSVARLIG

Lana Ahmed
lana.ahmed@medisinstudent.no

FOLKEHELSEANSVARLIG

Åshild Fossum Eriksen
ashild.eriksen@medisinstudent.no

MENNESKERETTIGHETSANSVARLIG

Esmeralda Cecilia Pérez
esmeralda.perez@medisinstudent.no

KURSANSVARLIG

Tjerand Aas Skålnes
tjerand.skalnes@medisinstudent.no

KONTAKTPERSONANSVARLIG

Leah Khan Barstad
leah.barstad@medisinstudent.no

LEDER MEDHUM-UTLAND

Christer Bøhler
christer.bohler@medisinstudent.no

FELLESMAIL TIL STYRET

nmfutland@medisinstudent.no

ARBEIDSLIVSANSVARLIG

Lene Dæhlin
lene.daehlin@medisinstudent.no

NASJONAL GRUNNUTDANNINGSANSVARLIG

Ingrid Osland Lexow
ingrid.lexow@medisinstudent.no

MENNESKERETTIGHETSANSVARLIG

Marta Røttingen Enden
marta.enden@medisinstudent.no

FOLKEHELSEANSVARLIG

Evgenia Taranova
evgenia.taranova@medisinstudent.no

KLINISK UTVEKSLINGSANSVARLIG FOR INNREISENDE

STUDENTER (NEO-IN)
Uswa Awan
uswa.awan@medisinstudent.no

KLINISK UTVEKSLINGSANSVARLIG FOR UTREISENDE

STUDENTER (NEO-OUT):
Jonas Bull Haugsoen
jonas.haugsoen@medisinstudent.no

FORSKNINGSUTVEKSLINGSANSVARLIG

Knut Johannessen
knut.johannessen@medisinstudent.no

NETTREDAKTØR

Nina Xuan Mai Vu
nina.vu@medisinstudent.no

ÆSCULAP-REDAKTØR

Merete Lan Olsen
merete.olsen@medisinstudent.no

MEDHUM-LEDER

Amalie Fagerli Tegnander
amalie.tegnander@medisinstudent.no

POSTBOKS 1152 SENTRUM

0107 OSLO
TLF/FAX: 23 10 90 00/ 23 10 90 10
KONTORTID: 09.00–16.00

LEDER

Maja Elisabeth Mikkelsen
maja.mikkelsen@medisinstudent.no

NESTLEDER

Xenia Cappelen
xenia.cappelen@medisinstudent.no

NASJONAL STYREREPRESENTANT FRA NMF BERGEN OG INTERNASJONALT ANSVARLIG

Frida Sofie Tyldum Lunøe
frida.lunoe@medisinstudent.no

NASJONAL STYREREPRESENTANT FRA NMF TRONDHEIM OG TILLITSVALGTANSVARLIG

Hanne Dahl Vonen
hanne.vonen@medisinstudent.no

NASJONAL STYREREPRESENTANT FRA NMF UTLAND OG ØKONOMIANSVARLIG

Andreas Schönberg-Moe
andreas.schonberg-moe@medisinstudent.no

NASJONAL STYREREPRESENTANT FRA NMF OSLO OG

PR-ANSVARLIG
Aladdin Boukaddour
aladdin.boukaddour@medisinstudent.no

NASJONAL STYREREPRESENTANT FRA NMF TROMSØ OG MEDLEMSANSVARLIG

Dagny Nymo Førde
dagny.forde@medisinstudent.no



Avsender: Nmf, Pb 1152 Sentrum, 0107 Oslo

