


æsculap

MAGASIN FOR MEDISINSTUDENTER OG LEGER SIDEN 1920





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

Redaksjonen

REDAKTØR: 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: 19. april 2020
FOR- OG BAKSIDE-ILLUSTRASJON: Håvard Søndena • @hashtaghavard
TRYKK: 07-gruppen
ABONNEMENT: Kr 200,- per år. Kontakt anita.fagersand@legeforeningen.no
UTGITT AV: Norsk medisinstudentforening (Nmf)
ADRESSEENDRINGER: Meldes til Legeforeningen på medlem@legeforeningen.no

ANNONSERE? Kontakt redaktørene, redaktor.aesculap@gmail.com
SKRIVE? Skriv gjerne til Æsculap. Send teksten til vår e-postadresse.
ETTERTRYKK: Tillatt ved kildeangivelse.

æsculap

MAGASIN FOR MEDISINSTUDENTER OG LEGER SIDEN 1920

02 STILLHET

INNHold

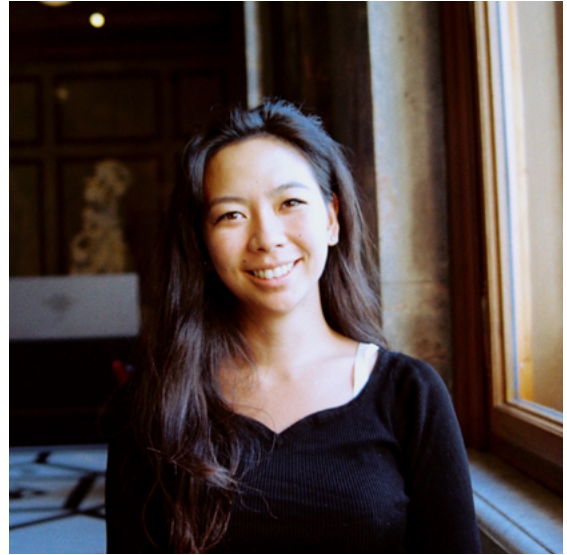
04	Leder
06	Profilert
10	Spesialisten: Reidar Tyssen
14	Spesialisten: Henrik Vogt
18	Medisinstudenters psykiske helse under pandemien
21	Medisinstudentenes Mentale Opplysning (MMO)
22	Morten Rostrup - en helt i hvit kappe
28	Glemte kriser
30	MedHum: Intervju med Amalie og Sara
34	Klima og helse på medisinstudiet
36	Meditasjon
38	Utenom pensum
42	Insight From Abroad: Doctors, Politics and Animals
46	Insight From Abroad: I Will Convey an Apology
48	Avføringsbanken
50	Forskningsnytt
54	Nota Bene
56	Tillitsvalgte

STILLHET

For over et år siden ble alle de selvfølgelige lydene rundt oss borte - lydene av selve livet. Det er stemmene på kaféen der vi kunne sitte og studere. Det er halloien fra studentene på full fart ut på byen og baren. Bruset av publikum på konsert og festivaler. Stemningen av mennesker som nyter livet i parken og utelivet.

I begynnelsen var det mange som satte pris på stillheten. Vi hadde tid til å fundere over livet, tid til kvalitetstid med familien og nære venner, tid til å starte opp hobbyer vi aldri hadde tid til før. Men når dager blir til uker og uker blir til måneder, så tar det ikke lang tid før stillheten blir overdøvende. Slik som dikteren Hans Børli skriver, så er stillheten ikke fravær av lyd, men fravær av lyd som ikke hører naturlig hjemme i omgivelsene.

Som student kan stillheten på hybelen bli overveldende. En unik skildring av følelsene som student i dag beskrives på en svært gjenkjennelig måte i Evgenia Taranova sin tekst «*Stillhet på 8 m²*». Flere studenter enn noensinne opplever nå at ensomheten mellom de fire veggene er vanskeligere og vanskeligere å håndtere. Overskrifter i nyhetene som «Ekspertgruppe slår alarm: – Stor bekymring for studiemiljø og psykisk helse», «Ny undersøkelse bekymrer: Studentene sliter psykisk», er derfor ikke overraskende eller nyheter for oss studenter. Derfor er ord som psykiater Reidar Tyssen formidler viktige i tiden vi lever i: «*Det er viktig at de som sliter psykisk ikke stigmatiseres. At det å søke hjelp sees på som en styrke og ikke som en svakhet. En «bivirkning» ved medisindannelsen og annen helseprofesjonsutdanning er at vi ser på oss selv som “de friske” og pasientene eller de andre som “de syke”.*»



MERETE LAN OLSEN

REDAKTØR

Litteraturliste

- | | | | |
|-----|---|-----|---|
| [1] | https://www.unicef.org/press-releases/schools-more-168-million-children-globally-have-been-completely-closed | [4] | https://www.nytimes.com/interactive/2021/03/31/world/global-vaccine-supply-inequity.html |
| [2] | https://www.gutmacher.org/article/2020/04/crisis-horizon-devastating-losses-global-reproductive-health-are-possible-due-covid# | [5] | https://www.regjeringen.no/no/aktuelt/ung_tlederskap/id2843318/ |
| [3] | https://unfoundation.org/blog/post/women-shoulder-brunt-of-covid-19-impact/ | [6] | https://www.pewresearch.org/fact-tank/2020/10/16/many-globally-are-as-concerned-about-climate-change-as-about-the-spread-of-infectious-diseases/ |

For det andre er det stillheten mange menneskerettighetsspørsmål opplever etter å ha blitt satt i skyggen av pandemien. Rekordmange barn er ute av vanlig skolegang og mange vil aldri komme tilbake til skolebenken (1). Kvinner blir spesielt satt på sidelinjen og opplever nå en situasjon hvor trygg abort er vanskelig å oppdrive (2). Kvinner er også spesielt utsatt ved å representere 70% av førstelinjen i kampen mot viruset (3). Vaksinenasjonalisme er bekymringsverdig og viser at distribusjonen av vaksinene er svært ujevn i verden hvor 0.1% av COVID-19 vaksinene har gått til utviklingsland, mens 86% av dosene har gått til industriland (4). Og med tanke på at vi er fremtiden og at halvparten av verdens befolkning er yngre enn 30 år, så er det skuffende hvor lite unge får delta ved forhandlingsbordet (5).

For det tredje er arbeidet med klimakrisen, en erklært helsekrise, blitt oversett og lite prioritert av verdens myndigheter. Da COVID-19 traff, ble forståelig nok samtalen om klimaet stille mens sykehussengene ble fylt opp. Likevel har vi sett en økende interesse for klima og gjenoppbyggingen av samfunnet ettersom pandemien minnet folk

om risikoen for å ignorere vitenskapen og hvordan verden henger sammen. Verdens befolkning er derfor mer bekymret for klimaendringer enn noen gang før (6) og da pandemien ødela økonomiene, lovet ledere over hele verden å gjenoppbygge med tanke på klimaendringene. "Folk reflekterer plutselig: Hva slags samfunn, hva slags verden, hvilken type økonomi lever vi i?" sier Achim Steiner, leder for FNs utviklingsprogram. "Klimaendringene har plutselig blitt et redskap for grønn utvinning."

Nå er lydene fra det gamle livet kommet gradvis tilbake og det ser ut til at vi kan se enden av pandemien. Men fremdeles ligger dette rare lokket av stillhet over dagene. Stillheten av at mange av problemene vi startet å ta tak i før pandemien står i en flaskehals om vi ikke snart roper høyt. Vi må ikke la pandemien overdøve oss. Vi må ikke la munnbind gjøre oss helt stille. Det er på tide å rope høyt, med megafon, for ungt lederskap, for å fjerne stigmatiseringen av mental helse, kjempe for bedre menneskerettigheter, likestilling og en grønnere verden.



Bilde: Angelina Bambina, shutterstock.com

PROFILER

Tekst: Merete Lan Olsen

Bilder: Privat



Navn: Xenia Cappelen

Alder: 24 år

Hvor du studerer: Universitetet i Bergen

Kull (hvilket år du går nå): 16B (5. året)

Verv: Nestleder Nmf

For å ta det helt fra begynnelsen, hvorfor ønsket du å studere medisin?

Da jeg var liten fikk jeg bli med morfar på legekantoret hans. Å se hvordan han hjalp pasientene uavhengig av problemstilling, samt takknemligheten pasientene viste, inspirerte meg til å studere medisin. I tillegg lærte han meg praktiske prosedyrer som blodprøvetaking og hørselstesting allerede på ungdomsskolen!

Hvorfor er du engasjert i Nmf?

Gjennom Nmf får man mulighet til å forbedre studie- og arbeidshverdagen til samtlige norske medisinstudenter gjennom fagforeningspolitisk arbeid. Det er et stort ansvar, men et givende arbeid! Man blir i tillegg kjent med gode kollegaer fra studiesteder i inn- og utland, samt i de andre foreningsleddene i Legeforeningen. Jeg anbefaler alle engasjerte medstudenter å være aktive i Nmf!

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

En deltidsjobb som pleieassistent gir verdifull praktisk erfaring, både innen pasientkommunikasjon, prosedyretrening og tverrprofesjonell samarbeidslæring. Overvurder likevel ikke din egen arbeidskapasitet: Husk at du skal arbeide resten av livet, og at studiet nå er din «fulltidsjobb». Øvrig arbeid skal være overskuddsarbeid!

10 KORTE SPØRSMÅL

Leser daglig: Nyheter på nrk.no

Ser på: Akkurat nå, Netflix-dokumentaren «Sunderland 'Til I Die»

Hører på: Alt fra indierock til Disney-klassikere

Favorittbøker: «Garman & Worse» og «Gift» av Alexander Kielland

Favorittduppeditt: Hoptimisten til beste-kompisen min

Favorittsted i byen du studerer i: Rundemanen, fineste byfjellet i Bergen!

Skulle bli som 10-åring: Lege og jagerflypilot

Redd for: Uvitenhet

Tror på: Evidensbasert forskning

Fun fact: Mamma har en video av meg og bestevenninnen min i prinsessekjoler hvor vi er 4-5 år gamle, hvor vi sier at vi skal jobbe sammen som lege og sykepleier ved Stavanger universitetssjukehus. Nå er bestevenninnen min sykepleier på SUS, og jeg er (forhåpentligvis!) lege ved samme sykehus om noen semestre!

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

Støykansellerende headset har reddet mange lange dager på lesesalen, samt på Nmf-reiser og digitale møter!

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

Fysisk aktivitet gjør godt for både kropp og sjel, særlig en treningsøkt eller gåtur med venner. Ellers skal vennegjengen hjemmefra (som er spredt i flere studiebyer) teste digital quizkveld denne uken, satser på at det blir en suksess!



Navn: Frida Tyldum Lunøe

Alder: 25 år

Hvor du studerer: Odense, Danmark

Kull (hvilket år du går nå): 11. semester

Verv: Internasjonalt ansvarlig Nmf

For å ta det helt fra begynnelsen, hvorfor ønsket du å studere medisin?

En familievenn er hematolog, og jeg syns det var det kuldeste da jeg var liten! Men det var også mye annet jeg syns var spennende. På videregående bestemte jeg meg for at medisin sto øverst på lista. Jeg søkte og begynte i februar 2016 på medisinstudiet i Danmark. Har under studiet funnet ut at hematologi ikke er noe for meg, men har heldigvis truffet helt riktig med medisinstudiet. Jeg gleder meg til å begynne å jobbe som lege.

Hvorfor er du engasjert i Nmf?

Må vel si jeg har blitt bitt av Nmf-basillen. Jeg startet som kontaktperson i Nmf Utland og videre derfra har jeg engasjert meg i utveksling, både lokalt og nasjonalt. Jeg er ekstra engasjert i den internasjonale delen av Nmf. Jeg var heldig som fikk være en del av Nmf sin delegasjon til IFMSA sin generalforsamling i Rwanda i mars 2020 (på hengende håret før pandemien tok oss). På dette møtet ble jeg introdusert til hvor mye viktig Nmf engasjerer seg i internasjonalt. Nå er jeg internasjonalt ansvarlig i Nmf og stortrives med det!

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

Ikke sammenlenig deg selv med andre. Alle leser og lærer

10 KORTE SPØRSMÅL

Leser daglig: For tiden forskning til masteroppgaven.

Ser på: Dokumentarer, som i eksamensperioder blir byttet ut med realityserier.

Hører på: Runder alle NRK sine podcaster. Hører også en god dose Fleetwood Mac.

Favorittbøker: Shantaram av Gregory David Roberts

Favorittduppedit: Duppedit er det kanskje ikke, men Sodastream blir brukt hver dag.

Favorittsted i byen du studerer i eller er fra: Parken Munke Mose er favorittstedet om sommeren. Da fylles hele parken opp med glade dansker, musikk, grilling og øl.

Skulle bli som 10-åring: Ballettdanser

Redd for: Høyder.

Tror på: Vitenskap.

Fun Fact: Har tidligere hatt en «studogram» om medisinstudiet med en venninne. Sjekk ut «stud.med» på insta!

forskjellig. Finn din egen måte å komme deg gjennom eksamensperiodene på. Jeg har selv ikke brukt særlig mye bøker, som jeg vet andre har glede av. Også vil jeg tipse om å ha det mest mulig gøy og nyte studietiden! Tiden går altfor fort!

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

Gode venner! Hadde ikke klart meg uten det gode miljøet på lesesalen. Jeg har lært masse av lesepartneren min og vennene mine. Vi deler notater, teite huskereglene og motiverer hverandre. Også er det deilig å kunne dele frustrasjon i studiehverdagen.

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

Det må være å lære seg når noe er godt nok. Du kommer langt med en god innsats, det trenger ikke være perfekt. Jeg tror mange medisinstudenter og leger sliter seg ut fordi de setter seg veldig høye mål. Og prioriter en god nattesøvn, det hjelper meg!



Navn: Aladdin Boukaddour

Alder: 26

Hvor du studerer: Oslo

Kull (hvilket år du går nå): V19

Verv: Representant til Nasjonalt Styre, Nmf Oslo

10 KORTE SPØRSMÅL

Leser daglig: Pensum og nyheter

Ser på: For tiden? The office <3

Hører på: Åpen for det meste, men går mye i pop, hip hop, og rap

Favorittbøker: Do Androids Dream Of Electric Sheep

Favorittduppedit: Da jeg var liten kjøpte jeg meg en såkalt «Duel Disk». Bruker den ikke lenger (selvsagt), men den ser fortsatt helt rå ut

Favorittsted i byen du studerer i eller er fra: Grønland og Lindeberg <3

Skulle bli som 10-åring: Pokémon-trener!!!

Redd for: Døden

Tror på: At intensjonen bak en handling er mer verdt enn selve handlingen

Fun Fact: Jeg er aktiv fotballdommer (og elsker det)

For å ta det helt fra begynnelsen, hvorfor ønsket du å studere medisin?

Det var hovedsakelig fordi det var den eneste retningen der jeg kunne se for meg å trives like mye fra arbeidsdag til arbeidsdag fordi faget er så spennende.

Hvorfor er du engasjert i Nmf?

Fordi jeg brenner for mange av sakene Nmf arbeider med, og at dersom du ønsker å få til en spesifikk endring så er det bedre å jobbe for det selv, enn å bare sitte og vente på at det kanskje kommer noen andre med samme ønske som deg. I tillegg blir man kjent med mange kjempegode, engasjerte og flinke medstudenter fra ulike studiebyer.

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

Bli med i studentforeninger! Det er så givende, man lærer mye, og man blir kjent med så mange gode folk. Så finn den studentforeningen som arbeider med det du interesserer deg for, og du kommer aldri til å angre! I tillegg er det et veldig godt avbrekk fra lesesalen.

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

Appen «Appdetox»! En app der du kan sette begrensninger for hvor mye du kan bruke bestemte apper i løpet av en time. Veldig bra for å forhindre 40min med «scrolling» nedover TikTok eller instagram når du egentlig bare trenger 2min, og hjelper veldig for produktiviteten.

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

Sett ALLTID av tid i hverdagen til å koble av. Om det så er serier, gaming, tegning eller noen andre hobbyer; dersom det får tankene dine over på noe annet enn pensum? Gjør det! Det gjelder også spesielt i eksamensperioden! Da kan det f.eks være greit å gjøre det på slutten av dagen, slik at man får avsluttet dagen med noe positivt.



Vincent van Gogh

Olive Trees with yellow sky and sun, 1889

Olje på lerret

Minneapolis Institute of Art



SPESIALISTEN

PSYKIATEREN

Tekst: Merete Lan Olsen

Bilde: Privat



Reidar Tyssen er spesialist i psykiatri og professor i medisinske atferdfag. Han arbeider både som avtalespesialist og som leder for en forskningsgruppe ved UiO som har fokus på mental helse og arbeidsliv blant medisinstudenter og leger. Reidar er opptatt av at både medisinstudenter og leger skal bli flinkere til å ta vare på seg selv og som han selv sier: «en får verra som en er når en ikke vart som en sku».

Hva går spesialiteten din ut på?

Jeg er spesialist i psykiatri, men professor i medisinske atferdsfag, ikke psykiatri.

Psykiatri er en ganske omfattende spesialitet, det gjelder antall LIS stillinger, det er tredje største sykehusspesialitet i antall slike stillinger etter medisin og kirurgi.

