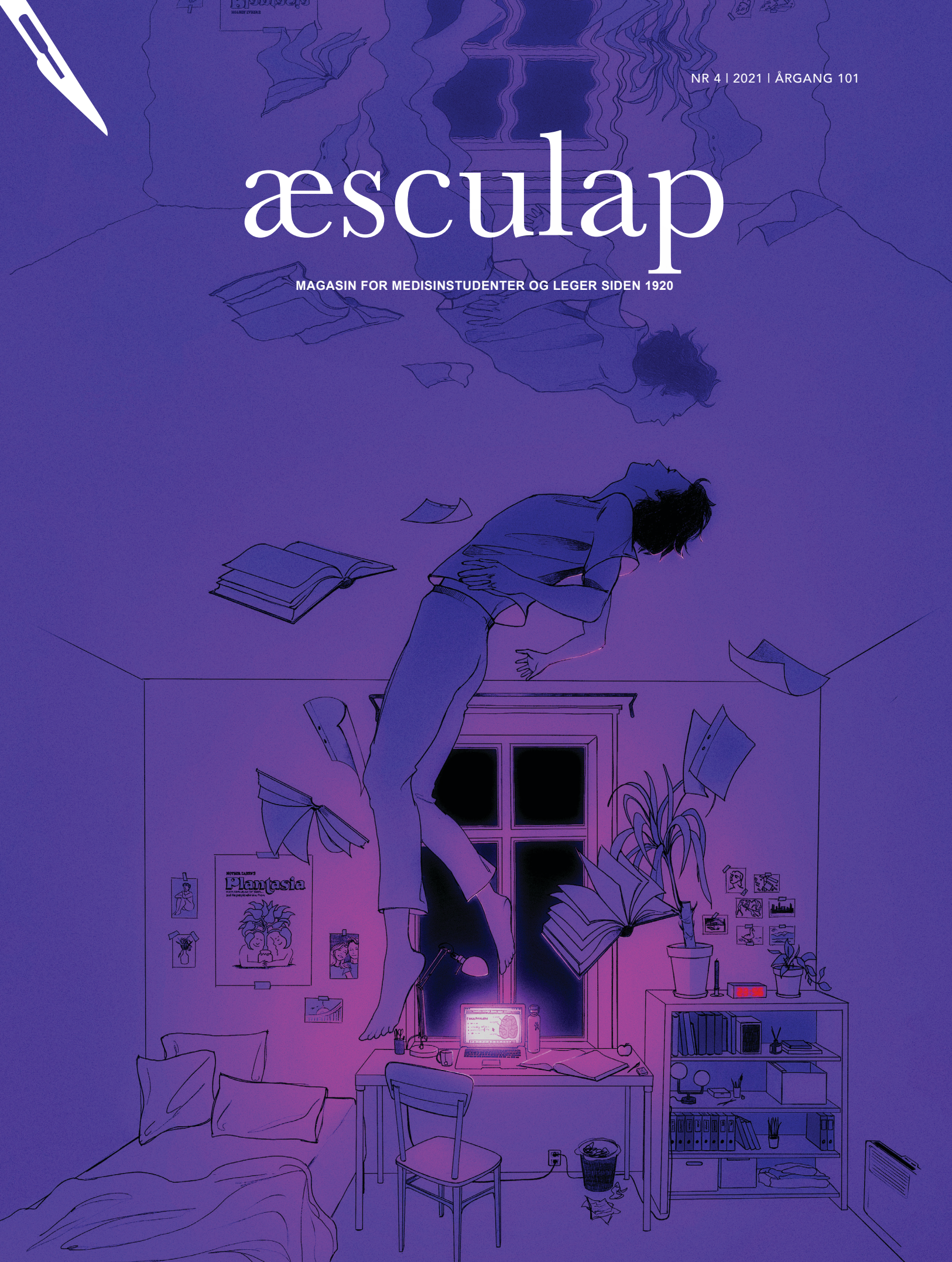



NR 4 | 2021 | ÅRGANG 101

# 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](mailto:redaktor.aesculap@gmail.com)  
REDAKSJONSSJEF: Kristine Brunvand, +4794867570 • [redaksjonssjef.aesculap@medisinstudent.no](mailto:redaksjonssjef.aesculap@medisinstudent.no)  
GRAFISK UTFORMING: Martin Elvegaard, +4790803652 • [elvegaardm@gmail.com](mailto:elvegaardm@gmail.com)  
SKRIBENTER: Kamalpreet Kaur, Silje Martine Akselberg, Sarvani Mahalingam, Neesiga Kunasekaram, Ola Selnes, Julia Langnes, Magdalena Solveig Robertsen

## Lokalkontakter

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

REDAKSJONEN AVSLUTTET: 28. november 2021  
FOR- OG BAKSIDE-ILLUSTRASJON: Victoria Dontsova • [www.behance.net/dontsv](http://www.behance.net/dontsv)  
TRYKK: 07-gruppen  
ABONNEMENT: Kr 200,- per år. Kontakt [anita.fagersand@legeforeningen.no](mailto:anita.fagersand@legeforeningen.no)  
UTGITT AV: Norsk medisinstudentforening (Nmf)  
ADRESSEENDRINGER: Meldes til Legeforeningen på [medlem@legeforeningen.no](mailto:medlem@legeforeningen.no)

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

# æsculap

MAGASIN FOR MEDISINSTUDENTER OG LEGER SIDEN 1920



# 04 DRØM

## INNHOLD

<b>04</b>	Leder
<b>08</b>	Bli kjent med: Anne-Karin Rime
<b>14</b>	LIS1: Ingeborg Aune Jørgensen
<b>16</b>	LIS3: Haakon Richard Eie
<b>20</b>	Spesialisten: Trude Basso
<b>24</b>	Hva er drømmer?
<b>28</b>	Utenom pensum – Erfaringer fra å skrive drømmedagbok
<b>30</b>	Folkehelse: Mads Gilbert
<b>38</b>	Folkehelsekonferansen 2021
<b>40</b>	FINO 2021 Oslo
<b>42</b>	Grunnutdanningskonferansen 2021
<b>44</b>	Gjør Kloke Valg
<b>48</b>	Utenom pensum
<b>50</b>	Anmeldelse: Å drømme en verden
<b>52</b>	Forskningsnytt
<b>56</b>	Nota Bene

# DRØM

Når jeg tenker over ordet drøm, så har det en tvetydig betydning for meg. Det er hva jeg drømmer om nettene, hva jeg drømmer om fremtiden og av at noe føles som en drøm.

*Drømmene om nettene* kan både være absurd, surrealistisk og vitenskapelig veldig interessant – for hva er det egentlig som skjer når vi drømmer? Er det virkelig så irrasjonelt eller er det en fornuftig forklaring bak hvorfor jeg natt etter natt forestiller meg livlige hallusinasjoner om ting og hendelser som jeg aldri ville tenkt over i våken tilstand? For de to timene vi tilbringer i drømmende tilstand kan ha klinisk betydning, ifølge forskning [1]. Professor Johan F. Storm, en anerkjent lege og forsker ved UiO innenfor drømmer, har kommet et skritt nærmere en oppklaring på nettopp dette. I forskningsrapporten «Apical drive – a cellular mechanism of dreaming?» [1] viser Storm, sammen med kollegaer, flere hypoteser om hvordan drømmer oppstår. Det ser ut til at drømmer slett ikke er bare tilfeldig aktivisering av hjerneceller, men involverer pyramideceller i hjernebarken. Disse cellene er også aktivert i oppfatningen av ekstern stimuli i våken tilstand, men ser altså også ut til å være aktive når vi drømmer. Det faktum at de samme sensoriske nevronene er aktivert både når vi drømmer og når vi oppfatter ekstern stimuli kan forklare hvorfor drømmer har en «hallusinerende og psykotisk» kvalitet [1, 2, 3, 4]. I denne utgavens intervju med Professor Johan F. Storm kan du lese mer bak hans interesse for medisin, drømmer og den utrolige innsikten han har innenfor dette fagområdet.

Så er det *drømmen om fremtiden* da. Vi står overfor mange utfordringer som fremtidige leger. Noen av disse utfordringene har vi prøvd å drøfte og reflektere over i *Æsculap* i løpet av året som har gått. Tema som LIS1-stillinger, menneskerettigheter, rettferdig vaksinefordeling, folkehelse og klima, medisinstudenters mentale helse samt etikken rundt medisin og bruk av kunstig intelligens. Jeg håper dere gjennom *Æsculap* har fått inspirasjon, forståelse og innsikt for nåtiden og kanskje et økt engasjement (og drømmer) om å kunne gjøre fremtiden enda bedre.

Tilslutt er det om følelsen av en drøm, for det har absolutt vært en drøm å få være redaktør for *Æsculap* i sitt første år som hundreåringen! Det har som redaktør vært inspirerende å jobbe med en kreativ og engasjert redaksjon, se så mange talentfulle medisinstudenter skrive om



**MERETE LAN OLSEN**

REDAKTØR

saker som opptar dem, forsideillustrasjoner som kunne blitt hentet fra en kunstutstilling og ikke minst layoutansvarlig, Martin, som utgave etter utgave tryller frem et plettfritt magasin ut fra en tilsynelatende tilfeldig bunke med tekster og bilder. Magasinet har uten tvil vært en drøm å lage takket være alle dere! Fortsett å være engasjerte – også når dere er leger. For å sitere Mads Gilbert så er «...*Medisin et fint verktøy for å være solidarisk med folk som slåss for et bedre liv. Du vil som lege alltid kunne skaffe deg et kunnskapsgrunnlag om vilkår som truer folkehelsen – og gjøre noe med det*». Nå sender jeg stafettpippen videre til *Æsculap* sin neste redaktør, Sarvani, og jeg vil fortsette å *drømme om at Æsculap vil bestå av fabelaktige bidrag i minst 100 nye år*.



**Rene Magritte**  
*La Victoire*, 1939  
 Olje på kanvas

### Litteraturliste

- |     |   |     |   |
|-----|---|-----|---|
| [1] | Apical drive – a cellular mechanism of dreaming?, <a href="https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0149763420305753">https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0149763420305753</a> | [3] | REM sleep and dreaming: towards a theory of protoconsciousness, <a href="https://www.nature.com/articles/nrn2716">https://www.nature.com/articles/nrn2716</a> |
| [2] | The neural correlates of dreaming, <a href="https://www.nature.com/articles/nn.4545">https://www.nature.com/articles/nn.4545</a>  | [4] | Why we sleep: unlocking the power of sleep and dreams, Matthew Walker, 2017   |

# DRØM

Jeg drømmer ofte. Nesten hver natt. Det er som en film som spilles av i hodet mitt mens jeg sover. Så våkner jeg, mens drømmen utspiller seg foran øynene mine, før den dabber av. Slipper taket. Forsvinner, inn i morgenrutiner og våkne tanker. Ofte prøver jeg å tviholde på følelsen drømmen gir meg. En rar følelse av en opplevelse jeg har vært gjennom, som ingen andre vet. Som ingen andre kjenner til. Som ingen andre kan se. Noe som bare er mitt. Litt som våkne drømmer, egentlig. Fremtidsdrømmer. Vi har vel alle de. Du også. Hva du drømmer om å bli når du blir stor. Din egen drøm, om ditt eget liv. Noe som bare er ditt, og noe som bare er mitt. Vi kan planlegge og jobbe for å oppnå drømmene våre. Men veien blir litt til mens vi går. Vi prøver og feiler. Og våkner opp en dag, mens drømmen utspiller seg foran øynene våre. Kanskje vi innser at vi er akkurat der vi skal være. Eller at vi er på vei dit. Hvorhen det så måtte være. Drømmejobben, drømmehuset, drømmelivet..