Hvordan foregår spesialistutdanningen? / Hvordan blir man psykiater?

Spesialistutdanning generelt innebærer 6 ½ års arbeid ved institusjoner etter autorisasjon som fås etter studiet (inkludert turnus/LIS 1). Det skal fylles visse kompetansemål og gjennomførte prosedyrer: <https://www.helsedirektoratet.no/tema/autorisasjon-og-spesialistutdanning/spesialistutdanning-for-leger/psykiatri>. Den nye LIS utdannelsen vil som tidligere innebære tjeneste ved akutt avd., poliklinikk (Distrikts psykiatrisk senter) og intermedier/lengre tidsbehandling. Samtidig er det krav om 105 veiledningstimer i psykoterapi (samtalebehandling) over 3 år. Klinisk veiledning skal du ha ukentlig gjennom hele utdannelsen.

Hvilke oppgaver har du i arbeidshverdagen? / Hvordan ser en vanlig arbeidsdag ut for deg?

Nå når jeg er avtalespesialist har jeg selvstendig vurdering av pasienter og ukentlig oppfølging over lengre tid i psykoterapi, gjerne ett til to år, men noen ganger også lenger. Pasienter henvises fra fastlege. Jeg har kun 20% stilling, men jobber to kvelder i uken (kl 16-20), den ene dagen på Institutt for psykoterapi, den andre dagen på Domus Medica. Jeg er utdannet i psykodynamisk psykoterapi – som er en psykoanalytisk orientert terapiform. Ved siden av å lære pasienten å kjenne seg selv og avdekke sine ubevisste sider, legger vi nå mye vekt på relasjonen til oss som terapeuter – og bruker dette aktivt i terapi. Spesielt for pasienter med personlighetsforstyrrelser, som sliter både med selvbildet, følelsesregulering og forhold til andre oppleves det viktig å jobbe over lengre tid i samme terapeut-pasient situasjon.

Hvordan er arbeidsmiljøet?

Da jeg studerte var jeg svært interessert i kirurgi og ønsket å gå inn i denne spesialiteten, men arbeidsmiljøet ved de avdelingene jeg var innom tiltalte meg langt mindre enn miljøet ved den psykiatriske avdelingen jeg jobbet ved et par sommerferier i studiet. Men arbeidsmiljø varierer jo på alle kliniske avdelinger.

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

Hvis jeg skal tenke langt tilbake i barndommen, betydde det nok også en del at jeg hadde en tante med bipolar lidelse, og et par søskenbarn som sleit psykisk. Dessuten likte jeg den åpne, ærlige og selv-reflekterende holdningen mange psykiatere hadde – og følte virkelig at denne spesialiteten kunne lære meg noe om livet! Da jeg jobbet ca 4 år i allmennmedisin på 80-tallet var jeg også spesielt interessert i pasienter med psykiske lidelser – og det å komme litt nærmere enkelte pasienter over tid. Jeg opplevde også at faget kunne lære meg å forstå mine relasjoner til andre, som venn, partner og forelder. Det telte også med at spesialiteten hadde en relativt familievennlig vaktbelastning, med oftere hjemmevakter enn i f.eks. kirurgi og indremedisin.

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

Som i alle kliniske spesialiteter er nok interessen for mennesker noe av det viktigste. Å være nysgjerrig på å bli kjent med andre – og forstå hvordan de har blitt slik de er – er helt avgjørende for å bli en god psykiater. Du bør dessuten ha en viss tålmodighet og stabilitet i deg selv. Vi møter pasienter med sterke følelsesutbrudd, og det hjelper å ikke være altfor sårbar. Men vi har også gode muligheter til å jobbe med egne problemer – f.eks. har mange av oss gått i egenerapi – og for videreutdanning i psykoterapi er dette obligatorisk.

«Å være nysgjerrig på å bli kjent med andre – og forstå hvordan de har blitt slik de er – er helt avgjørende for å bli en god psykiater. Du bør dessuten ha en viss tålmodighet og stabilitet i deg selv. Vi møter pasienter med sterke følelsesutbrudd, og det hjelper å ikke være altfor sårbar.»

«Det er også viktig at de som virkelig sliter psykisk ikke stigmatiseres. At det å søke hjelp sees på som en styrke og ikke som en svakhet. En «bivirkning» ved medisinstudiet og annen helseprofesjonsutdanning er at vi ser på oss selv som «de friske» og pasientene eller de andre som «de syke».»

Hva slags utfordringer møter man som psykiater?

Jeg har allerede nevnt dette med sterke følelsesutbrudd. Det kan være krevende å ha med ustabile pasienter som ofte har liten selvinnsett og beskylder deg for urimelige ting som behandler. Psykotiske pasienter med manglende virkelighetsforståelse og ruspasienter er også krevende å ha med å gjøre. Ofte kan pårørende til disse pasientene også være krevende. Det er aldri med lett hjerte vi iverksetter tvangsbehandlingstiltak, dette er ikke sjelden nødvendig for hindre at pasienter skader seg selv eller andre. Men utdannelsen gir deg et kunnskaps- og forståelsesgrunnlag som gjør alt dette mye enklere. Det er synd ikke psykiatri er en større del av grunnutdanningen, når jeg tenker på hvor vanlig det er med slike pasienter også i somatiske spesialiteter. Mange fastleger søker seg til psykiatriske institusjoner når de må ha obligatorisk sykehusutdanning for å fornye spesialiteten i allmennmedisin.

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

Psykiske lidelser er så vanlige at jeg tror noe av problemet blir hvilke pasienter som bør til spesialister i psykiatri og klinisk psykologi – og hvilke som fastleger eller andre kan ta seg av. Jeg tror som tidligere at de mest alvorlige lidelsene som psykoselidelser bør tas hånd om av psykiatere. Psykiatere bør også ta mer av rus-feltet, tradisjonelt har dette vært drevet mye av ikke-leger – som psykologer og sosionomer. Men rusproblematikken krever så mye biomedisinsk kunnskap at flere leger bør inn her. I større grad bør vi også bistå fastlegene, som i praksis tar seg av 80% av pasienter med psykiske lidelser. Dette gjelder ikke bare angst og depresjonsbehandling, men også pasienter med personlighetsforstyrrelser. I det hele tatt bør både psykiatere og psykologer ta flere av pasientene med alvorlige personlighetsforstyrrelser. Det er fullt mulig å hjelpe disse pasientene til et bedre liv ved samtalebehandling, både med hensyn til selvfølelse og det å forholde seg til andre. Men ofte er det nødvendig med flere, f.eks. et team av fastlege, spesialist i psykoterapi og personale fra DPS for å følge opp disse pasientene over tid.

Hvorfor tror du det er slik medisinstudenter ofte sliter psykisk sammenlignet med andre grupper studenter?

Det er ikke noe som tyder på at medisinstudenter sliter mer med psykiske lidelser som f.eks. angst og depresjon enn andre studenter. Dette er en myte. Men studenter generelt sliter noe mer enn den generelle befolkningen – de som f.eks. er i arbeid i samme alder. Det er mye studiestress blant medisinerne – og mye obligatorisk undervisning – men dette er ikke det samme som å slite psykisk.

Hvordan kan medisinstudenter bli flinkere til å ivareta sin egen mentale helse? Har fakultetene et forbedrings-potensiale til å ta vare på studentene sine bedre?

Det å være student er en krevende livsfase – men også en periode av livet med mye frihet og selvbestemmelse. Jeg tror det å ta vare på «hele livet» – det sosiale, venner og fritidsaktiviteter er en viktig beskyttelse for mental helse og trivsel. Mange er nok gode til å holde seg i fysisk form og trener, men kanskje ikke like gode til å ta vare på det mentale.

Både studiet og jobben som leger er krevende – og det er ganske nødvendig at en allerede som student prøver å gå inn i krevende oppgaver for å lære og å prøve å mestre dem. Den beste måten til å opprettholde prestasjonssangst er å unngå å gå inn i krevende pasientmøter og vanskelige kliniske ferdigheter.

Det er også viktig at de som virkelig sliter psykisk ikke stigmatiseres. At det å søke hjelp sees på som en styrke og ikke som en svakhet. En «bivirkning» ved medisinstudiet og annen helseprofesjonsutdanning er at vi ser på oss selv som «de friske» og pasientene eller de andre som «de syke».

«Fakultetet må erkjenne at medisinstudenter er som alle andre studenter, verken mer eller mindre. Det hjelper ingen å høre at de er «kremen av norsk ungdom» og får for høye forventninger på seg.»

Fakultetet må erkjenne at medisinstudenter er som alle andre studenter, verken mer eller mindre. Det hjelper ingen å høre at de er «kremen av norsk ungdom» og får for høye forventninger på seg. Både lærere og studenter må erkjenne at vi medisinerer er forskjellige med hensyn til personlighet og følelsesmessige forutsetninger. Det å ha gode intellektuelle evner er ikke det samme som å være beskyttet mot følelsesmessige problemer. Og vi skal ha akkurat samme hjelp og behandling som alle andre hvis vi først sliter psykisk.

Det er rapportert om at leger i stor grad går på jobb «med plager de ville ha sykmeldt sine pasienter for», særlig ved psykiske symptomer. Hvordan kan vi i både studiemiljøet og blant leger snakke mer åpent om dette? Hva kan gjøres for at vi skal bli flinkere til å oppsøke hjelp?

Det å gå på jobb når en er syk er nok mest vanlig ved fysiske plager, og dette gjelder nok også en del andre i prestasjonsyrker der det ikke er så lett å skaffe vikar på kort varsel. Når man virkelig sliter psykisk er det neppe mulig å jobbe. Men du har et poeng med at vi ofte søker hjelp for sent når vi er syke. Faktisk er det en del av det å være profesjonell å ta vare på seg selv (og pasientene hvis du har en smittsom sykdom). Dette er vi minnet på nå under pandemien. Men vi bør huske det også til senere. Jeg tror altfor lett at man blir så fokusert på pasientenes beste gjennom dette studiet at man glemmer seg selv. Både studenter og leger er mennesker – ikke uovervinnelige «ridder-hjelpere» – og er utsatt for akkurat de samme sykdommene som alle andre. Og på flyet får vi klar beskjed om å sette oksygenmasken på oss selv før vi hjelper andre...

Kan vi som fremtidige leger bli flinkere til å være mer fornøyd med oss selv, mindre selvkritisk og akseptere at leger også er «vanlige mennesker»?

Det er dette jeg prøvde å komme inn på over. Det er viktig å akseptere seg selv – «en får verra som en er når en ikke vart som en sku»! Det ligger mye livsvisdom i denne morsomme sangstrofen. Det blir heldigvis lettere å akseptere egne begrensinger med årene enn i ungdommen. Det med en selvkritisk og sårbar personlighet har jeg også lyst til å si litt om. Mye tyder på at selvkritikk kan være en driver for bedre prestasjon. Mange av våre beste idrettsfolk og scenekunstnere er svært selvkritiske og drives til å forbedre detaljer av dette. Jeg tror dette også kan gjelde flere av oss medisinerer og leger. Samtidig skal en også huske at noe sårbarhet kan være viktig i dette yrket – for å kunne vise empati og medfølelse med pasientene våre.

Hva er dine beste råd for å bevare en sunn mental helse under pandemien?

Å tenke at dette kommer til å gå over etter hvert. Vi får sammen prøve best mulig å ta de utfordringene og utsettelse av ting i livet pandemien medfører. Jeg får min første vaksinedose til neste torsdag – og ser virkelig fram til det! Prøv å koble av fra zoom'en iblant, kom dere ut i det fri og i naturen – og gled dere over dem dere kan være sammen med. Det kan være en nær venn, familie, en partner, smågruppe eller annen «kohort» dere kan være sammen med. Kohort begrepet sikter forresten til en gruppe soldater som holdt sammen blant romerske legionærer. Pandemien er noe forbigående – heldigvis – som en annen krise- eller krigstilstand.

«Det å ha gode intellektuelle evner er ikke det samme som å være beskyttet mot følelsesmessige problemer. Og medisinstudenter og leger skal ha akkurat samme hjelp og behandling som alle andre hvis vi først sliter psykisk.»



SPESIALISTEN

MEDISINSK FILOSOFI OG ETIKK

Tekst: Ola Selnes

Bilde: Privat



Henrik Vogt er allmennlege og forsker ved Senter for medisinsk etikk. Han er utdannet fra Universitetet i Oslo og har oppnådd en PhD i systemmedisin fra NTNU. I lang tid har han interessert seg for medisinsk filosofi og etikk, og deler engasjert med Æsculaps lesere hva dette er – og hvorfor det er så viktig i medisinen.

«Medisinfaget er fortsatt, oppsiktsvekkende nok, i praksis delt i henhold til et skille mellom fysisk/psykisk - kropp og sjel - selv om få egentlig tror på et slikt skille. Dette har store konsekvenser.»

Hva er medisinsk filosofi og etikk?

Medisinsk filosofi handler om tenkningen som styrer hvordan vi i medisin og helsevesen gjør ting – ofte uten at vi tenker over det. Det handler også om spørsmål som ikke kan besvares kun gjennom vitenskapelig metoder. Ulike fagfolk vil ha sine ulike fokus innen medisinsk filosofi og etikk, og her snakker jeg mest om hva jeg ser i dette faget.

Det finnes forskjellige nivåer innenfor medisinsk tenkning som henger sammen. Etikken handler om de verdiene, målene og moralske prinsippene som styrer, eller bør styre, medisinske handlinger innen klinisk praksis, forskning og på samfunnsplan. Kanskje ennå mer grunnleggende, finnes det i den medisinske filosofien ulike antakelser og teorier innen det som kalles ontologi og epistemologi. Ontologi handler i medisinen om våre grunnleggende antagelser om hva mennesket er, hva dets natur er og hva sykdom og helse er. Det er umulig å gi et komplett overblikk på kort tid, men som et eksempel på noe viktig som styrer vår praksis, vil jeg nevne «hjerne-sinn-problemet». Det tar fatt i problemet om mennesket er materie, sjel, en kombinasjon av disse, eller kun én. Medisinfaget er fortsatt, oppsiktsvekkende nok, i praksis delt i henhold til et skille mellom fysisk/psykisk - kropp og sjel - selv om få egentlig tror på et slikt skille. Dette har store konsekvenser.

Den mest dominerende ontologiske tenkningen som styrer medisinen er hentet fra biologien, som igjen har hentet den fra fysikken; dette kalles ontologisk reduksjonisme. Det beskriver den ultimate virkeligheten som atomer og molekyler i interaksjon med hverandre slik som figurene i biokjemiboka, og at det er på dette nivået den egentlige virkeligheten og de egentlige årsakene til helse og sykdom, finnes. I dette bildet finnes personen – tenkning, handling, verdier og vilje - på en måte ikke. Både det «psykiske» og etikken er sjaltet ut. Epistemologi, eller kunnskapsteori, handler i medisinen om hvordan man kan tilegnes kunnskap om mennesket, sykdom og helse. For å gi et viktig eksempel er den ontologiske reduksjonismen koblet til epistemologisk reduksjonisme, som resulterer i at vi best forstå mennesker og sykdom ved å undersøke molekyler og mindre deler av kroppen. Mennesket er en maskin som best kan forstås ved å undersøke delene, og forståelsen tar ikke høyde for at noen

symptomer og sykdommer ikke kan reduseres til mindre deler. Som en motvekt til denne reduksjonistiske, såkalte biomedisinske modellen av mennesket, er det utviklet en biopsykososial modell som mest av alt har til hensikt å gjeninnføre mennesket selv og dets sosiale kontekst som viktige faktorer i sykdom og helse.

Hvilken særlig relevans har dette til medisinfaget?

Problemstillinger knyttet til visse ulike, grunnleggende syn på mennesket glir over i det medisinsk-etiske og har konsekvenser for hva vi gjør. Den medisinske ontologien og epistemologien påvirker altså hva som er verd noe i medisin. Hvis det som er ekte og reelt kan ses på delplan i kroppen og fikses med medisiner laget av molekyler, så kan andre problemer ses som mindre reelle og verdifulle. Av den grunn får man for eksempel diskusjoner om at noen helseproblemer ikke er reelle, som man igjen kan knytte til stigma og vi får pasientgrupper som søker å få sine problemer definert som «fysiske» for å få verd. Alt dette resulterer i betente, men også viktige etiske debatter. Debatten om ME eller kronisk utmattelsessyndrom er ett eksempel. Et annet eksempel er debatten om kjønn-sinkongruens, som også delvis handler om grunnleggende antagelser om hva problemet egentlig består i, hva mennesket er, hva identitet er, og hva som er verd noe i medisin. Debatter i korona pandemien handler om epistemologi – hvordan kan vi for eksempel vite om munnbind virker? – og om verdispørsmål.

Hvorfor synes du denne delen av medisinfaget er viktig/spennende?

Som sagt, fordi det har konsekvenser, og fordi den grunnleggende tenkningen i medisin er undervurdert og noe leger er seg for lite bevisst. Ulike fagfolk har ulike motivasjoner, men for meg handler det om å ha en dyp forståelse av faget, av hvorfor vi gjør som vi gjør og hvorfor det noen ganger går galt. Ved å forstå disse tingene, kan vi til syvende og sist gi bedre hjelp. I tillegg til pasientperspektivet, er det snakk om store pasientgrupper som står for en stor del av trygdebudsjettene våre.

“Mennesket er en maskin som best kan forstås ved å undersøke delene, og forståelsen tar ikke høyde for at noen symptomer og sykdommer ikke kan reduseres til mindre deler.”

Hvilke «områder» innenfor medisinen er spesielt aktuelle?

Medisinske handlinger er målrettede og aldri helt verdinøytrale, så etikk er alltid til stede i medisinen. Noen handlinger kan være mer eller mindre kontroversielle, eller vanskelige å avveie. Det kan være små etiske spørsmål som man møter i klinikken daglig, eller større spørsmål som for eksempel abort, hvordan liv best kan ta slutt, fostermedisin, om medisinen bør bidra til «forbedring» av mennesket og alle mulighetene bioteknologien gir oss. Mer grunnleggende og under dette, ligger det også store spørsmål om hva helse, det gode liv og medisin i det hele tatt er. Jeg er personlig veldig dradd mot de tingene som brenner i samfunnet, som for eksempel kosmetisk medisin, hvor man egentlig kan spørre seg om hva medisinenens formål er. Sammen med min kollega Andreas Pahle har jeg argumentert for at det ikke er god medisin, og stilt spørsmål ved om det i hele tatt skal praktiseres. For oss, er dette mest grunnleggende et spørsmål om hvilken skade medisinen gjør på samfunnsplan ved å muliggjøre en utvikling og et samfunnstrekk som i seg selv er sykeligjørende.

Hvordan ser det ut fremover?

Med tiden har dette området i medisinen kommet mer og mer frem. Forskning har vist disse tingene empirisk, som også medfører at det er et mindre kontroversielt område. Fremover, sett i sammenheng med for eksempel kosmetisk medisin, vil store spørsmål som hvilken retning medisinprofesjonen vil ta videre være aktuelle. Videreutvikling av god forskningsetikk og klinisk etikk vil selvfølgelig også være en del av fremtiden.

«Jeg er personlig veldig dratt mot de tingene som brenner i samfunnet, som for eksempel kosmetisk medisin, hvor man egentlig kan spørre seg om hva medisinenens formål er. Sammen med min kollega Andreas Pahle har jeg argumentert for at det ikke er god medisin, og stilt spørsmål ved om det i hele tatt skal praktiseres.»

Hvilke fordeler er det for deg, som også er allmennlege, at du har denne interessen?

Generelt er medisin et praktisk fag og defineres i veldig stor grad av hva som virker og trengs ute i felten, og derfor er det fint å ha kontakten med det kliniske i tillegg til min akademiske interesse. Mye av teorien innen medisin kommer fra pugg av basalfaglig kunnskap, og som kliniker har jeg savnet evnen til å sette denne kunnskapen i et enda bredere perspektiv. En del av det man møter på fastlegekontoret eller i et akuttrom, er mennesker med problemer som ikke kan ses med biomedisinenes reduktive briller. De kalles gjerne «medisinsk uforklarte plager og symptomer», men egentlig handler det om ting som ikke kan forklares ved å se på molekyler, celler og organskader alene. Selv synes at jeg ved min interesse for medisinsk etikk og filosofi utover pensum på medisinstudiet, har gitt et godt grunnlag for å bedre forstå og håndtere disse situasjonene. Det er jo heller ikke viet så mye tid til disse tingene på studiet, og jeg er sikker på at medisinstudent-er og leger trenger å lære mer om dette fremfor å pugge prosedyrene for behandling av hjerneslag – noe de fleste i realiteten aldri får gjort. Utilstrekkelig kunnskap om dette kan være med til å skape massive blindflekker hos klinikere og forskere.

Tips til studenter som vil fordype seg i medisinsk etikk og filosofi?

Husk at faget er mer spennende og mer enn det du lærer på medisinstudiet, det favner i realiteten alt. Boken som kanskje mest av alt har gitt meg et kick i medisinsk filosofi er skrevet av en biolog som heter Denis Noble, og heter «The Music of Life». Og så ville jeg lest George Engels artikkel fra 1977 i Science som grunnla den biopsykososiale modellen. Den heter «The Need for a New Medical Model: A Challenge for Biomedicine». En av bøkene til Eric Cassell er også å anbefale, for eksempel «The Nature of Suffering and the Goals of Medicine (2004)».

*Æsculap-redaksjonen er klar over at epidemiologi ikke er en godkjent spesialitet i Norge per dags dato.

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

Registrer deg på:

ecuracare.no

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



STILLHET PÅ 8M² MED LYD AV «MELDING: AVLYST PRAKSIS».

Tekst: Evgenia Taranova, nasjonal Folkehelseansvarlig 2021

Bilde: Privat

To steg til skrivebordet, fire til kjøkkenbenken og seks til badet. Stillhet. Plutselig lyd: «Kjekt om dere slår på kamera så slipper vi å se svarte skjermer». Stillhet igjen. Slurk kaffe. Åpne OneNote. Ta på kamera. Smil. Plutselig lyd igjen: «Kan du beskrive bakterie morfologien på disse bildene av preparatet?».

Inn på nyhetskanaler for å sjekke smittesituasjon og oppdatere seg på de stadig nye retningslinjene om smittevern. Møtes med overskriftene «Ekspertgruppe slår alarm: – Stor bekymring for studiemiljø og psykisk helse», «Ny undersøkelse bekymrer: Studentene sliter psykisk», «3 av 5 studenter føler seg mer ensomme under pandemien». Gammelt nytt. Slike sterke overskrifter har dessverre begynt å gi mindre inntrykk. Spesielt for oss. De forteller noe vi studenter ikke trenger å lese nyhetene for fordi vi selv kjenner så godt på det disse overskriftene skriver om.

«De beste årene». «Du er ung bare én gang». Vi har mistet tellingen på hvor ofte disse ordene har rørt ørene våre. Ubehjelpelig. For hvordan skal vi «være ung i de beste årene» omringet av fire vegger? Ja, pandemien har bare vart i en brøkdel av studentårene, men denne «bare» har vært avgjørende for disse årene.

Livet under pandemi har vært avgjørende for de førsteklasingene som har kommet inn på drømme-studiet med forestillinger om en innholdsrik og sosial studenthverdag. Disse forestillingene ble fort avleid når Zoom erstattet auditoriet, egen skrivepult erstattet lesesalsplass, og utallige digitale quiz i break-out rooms, med ukjente ansikt som visst skal være dine medstudenter, erstattet fadderuke og eksamensfester. Tilhørighet ble satt på prøve, egen viljestyrke ble utfordret og motivasjon ble gjemt en eller annen plass i en skuffe.

Livet under pandemi har vært avgjørende for de fremtidige leger som har mistet dyrebar praksis og kurs i viktige medisinske ferdigheter. Kan det tas igjen? Eller vil vi bli stemplet som «korona-leger» og møtt med de fordommer som kan ha oppstått? Om vi som medisinstudenter er flinke til å ta vare på egen helse med «studiets store arbeidsmengde, deltidsjobb, miljøet med like plikttoppfyllende og «best-i-klassen»-medstudenter som en selv, tanker og bekymringer om fremtidig yrkeshverdag» er oppe til diskusjon i en «normal ikke-pandemisk hverdag». Men under denne nye «normale hverdagen» presser dette sterkere på, og vi holdes nok på kanten av et enda høyere stup som det er enda vondere å falle ned fra.

«Livet under pandemi har vært avgjørende for de fremtidige leger som har mistet dyrebar praksis og kurs i viktige medisinske ferdigheter. Kan det tas igjen? Eller vil vi bli stemplet som «korona-leger» og møtt med de fordommer som kan ha oppstått?»

Livet under pandemi har vært avgjørende for de som dessverre vil oppleve den raskt pressende ikke-virale pandemien bankende på døra til hybelen. For vi har nemlig hørt om en såkalt fremtidig post-korona pandemi av psykiske helseproblemer. Visst beste utfall er for noen å oppleve at de «beste studentårene» er satt på vent på grunn av pandemien, vil verste utfall ramme de som i lang tid etterpå kommer til å plages med resultatet av de restriktive tiltakene som sosial distansering og isolasjon. For disse vil de «beste studentårene» oppleves som tapt.

I denne pandemien har vi erfart stillhet. En ny type stillhet. En slik verden hadde aldri opplevd før. For nå var nemlig hele verden stille. Og selv om det aller viktigste i samfunnet – det som vi alltid underliggende har visst, men aldri sagt så høyt før at er de virkelige bærebjelkene i samfunnet – aldri sto stille, så hadde resten stoppet opp til stillhet.

«I denne pandemien har vi erfart stillhet. En ny type stillhet. En slik verden hadde aldri opplevd før. For nå var nemlig hele verden stille.»

Og dette var ikke den type stillhet man kunne høre under vann. Ikke den type stillheten man hørte i skogen, eller den man hørte under eksamen. Det var en stillhet av å sitte i et lite hybelrom, med seng, lite skrivebord, skap og så vidt gulvplass til å snu seg rundt.

Nå gleder vi oss igjen til stillheten blir erstattet av den lyden vi har savnet. Av høy musikk ute på byen. Av studenter som vamses inn i auditoriet. Av baristaer som roper «En latte macchiato er klar!». Av foreleser som strever med å få mikrofonen på – og ikke den på Zoom, men den som man holder i hånden.

Vi gleder oss til å høre lyden av livet.

Men det finnes en stillhet vi ikke vil miste. Det er den stillheten flest av oss innrømmer å savne. Det er den stillheten man opplever når man tar armene rundt hverandre og holder et øyeblikk før man slipper opp og smiler med glede. Det er stillheten av å klemme.

For hvem skulle trodd at denne stillheten av en pandemi ville vise at det dyreste vi eier er lyden av livet.

Litteraturliste

- | | | | |
|-----|---|-----|---|
| [1] | https://www.studvest.no/ekspert-gruppe-slar-alarm-stor-bekymring-for-studiemiljo-og-psykisk-helse/ | [3] | https://universitas.no/sak/67687/3-av-5-studenter-foleseg-mer-ensomme-under-pande/ |
| [2] | https://akademikerne.no/2021/ny-undersokelse-bekyrer-studentene-sliter-psykisk | [4] | https://www.dagensmedisin.no/artikler/2021/01/21/fremtidige-leger-ma-lare-a-ta-vare-pa-seg-selv/ |

**«Det nytter ikke med ord.
Det nytter aldri med ord
hvis du vil
si noe.»**

**Vi er flyktninger her i det fremmede
vårt morsmål er stillhet.»**

Hans Børli



MEDISINERNES MENTALE HELSEOPPLYSNING (MMO)

Tekst: Emilie – PR-ansvarlig i MMO Trondheim

MMO står for medisinerne mentale helseopplysning, og er en frivillig studentorganisasjon av helsestudenter i Trondheim, Oslo, Bergen og Tromsø. Målet vårt er å bidra til mer åpenhet om mental helse, særlig blant ungdom og unge voksne. Vi ønsker å senke terskelen for å snakke om psykisk helse, og på den måten bidra til at folk kan få det bedre.

Måten vi i MMO arbeider på, er hovedsakelig ved å dra rundt til ungdomsskoler og videregående skoler i nærområdet for å holde interaktive foredrag. Et slikt oppdrag er delt i tre deler, med temaene: kroppen og psyken, hvordan være en psykt god venn og forskjell mellom psykisk plage og psykisk lidelse. Vi fokuserer også på at det er viktig at man har det bra selv, før man hjelper andre. Det er viktig for oss å si at vi ikke er behandlere, men opplysere som bidrar til å snakke mer om mental helse. I tillegg kommer vi med noen konkrete tips om hvordan man kan søke hjelp.

I tillegg til å dra på oppdrag, holder vi arrangementer jevnlig med ulike temaer, der vi leier inn flinke og

inspirerende foredragsholdere. Dette skoleåret har vi i Trondheim blant annet hatt foredrag om alkohol, rusmiddelavhengighet og psykose sammen med LRO (legestudentenes rusopplysning) og et eget webinar om psykose. Begge arrangementene var svært vellykket, og bidrar til å vekke publikums interesse rundt psykisk helse.

Til tross for utfordringer det siste året, har det skjedd mye positivt i MMO sin utvikling på landsbasis. MMO har startet opp i Oslo, Bergen og Tromsø, og i tillegg har vi fått prosjektstatus av NMF (norsk medisinstudentforening). Prosjektstatusen gir oss nye muligheter, noe vi er veldig glade for. MMO er også aktive på sosiale medier, hvor vi informerer om arrangementer, hva som skjer innad i MMO og mye annet gøy.

Gjerne følg oss på Instagram og lik Facebook-sidene våre for mer informasjon!

Instagram MMO Trondheim: @mmot trondheim

Instagram MMO Oslo: @mmooslo

Instagram MMO Bergen: @mmobergen

Instagram MMO Tromsø: @mmotromso



Jordskjelvet i Haiti i 2010. Foto: Harald Henden

MORTEN ROSTRUP EN HELT I HVIT KAPPE

Morten Rostrup har som lege sett og erfart en helt annen verden enn det de fleste har gjort. Som lege og feltarbeider har han drevet med humanitært arbeid i en rekke land og intenst jobbet for universell helsehjelp på tvers av landegrensener. Sett bort fra hans engasjement i Leger uten grenser er han en altnuligmann både som professor, forfatter, forsker og ikke minst som ekspedisjonsklatrer. Rostrup besteg Mount Everest i 1996, samme året som han startet opp Leger uten grenser i Norge. I dette nummeret av Æsculap ønsker vi å ta deg med på en reise gjennom Rostrups fascinerende historie som dedikert akuttmedisiner og sitt engasjement for humanitært arbeid.

Tekst: Servani Mahalingam

Bilder: MSF, Harald Henden

Født 7. mars 1958

Cand.med., Universitetet i Oslo 1983

Spesialist i indremedisin 1996

Dr.med., Universitetet i Oslo 1994

President i Leger Uten Grenser 1996–2002

Internasjonal president i Médecins Sans Frontières 2000–04

Spesialist i akutt- og mottaksmedisin 2019

Overlege ved Akuttmedisinsk avdeling, Oslo universitetssykehus, Ullevål 1996–

Leder, Enhet for indremedisinsk forskning, Oslo universitetssykehus, Ullevål 2005–

Professor II, Avdeling for atferdsmedisin, Universitetet i Oslo 2015–

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

Jeg tenkte på å bli lege svært tidlig. Allerede på barneskolen. Faren min var allmennlege, og jeg fikk en kjennskap til yrket under oppveksten som fascinerte meg. Jeg så at man kunne bidra i å hjelpe pasientene med sine plager og problemer.

Senere har han innsett at legeyrket kan favne bredt og gi innsikt i så mange ulike aspekter av det å være menneske, noe som er svært berikende. Videre forteller han at vi har et utrolig privilegert yrke nettopp på grunn av det unike lege-pasientforholdet.

Turnustiden, hvordan var den?

Jeg var i turnus i Kristiansund. Det var spennende, det var moro. Jeg hadde en meget bratt læringskurve, arbeidet fascinerte meg, og i Kristiansund hadde vi også et flott turnusmiljø. Svært sosialt, men uansett hvor mye vi festet i helgene, tok vi første fergen over fjorden til fjellene. Vi gikk firedelt vakt, så vi var mye på jobb, men det var positivt endelig å begynne å arbeide som lege etter et langt studium. Jeg husker fortsatt flere av de pasientene jeg møtte den gangen.

Ideen om å jobbe med sårbare mennesker og gi dem medisinsk nødhjelp kom ganske tidlig. Som en nyutdannet lege reiste han rundt, og opplev-

elsene og erfaringene fra denne turen var det som banet veien for hans senere karriere.

Tanken var der allerede som student da jeg sammen med en studiekamerat tok pause mellom 1. og 2. avdeling, jobbet på psykiatrisk sykehus og så loffet rundt i Afrika i 4 måneder. Vi reiste sørover fra Egypt gjennom Sudan, Kenya og Tanzania og besøkte også noen helseprosjekter. Opplevelsen ble sjelsettende, og jeg visste da at jeg senere måtte bruke utdannelsen min til å bidra også utaskjærs.

Hva gjorde du da?

Etter at jeg ble ferdig med turnus, tok jeg kontakt med Norges Røde Kors for å jobbe ute. Men der fikk jeg beskjed om at jeg ikke var aktuell kandidat siden jeg ikke var spesialist eller hadde noe erfaring. Jeg slo det fra meg inntil videre, begynte både med forskning og spesialisering.

Og da fikk du kontakt med Leger Uten Grenser?

Jeg fikk så nærmest tilfeldig kontakt med Leger Uten Grenser i 1995, og var med på å starte organisasjonen her i Norge i 1996 og reiste på mitt første oppdrag til Kongo samme år. Borgerkrigen i landet hadde brutt ut, og jeg jobbet på et lite feltsykehus. Jeg fikk da den gode, kanskje merkelige følelsen av å være hjemme. Siden har jeg kunnet reise på mange oppdrag over hele verden og følt det svært meningsfullt.