Jeg drømmer ofte. Nesten hver natt. Men jeg drømmer også på dagtid. Det tror jeg du som leser dette også gjør. Hvis ikke hadde du ikke sittet der du gjør nå, om det er på lesesalen, i kantina eller hybelen, og jobbet for å oppnå drømmen din. Drømmen om fremtiden. Bare husk å stoppe opp, trekk inn pusten, og se på livet som det er nå. For det var en gang dette var det du drømte om.

God jul fra alle oss i Æsculap-redaksjonen. Måtte julen din være fylt med gode drømmer. Og en ekstra stor hilsen til vår kjære redaktør, Merete – vi kan bare drømme om en like god redaktør som deg;-)



**KRISTINE BRUNVAND**

REDAKSJONSSJEF



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

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

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

Vi tar imot korte og lange tekster.

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

Æsculap forbeholder seg retten til å redigere teksten din.

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



# BLI BEDRE KJENT MED ANNE-KARIN RIME

## NY PRESIDENT AV LEGEFORENINGEN

**Tekst:** Sarvani Mahalingam

Fra 1. september fikk Den Norske Legeforening en ny president, Anne-Karin Rime, som overtar toppvervet etter lang fartstid i Legeforeningen. Ved siden av å være spesialist i anestesi og indremedisin har hun også hatt en rekke verv både i Legeforeningen og Yngre Legers Forening. Det som startet som et engasjement rundt byggeprosjektet av Sykehuset i Østfold, åpnet dørene for at hun kunne engasjere seg i flere helsepolitiske saker. Nå inviterer hun Æsculap til hennes kontor på Legenes hus for kaffe og prat. I denne juleutgaven av Æsculap får du blant annet lese om Anne-Karin Rime, hennes synspunkter rundt LIS-stillinger og få mye gratis studietips!

*«Jeg følger Grimstad-utvalget om at vi bør utdanne flere leger hjemme, og det hadde også vært fint med søkere fra andre land til å studere i Norge. Vi trenger de som studerer ute nå og det er viktig å få frem at de får en like god utdanning som de som studerer i Norge»*

**Aller først, gratulerer så mye med det nye vervet! Hvordan har det vært å starte som president?**

Takk! Det har vært veldig mye morsomt. Det er mye som skjer med hyggelig invitasjoner til lokallagssamlinger og møter med tillitsvalgte. Det å treffe myndigheter og andre organisasjoner er også lærerikt. Det å være synlig i medier er en del av jobben, og kanskje den delen av jobben som er «ny». Jeg har ikke blitt helt komfortabel med å se TV-opptak eller lese om meg selv, men jeg jobber med saken.

**Anne-Karin Rime har i tillegg til en rekke verv i Den Norske Legeforeningen vært hovedtillitsvalgt og foretakstiltak for Sykehuset i Østfold, og parallelt vært landsrådsrepresentant og styremedlem i Yngre leger forening. Hun hadde sin turnus i Mosjøen og ble uteksaminert fra Universitet i Oslo i 1996:**

Jeg synes det var flott å komme inn på medisinstudiet. Det er ikke slik at jeg har hatt lyst til å bli lege hele livet, men jeg hadde lyst til å jobbe med folk. Jeg startet på idrettsgymnas og tok så grunnfag ved Norges Idrettshøgskole. På idrettshøgskolen møtte jeg en som studerte medisin, og som overbeviste meg om at det å bli lege var det rette. Da ble jeg ikke så redd for det lange studiet, så jeg startet i Oslo i 1990. Etter jeg ble ferdig med studiene og fikk en datter flyttet jeg til Fredrikstad og fortsatte spesialiseringen. Jeg hadde lyst å ta sideutdanning i anestesi, og etter en uke i anestesi skjønte jeg at dette var det jeg ville jobbe med. Etter å ha pendlet til Oslo i godt over halvannet år fikk jeg spesialistgodkjenning i både anestesi og indremedisin.

**Da Rime ble spurt om når hun bestemte seg for å bli president av Legeforeningen fleiper hun litt og svarer «tanken ikke er der fortsatt». Hun mener det er en rekke tilfeldigheter som har brakt henne til det nye vervet.**

Jeg har aldri hatt et ønske eller mål om å bli president i Legeforeningen. Da jeg ble valgt inn i styret til Overlegeforeningen var jeg igjennom et av de mest

seriøse intervjuene jeg har vært i. Vi som engasjerte oss i byggeprosjektet av Sykehuset i Østfold tenkte at det var fint at en satt sentralt for å få tilgang til mer kunnskap, og det ble meg. Videre er det en rekke tilfeldigheter som har ført meg til denne stillingen og jeg skal love å gjøre mitt beste for at vi skal beholde og utvikle helsetjenesten til et godt og lærerikt sted å jobbe.

I det siste har medisinstudentene engasjert seg mye rundt økt antall LIS stillinger. Saken går ut på at det er færre LIS stillinger i forhold til ferdigutdannet leger, noe som gjør at ikke alle får startet på sin spesialisering med en gang.

**Som medisinstudenter er vi ekstra opptatt av det å øke LIS stillinger. Hva tenker du om ordningen vi har i dag?**

Jeg tenker WHO sin globale kode om at hvert land bør utdanne det antall helsepersonell som landet trenger er viktig. Utdanning av leger er kostbar for samfunnet. Vi er ikke tjent med at man utdanner for mange leger, og heller ikke for få. Så man bør finne gode modeller som hele tiden bør justeres, slik at man dimensjonerer ikke bare LIS1, men også LIS2 og LIS3 i forhold til hva man tror man trenger av spesialiteter. Det er en del prosjekter på gang hos myndighetene som vi følger opp.

**Tror du den ordningen vi har i dag er tungvint?**

Jeg tror det har blitt mye byråkratisering av dette. Det er færre LIS stillinger enn ferdig utdannede leger. Det er mange som søker, på flere stillinger og det blir veldig mye jobb for både de som søker og de som skal behandle alle søknadene. Fra et slikt perspektiv var det nok lettere før da man trakk et nummer og valgte etter tur. Men det er jo klart fordeler og ulemper med begge deler. I dag kan du søke dit du vil, og vente til du får den plassen du ønsket. Slik var det ikke med trekning, da måtte du ta den plassen du fikk.



Anne-Karin Rime, president i Legeforeningen.

Foto: Legeforeningen/Thomas B. Eckhoff

**Norsk medisinstudentforening (Nmf) fremmet en resolusjon om å satse på å få utdannet flere i Norge enn utland. Resolusjonen forutsetter at dette ikke skal gå utover de studentene som allerede studerer i utlandet og reguleringsordningen bør inkludere at norske studentene i utlandet får studiet fullfinansiert på lik linje som de som studerer i Norge.**

**Var det mange som studerte i utlandet i din tid, og burde vi utdanne flere i Norge?**

Da jeg studerte var det færre som studerte i utlandet og de som gjorde det var ofte i Tyskland. Det var turnusplasser til alle, slik at det var ikke et problem å bli ferdig med turnus og starte videre i spesialisering. Men så fikk man nye regler med EU, og flere studieplasser i utlandet. Jeg følger jo Grimstad-utvalget om at vi bør utdanne flere leger hjemme, og det hadde også vært fint med søkere fra andre land til å studere i Norge. Vi trenger de som studerer ute nå og det er viktig å få frem at de får en like god utdannelse som de som studerer i Norge.

**Kan dermed en slik ordning være ugunstig for de som studerer i utlandet?**

Jeg synes det er viktig med kompetanse. Det å være lege er en begrenset ressurs i alle land. Jeg støtter Nmf sin politikk at vi ønsker å ha flere studieplasser hjemme, men dette bør være forutsigbart for de som

har startet å studere i utlandet. De som studerer i utlandet, må også ha en forutsigbarhet på at de får godkjent utdanningen og mulighet til LIS1 tjeneste i Norge på lik linje med de som studerer hjemme.

**Hun presiserer at nye forslag ikke skal være i veien for å fullføre utdannelsen for verken for medisinstudenter i Norge og utlandet:**

Det vil alltid være ulike synspunkter, fordi man står jo selv nærmest. Samfunnsmessig er det derfor viktig å passe på at det er en balanse. Selv om du har studert i Norge eller utlandet skal man ha en sjans innenfor en rimelig tid å få en LIS stilling. Det tror jeg er det viktigste.

**I dag utdannes det 1576 medisinstudenter hvert år. Selv om legebehovet estimeres forskjellig fra år til år opererer Statistisk sentralbyrå med et estimat på ca. 1300 i sin nyeste behovsframskrivning. Helsedirektoratet anslår at vi har behov for 1150 LIS – stillinger.**

**Kan man få til dette i fremtiden?**

Dette er noe man bør jobbe kontinuerlig for. Det er ønskelig for oss og samfunnet at de legene som er ferdigutdannet får startet et spesialistløp og blir ferdige spesialister. Nå har vi fått 200 nye LIS1 stillinger og det er viktig at sykehusene og kommunene har regler og rammer slik at det blir en god start på legetlivet.

*«Jeg støtter Nmf sin politikk at vi ønsker å ha flere studieplasser hjemme, men dette bør være forutsigbart for de som har startet å studere i utlandet. De som studerer i utlandet, må også ha en forutsigbarhet på at de får godkjent utdanningen og mulighet til LIS1 tjeneste i Norge på lik linje med de som studerer hjemme»*

**Rime tilføyer at det også er mange leger som går av med pensjon og vi trenger flere spesialister.**

**Tror du det norske helsevesenet er veldig avhengig av spesialistene fra utlandet?**

I dag er vi det. Det er mange spesialister i Norge i dag som er utdannet i utlandet. Det gjelder å få hele systemet i balanse, med å vite hvor mange spesialister vi trenger og hvor vi trenger de. Det er en kontinuerlig jobb og mye politikk. Nå har vi fått 200 nye LIS1, og man må få implementert inn de både i kommunene og sykehusene med god veiledning hverdagen før man eventuelt bør jobbe for å få flere inn.

**Hva tror du kan være lurt å tenke på når man søker LIS1?**

Jeg tror at unge leger får både glede og god læring av å flytte til mindre steder. Det er utrolig lærerikt å reise til et mindre sykehus og til mindre kommuner. Jeg håper vi klarer å ta vare på utdanningen av LIS som en nasjonal oppgave, slik at selv om du starter et sted skal du ha muligheten til å flytte til ulike steder i Norge og ikke måtte bli der du starter utdanningen din. Det tror jeg er en viktig sak som vi må jobbe med da vi allerede nå ser tendens til en regionalisering.

**Mener du at en slik ordning gir oss muligheten til å få kompetanse fra ulike deler av landet?**

Ja, når du har blitt ferdig med spesialiseringen i et fag burde du ha muligheten til å jobbe i hele Norge.