Borgerkrigen i Lybia i 2011. Foto: MSF (Médecins Sans Frontières)

Fra 2000-2004 var han internasjonal president for MSF og har også i senere tid vært medlem av det internasjonale styre. Med sin verdensomspennende erfaring fra alvorlig kriser har han jobbet tett med mennesker som har vært i svært sårbare situasjoner. Når han blir spurt om å fortelle om det feltoppdraget som gjorde sterkest inntrykk på han svarer han:

Jeg kan komme på mange hendelser. Vi utsettes for situasjoner som gjør utslettelige inntrykk mange ganger. Men det som kanskje gjør størst inntrykk er menneskene du møtte. Dine pasienter og deres skjebner, og deres mestring. Noen av de historiene du tar med deg videre er også der vi sviktet, der vi burde ha gjort mer.

Øyeblikk og hendelser fra feltoppdragene sitter friskt i minne. Selv etter mange år kan han ramse opp flere hendelser som har gjort inntrykk på han:

Jeg kunne nevnt den unge mannen som lå i en liten bambushytte på grensen mellom Kenya og Uganda, og skulle dø av AIDS mens vi i den rike delen av verden hadde medisiner som kunne bekjempe sykdommen. Jordskjelvofrene i Haiti som ventet i uker på kirurgi for åpne brudd og viste den imponerende tålmodighet og verdighet. Sultofre i Sør-Sudan og turen vi tok ut i sumpene og fant en utsultet familie der moren hadde måttet velge hvilket barn som skulle få mat, og hvilket barn som skulle dø av sult. Den lille ungen med kolera som var bevisstløs nesten uten puls, der jeg måtte slite for å finne intravenøs

«Jeg reiste på mitt første oppdrag til Kongo. Borgerkrigen i landet hadde brutt ut, og jeg jobbet på et lite feltsykehus. Jeg fikk da den gode, kanskje merkelige følelsen av å være hjemme. Siden har jeg kunnet reise på mange oppdrag over hele verden og følt det svært meningsfullt.»

tilgang, og som overlevde. Kvinnen som kom til oss høygravid da vi var på en tur i krigsherjede Tsjad for å vurdere behovene, og der vi måtte utføre keisersnitt uten oksygen og maske/bag fordi vi ikke kunne evakuere henne på grunn av krigshandlingene. Både hun og barnet overlevde. Jeg kunne nevne så mye.

Tanker, opplevelser og følelser fra feltoppdragene har han fått ned på papir. I boken «Felt» skriver han om de menneskelige dilemmaer som man møter som en hjelpearbeider. I hans siste bok «Uten grenser – beretning fra en ny type krig» som ble utgitt i 2019, skriver han om sitt opphold i Bagdad, der sykehus bombes og sivilbefolkningen er under angrep med giftgass.

Har du noen gang lurt på om verdenssamfunnet eller stormaktene virkelig vil vise interesse for disse menneskene?

Slike tanker har man mange ganger. Vi lever i en tid der mange politiske ledere tar avgjørelser som får konsekvenser for mennesker i helt andre deler av verden, - mennesker de ikke ser, mennesker de ikke er avhengig av for å få gjenvalg. Ikke bare det, de sitter med mulighetene for å endre livet til det bedre for millioner uten å handle.

Hvorfor skjer det ingenting da?

Vi ser nå også en økende tendens til nasjonalisme, ytre fiendebilder blir skapt, vår felles humanitet er ikke lenger det som samler oss, gir oss et felles mål. Jeg har vært oppgitt mange ganger, ikke minst den senere tid da jeg har vært vitne til angrep på sykehus og helsearbeidere i krigene i Libya og Syria. Utallige brudd på folkeretten som ikke ser ut til å få noen konsekvenser.

«Da Leger Uten Grenser fikk Nobels fredspris i 1999 sa vi i talen at vi ikke kan være sikre på at det å snakke ut vil redde liv, men vi vet at taushet dreper»

Det er slettes ikke alle konflikter og kriser som får oppmerksomhet, men som en lege på feltoppdrag har han brukt sin stemme til å fortelle om de virkelige forholdene som rår i disse konfliktområdene.

Å være en taus lege, er det farlig?

Da Leger Uten Grenser fikk Nobels fredspris i 1999 sa vi i talen at vi ikke kan være sikre på at det å snakke ut vil redde liv, men vi vet at taushet dreper. Er man vitne til overgrep og urettferdighet, må man si fra. For Leger Uten Grenser har dette vært en viktig del av vårt oppdrag. Være vitner, utfordre ansvarlige og maktthavere, plassere ansvar. Som leger får vi førstehåndskjennskap til forhold som mange ikke er klar over og som ikke er akseptable. Å være taus da innebærer en form for passiv aksept.

Av og til kan retningslinjer og protokoller sette legerollen på prøve og begrense muligheten til å utøve profesjonsetikken. For Rostrup handler det å gjøre det som er riktig.

«Vi lever i en tid der mange politiske ledere tar avgjørelser som får konsekvenser for mennesker i helt andre deler av verden, - mennesker de ikke ser, mennesker de ikke er avhengig av for å få gjenvalg. Ikke bare det, de sitter med mulighetene for å endre livet til det bedre for millioner uten å handle.»

«Som leger får vi førstehåndskjennskap til forhold som mange ikke er klar over og som ikke er akseptable. Å være taus da innebærer en form for passiv aksept.»

Har du noen gang valgt klinisk skjønn framfor retningslinjer?

Ja, det har jeg flere ganger. Retningslinjene våre er nettopp det: retningslinjer, – anbefalinger som vil fungere i de fleste, men ikke alle sammenhenger. Vi må også bruke klinisk skjønn.

Eksempelvis nevner han oppdraget i Bangladesh i forbindelse med et difteriutbrudd i en flyktingleir. Det var regler og retningslinjer, men som en viljesterk lege klarte Rostrup å berge livet til en liten jente.

Sist jeg brøt protokollene var på et oppdrag i Bangladesh i 2018 i verdens største flyktingleir. Over 1 million Rohyngina flyktinger holdt til i leiren. Det brøt ut en difteriepidemi, og vi fikk inn hundrevis med barn, mange var svært alvorlig rammet. Ei lita jente var i koma da hun kom, oksygenmetningen var på 60 %, hun var i ferd med å dø. Våre protokoller tilsa at hun ikke skulle få behandling, - noe som kunne være riktig hvis vi var overbelastet med mange pasienter og måtte prioritere. Men slik var ikke situasjonen.

Hva gjorde du da?

Mot protester hos andre i teamet, begynte jeg å hjelpe henne i pusten med maske og bag, oksygenmetningen steg, hun begynte å bevege seg adekvat, jeg gav antitoksin og fulgte henne gjennom kvelden og natten. Dagen etter på formiddagen spiste hun litt mat. Jeg så henne og faren igjen to uker etter at hun var utskrevet. De var så takknemlige.

Ble du kritisert i etterkant?

Jeg ble kritisert for å ha brutt protokollen, men jeg hadde det medisinske ansvaret, og jeg brukte mitt skjønn. Jeg har behandlet mange alvorlig syke barn under slike forhold, og visste hva jeg gjorde.

Historien gjenspeiler veldig godt den viljen, engasjementet og dedikasjon en lege burde ha til yrke. I den tid der man nesten bare hører om pandemien er det lett å glemme kriser som fortsatt eksisterer i store deler av verden. Millioner av mennesker lider fortsatt av kriser som vi har sluttet å snakke om.

Tror du korona påvirker humanitært arbeid?

Ja, på flere måter. Det å reise ut for hjelpearbeidere er blitt mer komplisert. Transport av medisinsk utstyr og medisiner over landegrensener er vanskeligere. Vi har sett at noen helseprosjekter i fattige land stanses på grunn omdisponering av ressurser til å behandle korona-pasienter. Oppmerksomheten rundt en rekke andre helseproblemer blir mindre.

Selv om han kanskje ikke er på feltarbeid akkurat nå jobber han iherdig på akuttmottaket på Ullevål. Han tar imot koronapasienter og de gangene smittetrykket blir for høyt kan det bli noen travle dager. I tillegg til dette underviser han oss studenter på zoom.

Hva er du opptatt av når du underviser fremtidige leger?

Jeg er svært opptatt av at legen ser pasienten, ikke bare tilstanden. I undervisningen legger jeg mye vekt på at legen må få fram pasientperspektivet. Jeg vet at de rent medisinske aspektene kan være fascinerende. Veien fram mot en endelig diagnose, undersøkelsene som gjøres, resultatene som kommer, det å være nærmest detektiv. Men det har mange ganger slått meg hvor viktig en grundig anamnese er nettopp for å finne riktig diagnose. Jeg er også opptatt av at lege-pasientforholdet mer og mer dreier seg om et samarbeid, en dialog, hvor det er svært viktig å bli kjent med pasienten som menneske.

Har du noen tips til medisinstudenter som ønsker å følge dine fotspor?

Engasjer deg som student og utvid perspektivet ditt til å omfatte mennesker fra alle deler av verden. Vær utforskende, reis langt bort, til andre kulturer, men ikke for å møte andre reisende, nei heller menneskene som bor der. Unngå backpacker-fellene. Kjenn på om du trives med det, om du kunne tenke deg å være der over tid, kanskje arbeide der. Hvis slike tanker faller naturlig for deg, ville jeg jobbet videre i Norge, fått noe klinisk erfaring, deltatt på relevante kurs og tatt kontakt med en hjelpeorganisasjon. Hvis man får et oppdrag, er det viktig å føle på at man reiser til noe man føler sterkt for, og ikke fra noe man føler ikke fungerer hjemme. Da ville du kunne bidra verdifullt som lege for dine medmennesker.

Temaet for magasinet i dette nummeret er «Stillhet». Helt avslutningsvis ble derfor Rostrup spurt om hva han tenker når han hører ordet «stillhet»:

Jeg tenker på noe vi i vårt moderne samfunn har mistet. Jeg tenker på hvordan vår oppmerksomhet stadig kapres av et ønske vi har om å være til stede over alt, og det å være tilgjengelig hele tiden. Stillhet er ikke bare fravær fra støy, det er å være helt tilstede der du er, der tankene kan flyte fritt uten spesielle oppgaver. Jeg kan oppleve den gode stillheten i naturen, på ski eller sykkel, eller på en strand, og hjemme, uten podcaster og musikk. Uten å gjøre noe som helst. Vi må fri oss fra tanken på at vi hele tiden skal være produktive og prestere noe. Vi må sløve mer, være flinke til å gjøre ingenting. Det er en god stillhet.

«Jeg er svært opptatt av at legen ser pasienten, ikke bare tilstanden. I undervisningen legger jeg mye vekt på at legen må få fram pasientperspektivet.»

GLEMTE KRISER

TRYGG ABORT SATT PÅ SIDELINJEN

Tekst: Ingrid Frisch

I skyggen av pandemien blir andre helseproblemer enn COVID-19 nedprioritert. Dette går ut over liv og helse, noe man ser i alle hjørner av verden. Problemer som allerede har vært skjøvet under teppet, har i desto større grad blitt satt på sidelinjen. Medisinsk utstyr, helsepersonell og andre ressurser må settes inn andre steder der det virkelig brenner, nå med pandemien. En av disse glemte krisene Leger Uten Grenser ønsker å rette søkelyset mot er utrygg abort. Man ser at dette er et økende problem av ulike grunner, som portforbud, økonomisk nedgang og økt overgrep i hjemmet.

Tenk deg at du går på videregående, uten jobb og opplever å bli voldtatt på vei hjem fra bussen. Du går ikke på noen type prevensjon og er redd for å bli gravid. Som statsborger i Norge har du muligheten til å velge bort dette svangerskapet trygt, og uten å risikere å bli kastet ut på gata av familien din. Det er dessverre mange som ikke har denne tryggheten. Mange kvinner i verden lever i et samfunn der seksuell helse er et tabubelagt tema og abort er ulovlig. De har to muligheter: beholde barnet eller å ta saken i egne hender. Mange velger sistnevnte og risikerer eget liv og helse.

Hvorfor føler mange kvinner at dette er eneste utvei? Fordi alternativet er desto mer utenkelig. Ved å beholde barnet, risikerer både kvinnen og barnet få et liv preget av økonomisk utrygghet og mulig utestengelse fra familien og nærsamfunn.

Elin Erland er jordmor og har vært på feltoppdrag med Leger Uten Grenser i blant annet Sierra Leone og India. I et krigsherjet land hun jobbet i, møtte hun en familiemor

som ble skilt fra mannen sin i krigen. En kvinne på flukt med tre barn er i en særdeles sårbar situasjon. Hvis en mann kan tilby litt beskyttelse under flukten mot noen tjenester, virker dette som et godt alternativ for å overleve. Da paret ble gjenforent 2 år etterpå, passet det dårlig at hun var gravid. Elin forteller at kvinnen var redd. Leger Uten Grenser hjalp denne kvinnen med å få gjennomført en trygg medisinsk abort. : «Hvis ikke du kan hjelpe meg med dette, tar jeg livet mitt. Alternativet er at mannen min tar livet av meg».

Én av fem hovedårsaker til mødredødelighet er utrygg abort, og skjer i alle verdenshjørner uavhengig av sosioøkonomisk status. Med unntak av blant annet Europa og Nord- Amerika, som har mer liberale abortlover, har store deler av verden restriktive lover eller totalforbud. Dette er på bakgrunn av religiøse eller politiske forestillinger og ideologier. I land der abort er lovlig, kan det likevel være religiøse motkrefter som forbyr abort. I katolske Columbia hadde en tredjedel av kvinnene som kom til Leger uten grenser opplevd å bli avvist av helsepersonell på tidligere klinikker på grunn av religion. Man ser også i europeiske land at disse religiøse kreftene er forsterket. Sist i januar 2021 innførte Polen totalforbud av abort etter 28 år med noe mer liberale abortlover.

I desperate situasjoner tyr man til desperate tiltak. Blant de utrygge abortmetodene har man drikking av blekemiddel, etsemiddel i skjeden, strikkepinner eller harde slag til magen. Man ser alvorlige komplikasjoner, som store blødninger, infeksjoner og arrvev som kan gi infertilitet.

“Én av fem hovedårsaker til mødredødelighet er utrygg abort, og skjer i alle verdenshjørner uavhengig av sosioøkonomisk status.”

«I en rapport fra WHO om COVID-19 og vold mot kvinner, fastslås det at uplanlagt graviditet har økt som følge av mishandling i hjemmet. Det er estimert at pandemien vil gi en økning på 3 350 000 utrygge aborter og 1000 mødredødsfall.»

Jordmor Elin Erland forteller om en ung kvinne hun undersøkte i India: «Jeg visste først ikke hva jeg så. Det var et stort, åpent sår. En lokal jordmor fortalte meg at det var resultat av kjemisk abortforsøk.» Dette er en desperat metode som blir brukt, som i tillegg til etseskader og smerte, ikke fungerer.

Korona har forverret tilgangen til trygg abort. Inngrepet burde gjøres så tidlig som mulig i svangerskapet for å redusere komplikasjoner. For eksempel i Columbia opplever flere kvinner å måtte vente lenge for å få legetime på grunn av pandemien, som resulterer i at prosedyren blir utsatt og tidsrammen for lovlig abort overskrides. Portforbud og dårligere økonomiske tider har gjort situasjonen vanskeligere. I Sør-Afrika i Rustenburg ble aborttjenester i 2020 lagt ned på grunnlag av at det ikke ansees som «nødvendig helsehjelp». FN har estimert at mishandling i hjemmet har økt med 20% under pandemien. I India forteller Kavita Bihal, frivillig hos hjelpetelefon for isolerte kvinner, om at menn i større grad tar ut frustrasjonen sin på konene sine grunnet stress, økonomi og jobbmanget. I en rapport fra WHO om COVID-19 og vold mot kvinner, fastslås det at uplanlagt graviditet har økt som følge av mishandling i hjemmet. Det er estimert at pandemien vil gi en økning på 3 350 000 utrygge aborter og 1000 mødredødsfall.

At kvinnehelse blir nedprioritert i epidemier og pandemier er ikke noe nytt. Elin Erland forteller om da hun var i Sierra Leone under ebolautbruddet i 2015 og 2016: «Man

så langt flere kvinner som døde av konsekvensene av at Ebola var i landet enn selve Ebola. Man ser likhetstrekk ved covid-19. Dødsfall grunnet mangel på livsnødvendig helsehjelp øker. Folk dør i større grad av komplikasjoner i forbindelse med abort, fødsel og svangerskap.» Man har sett konsekvensene av dette mange ganger før med andre epidemier som ebola. Hvorfor må man gjøre samme feilen en gang til?

Løsningen ligger i både forebygging og behandling av komplikasjoner. Akutt er det å behandle komplikasjoner etter disse abortene. I 2019 ble over 25 000 kvinner behandlet av Leger Uten Grenser for komplikasjoner etter abort. Mer langsiktig løsning av problemet er å forebygge at dette skjer. Der er tilgang til prevensjon essensielt, samt informasjon om mulighetene de har. Helsearbeidere og lokale kvinnegrupper tilknyttet Leger Uten Grenser informerer om og tilbyr kvinner medisinsk abort. Fordelen med medisinsk abort, som gjøres med en pille, er at prosessen er såpass trygg og effektiv at kvinnen kan gjøre dette selv hjemme. Da slipper man å oppholde seg på sykehusene, som nå er en smittebombe. Man må altså møte kvinnene der de er og løfte frem mulighetene de har i den vanskelige situasjonen de er.