Det skal ikke være slik at du er kun kvalifisert til å jobbe i vest, nord eller sørøst. Det skal være klare mål på hva man skal lære, men man kan lære det på forskjellige måter. Legeforeningen bør sammen med arbeidsgiver sikre at det ikke blir regionale utdanninger.

**Rime understreker at vi trenger flere leger i fremtiden, fordi pasientene blir mer kompliserte når de får god behandling og lever lenger. Om samfunnet er villig til å dekke det økonomiske løftet som må til fra felles kasse eller ikke tror hun blir det store spørsmålet i tiden fremover.**

**Hva slags forbedringspotensialer skal til for et bærekraftig fremtidig helsevesen?**

Jeg er for en sterk offentlig helsetjeneste. Grunnen til at jeg ble tillitsvalgt er at Sykehuset i Østfold (Kalnes) ble bygd altfor lite og glansbildet som ble tegnet opp stemte ikke med virkeligheten. I tillegg føler jeg at hele helsetjenesten er på strekk nå. Det er ikke bare fastlegene, men også sykehusene sliter med mangel på personell, med korridorpasienter, leger som jobber for mye, få rom på de nye sykehusene, budsjettene som ikke strekker til. Helse er noe som man aldri vil få nok ressurser til, det er alltid noe som må prioriteres.

**Er det slike problemstillinger som motiverte deg til å bli president?**

Det var det. Da jeg var seksjonsoverlege skjønte jeg at det var vanskelig å få gjennomslag gjennom «lin-

*«Nå har vi fått 200 nye LIS1 stillinger og det er viktig at sykehusene og kommunene har regler og rammer slik at det blir en god start på legelivet»*

ja». Derfor var vi tre stykker som ble tillitsvalgte for å si ifra om at vi ikke måtte bruke Kalnes som mal for nye sykehus. Vi ønsket å få til en offentlig diskusjon på hvordan vi finansierer nye sykehusbygg og at politikerne må være med på å prioritere hva den offentlige helsetjenesten skal tilby befolkningen. Innfører man nye pasientrettigheter må det tilføres nye ressurser også. Hele helsetjenesten er nå på strekk.

**Som president understreker hun at vi har ulike kunnskaper som leger, og at vi som leger bør være mer rausere og å ha respekt for det:**

En fastlege eller en sykehjemslege er utrolig flinke på å løse veldig mange ulike problemer. På sykehuset er man veldig god på et mye smalere felt. Det er den kunnskapen til sammen som gjør at legeyrket er verdifullt, og hvis vi klarer å få til et samarbeid er det mye mer morsommere å jobbe. Godt samarbeid er det som er best for pasientene

**Hva synes du er viktig å ha med i medisinstuderingen når man skal utdanne fremtidige leger?**

Som lege har du mange muligheter. Da jeg stud-

erte hadde vi ikke smarttelefoner, og måtte pugge mye. Men i dag er det ikke slik. Det er viktigere å vite hva man kan og hvor man kan finne resten av kunnskapen. Det kan være hos kollega, sykepleiere eller andre. Du trenger ikke å bruke tiden på å pugge doseringer, men heller bruke tid på å lære seg god klinisk kompetanse. Hvor syk er pasienten? Hvor raskt trenger pasienten hjelp? Hva er viktig? Man bør lære seg tidlig i studiet at de fleste svar har ikke to streker under, og ofte er det flere svar som er riktige. Det vil alltid være nye problemstillinger som kommer og de fleste finner man ikke direkte svar på i lærebøkene, men man må kombinere kunnskap og erfaring.

**Hva ønsker du å si til medisinstudentene helt til slutt?**

Etter at du kommer ut av universitetet som ferdig utdannet kan du mye! Dere er noen av de flinkeste ungdommene vi har i dag, og vi er så heldig med at det er så mange som velger å utdanne seg til lege for å hjelpe folk. Da er det også viktig som ferdigutdannet å være trygg på at «Jeg kan veldig mye og jeg ønsker å lære enda mer hele livet!»

*«Jeg føler at hele helsetjenesten er på strekk nå. Det er ikke bare fastlegene, men også sykehusene sliter med mangel på personell, med korridorpatienter, leger som jobber for mye, få rom på de nye sykehusene, budsjettene som ikke strekker til. Helse er noe som man aldri vil få nok ressurser til, det er alltid noe som må prioriteres.»*



*Anne Karin Rime, ny president i Legeforeningen.  
Foto: Tom-Egil Jensen*



# LIS1

## INGEBORG AUNE JØRGENSEN

**Tekst:** Magdalena Solveig Robertsen

**Bilde:** Ukjent fotograf som var tilstede på julemiddagen i 2015



Fullt navn: **Ingeborg Aune Jørgensen**

Alder: **25 år**

Universitet: **NTNU**

Sykehustjeneste: **Nordlandssykehuset Bodø, medisinsk avdeling**

Kommunetjeneste: **Pr tiden ukjent kommune i Salten**



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

Jeg valgte LIS1 i Bodø for å komme nærmere hjemtrakter og familie, samt at sykehuset i Bodø har hatt et godt rykte på seg. Det som også gjorde Bodø mer attraktivt for meg var at jeg fikk tilbud om 3-delt tjeneste med psykiatri.

**Hva er du fornøyd med?**

Er veldig fornøyd med alle mine gode kollegaer <3

**Hva er du ikke fornøyd med?**

Er lite fornøyd med arbeidstid på nattevakt, synes 18 timer i strekk på jobb uten garanti for hvile er uforsvarlig.

**Hva har gjort inntrykk så langt?**

Alvorlig syke pasienter og hjertestanser på vakt. Det har også gjort inntrykk å utføre syninger, hvor man ofte møter pårørende til avdøde.

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

LIS1 har så langt vært veldig bra, vanskelig å trekke frem en enkelt ting.

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

JAJA! Spør alltid pasienter om de har fått prehospitalet antibiotika før man starter opp med behandling på sykehus – presterte på vakt å gi gentamicin til noen som allerede hadde fått gentamicin i ambulansse på tur inn til sykehuset. Vær ærlig og si fra om de feil man gjør, og skriv avvik!

**Hvordan er arbeidsmiljøet der du er (sykehuset)?**

Veldig godt! Det er supert arbeidsmiljø blant personalet, jeg trives veldig godt med gjengen min både på sengepost og i akuttmottaket <3. Da jeg gjorde medisineringsfeil (fra forrige spørsmål) fikk jeg også svært god kollegastøtte i ettertid.

**Hvordan er livet utenfor jobb?**

Rolig. Tiden går til trening, strikking, Netflix, samt et tappert forsøk på å få normalisert døgnrytmen.

**Hvilke egenskaper tenker du er viktig i kommunehelsetjenesten?**

Kommunikasjon! Tenker også at man må tåle å stå i usikkerhet, samtidig som man ikke skal være redd for å be om hjelp.

**Hvor mye jobber du hver uke?**

Gjennomsnittet før ekstravakter og overtid er 40 timer pr uke. Reelt har ukene variert fra 32 til 58 timer.

**Tips til andre som skal starte på LIS1?**

Vær hyggelig, ydmyk, nysgjerrig, og ikke vær redd for å spørre om hjelp!

**Hva skal du gjøre etter LIS1?**

Planen er å flytte tilbake til Trøndelag etter LIS1 er ferdig, men hva jeg skal jobbe med aner jeg ikke. Jeg er åpen for alt!



# LIS3

HAAKON RICHARD EIE

**Tekst:** Julia Langnes

**Bilde:** Privat



Fullt navn: **Haakon Richard Eie**

Alder: **36 år**

Kommer fra: **Oslo**

Studerte: **I Martin, Slovakia**

LIS1: **Førde Sykehus, 2017 (første LIS1 kullet)**

Jobber nå: **LIS3 spesialisering innen hud og venerologi.**

### **Hvor jobber du nå? Trives du?**

Jeg er fast ansatt på Hudavdelingen i Førde, men jeg er nå på gruppe 1 tjeneste her på Haukeland sykehus, og skal være her i 1 1/2 år totalt. Det er fordi man trenger blant annet trenger sengepost og prosedyrer som man ikke får gjort på mindre sykehus. Jeg kan si at jeg trives veldig godt i Førde, men også veldig godt her! Her er det fantastisk, det kunne ikke vært bedre. Nå blir det å skryte, men jeg synes kollegaene mine er utrolige hyggelige, vi hjelper hverandre og gjør hverandre bedre! Også føler jeg at overlegene har tid til deg, og de gir god veiledning. De klarer å skape et trygt miljø hvor du tør å stille spørsmål. Du er ikke redd for å ringe de, for å gjøre de sure, sanne ting. Jeg synes det er et utrolig godt sted å være. Det er flere av de andre LIS legene som har barn, jeg har ikke barn, men de blir møtt med forståelse hvis det er sykdom i hjemmet osv. Hudavdelingen anbefales på det sterkeste.

### **Hvordan ser en typisk hverdag ut?**

En typisk hverdag varierer, men standarden innenfor hud er vel poliklinikk. Morgenmøte starter kl 8. Så starter vi med pasienter halv 9, har som regel halvtimers konsultasjoner, holder på med det til lunsj. Lunsj fra 11.30 til 12.00. Så har man pasienter fram til 15 og en time til administrasjon. Ferdig. Det er liksom hverdagen. Men siden det er poliklinikk så vil konsultasjonene variere mye. Det kan være alt fra kontroll hvor du bare sitter og snakker for å høre hvordan en behandling går. Eller så kan det være nye uforutsette problemstillinger som et malignt melanom. Noen ganger har man jo satt opp mer tid til kirurgi, laser eller kryo behandling. Så er det jo SOI (seksuelt overførbare infeksjoner), som vi jobber med her. Hudavdelingen har et tilbud for folk med kjønnssykdommer hvor det ikke trengs henvisning. Det fungerer som en drop in for pasienter. Der er det på dagtid en eller to hudleger. Her er ofte pasientgruppen yngre.

Så er det jo sengepost. Da er man mer borti de tunge hudsykdommene, f. eks Pustuløs psoriasis, erythrodermi, erythema major, pyoderma gangrenosum (vanskelig sår). Mye forskjellig!

### **Hvorfor valgte du å ta LIS1 i Førde?**

Kjæresten min kommer derfra, så jeg ville ditt. \*latter\* Da ble det Førde. Også var det en bonus at de hadde en hudavdeling der. Det har jeg visst lenge at jeg ville jobbe med. Jeg synes dermatologi allerede var gøy når vi begynte med det i patologi, og når vi hadde selve faget.

### **Hvordan var søkeprosessen?**

Det var ingen tvil at det var konkurranse. Jeg søkte flere steder, Førde, Stavanger og Bergen. Jeg har familie i Stavanger, så det var et alternativ. Jeg fikk intervju på alle de tre stedene. I Bergen måtte man ha et powerpoint intervju om seg selv, men Stavanger var mer avslappet og hadde et telefon intervju. Men det var utrolig stor konkurranse, vanskelig å skille seg ut. Man får inntrykk av at man trenger legerfaring før man er ferdig med studiet. Gjerne bør man ha forsket. Det føler jeg kanskje har bare økt på siden jeg var ferdig også. Jeg føler faktisk at det ikke er nok å si at du har studert medisin lenger. Jeg var forberedt på konkurransen gjennom studiet fordi jeg kjente leger som sa ifra til meg at jeg burde være bevisst på det. Så jeg jobbet som sykehjemslege når jeg fikk midlertidig lisens, og fikk en god skriftlig attest derfra. Under studiet var jeg innom og forsket litt (innad i cilliabevegelse hos hamstre). Ikke noe PhD, men jeg fikk en attest og bekreftelse på det jeg hadde jobbet med. Da følte jeg at jeg hadde noe mer å komme med. Jeg tror det bidro til at jeg fikk intervju.

### **Hvordan var LIS1 opplevelsen? Hva så en typisk hverdag ut som?**

Det var bra, under omstendighetene. Det var jo i Førde da, der hvor jeg hadde LIS1. Jeg synes det stemmer det jeg hadde hørt før, at et mellomstort sykehus er et bra sted å ha det på. Det var såpass stort at det var nok apparat rundt meg, så jeg følte meg ikke alene, men det var såpass lite at jeg fikk gjort mye. Om man viste interesse så fikk du være med på inngrep og kanskje utføre små kirurgiske inngrep som eksisjoner av benigne hudtumores. Man fikk og være med på operasjonsstuen. Hvis LIS legene følte at du begynte å beherske ting så fikk du lov til å stå litt alene også. Jeg hadde ingen negative opplevelser. Og Førde var jo et fint sted.

### **Hva så en typisk hverdag ut som?**

Jeg hadde todelt. Hadde 6 måneder indremedisin, også 3 måneder kirurgi, og 3 måneder ortopedi. Så et halvt år med distrikt. Poenget er at det hele tiden er noe nytt. F.eks. når du jobber i indremedisin da er det mer diagnostikk, mye mer sengepost. Så når du endelig blir varm i trøya der, så begynner man litt fra scratch igjen når man flytter til ortopedien. Da er det mer skadepoliklinikk, mer operasjoner. Så kommer man til kirurgi som fører til at man går vekk fra skjelettet og over til gastroland. Men i en typisk dag så har man vakt, man venter på at pasienter skal

komme. Det kan være kjempetravelt, og man får ikke pause på 12t. Eller så kan det være rolige dager hvor av en eller annen grunn at ingen blir syke. Ved sengepost er det mye skrivning. Ved skadepol er det mye brudd og forstuelser. Så en typisk hverdag er variert, og det er jo gøy.

### **Hva var du fornøyd med?**

Kanskje det at du har muligheten til å gjøre ting, at man slipper til. Viser du initiativ, nysgjerrighet, er litt på, så får du lov. Det er kult.

### **Hva var du ikke fornøyd med?**

LIS1 veiledningen synes jeg ikke var bra. Men husk, vi var jo første kullet i ordningen. Det merket man på alle, også legene. De ikke var godt nok forberedt, og hadde ikke fått nok informasjon. Dette med kompetanseportalen var helt nytt, og alle var litt usikre på hvordan det skulle skje. Det kan jeg oppriktig si at jeg synes var dårlig. Ikke misforstå altså, selve veiledningen var bra, jeg ble passet på! Men alt det nye byråkratiske rundt spesialiseringen vår synes jeg var altfor dårlig. Ingen skjønnte den nye ordningen med læringsmål, signering, godkjenning, og ikke minst oversikten over læringsmålene, for den er lang! Det synes jeg var kritikkverdig, og var det jeg var mest skuffet over.

### **Var det noe som gjorde spesielt inntrykk?**

Jeg synes alt var kult, er vel derfor jeg ble lege. Første gang du er med hjertestans for eksempel. Det er jo veldig spennende, skummelt og spesielt. Da føler du virkelig at du redder et liv! Men også det å bare være med på første operasjon, og kanskje få lov til å sy litt, kanskje bistå litt. Også det med indremedisin, når man begynner å bli litt stødigere, og du kjenner igjen en sepsis raskt. Du begynner å skjønne hva det er, og du starter behandlingen, uten at det nødvendigvis er en annen lege bak deg som har gitt beskjeden. Da begynner man å få mestringsfølelse. Men også bare det å lære seg å legge en god gips laske var kjempe gøy! Det var veldig spesielt å repone min første skulder, å få den til å klikke på plass kommer jeg ikke til å glemme. Jeg synes det var helheten som gjorde et spesielt inntrykk, jeg tror ikke det var en ting som skiller seg ut. Nei, det var alt.

### **Hvordan var arbeidsmiljøet ved LIS1 stedet ditt?**

Ja, det var greit. Du havner i en form for gjeng. Du er jo i et LIS1 kull som starter samtidig, så det er litt avhengig om du kommer overens med de fikk jeg inntrykk av. Noen kan føle at de ikke passer så godt med gjengen, da kan man føle seg mye alene. Jeg kom godt overens med kullet, så når vi satt på

vaktrommet, da følte jeg at det var en god kjemi. Vedrørende sykepleierne så er det mange av dem, som gjør at man jobber med forskjellige sykepleiere fra gang til gang. Så det er ikke alltid lett å bli godt kjent med dem, med mindre man har vakt samtidig flere ganger. Men jeg føler at arbeidsmiljøet var bra. Også har du mer kontakt med LIS legene over deg, ikke så mye med overlegene kanskje, men man møter de jo selvfølgelig. Det er jo LIS legene som følger deg opp. Det var kanskje en LIS som var litt krass da, når jeg tenker meg om. Jeg spurte om dosering av NSAIDs ved nyrestein en gang, da svarte personen «vet du ikke det? Må jeg vise deg hvordan du skal slå opp det?». Det gikk jo fint, det var ikke noe ekkelt, men personen hadde en sånn holdning som gjør at man ikke får lyst til å stille spørsmål. Sånt blir det ikke et konstruktivt læringsmiljø av. De andre LIS leger var helt fantastiske.

### **Jobbet du mye?**

Ja, mye. Mye overtid. Man jobber tregt når man er ny, man er usikker, og har ikke gjort ting før. Alle vil helst være 100% sikker, men medisin er sjeldent 100% sikkert. Erfaringen hjelper mye på sikt. Og så skriver man så utrolig mye! Ofte blir det sånn at man skriver korte notater eller stikkord på pasientene fordi plutselig kommer det 5 brystmerter samtidig. Da blir det ofte overtid når du er ferdig med skiftet ditt. Da kan du roe ned og skrive ferdig alt og gjøre deg flid. Det er ofte sånn. Det kan være ganske slitsomt til tider. Vaktene varierer enormt innad på en avdeling, men også mellom avdelingene og jeg vil anta fra sykehus til sykehus. Hvis man er på stort sykehus er det mange LIS leger som gjør at vaktene blir delt på flere, dette kan vel bety kortere vakter. I Førde så var vaktene ikke altfor lange. Jeg tror det var fra 12 timers vakter på medisinsk avdeling, helt greie. Mens på ortopedi var det vel fra 11 timers vakter og oppover. Nattevakt er ofte lenger enn dagvakt.

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

Jeg har ikke gjort noe feilbehandling som jeg vet om (og takk for det!). Noen ganger var det vanskelig å snakke med pasienter. Du kan ved et uhell si noe som fornærmer de, på en måte man kanskje ikke er klar over. Du merket at du noen ganger kanskje ordla deg feil, eller kanskje du var for direkte. Men man plukket alltid opp når man gikk for kjapt fram. Man må tilpasse seg pasienten. Og med de andre legene føler jeg at alt gikk greit. Poenget er at hvis man er usikker så må man spørre, ikke sant? Hver gang jeg var usikker så spurte jeg istedenfor å være «cowboy», og da skjer det ikke noe feil. Ring heller bakvakten 2 ganger for mye enn 1 gang for lite hvis man er i tvil!

### **Hvordan var livet utenfor jobb i LIS1?**

I Førde er det sikkert mange som synes at bylivet kan være litt kjedelig, fordi det er en veldig liten by, som ligger langt unna andre steder. Det er vanskelig å komme seg til og fra Førde. For meg var det greit siden kjæresten min var der. Vi hadde jo vår egne boble. Men jeg merket på andre som hadde havnet der helt alene, som kom fra andre steder i landet at de kunne ha det litt tungt til tider. De hadde travle vakter, dro hjem, var alene, hadde kanskje ikke fått nye venner og med lang reisevei er det ikke bare å reise til hjembyen i helgen. De som er aktive friluftsmennesker og glad i natur hadde det veldig bra tror jeg! Mange dro på randone, toppturer, telturer, fisking, skiturer osv. Sogn og Fjordane er jo nydelig.

### **Hvordan er LIS3 i forhold til LIS1?**

Veldig bra. Jeg føler at jeg er veldig positiv hele tiden, men jeg er genuint fornøyd. Som LIS3, så er det gøy å ha funnet retningen sin. Som LIS1 er man jo innom flere avdelinger, man har ikke fått staket ut kursen enda. Som LIS3 på hud føler jeg at jeg er der jeg ønsker å være, så det er kult. Da får man også mer motivasjon, du får lyst til å lese mer, jobbe mer. Lyst til å bli flinkere. Det er bare gøy. Der tror jeg at jeg er veldig heldig, for jeg har klart å finne det jeg virkelig vil spesialisere meg i. Den største utfordringen med LIS1 er at du hele tiden er ny, med det mener jeg at når du har blitt god i indremedisin så bytter du til kirurgi, og når du har blitt god i kirurgi bytter du til ortopedi osv.

### **Hvilke egenskaper er viktige i kommunehelsetjenesten?**

Man må være allsidig, det er åpenbart kanskje. Det vil være en stor fordel å være en menneskekjenner og sosial. Du møter alle typer personligheter og mennesker, da hjelper det å være god til å møte mennesker. En ting er å beherske sykdommene, men hvis du ikke klarer å kommunisere med pasienten, så kortslutter alt sammen. Dette er selvfølgelig viktig i alle spesialiteter, men kanskje mer i allmennmedisin. Du blir litt jack of all trades og må kunne litt om mye. Du bør og ha en stor arbeidskapasitet. Det hjelper å være rask og effektiv (uten å gjøre feil selvfølgelig) Det er mange pasienter som skal ses! De jobber og på legevakten, det er som alle vet også travelt. Jeg tror det er ganske tøft å jobbe i kommunehelsetjenesten.

### **Har du tips til andre som skal starte LIS1? LIS2? LIS3?**

LIS1: Finn ut hvor selvstendig du er, hvor mye du vil være alene. Det er steg 1. Da blir det lite, mellomstort, eller stort sykehus avhengig av hva du svarer. Eller har du veldig sterke relasjoner til et sted, f.eks. vil du kun jobbe i Bergen? Da blir det jo selvfølgelig å prøve å jobbe i Bergen, eller som kompromiss rundt Bergen. Ofte er det lettere å få LIS2 på det stedet hvor du har hatt LIS1. Når det gjelder å få LIS1, prøv å få relevant erfaring. Der vektlegger de dessverre jobb som lege med lisens mest. Uansett om det er som sykehjemslege, fastlegevikar eller turnuslege vikariat så gjør det du kan for å få arbeidserfaring som lege med lisens. Du kan og bør hospitere på det sykehuset du er interessert i. Hvis du klarer å begynne med det ganske tidlig, og gjør et godt inntrykk, så kan det være det som vipper deg over til intervjuet. Det er og en måte å få en referanse på sykehuset som de kjenner.