Abort kommer til å skje uansett om det er strenge eller liberale lover. Utrygg abort er én av fem hovedårsaker til mødredødelighet og er enkelt å gjøre noe med. Spørsmålet er nå: skal man ta tak i dette tidligere nå enn før og unngå samme feilen?

Litteraturliste

- | | | |
|-----|---|-----|
| [1] | https://legerutengrenser.no/helse/trygg-abort | [7] |
| [2] | https://maps.reproductiverights.org/worldabortionlaws | |
| [3] | https://www.legerutengrenser.no/glemte-kriser/utrygg-abort-dreper.html | [8] |
| [4] | https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12222282/ | [9] |
| [5] | https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2709326/ | |
| | https://www.bbc.com/news/av/world-53014211 | |
| | https://www.who.int/publications/i/item/covid-19-and-violence-against-women | |
| | https://www.guttmacher.org/article/2020/04/crisis-horizon-devastating-losses-global-reproductive-health-are-possible-due-covid# | |

INTERVJU MED AMALIE OG SARA FRA MEDHUM

MEDISINSTUDENTER FOR EN BEDRE VERDEN - I 50 ÅR!

MedHum står for Medisinstudentenes Humanitæraksjon og er Norge største studentdrevne humanitæraksjon. MedHum fyller i år 30 år og humanitæraksjonen har siden 1991 samlet inn over 24 millioner kroner til helse og forebyggende medisin i lav- og mellominntektsland. I 2022 arrangeres aksjonen for 17. gang.

Tekst: Merete Lan Olsen



Navn: Amalie Fagerli Tegnander

Kull: 18

Studiested: Universitetet i Bergen

Leser daglig: Adressa.no! Må følge med på hva som skjer i <3Trondheim<3

Hører på: Podcasten «Norsken, svensken og dansken»

Ser på: Kompani Lauritzen

Fun-fact: Jeg trenger 10-20 sekunder betenkningstid for å skille høyre og venstre..

Navn: Sara Soraya Eriksen

Kull: 16B

Studiested: Universitetet i Bergen

Leser daglig: Aftenposten

Hører på: «The Kåss Furuseths»

Ser på: Stor tilhenger av NRK nett tv sin dokumentar-avdeling. En favoritt er «Bjarne vil ikke på film».

Fun-fact: Har en MedHum-tatovering på armen

1. For å ta det helt fra begynnelsen - hvorfor ble dere engasjert i MedHum?

Amalie: Jeg ble introdusert for MedHum allerede før jeg startet på medisinstudiet, fordi min søster da var med i MedHum sitt sentralstyre. Noe av det jeg liker spesielt godt er at MedHum gir oss privilegerte medisinstudenter en mulighet til å komme litt ut av den boblen som vi lever i her i Norge. Aksjonen bidrar år etter år til å sette ulikhet i helse på agendaen. I tillegg samles det inn penger for at noen av de som har aller minst skal få bedre tilgang på helsehjelp - og mulighet til å bygge sin egen framtid!

Sara: Jeg ble introdusert for MedHum i begynnelsen av medisinstudiet gjennom lokallaget til MedHum Bergen, på den tiden ledet av Emina Lejlic. Jeg var nysgjerrig på global helse og humanitært arbeid allerede før jeg begynte på medisinstudiet så da jeg møtte Emina og skjønnte at MedHum var en greie følte det som at noen brikker falt på plass. Siden har det vært MedHum som har vært studentorganisasjonen i hjertet mitt. Som Amalie påpeker:

MedHum gir man mulighet til å komme ut av boblen vi lever i i Norge og det føles som et stort privilegium å få lov å sette ulikhet i helse på agendaen. I MedHum møter jeg studenter som inspirerer meg hver dag, og ikke minst er det rørende å kjenne på hva man kan få til sammen.

2. Hva er historien bak MedHum?

MedHum så "dagens lys" i 1991, etter inspirasjon fra Operasjon Dagsverk og Jusstudentenes aksjonsuke. Initiativet kom fra John-Arne Røttingen (i dag Global helse ambassadør i Utenriksdepartementet) på et Nmf-landsmøte hvor det ble vedtatt at medisinstudenter også burde ha en egen og landsomfattende humanitæraksjon. I begynnelsen gikk MedHum under navnet HUG: Helse Uten Grenser. Siden 1991 har aksjonen gått av stabelen annethvert år slik at aksjonen i 2022 blir MedHum's 17.aksjon. Vi har rullet å samle inn over 24 millioner kroner utelukkende ved frivillig arbeid fra medisinstudenter, noe vi er ganske stolte over!

3. Hvordan arbeider dere i MedHum?

MedHum samarbeider i perioder på to år med en organisasjon og et prosjekt som er stemt frem av Nmf-medlemmer. Prosjektene som mottar de innsamlede midlene skal fremme helse og forebyggende medisin i lav- og mellominntektsland. I år har aksjonen 30 års jubileum, og vi gleder oss veldig til å markere dette senere i år!

I MedHum jobber vi nasjonalt gjennom vårt sentralstyre, og lokalt gjennom de forskjellige lokallagene. Sentralstyret har det overordnede ansvaret for å drifte aksjonen. Lokallagene holder til i Tromsø, Trondheim, Oslo, Bergen og Utland. Det er lokallagene som har ansvaret for å planlegge og gjennomføre de forskjellige arrangementene. Noe av det MedHum har arrangert med stor suksess er veldedighetsløp, konserter, foredrag, fester og bamsesykehus. Sammen setter vi fokus på global helse, samtidig som vi gjør humanitært arbeid til noe morsomt!

4. Dere har nettopp valgt nytt prosjekt - gratulerer! Hvordan samarbeider dere med UNICEF?

Tusen takk! Det er stort å igjen skulle samarbeide med UNICEF, for tredje gang i MedHum sin historie. Førrige gang vi samarbeidet med UNICEF (2018) gjorde vi stor suksess med genseraksjonen og vant sponsor og eventprisen for "Årets Perle". Vi drømmer om like stor suksess i år! UNICEF er til stor hjelp for oss. Gjennom å ha en kontaktperson i organisasjonen, som er helt uvurderlig, får vi god

oppfølging. Kontaktpersonen vår er med på planlegging av tilsynsreisen, er med på selve reisen, hjelper oss med praktiske utfordringer, og kommer ikke minst med gode råd og tips til gjennomføring av aksjonen. UNICEF er også meget dyktige på kommunikasjon og PR og er bestandig behjelpelig med å "løfte" MedHum det ekstra hakket. Vi ser veldig frem til å igjen samarbeide med UNICEF og har veldig troen på at det vil bli en stor suksess.

Hvilke planer har dere for MedHum frem til 2022 (om dere kan avsløre noe:)?

De to neste årene blir veldig spennende og jeg tror vi kan si såpass at det ikke står på ambisjonene i alle fall! Vi sikter mot ny innsamlingsrekord og holder på å legge en slagplan for hvordan vi skal nå det målet. Aktiviteten i lokallagene vil være helt avgjørende og er noe vi er avhengige av å opprettholde, om enn på en litt alternativ måte, grunnet pandemien. Å drive med humanitært arbeid i pandemitider er ekstra utfordrende, men med kreative medisinstudenter har vi troen på at det vil bli mange fine MedHum-øyeblikk de neste to årene. Forhåpentligvis kan vi også snart møtes som før.

I et nasjonalt perspektiv planlegger vi for en tredje genseraksjon. Ved å dra nytte av erfaringene de to første årene holder vi på å pønske ut hvordan vi kan spre engasjementet og medhum-gleden mest og lengst mulig. Vi kan heller ikke la det nevnte 30-års jubileumet gå stille forbi og planlegger en stor markering av dette! Formatet er enda noe usikkert, men en

markering i løpet av året blir det i alle fall. Vi gleder oss veldig til å feire "bursdagsbarnet" sammen med medisinstudenter og helsearbeidere landet rundt!

5. Hvordan gikk det med fjorårets prosjekt?

MedHum 2020 og samarbeidet med Redd Barna ble en stor suksess. Det ble samlet inn hele 1.518.647 kr som gikk direkte til å bedre seksuell og reproduktiv helse og rettigheter hos unge i Malawi. Til tross for at korona pandemien satte en stopper for mange av arrangementene under aksjonsuken, ble det gjennomført flere arrangementer med digitale løsninger. Noen fysiske arrangementer ble også holdt, med godt oppmøte og fokus på smittevern! Genseraksjonen engasjerte igjen bredt, og man kunne blant annet se både Bent Høie, Dagny, Tusvik&Tønne og Gunhild Stordalen i de flotte genserne. I tillegg ble de medisinske fakultetene i både inn- og utland fylt med flotte medisinstudenter i MedHum-genser <3

6. Hvordan kan medisinstudenter hjelpe dere i MedHum og generelt engasjere seg i global helse?

Som medisinstudent og Nmf-medlem kan man engasjere seg i MedHum sitt sentralstyre eller i de forskjellige lokallagene. Det er litt forskjellig når det gjennomføres valg til styrene, så ta kontakt med ditt lokallag på facebook eller instagram for å høre når neste mulighet for å bli med er! Dersom man vil engasjere seg i MedHum uten de helt store forpliktelsene er det perfekt å være med i MedHum-Crew. Til de forskjellige arrangementene som arrang-

eres i lokallagene trengs det ofte flere hender med for planlegging og gjennomføring. Til syvende og sist kan man engasjere seg ved å møte opp på det som er av arrangementer. Uten engasjerte medisinstudenter som møter opp på bamsesykehus, veldedighetsløp, quiz, fest og morro hadde ikke MedHum vært noen ting. Derfor oppfordrer vi alle til å møte opp for å lære mer om global helse, samle inn penger til humanitært arbeid eller rett og slett bare for å ha det GØY med oss!

7. Hva er det mest givende med å arbeide i MedHum?

Amalie: Det beste med MedHum er å se alt man kan få til når man jobber sammen for noe. Det at engasjerte medisinstudenter som deltar på foredrag, fester og veldedighetsløp faktisk kan gjøre en forskjell ved å ha det gøy, det er ganske kult!!

Sara: Jeg må si meg enig med Amalie. Det beste med MedHum er engasjementet og dedikasjonen som vokser frem i medisinstudenter, samtidig som man har det gøy. Det er noe helt spesielt og eget med det samholdet som utvikles. Kanskje viktigere enn innsamlings sum er det å innse at det faktisk nytter å engasjere seg. Jeg tror ikke det er tilfeldig at man senere ser MedHum-alumni i organ som Utenriksdepartementet, WHO og FN: i MedHum finner man ambisiøse studenter som brenner for en mer rettferdig verden. En og en kan man utrette mye, men sammen enda mer, og det er MedHum et "vandrende" eksempel på.

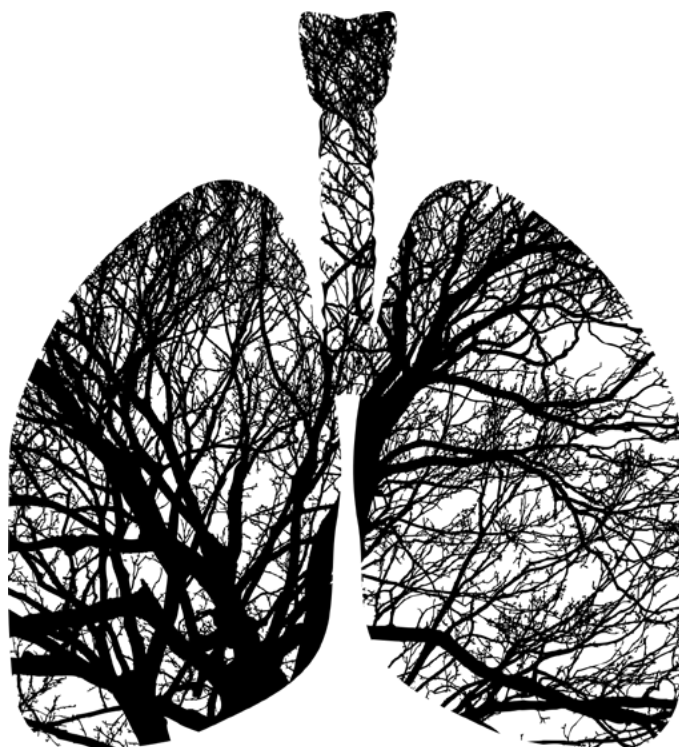
KLIMA OG HELSE PÅ MEDISINSTUDIET

Tekst: Åshild Fossum Eriksen,

Folkehelseansvarlig Nmf Utland
Studentmedlem av Legenes klimaaksjon

Verdens helseorganisasjon skriver at mellom 2030 og 2050 vil klimaendringer føre til ca. 250 000 flere dødsfall per år, grunnet underernæring, malaria, diare, og hete (1). Verdensbanken anslår at innen 2030 vil klimaendringer tvinge mer enn 100 millioner mennesker ut i ekstrem fattigdom, og ved en global oppvarming mot 3 grader, vil hete, tørke, sykloner, havstigning, og flom ramme stadig større del av verdens befolkning, samt føre til store skader og mange dødsfall (2). FNs klimapanel angir at ca 25,3 millioner mennesker i snitt forlater sine hjem på grunn av klimarelaterte problemer - hvert år (3).

Klimakrisen har vært erklært for en helsekrise av både FN og medisinske tidsskrift i en årrekke, og klimaendringer blir beskrevet som den største helsetrusselen globalt i dette århundret (2). Til tross for dette står både helsesektoren og medisinske fakulteter i Norge stille. De har til nå verken stått til ansvar for sine egne klimautslipp, eller utdannelsen til fremtidig helsepersonell. Studier viser at de fleste medisinstudenter og leger mangler kunnskap og ferdigheter som er nødvendig for å håndtere helsekonsekvensene av klimaendringer (4).



Som helsepersonell nyter vi en viss tillit fra den generelle befolkningen, samtidig som vi har et etisk ansvar for å varsle om trusler til folkehelsen. Vi er en kilde til kunnskap, og det forventes at vi er oppdaterte på helse-relaterte utfordringer og løsninger (5). Derfor er det desto viktigere at vi er godt utdannet om både helsekonsekvensene av klimaendringer, samt løsninger og tiltak vi kan iverksette for å bremse og behandle dem. Vi må kunne oppdage, diagnostisere, behandle, og forebygge de mange diverse helseproblemer som kan oppstå, forverres, eller endres i et varmere klima (4).

Både Legeforeningen, Nmf, og Legenes klimaaksjon mener at helsekonsekvenser av klimaendringene ikke kan oversees, og alle helsearbeidere bør ha kunnskap om dette og være forberedt på å tilpasse seg raskt. Høsten 2019 leverte 1200 medisinstudenter og leger sine klimakrav til stortingsrepresentanten, og høsten 2020 leverte Legenes klimaaksjon et brev til de norske fakultetene, med oppfordring og krav om å implementere mer om klimakrisen, naturødeleggelse, og helse på dems pensum (5, 6). De fire fakultetene med medisinstudenter i Norge var kjappe med å svare brevet, og besluttet raskt å opprette en nasjonal arbeidsgruppe, eller «task force», for bærekraft, hvor studenter skal ha en sentral rolle sammen med professorer og studiedekaner. De skal komme med forslag til hvordan bærekraftsspørsmål kan integreres i våre helseutdanninger (7).

Det er et steg i riktig retning at de medisinske fakultetene vil opprette en egen task-force for bærekraft med mål om å implementere mer om klima relevant helse på pensum, men da det fortsatt er i en tidlig fase er det desto viktigere at vi fortsetter å stå på. Vi kan ikke være stille. Vi har ingen tid å miste, da vi allerede ser helse konsekvenser av klimaendringer, også i Norge, og vil fortsette å se dem øke de neste tiårene. Vi må fortsette å stille krav til egen utdanning, for at vi som fremtidig helsepersonell kan stille forberedt i møte med både nåtidens og fremtidens pasienter, som vil i større og større grad være påvirket av klimaendringene.

Litteraturliste

- | | | | |
|-----|---|---|-----|
| [1] | https://www.who.int/health-topics/climate-change#tab=tab_1 | https://www.legenesklimaaksjon.no/2021/03/12/klimasaken-trenger-helsehelter-derfor-er-det-viktig/ | [5] |
| [2] | https://tidsskriftet.no/2019/07/leder/klimakrisen-er-en-helsekrise#ref5 | https://www.dagensmedisin.no/artikler/2020/02/20/medisinstudentene-vil-ha-klimaendring-pa-pensum/ | [6] |
| [3] | https://www.fn.no/tema/klima-og-miljoe/klimaendringer | https://khrono.no/nasjonal-satsning-pa-klima-og-baerekraft-ved-de-fire-medisinske-fakultetene/551399 | [7] |
| [4] | https://khrono.no/medisinske-konsekvenser-av-klimaendring-pa-medisinske-studieplaner/545473 | | |

MEDITASJON

Tekst: Sara Endestad

Illustrasjon: Colorlife, shutterstock.com

Meditasjon er noe som blir mer og mer kjent, praktisert og stadig oftere anbefalt i vestlige land. Gjennom denne artikkelen er målet er å forsøke å svare på hvorfor. Og ikke minst, fungerer det? Er det et verktøy som kan brukes for å bedre mental og fysisk helse? Og hvis ja, hvordan starter man og får en rutine på det?