LIS2/3: Når det gjelder valg av spesialisering så spør deg selv om du er praktisk anlagt? Eller er du mer reflekterende, liker å tenke? Som hudlege har man ofte tid til å gjøre vurderingene, mens i akuttmedisin så må man handle raskt! Vil du jobbe i et raskt tempo hvor faktisk liv og død står på spill? Hva med det praktiske? Kanskje du liker kirurgi? Liker du diagnostikk? Liker du vakt? Vil du ha tid til familie? Du må spørre deg selv hvordan du liker å jobbe. Der er alle forskjellige. Hvis man klarer å stille de spørsmålene tidlig, så er det bra. Det kan hjelpe deg i å stake ut retningen. Da kan du velge sykehus deretter, f.eks. det er ikke alle sykehusene som har mulighet for hudspesialisering.

### **Hva er planen din etter LIS3?**

Å bli spesialist i hud! Jeg og kjæresten min har jo fast stilling i Førde. Planen er egentlig bare å jobbe der, bli der. Få barn og hus, alt det der. Vi har valgt å prioritere spesialisering først framfor hus og barn. Slik spesialiseringen har blitt idag, så må du nesten være forberedt på å flytte rundt omkring der hvor du får jobb i startfasen. Det kan være utfordrende å ha et familieliv samtidig som man spesialisere seg.



# SPESIALISTEN

ORTOPEDE

**Tekst:** Ola Selnes

**Bilde:** Privat



At ortopedi var en spennende spesialitet, kunne ikke Trude Basso forstå før hun kom i turnus. Der møtte hun «flokkens sin» – og er siden blitt overlege i ortopedi ved St.Olavs hospital, leder i Norsk ortopedisk forening og skrevet en PhD i biomekanikk. Mye av dette skyldes et trivelig fagmiljø og gode kollegaer, sammen med det faktum at faget, som har hele kroppen som fagområde, viste seg å være mer spennende enn forventet etter studiet.

### Hva driver en ortoped med?

Vi ortopeder driver primært med utredning og behandling av personer med plager, skader eller sykdom i muskel-skjelett-systemet. Det vil for eksempel si «klassisk ortopedi» som bruddskader og protesekirurgi, krefutredning og -behandling, og behandling av infeksjoner. Ortopedi er en spesialitet med flere sub-spesialiteter, der man som ferdig spesialist typisk fokuserer på et mindre fagområde som for eksempel kreft- eller protesekirurgi. I tillegg til sub-spesialitetene er det lokale variasjoner på hva ortopedene gjør av operasjoner, og hva for eksempel karkirurgene, nevrokirurgene eller plastikkirurgene gjør. På St. Olavs er det for eksempel ortopedene som amputerer, mens det andre steder er karkirurger som tar seg av disse operasjonene.

Overordnet sett, er ortopedi et praktisk fag med hele kroppen som fagområde og man bruker mange ulike kirurgiske tilganger som igjen må tilpasses forhold ved bløtdelene. Faget er konkret og det oppleves intuitivt ganske nyttig å reparere noen som er skadet eller ødelagt. Det er heller ikke til å legge skjul på at det er en tilfredsstillende spesialitet for oss med 'litt dårlig tålmodighet', fordi man ofte ser raske resultat.

### Hvordan foregår spesialistutdanningen?

Spesialistutdanningen er i henhold til spesialistforskriften minimum 5 år etter gjennomført LIS1-tjeneste. Dog har de fleste helseforetakene som er ansvarlige utdanningsvirksomheter, gjennom de respektive fagmiljøene, vurdert at en minimumstid på 6 år er nødvendig for å sikre høy nok kompetanse. Det var bred enighet i fagmiljøet om at kortere utdanningstid enn 6 år ville gå på akkord med den forventede kompetansen som spesialist. Under utdanningen skal man gjennomføre mange inngrep og kurs i tillegg til å utvikles som lege ved praktisk erfaring og regelmessig veiledning og supervisjon.

### Som du presiserer, er det litt ulike synspunkter mellom fagmiljøet og departementet om spesialistutdanningen. Hvordan synes du den nye ordningen fungerer i praksis?

Hensikten med den nye ordningen er jo god, fordi man etterstreber tettere veiledning og supervisjon av LIS-legen. Men, så er det slik at dette kun fungerer om man har en ledelse og et kollegium som er villig til å satse på, og prioritere, utdanning. Ny spesialistutdanning krever en kulturendring, og dette tar nok tid.

For å forklare noen av utfordringene med den nye ordningen, kan man for eksempel se på kneprotese-operasjoner. Tidligere skulle man selv operere 20 kneprotese-operasjoner, et antall som i utgangspunktet er lavt, men man fikk i det minste operert sine 20 kneproteser under veiledning og som 1. operatør. I fagmiljøet er man ikke enig i at alle skal operere kneproteser – det er nemlig noe kneprotese kirurgene skal gjøre – og man behøver derfor ikke være 1. operatør på disse inngrepene lenger for å få det godkjent. Dessverre kommer det også tilbakemeldinger om at enkelte LIS-leger nå blir stående som passiv tredjemann på disse inngrepene, og det lærer man ikke så mye av. Jeg både håper og tror at utfordringer med ny spesialistutdanning blir bedre med tiden. Også skal man huske på at det tar tid å innføre så store endringer, det har jo heller ikke vært de beste forholdene for implementering de siste årene.

### Det er mye å sette seg inn i?

Jeg vil nok heller oppfordre medisinstudenter og ferske leger til å ikke stresse så mye med detaljene i de ulike spesialistutdanningene. Det kommer – og er heller ikke så komplisert.

### Men, hvorfor ble du ortoped?

Før turnus vurderte jeg ikke ortopedi engang, for jeg forstod aldri under studiet at det kunne være så gøy. Da jeg var i turnus syntes jeg det var veldig tilfredsstillende å be-

*«Ortopedi et praktisk fag med hele kroppen som fagområde og man bruker mange ulike kirurgiske tilganger som igjen må tilpasses forhold ved bløtdelene. Faget er konkret og det oppleves intuitivt ganske nyttig å reparere noen som er skadet eller ødelagt.»*

*«Før turnus vurderte jeg ikke ortopedi engang, for jeg forstod aldri under studiet at det kunne være så gøy. Da jeg var i turnus syntes jeg det var veldig tilfredsstillende å behandle de akutte tilstandene, som sammen med følelsen av å gjøre noe nyttig kom med en gang trigget interessen. I tillegg fikk jeg være med på operasjoner og gjort mange praktiske prosedyrer som forsterket interessen.»*

handle de akutte tilstandene, som sammen med følelsen av å gjøre noe nyttig kom med en gang trigget interessen. I tillegg fikk jeg være med på operasjoner og gjort mange praktiske prosedyrer som forsterket interessen. Også var det jo et veldig hyggelig arbeidsmiljø. Kollegaene var, og er, veldig «rett frem» og enkle å forholde seg til og samarbeide med. Jeg tror at det er ganske tilfeldig hva mange egentlig ender opp med å spesialisere seg i. For min del trodde jeg skulle bli gastrokirurg etter studiet og er jo egentlig et eksempel på valget er ganske tilfeldig. Man finner etter hvert «flokket sin» – med likesinnede mennesker, et trivelig arbeidsmiljø og artige arbeidsoppgaver.

#### **Hva kjennetegner en ortoped?**

En ortoped er ofte direkte, handlekraftig og ikke spesielt tung til sinns. Også er de veldig jordnære og hyggelige mennesker!

#### **Er det noen spesielt med ortopedi du liker godt, som en spennende operasjon eller arbeidsoppgave?**

Det er så mye gøy med ortopedi. De beste dagene på jobb er når en lang utredning og grundig planlegging sammen med flinke kolleger fra ortopedien og andre spesialister kulminerer med en vellykket operasjon. I tillegg er det, selv om det sikkert høres ut som jeg er miljøskadet, alltid veldig morsomt med traumemottak som går på skinner – spesielt fordi det er utrolig kult å jobbe i team.

#### **Hvordan er vaktarbeidet?**

Arbeidsmengden og -oppgavene er nok veldig avhengig av hvor man jobber. Generelt sett er det relativt lite or-

topedi som opereres på nattestid nå sammenlignet med tidligere. Det har sammenheng med at det blir dårligere resultater av å operere på natt enn på dag, og at det er lite ortopedi som haster så mye at det må opereres på natt. Siden de ortopediske pasientene utgjør et stort volum er arbeidsmengden på vakt også avhengig av om man har hjelp av LIS1-leger på natt eller ikke. Ved noen sykehus har LIS3-legene i ortopedi hvilende vakter og tilkalles når LIS1-leger har behov for hjelp med vurderinger eller operasjoner, mens LIS3-legen i ortopedi står alene om både innleggelser, skadebehandling og operasjoner ved andre sykehus.

#### **Hvordan ser du spesialiteten i fremtiden?**

Det som mulig kan bli et stort knekkpunkt også for ortopedien i fremtiden, er den fremadskridende antibiotikaresistensen i helsevesenet. Som for mange andre pasientgrupper kan det medføre at mye ortopedisk behandling henger i en tynn tråd, da store deler av vår medisinske behandling krever antibiotika både profylaktisk og ved postoperative infeksjoner. Det vil jo med tiden også komme nye teknologiske fremskritt, og jeg vil blant annet trekke frem bruk av hologramteknologi under operasjoner – som man blant annet forsker på ved Rikshospitalet. Ved bruk av slik teknologi kan man blant annet se kar- og nervestrukturer før man ser dem i selve operasjonsfeltet. Det er fremtid, det!

**Du engasjerer deg også i den offentlige helsedebatten, har du gjort deg opp noen tanker om hvordan forskjellen er, å være spesialist i ortopedi på store og små sykehus?**

*«En ortoped er ofte direkte, handlekraftig og ikke spesielt tung til sinns. Også er de veldig jordnære og hyggelige mennesker!»*



Vi er avhengige av gode fagmiljø ved lokalsykehus for å dekke behovene for ortopedisk behandling og av større avdelinger for å sikre tilstrekkelig volum på mer spesialisert behandling. Jeg er mer opptatt av å jobbe for å sikre gode nok, og robuste nok fagmiljø uavhengig av om disse fagmiljøene er ved store eller små avdelinger, enn å fokusere på store eller små sykehus i seg selv. Det er viktig å huske på at selv de største ortopediske avdelingene kan ha små og sårbare enheter som er ansvarlig for å sikre kompetanse til å behandle en spesiell gruppe pasienter. Ved alle små fagmiljø er det spesielt viktig med god ledelse, kontinuerlig fokus på pasientsikkerhet, ivaretagelse og videreføring av kompetanse og gode faglige nettverk utover egen arbeidsplass. I prinsippet handler det derfor om at man har et robust nok fagmiljø til å forsvarlig kunne behandle pasientene der de er, og at man

som behandler føler seg trygg. Med det sagt, det vanligste er det vanligste både på små og store sykehus, og arbeidshverdagen er ganske gjenkjennelig begge veier.