I artikkelen kommer jeg til å fokusere særlig på formen for meditasjon kalt Transcendental Meditasjon av to grunner. Den første er at det er mye forskning bak den, og har jeg personlig har jeg praktisert denne formen for meditasjon i snart 5 år, som gjør det lettere å trekke inn personlig erfaring og anbefalinger for de som skulle ønske å starte å få en meditasjons rutine.

TM er en meditasjonsteknikk som er blitt grunnlagt av Maharishi Mahesh Yogi. Selve teknikken går ut på at man tenker et mantra, som er spesielt til den praktiserende, og mottar fra en TM instruktør. Dette gjør man da 20 minutter to ganger daglig. TM er blitt en teknikk brukt av enormt mange kjente navn, til tider kan det virke som om det er lettere å finne ut hvem som ikke praktiserer den enn de som gjør det. Noen av de mest kjente som praktiserer TM er Oprah, Ellen Degeneres, Hugh Jackman, Mick Jagger, Kendall Jenner, Jennifer Lopez og The Beatles(1). The Beatles tok til og med turen til India i 1968 og lærte teknikken av Maharishi Mahesh Yogi sin Ashram, og senere har Ashramen fått navnet Beatles Ashram (2).

Som vi ser, er det eneste rette svaret på hvem som praktiserer TM-meditasjon, mange. Så det mest åpenbare spørsmålet nå blir; hvorfor? Fungerer det, og hvis ja, på hvilken måte?

En studie utført på universitetsstudenter, viste at de som hadde praktisert to ganger daglig TM hadde over 2 år økt IQ, sammenlignet med kontrollgruppen som ikke hadde gjort det (3). En annen studie viser signifikant bedring i hukommelse. Denne studien var også basert på universitetsstudenter der det visste jeg at gruppen som mediterte hadde i løpet av 40 dager hadde fått bedre hukommelse enn kontrollgruppen (4). En meta-analyse fant også bev-

ist for at det redusert blodtrykk hos de med hypertensjon (5). American Heart Association (AHA) anbefaler TM som eneste teknikk som fungerer med tanke til reduksjon av blodtrykk, og studiene de har gjort viser at det bedrer mer enn bare blodtrykket. De fant at TM-teknikken også er assosiert med drastisk reduksjon av dødelighet, hjerteinfarkt og slag (6).

Som vi ser, er det tydelig bevis på at praksisen er brukt av mange, og har flere positive effekter. Avslutningsvis fant jeg det naturlig å trekke inn et par personlige erfaringer og tips til de som vil starte.

Først og fremst er det en ekstremt god måte å komme tilbake til seg selv. Og når man gjør det, får man også tid til å prosessere alle erfaringer og stress man har opplevd i løpet av dagen. Hver eneste dag, i 40 minutter, må man sette seg ned, alene med seg selv og egne tanker. Der må man sitte gjennom alt det som måtte dukke opp. Og dette hjelper en til å finne en ro der og da, men man klarer også bedre å ta med seg roen videre i hverdagen, slik at det ikke like lett blir «vippet-av-pinnen». En annen til jeg personlig har merket, er at fokus og produktivitet er bedret. Jeg personlig merker det mye før jeg går inn i en aktivitet, som for eksempel å studere, er jeg mer bevisst på hva den meste effektive teknikken er, og akkurat hvordan jeg skal gå frem mens jeg gjør det. Dette resulterer i langt mindre sløsing av tid, og selvsagt også at jeg husker mer, fordi jeg faktisk er fokusert.

Det er langt flere fordeler med det å meditere. Og TM er en form som man trenger å lære av en sertifisert TM-instruktør, der opplæringen går over 4 dager i tillegg til oppfølging dager, slik at det brått kan ta opp til 40 timer å lære akkurat denne formen for meditasjon. Derfor legger jeg til noen alternativer for de som vil begynne allerede i dag. Det finnes utrolig mange apper, deriblant som Headspace, Calm, The Mindfulness App (7) vil gi guidet meditasjon. I tillegg til dette finnes det hundrevis av guidede meditasjoner videoer YouTube. Om du ikke ønsker noen guide er det også fullt mulig å sette seg ned og fokusere på pusten eller la tankene gå.



Her er tipsene som har hjulpet meg klare å meditere daglig i snart 5 år – som kan hjelpe deg få en rutine på det du og:

- Det MÅ være planlagt og i timeplanen, så sett deg gjerne ned hver søndag og skriv ned når og hvor du skal gjøre det.
- Gjør det gjerne i kombinasjon med en annen aktivitet (f.eks. etter trening, du har stått opp, vært på skolen). Dette gjør at det blir med i en sammenhengende rutine, og ikke bare et «tiltak»
- Snakk med dine nærmeste (kjæreste, familie, venner) om at du gjør det, slik at de vet og som gjør det lettere for deg å trekke deg tilbake når du skal gjøre det.
- I starten er det lurt å henge opp en kalender der du må krysse av daglig når du har gjort det, slik at det blir et visuelt «hull» når du ikke har gjort det (som er plagsomt å se på, og derfor lettere å unngå). Målet er altså; «don't the break the chain».

Litteraturliste

- | | | | |
|-----|---|---|-----|
| [1] | https://maharishischool.org/school-news-blogs/25-celebrities-who-know-transcendental-meditation/ | Current Hypertension Reports 9:520-528, 2007 | [5] |
| [2] | https://en.wikipedia.org/wiki/The_Beatles_in_India | https://www.huffpost.com/entry/meditation-blood-pressure_b_3294836 | [6] |
| [3] | https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0191886991900401 | https://www.healthline.com/health/mental-health/top-meditation-iphone-android-apps | [7] |
| [4] | Scientific Research on Maharishi's Transcendental Meditation and TM-Sidhi Programme: Collected Papers, Volume 1: 385-392, 1977 | | |

UTENOM PENSUM

Tekst: Silje Martine Akselberg

NOVELLE: Stillheten

«Emma»? Du banker utålmodig på døren hennes, de andre har allerede fått på seg skoene og venter på deg, så du håper hun svarer fort. Ingen svar, men du banker en gang til for sikkerhetsskyld og kremter. Det er helt stille, du lurert nesten på om hun ikke er hjemme likevel. «Er du med på festen eller ikke»? gjentar du, denne gangen med litt høyere stemme, men ikke for høyt, du vil ikke virke irritert. Du hører subbende fottrinn og døren åpner seg sakte, men nølende. Hun setter den så vidt på gløtt, ikke nok til at du kan se henne, men nok til at du vet at hun er der. «Nei sorry, er så sliten».

Sliten. Du vet at hun har vært hjemme hele dagen, eller egentlig hele uken, og at hun har holdt seg på rommet. Hvis hun har kommet til middag har hun virket trøtt og medtatt, enda hun ikke har gjort noe spesielt, akkurat som alle andre dager. Du vet at bacheloroppgaven hennes er like urørt som rommet hennes; det flyter over av rot, du er overrasket over at hun klarte å åpne døren i det hele tatt. De andre roper på deg, du nikker anerkjennende til døren, til Emma, men det kan være det samme, de er begge like uttrykksløse. Du skynder deg ut i gangen, hopper i de slitte, rosa Conversene og småløper etter de andre. De andre spør ikke om Emma, de vet allerede svaret, de snakker allerede om kveldens planer og den søte gutten fra forrige fest.

Festen er i kjelleren til det røde, slitte huset tre kvartaler borte, og musikken dunder allerede ut av vinduene. Ei jente spyrr i buskene, og en gutt sjangler bortover gaten, han lurert på om gatelyktene følger etter ham eller ei. Du beholder skoene på i den fuktige kjelleren, gulvet er allerede klissete av festlighetene. Det er fullt av folk, men ingen spør etter Emma, det er bare det vanlige «hva driver du med da?», og standardsvaret om hva man studerer, at jo man har to år igjen. Det er ingen som spør hvor Emma har blitt av og hvorfor hun er så sliten, de er mer opptatt av deg, det var

jo lenge siden sier de, hvordan går det med deg. Jo, det går jo. Alt går til slutt. Den søte gutten fra forrige fest tar omsider ordet, og spør hvor resten av kollektivet er. De var jo fire, trodde han. «Nei, hun er hjemme», svarer en av de andre. «Som alltid», sier hun, fniser litt. Gutten tar en slurk av ølen, forklarer at han har prøvd å få tak i Emma, de går jo på samme kull, men ingen svar. «Har noe skjedd mellom dere», flirer en. «Hun unngår deg». Nei, tenker du, hun unngår alle, hun unngår verden, hun unngår jo seg selv.

Du vil at de skal forstå, men de vil ikke det, de vil ha en å snakke om, og det er Emma. Og så forsvinner en av de andre med gutten inn på et soverom, og alt er glemt, det er bare deg og den høye musikken og folk som snakker, men som egentlig ikke snakker sammen. De tror de gjør det, men ingen lytter, ingen spør om Emma igjen, hun har ikke vært på Messenger på en uke, da får det bare være.

Noen timer senere velter du inn døren, promillen har gjort hodet tåkete, men du får slengt av deg jakken før du finner sofaen. Nå ser du at Emmas dør er åpen, så rart, kanskje hun har gått ut for en

gangs skyld, kanskje hun er på festen? Nei, da ville dere møttes på veien, og det er jo Emma, Emma vil jo at verden skal forsvinne, og av og til virker det som om verden vil det samme. Du går likevel bort og titter inn gjennom åpningen, lyset er av, det er jo ingen der, og du rister på hodet og tar tak i døren. «Vent», sier Emma, plutselig står hun der midt i rommet, håret er bustete og hettegensen rekker henne ned til knærne. Du spør henne om det går bra, er hun dårlig, det er jo bare å sende melding til deg. Emma rister på hodet, retter på genseren, ser alvorlig på deg. «Sitt her litt med meg», sier hun og peker på sengen. Nølende vakler du inn i rommet, det er nærmest en hinderløype der inne, du passer på å ikke trække på noen av de henslengte klærne eller å snuble i dine egne bein.

Emma legger seg ned på sengen, sier hun har sovet hele dagen, men ennå er hun sliten, så sliten, ingenting hjelper. «Spiser du nok,» spør du, og hun nikker. Drar litt i genseren og sukker, du lurert på om du har sagt noe galt og unngår å se henne i øynene. «Folk prøver å få tak i deg, men du svarer ikke, og så kommer du jo aldri på festene lenger heller», mumler du, litt forsiktig, som for å ikke dytte henne over ende med de harde ordene, du vet jo ikke hvorfor hun ikke er på festene, kanskje hun faktisk skriver på bacheloren. Og så tar hun deg i hånden og stirrer deg inn i øynene, innstendig, som om hun ikke har sett et menneske før, og ut av henne kommer alt og ingenting. Hun sier hun er takknemlig for at du ser til henne, at hun prøver å spise nok, sove nok, men ingenting hjelper, verden er bare et sluk som suger ut all energi hun har. Hun har ikke energi til å være, til å være noe som helst, og alt hun kan gjøre er å ligge der.

Så kommer tårene, først en etter en, deretter som en regnskur, og du tar den andre hånden hennes og sier det er greit det er greit. At du ikke skal mase mer på Messenger, at det er greit å være sliten, at du bare vil hjelpe henne. Hun klemmer hånden din tilbake og tørker tårene, de har stilnet nå, men du vet at stormen fortsatt herjer inni henne. «Bare vær her. Bare hør på meg, bare se meg. Se meg for den jeg er, ikke som den som ikke går på festene, se meg for Emma». Og du lover. Du lover at du skal høre på alt, høre på alt det hun tier om, til og med til seg selv. Du vet at alt det der kan komme senere, det er alltid en fest, det er alltid en søt gutt du venter på, det er der. Nå har Emma bare nok med å være, og å være kan være nok, ikke alle trenger alltid å gå på fester og snakke og le og danse til nattens ende. Og det har egentlig du også, dere kan ha deres egen lille fest her inne, bare dere to, og snakke om livet og deg og Emma og alt som er. Snakke sammen, ikke snakke til eller om, for en samtale er jo en samtale; tale sammen. Du trodde du hadde snakket og snakket i hele kveld, men på festen var det til eller om noen, nå snakker du faktisk med noen. Emma trekker på smilebåndet og du kjenner at her vil du være, her er det nok å være. Dere blir sittende der i stillheten, til natten trekker sin mørke kappe over himmelen. Hører på stille ord som ikke blir sagt, men likevel forstått.



Illustrasjon: Ikon Images/NTB



Edvard Munch

Separasjon, 1896

Olje på kanvas

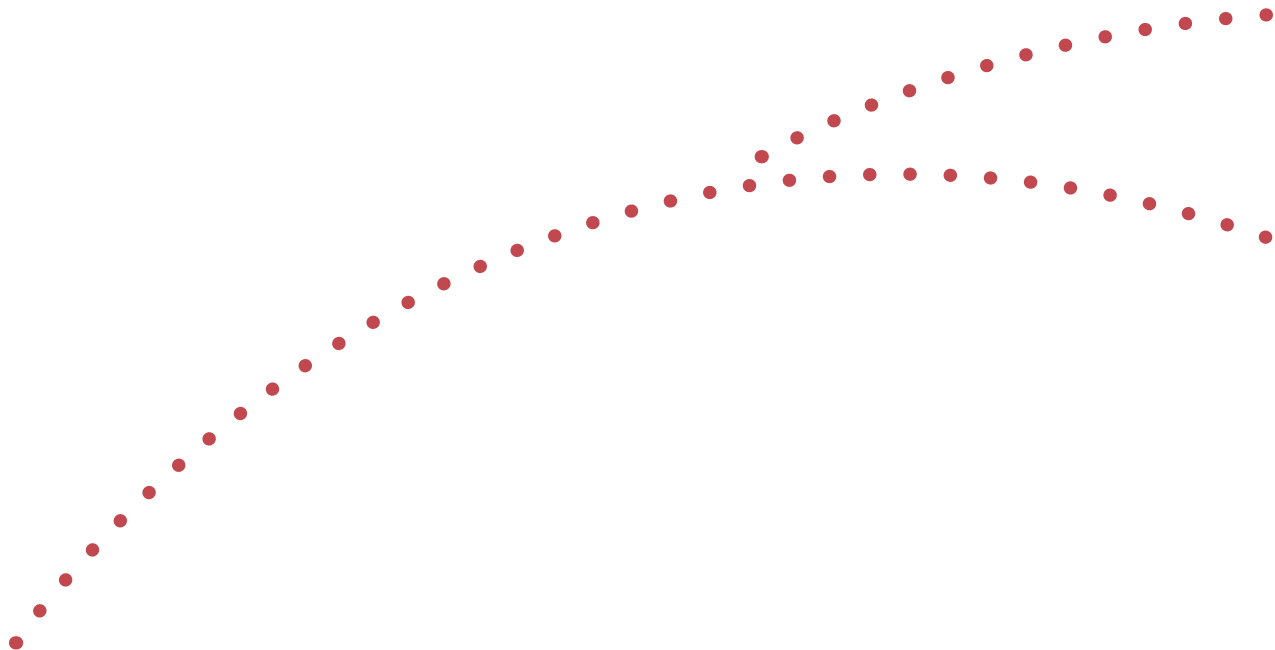
Munch Museum, Oslo



**Og ingen stillhet
var mer høyløtt
enn da du lukket døren
og dro
mens der stod jeg
alene igjen**

Silje Martine Akselberg

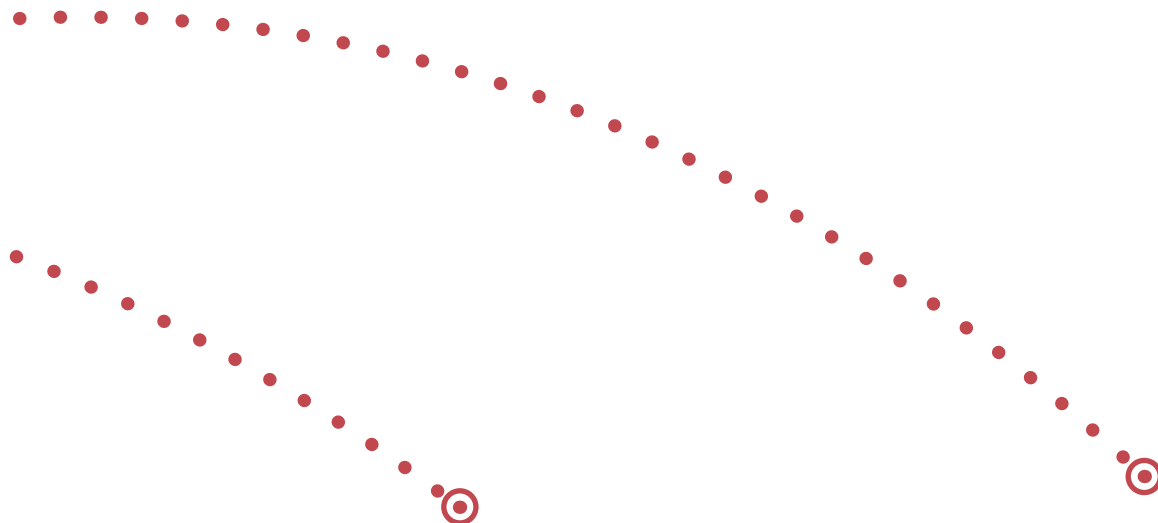
@hybelkaninen



INSIGHT FROM ABROAD

TEKST: AFONSO FERNANDES,
UNIVERSIDADE DO MINHO (PORTUGAL)

I Æsculaps spalte **Insight From Abroad** deler en student som studerer utenfor Norge sine tanker rundt forskjellige tema.