### **Har du noen tips og triks til noen fremtidige ortopeder?**

Vær med på praktiske prosedyrer! Ortopedi er et praktisk fag som krever praktisk erfaring. Vis interesse for det som skjer, og har du mulighet kan det være lurt for din egen del å ikke se deg blind på klokka om ettermiddagen. Bli med der det skjer – det er da det blir gøy og det er da du får kompetansen som trengs! Også vil jeg anbefale at man er litt kynisk ved planlegging av egen arbeidstid: Er det en epikrise som ikke haster å få ferdig der og da, bli med på operasjonsstuen først, og skriv epikrisen etterpå.

*«Det vil jo med tiden også komme nye teknologiske fremskritt, og jeg vil blant annet trekke frem bruk av hologramteknologi under operasjoner – som man blant annet forsker på ved Rikshospitalet. Ved bruk av slik teknologi kan man blant annet se kar- og nervestrukturer før man ser dem i selve operasjonsfeltet. Det er fremtid, det!»*

# OM DRØMMER OG HVOR DE KOMMER FRA

Tekst: Merete Lan Olsen

Drømmene om nettene kan både være absurd, surrealistisk og vitenskapelig veldig interessant – for hva er det egentlig som skjer når vi drømmer? Er det virkelig så irrasjonelt eller er det en fornuftig forklaring bak hvorfor jeg natt etter natt forestiller meg livlige hallusinasjoner om ting og hendelser som jeg aldri ville tenkt over i våken tilstand? For de to timene vi tilbringer i drømmende tilstand kan ha klinisk betydning, ifølge forskning. **Professor Johan Frederik Storm**, anerkjent lege og forsker ved UiO innenfor drømmer, har kommet et skritt nærmere en oppklaring på nettopp dette. I forskningsrapporten «Apical drive – a cellular mechanism of dreaming?» [1] viser Storm, sammen med kollegaer, flere hypoteser om hvordan drømmer oppstår. I denne utgavens intervju med Professor Johan F. Storm kan du lese mer bak hans interesse for medisin, drømmer og den utrolige innsikten han har innenfor dette fagområdet.



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

Godt spørsmål! Det var ikke et enkelt valg. Da jeg var ferdig med skolen, hadde jeg for mange interesser og var sterkt i tvil om hva jeg burde velge: Biologi, spesielt evolusjonsbiologi og marinbiologi, fysikk, matematikk, logikk, filosofi. Helt siden tenårene var jeg svært nysgjerrig på hjernen og filosofiske spørsmål som bevissthet og fri vilje. Jeg kom relativt sent til at medisin kunne være noe for meg, men så etterhvert at faget rommer mange muligheter til å kombinere mine interesser. Til slutt valgte jeg medisin i håp om å kunne både hjelpe mennesker og kombinere dette med grunnforskning og andre interesser.

## Hvilke utdannelse og spesialitet har du? Når ble du interessert i å forske på drømmer?

Jeg er utdannet lege og spesialist i nevrofysiologi, særlig elektrofysiologi. Etter naturfaglinjen på Persbråten i Oslo, kom jeg inn på både realfag og medisin ved UiO, men sa først fra meg plassen på medisin for å studere matematikk, logikk, og kjemi først. Jeg ville få med meg litt av dette, og det var enklere å gå derfra over til medisin enn omvendt. Midt i studiet fikk jeg studentstipend fra Forskningsrådet, og arbeidet med elektrofysiologi i hjerneskiller hos Per Andersen, da dette var en ganske ny og uprøvd metode. Etter turnustjeneste i Molde og Midsund, og militærtjeneste som lege i Harstad, fikk jeg PhD-stipend fra Forskningsrådet og arbeidet fra 1981 videre med hjerneskiller hos Per Andersen og ved New York State University, frem til PhD-disputasen. Jeg dro til New York for å lære mer avansert elektrofysiologi (discontinuous single-electrode voltage-clamp (dSEVC), for å måle de elektriske strømmene i den enkelte celle som er grunnlaget for hjernens elektriske signaler). Etter hvert jobbet jeg også med detaljerte computermodeller av hjerneceller, sammen med en masterstudent ved Massachusetts Institute of Technology.

Senere innførte jeg disse metodene i Oslo, og lære også nyere metoder (ulike varianter av patch clamp osv.) hos Bert Sakmann i Göttingen og Heidelberg, og senere mer i Frankfurt, Berlin osv. Å forske er jo som et kontinuerlig, ganske fritt studium, drevet av nysgjerrighet og interesser, år etter år.

### **Hvordan oppstår drømmer – hva er det egentlig som skjer i hjernen?**

Det er ingen som ennå vet sikkert hvordan drømmer oppstår, og om de har noen funksjon de har noen funksjoner, og i så fall hvilke. Både søvn og drømmer er fortsatt ganske gåtefulle fenomener, og nettopp derfor særlig interessante. Jeg er særlig interessert i drømmer fordi de representerer en merkelig og særegen tilstand av bevissthet, som kanskje kan hjelpe oss til å løse den virkelige store gåten: Hva er bevissthet? Hvordan i all verden kan mine opplevelser, både i drømmer og i våken tilstand, oppstå fra fysiske og kjemiske prosesser i hjernen?

Men det finnes flere teorier, på ulike nivåer, både om hvilke mekanismer i hjernen som gir opphav til drømmer, og hvordan disse er oppstått i evolusjonen. Det er ikke plass til å beskrive mange teorier her, men jeg kan nevne at noen kolleger og jeg lanserte en ny teori om drømmemekanismer for omtrent et år siden (Aru, Siclari, Phillips & Storm, 2020), etter å ha tenkt på dette i noen år. I korte trekk foreslår vi at drømmer oppstår når informasjon om verden og oss selv, som er samlet opp og lagret i hjernens indre hukommelseslagre, får dominere hjerneaktiviteten så å si alene mens vi sover. Den indre informasjonen kan da styre cellenes aktivitet uten å sammenlignes med, og hele tiden «siles» og korrigeres, av informasjon fra den ytre verden,

som stadig strømmer inn fra sanseorganene når vi er våkne. Den «indre» informasjonen kommer mest til de ytterste (apikale) dendrittene til de store pyramidecellene i hjernebarken. Når vi er våkne, brukes den til å tolke informasjonen fra sanseorganene, som treffer den andre enden av cellen, nær cellekroppen (soma). Men i drømmesøvn, særlig REM søvn, tror vi at den «indre» informasjonsstrømmen forsterkes, på bekostning av informasjonen fra sanseorganene, som er svekket. Dette skyldes en forsterkningsmekanisme i dendrittene som fremmes av særlig høye nivåer av neurotransmitteren acetylkolin under REM. Dermed får hjernen så å si fritt leve ut sitt «indre liv», uten å «sensures» av ytre fakta. I tillegg er aktiviteten i pannelappenes prefrontalkorteks, som også bidrar vesentlig til «sensur» i våken tilstand, sterkt svekket under REM.

### **Vet man hvorfor noen husker drømmer bedre enn andre? Hvorfor er det slik at barn ofte drømmer mer enn voksne?**

Det er trolig flere grunner til at noen personer husker drømmer bedre enn andre. Ulike typer hukommelse varierer jo mye fra person til person, og er også avhengig av innholdet av drømmene. Om man ofte har dramatiske drømmer, vil disse som regel huskes bedre. Trolig husker noen flere drømmer enn andre også rett og slett fordi de våkner flere ganger og mer plutselig i løpet av natten, og derfor oftere våkner midt i eller like etter en drøm. Vi vet at erindringer fra drømmer som regel er mye mer labile og kortvarige enn hukommelse for opplevelser i våken tilstand, slik at det meste av drømmene trolig glemmes dersom man sover lenge og sammenhengende, og våkner gradvis. Vi ser dette når vi undersøker drømming i laboratoriet, ved å vekke personene ofte fra ulike

søvnfaser, eller fra narkose, og spørre straks om de har drømt. Det viser seg da at personene rapporterer drømmer mye oftere, enn om de ikke blir vekket og bare spørres etter at de våkner spontant. Dessuten er evnen til å huske drømmer til en viss grad en vanesak og kan trenes opp. Små barn sover jo mye mer enn voksne, og mer jo yngre de er. Dette har trolig nær sammenheng med at barn lærer svært mye nytt hver dag, og at søvn er uhyre viktig for å konsolidere hukommelsen etter læring – dette er trolig den viktigste funksjonen til søvn, og dermed hovedgrunnen til at vi behøver søvn, og at barn trenger mer søvn enn voksne. I tillegg har barn relativt mer REM-søvn enn voksne, særlig mot slutten av natten, og vil derfor ofte huske drømmer når de våkner.

#### **Hvilken hypoteser finnes om hvorfor vi drømmer? Er det noen fordeler med å drømme?**

Det er fortsatt usikkert om drømmer er direkte nyttige i biologisk og evolusjonær forstand, og i så fall hvilken nytte vi har av dem, altså hvilken funksjon drømmer egentlig har. Men det er flere interessante teorier for drømmenes funksjoner og evolusjonære opphav, og jeg kan nevne noen her. En interessant teori, utviklet av den finske filosofen og drømmeforskeren Antti Revonsuo, er den såkalte «trussel-simuleringsteorien». Han foreslår at drømming tjener til å trene opp hjernens kognitive apparat til bedre å gjenkjenne og mestre truende og farlige situasjoner i det virkelige liv, og dermed øke sjansen til å komme uskadet fra slike situasjoner.

#### **Kan drømmer fortelle noe om vår bevissthet? Er det en likhet mellom hvordan hjernen oppfatter den virkelige verden og hvordan hjernen danner drømmer?**

Ja, jeg tror at drømmer kan fortelle noe viktig om vår bevissthet. Helt grunnleggende viser våre drømmer at hjernen på egen hånd kan lage en hel «verden» av bevisste opplevelser, – en slags kunstig virkelighet (VR), som føles helt virkelig for oss når vi er «inne i» og opplever drømmen. Og hjernen kan lage en slik «verden» av opplevelser, selv når den ikke får informasjon fra den ytre verden, fordi sanseintrykkene er blokkert – sansene er så å si skrudd av i søvne. Øynene er lukket osv., men likevel opplever vi levende synsinntrykk, omtrent som om vi skulle være våkne, og vi forstår ikke i øyeblikket at det bare er en drøm. Dette viser at hjernen selv produserer innholdet i vår bevissthet. Og dette gjelder egentlig også når vi er våkne. Selv om vi da har en levende følelse av at vi oppfatter direkte den ytre verden – vi ser himmelen, trærne og fjellene, vår egen kropp og andre mennesker, føler vinden og lukter blomstene, så vet vi nå at dette på en måte egentlig er en slags illusjon, nesten som en drøm. Nå jeg er våken, får hjernen bare svært indirekte informasjon om den ytre verden, i form av mangetydige mønstre av nerveimpulser i nervebanene fra sanseorganene. Disse impuls mønstrene er noe helt annet enn, og har lite til felles med, både verden utenfor og vår bevisste opplevelse av den. Det er først når disse impuls mønstrene er blitt tolket, «dekodet» og gjenkjent av hjernens nettverk, at de kan brukes til å konstruere den indre, «kunstige» modellen av virkeligheten som vi opplever direkte. I den forstand kan vi nesten si at våre bevisste opplevelser alltid er som drømmer, det vil si indre, «kunstige» modeller, selv når vi er våkne og opplever verden gjennom sanseintrykk. I tillegg, kan vi lære mye mer om de nevrale mekanismene for vår bevissthet ved å studere mekanismene for drømmer, men vi rekker ikke å si så mye om det her.

---

#### Litteraturliste

- [1] Apical drive – a cellular mechanism of dreaming?, <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0149763420305753>



**Vincent Van Gogh**

*La méridienne dit aussi La sieste, 1890*

Olje på kanvas

# UTENOM PENSUM

**Tekst:** Hauk Fevang, medisinstudent ved UiB

## Erfaringer fra å skrive drømmebok

For flere år siden arvet jeg en ubrukt dagbok. På bokens omslag står det i gyllen løkkeskrift at den skal brukes til å dokumentere «one line a day». På tross av dette valgte jeg å bruke boka til å presse inn en rekke ørsmå setninger om nattens eventyr. Dette ble altså min drømmedagbok. Selv om den til tider har blitt brukt sporadisk, sitter jeg nå med et par erfaringer jeg vil dele til inspirasjon. Drømmer er noe av det mest personlige og diffuse vi mennesker tvinges gjennom, men jeg ønsker å allmenngjøre noen perspektiver rundt dokumentering av drømmer.

Hvordan man formulerer drømmer i en dagbok bør ta utgangspunkt i hensikten med å revidere de. Jeg skildrer de delvis oppskriftsmessig for å få med mest mulig detaljer. Følgende drøm er et eksempel på dette. Foruten at Bjørn er en nær venn av meg, er det ellers lite kontekst jeg kan redegjøre for:

*Du og Bjørn syklet om bord en ferge/skip. Dere tenkte at nå kommer vi ikke av. Dere så noen bannere på land -> «skal vi til Romania, Estland?». Heldigvis stoppet ferga ved byens industrihavn og da så dere to store skulpturer; et hjerte (rød + blå) og inntil den en boksehanske (foldet likt, bare i rød + hvit). Verket het taushetsplikt. «Fordi om man er taus om sorg blir det en indre kamp» sa du og begynte å gråte. Så holdt Bjørn rundt deg, du strittet, men det var litt godt. Han holdt rundt deg inntil dere var framme ved en skråning, i en skog.*

*Der hoppet dere ned en trinnvis bakke og gjorde triks. Skarpe pinner i løvet. På bunnen av skråningen så du opp, og oppdaget en pen ung dame med bukser av etasjevis annen hver, av to stoff. Et helt svart, og et litt gjennomsiktig, slackt stoff.*

*Så bestemte du og Bjørn dere for å ta tak i en kar, og sa aggressivt at han skulle bli med dere. Ennå ved bunnen av bakken, og foran en blokk, rev dere opp en dør i første etasje. «Der bor det to gamle damer» sa han. Dere går ned trappa og hører noen stemmer i stua, med pinner som våpen snur dere opp igjen. En av de eldre damene er på vei ut i gangen der dere var. I stua oppdager du et «kjent» Dali maleri du fikk lyst til å stjele. Blå-skyhimmel bakgrunn. Mørk, dame håndfarget overkropp med kvadratisk hull i.*

Ved å skrive drømmedagbok bygger man opp et register som tillater deg å bli mer bevisst over elementer som gjentar seg. Dette har egenverdi ved å styrke husken av drømmer. Samtidig som oversikten og kan være nyttig for drømmetolkning. Det er utallige aspekter man kan være obs på, men for meg er det et par fenomen som skiller seg ut. Ett av disse er opplevelsen av å ha drømmeversjoner av byer jeg vender tilbake til fra tid til annen. For eksempel har jeg en alternativ Sydney. Down under er dette en moderne storby med et karismatisk og hvitt operahus. I underbevisstheten min er Sydneys sentrum dominert av et enormt parkareal, og operahuset har blitt renoveret til en svevende svart kube. Når jeg nå drømmer at jeg besøker den alternative Sydney noterer jeg ned hvilke nye opplevelser jeg har. Selv om du kanskje ikke drømmer alternative byer, kan det hende du har andre gjentakende fellesnevner. De er uansett lettere å oppdage og bli kjent med om du noterer drømmene dine ned.

Å møysommelig notere ned nattens drømmer er ikke alltid det første man har lyst til å gjøre ved morgengry. Derimot, er notering i første omgang det enkleste alternativet, og avgjørende for å huske mest mulig av drømmen. For som en magiker som trekker et tørkle ut av ermet, kommer man på mer og mer av drømmen når man først har fått noe av den ned på papir. Elementer ved disse drømmene kan videre omgjøres til andre medier de er mer egnet for. For eksempel endte jeg opp med å male det maleriet som ble nevnt til slutt i utdraget fra drømmedagboka mi (figur 1). Trolig har du opplevd å drømme om noe som kan skapes fysisk, og kanskje er skapelsesprosessen avhengig av en ferdighet du mestrer. Uansett er det givende å produsere noe man har drømt om, for eierskapet til ideen er ikke helt avklart. Er dette noe du har kommet på? Eller er det et frempek til en del av din kreativitet du ennå ikke har berørt?

De fleste har trukket noen konklusjoner angående hvilke drømmer de har i løpet av nattetid. Hva med å ta dette et steg videre, og la blekket trekke det inn i en drømmedagbok? Det vil gjøre at man husker drømmene mer helhetlig, og man kan se mønstre over tid. Drømmer er et mysterium man kan undre lenge over. Videre kan de også være en god kilde til skaperkraft, og er spennende å bearbeide på ulike vis. Absurd og samtidig helt skreddersydd etter brukeren – hodeputen tilbyr den beste strømmetjenesten jeg vet om



FIGUR 1. DRØMT NATT TIL 07.04.2021, OG MALT VED EN SENERE ANLEDNING PÅ PAINT N' SIP.



*Palestinsk traumeteam jobber med sivile krigsskadede etter omfattende israelsk bombing. Shifa-sykehuset, Gaza, juli 2014. Foto: Privat*

# MADS GILBERT

FORKJEMPER PÅ GRASROTA FOR FOLKEHELSE, LOKALT OG GLOBALT

Mads Gilbert er spesialist i anesthesiologi, overlege og prof.dr.med. (em) ved Akuttmedisinsk klinikk på Universitetssykehuset Nord-Norge (UNN) i Tromsø. Vi kjenner ham fra NRK serien «113», men han er også kjent for sitt årelange politiske engasjement som lege i Norge og en rekke land i det globale SØR. Mest kjent er hans medisinske solidaritetsarbeid i Gaza som har fått stor internasjonal medieomtale. Han har vunnet en rekke priser og utmerkelser, og i 2013 ble han utnevnt til Kommandør av St. Olavs Orden for sitt fremragende arbeid og engasjement. I dette nummeret har Æsculap fått muligheten til å intervjue denne velkjente legen som gjennom sitt arbeid illustrerer at medisin og politikk går i hånd i hånd.

**Tekst:** Servani Mahalingam





Mads Gilbert underviser palestinske medisinstudenter på Al Azhar-universitetet i Gaza, november 2018.

Foto: PCRF

### **For å ta det helt fra begynnelsen av, stemmer det at du har vært redaktør for magasinet?**

Det stemmer. Jeg ble redaktør da vi la om *Æsculap* fra å være medisinstudents avis til å bli 'helsearbeidernes avis'. Det var kontroversielt, men vi dekket bredt aktuelle helsepolitiske spørsmål som streikekampene, og helsevesenets rolle i samfunnet. Medisinstudentene var kanskje litt mer politisk aktive da. Vi diskuterte mye saker som kampen om norsk medlemskap i EU og helsevesenet, privatisering og lokalsykehusenes viktige rolle. Blant annet dro vi til Rjukan sykehus og lagde en grundig reportasje om lokalsykehusets rolle, og vi var helt imot å nedlegge dette og de mange andre lokalsykehusene i distriktene.

### **Dere var altså veldig aktivistiske og politisk brysomme studenter?**

Det var vi. Helse og politikk er som siamesiske tvillinger! Det er grunnleggende fordelings- og samfunnsforhold som grunnleggende bestemmer om vi får god eller dårlig folkehelse. Det handler om fordeling av makt og ressurser. Du kan ikke være en 'apolitisk' doktor. Hvis du velger å tie om urett og undertrykking er du også medansvarlig for forhold som skaper sykdom og uheld – og som aktivt må endres – med vår hjelp.

### **Gilbert var politisk aktiv som videregående elev på Oslo Katedralskole. Der deltok han i et politisk aktivt gymnassamfunn og diskusjonskvelder som ga muligheten for breie politiske diskusjoner.**

Det var nok kampen mot atomvåpen og kampen mot krigen i Vietnam som gjorde meg politisk aktiv, og jeg ble etter hvert med i ML-bevegelsen. Jeg tenkte at medisin er et fint verktøy for å være solidarisk med folk som slåss for et bedre liv. Du vil som lege alltid kunne skaffe deg et kunnskapsgrunnlag om vilkår som truer folkehelsen – og gjøre noe med det. **Første gangen Gilbert var på et internasjonalt medisinsk oppdrag hadde han begynt på spesialiseringen som anestesilege.**

### **Husker du ditt første oppdrag?**

Absolutt! De første to oppdragene var for Palestinakomiteen helt nye 'kirurgiske kriseteam' i Beirut i 1981 og 1982. Opplevelsene gjorde et voldsomt inntrykk på meg som ung lege. Israel invaderte Libanon 6. juni 1982 for å 'knuse' PLO og palestinerne frigjøringskamp. Invasjonsstyrkene beleiret raskt Vest-Beirut fram til slutten av august. Byen ble bombet natt og dag. Palestinakomiteen sendte en serie kirurgiske kriseteam med frivillige norske sykepleiere og leger for å støtte Palestinsk Røde Halvmåne (Palestinske Røde Kors). Det ble mitt første møte med såkalt «moderne krigføring».

*«Helse og politikk er som siamesiske tvillinger! Det er grunnleggende fordelings- og samfunnsforhold som grunnleggende bestemmer om vi får god eller dårlig folkehelse. Det handler om fordeling av makt og ressurser.»*

#### **Hva ble du vitne til?**

For første gang opplevde jeg på kloss hold de menneskelige resultatene og skadene som følge av brutalt intens israelsk luftbombing, artillerigranater fra israelske marinefartøy i tillegg til sult, tørst og epidemiske sykdommer som fulgte med den nådeløse blokaden av millionbyen. I sju kvelende sommeruker kuttet okkupanten vann, strøm, bensintilførsel, mattilførsel og medisinsk hjelp til storbyens sivilbefolkning. Det å stå i det kaoset og den blodtåka gjorde uutslettelig inntrykk på meg som ung lege. Den menneskeskapte, nøye planlagte ødeleggelsen som lå bak de israelske bombeangrepene brant seg fast i meg som bilder av brutal og urettferdig undertrykking. En systematisk undertrykking av et folk som med full rett kjemper for bedre liv. Opplevelsene forandret livet mitt.