Doctors, politics and animals

Ask any medical student about their Psychiatry clerkship, and you're likely to get an earful about the countless hours spent observing interviews and listening to conversations. While other fields of medicine are much more dependent on laboratory results, imaging, and invasive procedures, the outpatient psychiatry experience relies mainly on the art of communication equipped with a logical armature. Thus, psychiatrists are highly skilled communicators, and I was eager to learn from them during my time as a medical student.

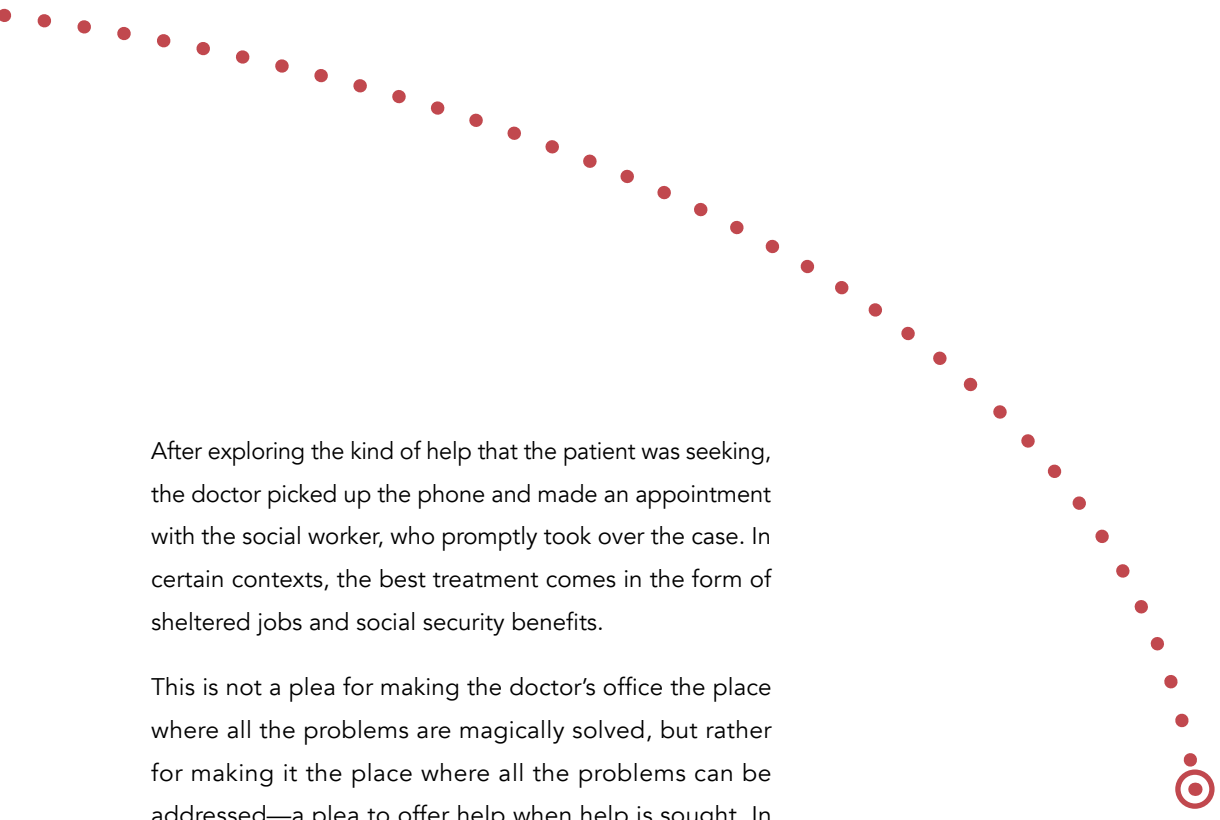
I asked my clinical tutor to spend the afternoon at the psychiatric outpatient clinic. Since I was not familiar with the patients' medical history, she was kind enough to guide me through the idiosyncrasies of each patient before receiving them. After my first couple of hours in this setting, the doctor told me that we would receive two patients: father and son, both living with schizophrenia.

As the interview progressed, I got to know that the father had been living with the disease for over a decade and that his son fell victim to the inevitability of the genome at an early age. The treatment plan was being complied with, the positive symptoms had ceased, and the negative symptoms had improved since the last visit. However, the feeling of uneasiness that arose when the doctor asserted that "everything was excellent" was too obvious not to be noticed. The doctor's reaction was not immediate; more questions were asked about the symptoms and the medication and, when the interview was approaching its end, the doctor addressed the avoided issue by asking: "What is worrying you the most?".

«Is the economic situation of the patient a doctor's problem? When nonadherence is a direct consequence of poverty, it becomes difficult to answer negatively to this question.»

This question was the permission the patient needed to address the issues that – although not directly related to his mental illness – brought him great suffering. Apart from the positive and negative dimensions, patients with schizophrenia experience impaired attention and working memory dysfunction, hindering their ability to find a job. The father explained how fragile the economic situation of the family was; he told us that it was becoming increasingly difficult to buy the medication required to control the disease and that the difficulties that he and his son faced when trying to find and keep a job did not bring much hope.

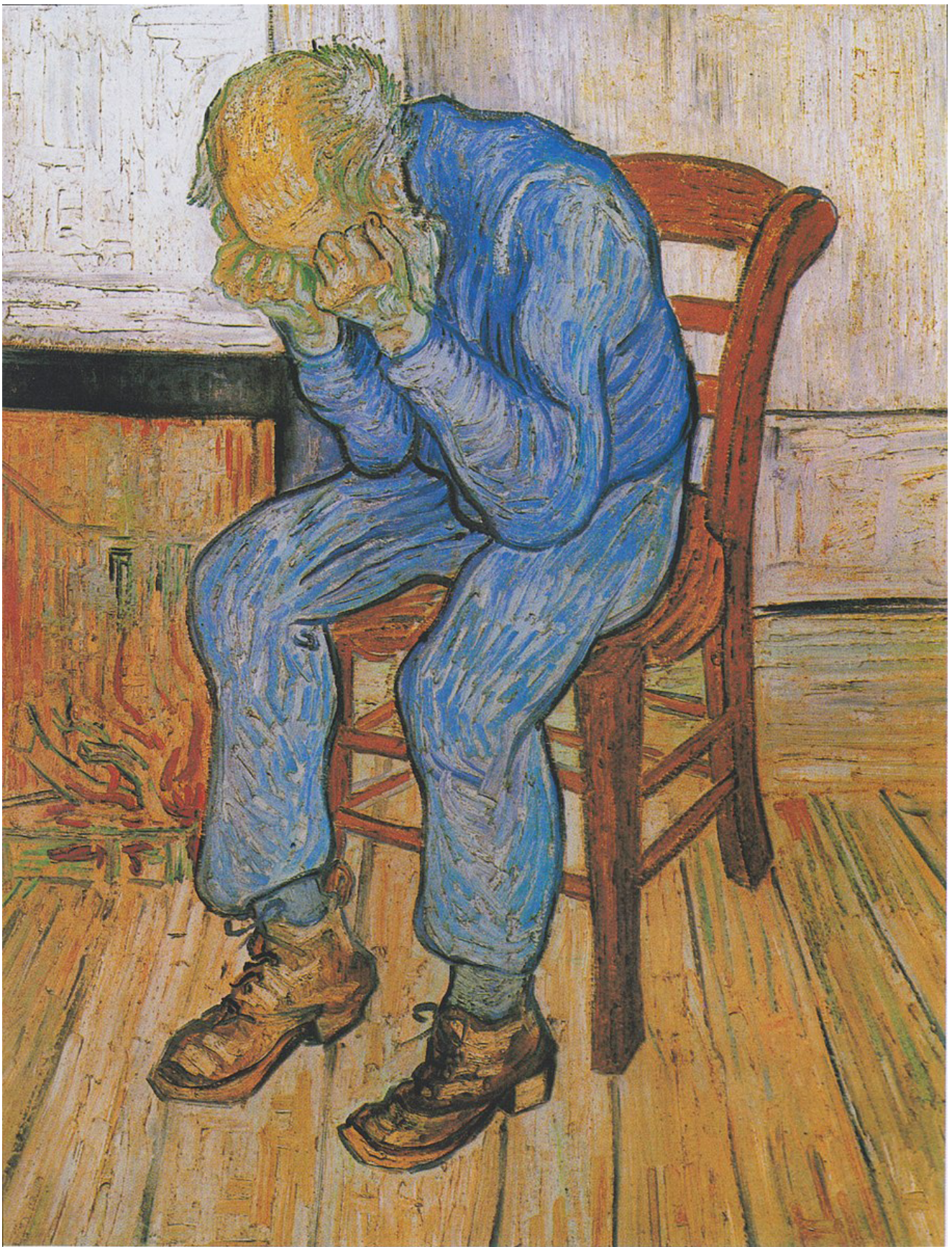
Is the economic situation of the patient a doctor's problem? When nonadherence is a direct consequence of poverty, it becomes difficult to answer negatively to this question. Moreover, since nonadherence is responsible for higher hospitalization rates, absenteeism, and lower social participation of people with severe mental illness, it is not only a doctor's problem but a problem for all of us.



After exploring the kind of help that the patient was seeking, the doctor picked up the phone and made an appointment with the social worker, who promptly took over the case. In certain contexts, the best treatment comes in the form of sheltered jobs and social security benefits.

This is not a plea for making the doctor's office the place where all the problems are magically solved, but rather for making it the place where all the problems can be addressed—a plea to offer help when help is sought. In a fragmented system with lack of information, support, accessibility, and countless bureaucratic hurdles, when confronted with the patient's concerns, the doctor should act as a facilitator by providing solutions and by showing the options available to address the problem at hand. This is the political task of the doctor: to fight for policies that are capable of solving people's problems and bring these policies into people's lives. When Aristotle said that "the human being is the political animal," he included us too.

"This is not a plea for making the doctor's office the place where all the problems are magically solved, but rather for making it the place where all the problems can be addressed—a plea to offer help when help is sought."

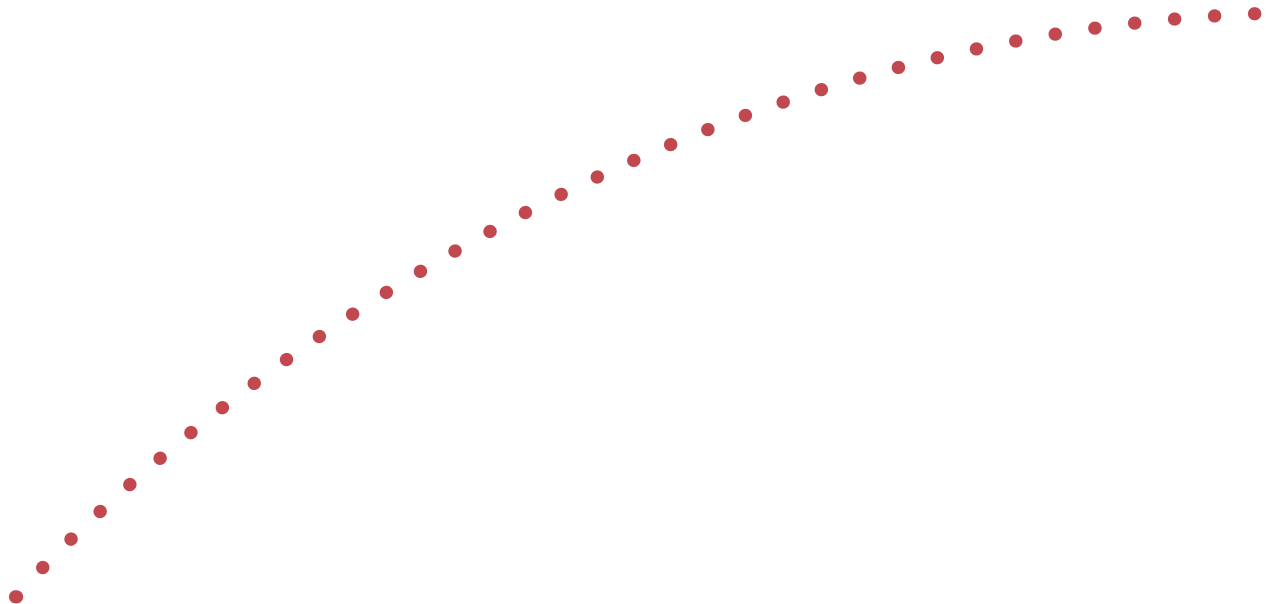


Vincent van Gogh

Sorrowing old man ("At Eternity's Gate"), 1890

Olje på lerret

Kröller-Müller Museum



INSIGHT FROM ABROAD

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

I Æsculaps spalte **Insight From Abroad** deler en student som studerer utenfor Norge sine tanker rundt forskjellige tema.



I Will Convey an Apology

On my way to that Saturday appointment, on a sunny and slightly cold February morning, I was conscious of my insecurities about silence. I realized that I had failed in the assignment of silence so often, and I felt hopeless about that time is different.

The assignment of silence is what I call the assignment of speaking-as-an-action and remaining-quiet-as-an-art. We spend our first years on Earth learning how to speak and put our emotions and needs out there. But it takes a whole life to learn how to remain silent without feeling cracked.

Silence has proved, on several occasions, its healing powers. About this, I wrote in my journal:

Silence is a defining attribute of the relationship of ours, as humans to overcome what words can bring and the void can heal. Silence is, indeed, a necessary self-reflection, chased and avoided at the same time. Pursued by the biggest figures of humanity, just towards those not appealed by the circumstances, life, or the general rage. Silence has never been complete; it would drive us crazy.

Silence can be an apology for being a terrible partner, a terrible son, a terrible friend. But silence will never be able to be an apology for things affecting your inner part, the shoots of your garden. That's why silence will never be felt like a complete apology. Because silence can only reach what it's natural to love, it does not return the love. Silence can only be restricted by its meaning, disgraceful moments of living periods, those when your concerns leave your body easily and the weight is less severe.

I don't really know what I was trying to say with this, but I know that silence is becoming more important as I grow older. Rushing into solving problems was a tendency of mine when I was a teenager. The perspective of someone being mad at me, disappointed at me, was enough as a stimulus to jump into apologies and kind words. On some occasions, the outcome was definitely, not what I was expecting.

Silence, besides the perspective that it brings, is something that empowers the words that are followed.

We can only appreciate silence in 2 moments: when there has been something humming before, and that silence is broken.

On that Saturday date, I realized how I failed in the assignment of silence one more time and how lucky I was of being with someone that enlightened me and showed me the way to give silence room in our conversation.

On a side note on the journal, I also wrote:

I will convey an apology.

It is difficult to apologize by remaining silent. I don't think it's even possible. But silence can give apologies something new: respect.

Apologizing might entail an odd encounter at hospitals. Silence is strange, too, despite the signs. Trying to look over my experiences, I can't recall hearing an apology when a mistake was made. As if doctors were not allowed to err but also being unable to convey an apology. 'Silence is a defining attribute of ours, as humans [...]' Not only but also the redemption.

After some months of silent hiatus with some people I love, I appreciate what silence has brought. Despite the reflection and a certain feeling of recoverable loss, silence has given me the necessary humbleness to start again what I've been missing.

AVFØRINGSBANK VED OSLO UNIVERSITETSSYKEHUS

Tekst: Frederik Emil Juul,

Lege og forsker i forskningsgruppen Klinisk effektforskning ved Oslo universitetssykehus, Rikshospitalet.

Portrettbilde: Anita Aalby, Klinisk effektforskning, Oslo universitetssykehus



Avføring blir gjerne sett på som et ubrukelig avfallsprodukt, noe illeluktende vi ikke vil bruke mer tid på enn det det tar å trekke ned i toalettskålen. Forskning de siste årene tyder imidlertid på at avføring kan brukes i pasientbehandling, og at avføring fra friske donorer er gull verdt.

Ethvert inntak av antibiotika innebærer en risiko for å gi dysbiose – en forstyrrelse i mikroorganismene i tarmen (tarmfloraen). En dysbiose kan resultere *Clostridoides difficile*-assosiert diaré (tidligere *Clostridium difficile*), som kan være dødelig. Bakterien er vanskelig å behandle og pasientene får ofte tilbakefall, men etter gjentatte infeksjoner har fekal mikrobiotatransplantasjon (tarmflorabehandling) vist seg å være svært effektiv. Enkelte studier har vist opp til 90% kurasjon ved gjentatte behandlinger (1).

Tarmflorabehandling innebærer overføring av avføringen fra en frisk person (donor) til en syk tarm, for eksempel pasienter med gjentakende *C. difficile*-infeksjoner. Det er flere måter å gi avføringen på; med et endoskop til tykktarmen eller øvre gastro-intestinaltraktus, som et klystér i endetarmen, eller i form av kapsler pasienten spiser. Vår forskningsgruppe er involvert i prosjekter hvor vi vil teste om

«Tarmflorabehandling innebærer overføring av avføringen fra en frisk person (donor) til en syk tarm, for eksempel pasienter med gjentakende *C. difficile*-infeksjoner.»

tarmflorabehandling også kan kurere *førstegangs*infeksjoner med *C. difficile*, eller om tarmflorabehandling kan brukes mot irriterbar tarmsyndrom (IBS), som rammer 11% av befolkningen (2).

Avføringsbank

En viktig fordel med tarmflorabehandling er at det «produseres» rikelig av oss all. Spørsmålet er hvilken avføring som egner seg i behandling, altså hvem som kan være donorer. Vi vil unngå at sykdommer overføres sammen med tarmflorabehandlingen, noe det dessverre har vært eksempler på med dødelig utfall (3). Derfor er det nødvendig med en system-

“I flere land er det etablert egne avføringsbanker for å sikre at dette skjer på en mest mulig standardisert og etterprøvbart måte. En avføringsbank likner på mange måter på en blodbank og tiltakene blodbanker gjør for å sikre at blodproduktene (behandlingen) er trygg for den mottakende pasienten.”

atisk gjennomgang potensielle givers sykehistorie – eller fraværet av sådan – og medisinske status (feks blodprøver) for å avgjøre om hen kan bli avføringsdonor.

I flere land er det etablert egne avføringsbanker for å sikre at dette skjer på en mest mulig standardisert og etterprøvbart måte. En avføringsbank likner på mange måter på en blodbank og tiltakene blodbanker gjør for å sikre at blodproduktene (behandlingen) er trygg for den mottakende pasienten. Hvis det

Vi trenger avføringsdonorer! Bor du i Oslo kan du sende epost til f.e.juul@medisin.uio.no.

Alle avføringsdonorer mottar et honorar for hver behandling de donerer.

Avføringsbanken drives av leger og forskere ved Oslo universitetssykehus og Universitetet i Oslo, i tett samarbeid med Universitetssykehuset Nord-Norge, Harstad sykehus.

skulle tilkomme uventede bivirkninger hos en pasient vil vi kunne gå tilbake til avføringsdonasjonen og dets donor for å finne en årsak. Det er enda mye vi ikke vet om tarmflorabehandling og en viktig oppgave til avføringsbanken vil være å øke kunnskapen om behandlingsformen. I dag er det kun Harstad sykehus som har en slik avføringsbank i Norge, men en ny bank er i ferd med å bli etablert ved Oslo universitetssykehus (se faktaboks).

Superdonorer

Et annet ukjent element er i hvor stor grad behandlingseffekten kan knyttes til den enkelte avføringsdonor. Sagt på en annen måte: finnes det *superdonor*? I faglitteraturen diskuteres fenomenet. Noen hevder å ha funnet *superdonoren*, men så langt er det ingen sikre holdepunkt for en slik konklusjon.

Dessuten er det sannsynlig at en *superdonor* for en sykdom, ikke er *superdonor* for en annen sykdom. For å trekke en ny parallell til blodbanker: At behandlingen må tilpasses mottaker er selvsagt ved blodoverføring, hvor samsvar i blodtype mellom donor og mottaker er avgjørende for en vellykket blodoverføring. Kan en tilsvarende mekanisme være gjeldende for effekten av tarmflorabehandling? Om det er stor forskjell i effekten av tarmflorabehandlingen fra ulike donorer, kan det forskes mer på hvordan de beste donorene (*superdonorer*) kan identifiseres. Det er noe vi ønsker å undersøke i våre studier på tarmflorabehandling og i avføringsbanken. Til det trenger vi avføringsdonorer, og kanskje er du en slik donor, eller til og med en *superdonor*?

Takk til Peter H. Johnsen for innspill til teksten.

“Et annet ukjent element er i hvor stor grad behandlingseffekten kan knyttes til den enkelte avføringsdonor. Sagt på en annen måte: finnes det superdonor?”

Litteraturliste

- | | | |
|---|--|------------|
| <p>[1] UpToDate: Fecal microbiota transplantation for treatment for <i>Clostridoides difficile</i> (lest 21.03.2021)</p> <p>[2] Lovell R., Ford A.C. <i>Global prevalence of and risk factors for irritable bowel syndrome: a meta-analysis</i>. Clin Gastroenterol Hepatol. 2012 Jul;10(7):712-721.e4.</p> | <p>De Filipp et al. <i>Drug-Resistant E. coli Bacteremia Transmitted by Fecal Microbiota Transplant</i>. November 21, 2019. N Engl J Med 2019; 381:2043-2050</p> | <p>[3]</p> |
|---|--|------------|

FORSKINGSNYTT

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

Tekst: Kamalpreet Kaur

Tilgang og bruk av antibiotika i lavinntektsland

Antibiotikaresistens er et globalt problem, og det er nødvendig å legge til rette for riktig bruk av antibiotika. Misbruk av antibiotika er spesielt vanlig i lav- og mellominntektsland, og denne bruken er en pådriver for den globale antibiotikaresistensen. Dette gjelder bruk av antibiotika både i helsevesenet, og av befolkningen generelt ved selvmedisinering.

I mars 2021 ble det publisert en studie i The Lancet som hadde som mål å identifisere hva som er grunnen til den økte antibiotika-misbruken i lav- og mellominntektsland, og hvordan befolkningen faktisk får tilgang til antibiotikaen [1]. Det ble gjort både kvantitative og kvalitative undersøkelser av tilgang og bruk av antibiotika i totalt seks lav- og mellominntektsland i Afrika og Asia: Mosambik, Ghana, Sør-Afrika, Bangladesh, Vietnam og Thailand. Undersøkelsene baserte seg blant annet på kartlegging av ulike antibiotika leverandører – alt fra apotek og sykehus til gate-selgere, intervju med kunder og husholdningsundersøkelser. Studien avdekket at Vietnam og Bangladesh er de landene med størst andel ikke-lisensierte utleveringspunkter for antibiotika. I tillegg viste det seg at det i de fleste landene er vanlig å dra til apoteket for å få antibiotika ved

milde sykdomsforløp. Selvmedisinering med antibiotika ble påvist å være særlig utbredt i Vietnam hvor over halvparten av antibiotikabruken var basert på reseptfri tilgang til antibiotika. I intervjuene som ble gjort i studien, kom det frem at folk så på selvmedisinering som mindre tidkrevende, billigere og generelt mer praktisk enn å få tilgang gjennom helsevesenet.

Sosial isolasjon og risiko for hjertesykdom og hjerneslag

I mars 2021 ble det publisert en artikkel i The Lancet som baserte seg på resultater fra to store britiske studier: Million Women Study og UK Biobank [2]. Disse studiene hadde som mål å vurdere om sosial isolasjon har en direkte påvirkning på risikoen for å utvikle koronar hjertesykdom eller hjerneslag. Studiene undersøkte også om isolasjon hadde en påvirkning på om hjertesykdommen eller hjerneslaget førte til død eller ikke, og om forskjellig grad av sosial isolasjon kunne ha noe å si for denne korrelasjonen.

Til sammen ble det rekruttert over 900 000 deltakere i de to studiene. Gjennomsnittsalderen på deltakerne var 63 år, og ingen av dem hadde hatt koronar hjertesykdom eller hjerneslag tidligere. Deltakerne oppga informasjon om sine vaner rundt sosial kontakt, og ble fulgt opp i

7 år. I løpet av disse årene ble det observert ca. 42 000 tilfeller av koronar hjertesykdom og nesten 20 000 tilfeller av hjerneslag.

Det ble ikke observert en vesentlig sammenheng mellom sosial isolasjon og innleggelse på sykehus for koronar hjertesykdom eller hjerneslag når man sammenlignet den mest isolerte gruppen med den minst isolerte gruppen. Risiko for død uten sykehusinnleggelse var imidlertid vesentlig høyere i den mest isolerte gruppen enn den minst isolerte gruppen, både når det gjaldt hjertesykdom og hjerneslag.

Artikkelen konkluderer med at sosial isolasjon ser ut til å ha liten direkte effekt på risikoen for utvikling av koronar hjertesykdom og hjerneslag blant folk som ikke har vært utsatt for det tidligere. Derimot øker sosial isolasjon risikoen for død dersom det er første gang en person får hjerneslag eller akutt hjertesykdom. Dette gjelder spesielt mennesker som bor alene, og er mest sannsynlig på grunn av fravær av øyeblikkelig hjelp og assistanse fra familie eller andre man bor sammen med.

Endringer i kjøp av brus etter brusavgift

Høyt forbruk av brus er assosiert med økt risiko for tannkaries, fedme, Diabetes type 2 og kardiovaskulær sykdom. Verdens

helseorganisasjon (WHO) anbefaler bruk av nasjonale avgifter for å redusere forbruket av brus og andre sukkerholdige drikker. Flere studier støtter tanken om at disse avgiftene vil føre til reduksjon av salg, innkjøp og forbruk av de drikkevarene det gjelder. Pris i seg selv er en viktig grunn til disse endringene. Derimot ser det ut til at disse avgiftene også vil føre til at produsentene vil redusere sukkerinnholdet i drikkevarene sine – for å slippe avgifter, og at det vil produseres mindre porsjonsstørrelser. Dessuten fører det til at flere oppfatter sukkerholdig drikke som skadelig for helsen fordi det havner i samme gruppe som andre avgiftsbelagte produkter, som for eksempel alkohol og tobakk.

The UK soft drinks industry levy (SDIL) var en av de første avgiftene på brus som ble utformet med hovedmål om å få de store produsentene til å redusere sukkerinnholdet i drikkevarene sine. Denne avgiften ble pålagt produsenter og importører, og ikke forbrukerne direkte. Avgiften ble introdusert i 2016, og trådte i kraft 2018.

I mars 2021 ble det publisert en studie i The Bmj som hadde som mål å undersøke og fastslå konkrete endringer i kjøp og konsumering av brus i England ett år etter at The UK soft drinks industry levy (SDIL) ble implementert [3].

Studien baserte seg på en kontrollert tidsserieanalyse. Det ble nøye undersøkt hvordan innkjøp av sukkerholdig drikke hadde endret seg fra to år før avgiften ble innført, til ett år etter implementeringen. Det ble hentet data fra flere husholdninger som rapporterte totalt mat- og drikke innkjøp som ble gjort hver uke til et markedsundersøkelse firma.

Studien viste at det gjennomsnittlige volumet brus som ble kjøpt ett år etter innføringen av avgiften ikke var endret sammenlignet med før innføringen. Derimot var mengden sukker i drikkevarer som ble kjøpt per husholdning per uke redusert med 10% på grunn av endringer som var gjort fra produsentens side. Dette kan indikere at slike avgifter kan være til fordel for folkehelsen, uten å skade produsentene og industrien.

Sammenheng mellom pasientdødelighet etter operasjon og kirurgens fødselsdag

I desember 2020 ble det publisert en artikkel i The Bmj basert på en retrospektiv observasjonsstudie som gikk ut på å avgjøre om pasient dødeligheten etter en operasjon er forskjellig dersom operasjonen blir utført på kirurgens fødselsdag sammenlignet med andre dager i året [4].

Studien undersøkte pasienter i alderen 65 til 99 år som gjen-

nomgikk en av 17 vanligste akutt-kirurgiske prosedyrene ved sykehus i USA mellom 2011 og 2014. Det primære utfallet var død innen 30 dager etter operasjon. Studien inkluderte ca. 980 000 operasjoner utført av ca. 47 000 kirurger, hvis fødselsdager var jevnt fordelt gjennom året. Blant disse operasjonene ble 2064 utført på kirurgens fødselsdag. Pasienter som ble operert på kirurgens fødselsdager hadde lignende egenskaper som de som ble operert andre dager, basert på blant annet gjennomsnittlig alder, kjønn og etnisitet. Gjennomsnittlig antall kirurgiske inngrep utført av hver kirurg var lik mellom fødselsdager og andre dager. Dette antyder at kirurgene ikke selektivt valgte hvilke pasienter de skulle operere på fødselsdagen sin, hverken basert på pasient egenskaper eller sykdommens alvorlighetsgrad. Kirurger som jobbet på fødselsdagen sin, var i gjennomsnittet eldre og mer sannsynlig å være menn.

Avslutningsvis konkluderer artikkelen med at blant de pasientene som gjennomgikk vanlige akuttoperasjoner, opplevde de som ble operert på kirurgens fødselsdag høyere dødelighet sammenlignet med pasienter som ble operert andre dager. Disse funnene antyder at kirurger kan bli distraheret av livshendelser som ikke er direkte relatert til arbeid.



Illustrasjon: Rassco, shutterstock.com



Litteraturliste

[1] [https://www.thelancet.com/journals/langlo/article/PIIS2214-109X\(21\)00024-3/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/langlo/article/PIIS2214-109X(21)00024-3/fulltext)

[2] [https://www.thelancet.com/journals/lanpub/article/PIIS2468-2667\(20\)30291-7/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lanpub/article/PIIS2468-2667(20)30291-7/fulltext)

<https://www.bmj.com/content/372/bmj.n254> [3]

<https://www.bmj.com/content/371/bmj.m4381> [4]

NOTA BENE

STILLHET – ET NØDVENDIG BEHOV?

Tekst: Neesiga Kunasekaram

I den moderne verden er vi bestandig eksponert til lyder med ulike egenskaper. Verden utvikler seg fort, og vi utvikler oss i samsvarende tempo. I dette tempoet blir omfavning av stillhet neglisjert. Likevel har stillhet som fenomen gjennom tidene og frem til idag vært et fremtredende tema blant kunstnere og poeter. Dessuten har det fått voksende oppmerksomhet innenfor forskningsaspektet de siste årene, da en rekke studier avdekker hvordan stillhet har helsemessige effekter.

I 2006 ble det gjort studier av musikkens fysiologiske effekter gjennom innsatsen til den italienske kardiologen Luciano Bernardi og hans kolleger (1). Studiene var basert på eksperimenter hvor en gruppe bestående av 24 forsøkspersoner derav halvparten var musikere, deltok. Kardiovaskulære, cerebrovaskulære og respiratoriske responser ble registrert hos deltakere mens de lyttet til musikk av ulike sjangre, bestående av langsom klassisk, rask klassisk, tolvtonemusikk, techno, rap og raga. Innledningsvis ble det utført en baseline opptak på fem minutter, etterfulgt med to minutters presentasjon av musikkjangrene. Deretter ble musikkjangrene i variert rekkefølge enn tidligere, lyttet til i fire minutter. I tillegg, ble det satt inn to minutters pause i enten raske eller lange musikksekvenser. I korte trekk, var de generelle resultatene av lytting til rask musikk hos alle deltakere preget av blant annet økninger i blodtrykk, hjerterefrekvens og lungeventilasjon. I motsetning til dette, ga de mer langsomme musikksporene reduserte fysiologiske responser.

Det oppsiktsvekkende aspektet av eksperimentet var snarere gjennom introduksjonen av to minutters pause i musikksekvenser. Denne korte tidsrammen med stillhet viste til en langt mer avslappende effekt hos deltakerne sammenlignet med resultater fra lytting til rolig musikk og opptak fra baseline. Vel å merke at stillheten som deltakerne omfavnet bidro til mer avspenning ettersom ingenting krevde deres oppmerksomhet. Studiene som angår hvordan stillhet blir forsterket når den først kommer i kontrast med lyd, har også blitt et tema blant nevrologer. Særlig i pandemiens tid har vi blitt mer eksponerte for lyd, gjennom hjemmekontor og hodetelefoner. Derfor er det også aktuelt å se på stillhet som et svært relevant fenomen i møte med nye arbeidssituasjoner og hverdagsliv. Stillhet omtales som en ressurs og et nødvendig behov hos mennesker i søken etter roligere omstendigheter og sinnstemning.

Litteraturliste

- [1] **National center for biotechnology information.**
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1860846/>



Frederic Edwin Church

El Rio de Luz, 1877

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.noleder

TRONDHEIM

LEDER

Casper Faye
casper.faye@medisinstudent.no

NESTLEDER

Sonia Azmi
sonia.azmi@medisinstudent.no

NASJONAL STYREREPRESENTANT 2021

Hanne Vonen
hanne.vonen@medisinstudent.no

ØKONOMIANSVARLIG

Ingvild Høymork
ingvildhoymork@hotmail.com

GRUNNUTDANNINGSANSVARLIG

Stig Erlend Almås bakk
stig.erlend1@gmail.com

KURSANSVARLIG

Tone Svalgbjørg
tsvalgbjorg@gmail.com

PR- OG WEBANSVARLIG

Selma Vinge
selma_vinge@hotmail.com

ARRANGEMENTANSVARLIGE

Thomas Stillingen
thmas.stillingen@medisinstudent.no

Yesha Makwana

yeshamakwana@yahoo.com

UTVEKSLINGSANSVARLIGE

Victoria Dontsova
vicdontsova@gmail.com

Pauline Selle

paulinse@stud.ntnu.no

ARBEIDSLIVSANSVARLIGE

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

Urd Elinsdatter Svennevig

urd.svennevig@medisinstudent.no

FOLKEHELSEANSVARLIG

Martine Ingebrigtsen 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
marthe.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