#### **Var det da du bestemte deg for å engasjere deg?**

Jeg var allerede engasjert, det var derfor jeg dro, men jeg bestemte meg for å skaffe meg nødvendig fagmedisinsk kompetanse innenfor akuttmedisin, gjenoppliving og skadebehandling. Inntrykkene og de kliniske erfaringene jeg fikk i Vest-Beirut sommeren 1982 kunne jeg aldri fått med bare å lese bøker, artikler og aviser, eller på forelesningene på med.fak.

**Gilbert har drevet medisinsk solidaritetsarbeid i Palestina, spesielt Gaza, i årrekke og har sett krigens brutale ansikt. Sammen med sin kollega, Erik Fosse var de øyenvitnene til de enorme lidelsene sivilbefolkningen i Gaza ble utsatt for i 2008-2009 og skrev sammen boka «Øyne i Gaza» (Gyldendal 2009). Men de var ikke «de eneste øyenvitnene», som det så ofte sies i media.**

Vi var kanskje noen av de få *vestlig* øyenvitnene, understreker Gilbert, og det er pinefullt å vite at vi blir hørt mer på, fordi vi var «hvite leger fra Norge». Svært mange andre, ikke vestlige journalister, rapporterte selvsagt også om situasjonen i Gaza, men ble ofte mistenkeliggjort. Israel slapp ikke inn vestlige media og journalister mens de bombet Gaza. Vi fikk en viktig medisinsk rolle med å fortelle hva vi så, rapportere på antall drepte og sårede sivile og beskrive konsekvensene av blokaden. Det mener jeg er helsearbeiders plikt. Helsearbeiderens plikt er å fortelle om vilkår som kan skade pasientene, ikke bare «tørke opp av golvet mens krana står og renner», ikke bare operere sønderbombede mennesker, men like mye prøve å bidra til at bombingene av sivilsamfunnet stopper. Forebyggende helsearbeid, heter det. Er det politisk? Selvsagt. Medisinen må også være politisk for å løse sitt grunnleggende samfunnsoppdrag som for eksempel er å sloss for et av FNs overordnede mål som «lik rett til helse for alle mennesker».

#### **Merket du en stor forskjell mellom det som kommer frem i mediene og den reelle situasjonen?**

Enorm. Vi får en sminket og skjønnmalt, og som oftest sterkt pro-vestlig inntrykk av det som skjer. Hvem som får merkelappen «terrorister» er også et ladet spørsmål. Jeg vil jo si at systematisk terrorbombing av sivilsamfunn, ledet og drevet av en stat, er statsterrorisme og at enhver form for angrep mot sivile er terror. Det er veldig mye som er relativt i språkbruken vår.

*«Du kan ikke være en 'apolitisk' doktor. Hvis du velger å tie om urett og undertrykking er du også medansvarlig for forhold som skaper sykdom og uhelse – og som aktivt må endres – med vår hjelp.»*

*«Jeg tenkte at medisin er et fint verktøy for å være solidarisk med folk som slåss for et bedre liv. Du vil som lege alltid kunne skaffe deg et kunnskapsgrunnlag om vilkår som truer folkehelsen – og gjøre noe med det.»*

For Gilbert er det viktigste arbeidet det han gjør når han kommer hjem. Han holder foredrag, jobber med forskning på konsekvenser av militære angrep, deltar i samfunnsdebatter og har skrevet bøker som «Øyner i Gaza», «Natt i Gaza» og læreboka «Save Lives Save Limbs» sammen med kolleger.

**Tror du det er viktig å undervise studentene til å bli mer bevisste på samfunnsforhold og forholdet helse og politikk?**

Mange tror det er farlig å blande politikk og medisin, men er det noe som henger sammen er det politikk og medisin. Ikke som partipolitikk, men som sammenhengen mellom samfunnsforhold, levevilkår og helse i et samfunn. Det er et spørsmål om fordeling av makt og rikdom. I samfunn med store forskjeller mellom rike og fattige er det dårlig helse for flertallet. Hos et samfunn med små forskjeller og en politisk konsolidert velferdsstat «for alle» er det helt andre muligheter for god folkehelse. Nå diskuteres betydningen av «strukturell vold» og «strukturell rasisme» for folkehelsen i USA og globalt. Siste nummer av det anerkjente New England Journal of Medicine 30. september 2021 hadde toppoppslag «How do we dismantle structural racism in medicine?» og le-

dende medisinske tidsskrift har hatt en rekke viktige artikler om strukturell vold og rasisme i helsevesenet, spesielt etter politidrapet på George Floyd og Black Lives Matter-bevegelsen. Politisk? Ja! Viktig? Ja! Men når vi skriver kritiske artikler om strukturell vold og COVID-19 i for eksempel i Gaza, opplever vi at artiklene sensureres og fjernes, som for eksempel i Lancet.

**Gilbert påpeker at Norge har vært et samfunn med relativt små forskjeller og som bruker fellesskapets penger til en omfattende velferdsstat og helsetjenester til «nesten alle». Noen vil ikke ha en sterk offentlig sektor, men heller privatisere og lage et todelt helsevesen, noe han åpenbart er mot:**

Jeg kan ikke lytte til samfunnet gjennom stetoskopet. Jeg må ha øyner og ører oppe for å se de politiske prosessene og maktgrepene som påvirker folkehelsen og den enkelte pasientens levekår. Vi skal ikke bare utdanne men også danne nye leger. En del av dannelsen handler om å forstå verden og ta stilling til levekår og helse for flertallet av menneskene i verden, ikke minst i det globale SØR. Vi kan ikke drive medisinutdanning i en samfunnsfjern boble. «Medicine is a social science, and politics nothing but medicine at a larger scale», sa den

*«Vi skal ikke bare utdanne men også danne nye leger. En del av dannelsen handler om å forstå verden og ta stilling til levekår og helse for flertallet av menneskene i verden, ikke minst i det globale SØR. Vi kan ikke drive medisinutdanning i en samfunnsfjern boble.»*



Mads Gilbert underviser palestinske medisinstudenter i Gaza. Gaza, november 2018

Foto: PCRf

kjente tyske legen, biologen, antropologen, historikeren, patologen, samfunnsmedisineren – og politikeren Rudolf Virchow. Han sa legen skulle være 'de fattiges advokat'. Vi skal selvsagt kunne jobben vår til fingerspissene, men i jobb-beskrivelsen for en lege i verden i dag ligger det også å ta ansvar for samfunnsforholdene og engasjere seg for radikale endringer i maktforholdene til beste for flertallet.

### **På hvilken måte kan vi gjøre det?**

Følg hjertet ditt! Finn ut hva du brenner for! Søk kritiske kunnskapskilder! Det finnes papirløse immigranter som ikke har helsetjeneste i Norge, det finnes asylmottak med anstendige mennesker som har flyktet fra krig og okkupasjon, mange mennesker som trenger engasjerte helsearbeidere som allierte. Du kan engasjere seg for minoriteter, for bedre kvinnehelse, for en bedre psykiatri, mot rasjonalisering og nedlegging av helsetilbud, du kan engasjere deg i internasjonalt helsearbeid. For dere som snart skal overta som fremtidens leger er selvsagt engasjementet i forhold til klimatrusselen ekstremt viktig. Sannsynligvis er klimatrusselen den overordnende trusselen mot så vel lokal som global folkehelse.

Og du kan engasjere deg mot den dype urettferdigheten vi nå ser med rike land som karrer til seg uforholdsmessige store mengder corona-vaksiner og sammen med grisk privat farmasøytisk industri i praksis innfører det som med rette kritiseres som «vaksine-apartheid».

### **Mener du den urettferdige fordelingen av vaksiner?**

Ja. 90 prosent av innbyggerne i jordas 67 fattigste land vil ikke få nok vaksiner mot COVID-19 på flere år, mens de rike landene, som Europa med Norge inkludert, Canada, Israel og USA, har kjøpt opp langt over halvparten av verdens vaksiner. Gjennom

sin ekstreme vaksinehamstring, kan de rike landene i globale NORD vaksinere egen befolkningen med en tredje dose, mens fattige land ikke engang har vaksiner til å beskytte sine innbyggere i risikogrupperne eller eget helsepersonell.

### **Hva er det som gjør at det blir en urettferdig fordeling?**

Grådigheten til den farmasøytiske industrien, og vestlige lands regjeringer som tviholder på reglene for «intellektuell eiendom». Farmasøytiske giganter som Pfizer, Moderna, AstraZeneca og de andre store vaksinemakerne må umiddelbart tvinges til å frigjøre vaksineoppskriftene sine. Samtidig må det bygges sentra i det globale sør der vaksinen kan produseres og distribueres med korte transportavstander.

### **Men legemiddelselskapene hevder jo at de har brukt store summer på å utvikle covid-19-vaksinene, bør de ikke få tjene penger?**

Til sammen har AstraZeneca, Pfizer og Moderna fått mer enn 40 milliarder kroner i offentlige forskning-smidler. Pfizer alene hadde de tre første månedene i 2021 en inntekt på 30 milliarder fra salg av COVID-19-vaksiner. Nei, dette handler ikke om å «få igjen investeringene», men illustrerer nok en gang de gamle kolonimaktens fortsatte og hensynsløse kolonipolitikk.

### **Hvorfor klarer vi ikke løse dette?**

Fordi politikerne stikker hodet i sanden og tenker slik kolonimaktene alltid har tenkt på: Å sikre sine egne interesser. Da fortsetter en intellektuell, medisinsk og moralsk forkastelig politikk der vi unnlater å iverksette tiltak som kan redde millioner av liv. Det er ekstremt kortsiktig. Vi vet jo at i denne pandemien gjelder det at «ingen er trygge før alle er trygge». Når en stor andel av verdens befolkning forblir uvak-

*«For dere som snart skal overta som fremtidens leger er selvsagt engasjementet i forhold til klimatrusselen ekstremt viktig. Sannsynligvis er klimatrusselen den overordnende trusselen mot så vel lokal som global folkehelse.»*



Gilbert underviser i livreddende førstehjelp for 1.års medisinstudenter på Al-Azhar-universitetet i Gaza, etter «Tromsø-modellen», Gaza januar 2020. Her realistisk trening i felt på traume-«pasient», en godt sminket markør fra 3.året.

Foto: Mads Gilbert

sinert de neste årene, vil vi få nye mutanter og nye smittebølger som også vil ramme oss. Men viktigst nå: Millioner smittes i den fattige delen av verden og titusener vil dø helt unødvendig fordi de ikke ble vaksinert, selv om vaksine finnes i bøtter og spann i det rike NORD.

For Gilbert er det viktig at medisinstudenter engasjerer seg i helse og samfunnspolitiske spørsmål og bruker sin stemme når noe er åpenbart urett. Avslutningsvis viser han til det han lærte av hans lærer i nevrofysiologi på UiO, prof. Anton Hauge. Dette kan også være inspirerende for oss:

**«Ved vårt valg av yrke har vi tatt parti for livet. Det innebærer personlig initiativ, skaperglede, mot og spontanitet.**

**Andre tar parti for døden. Det innebærer beregnende sluhet, avmålte handlinger og avvising av ungdommen.**

**Som lege har vi bare en lojalitet, og det er den enkelte pasient som skjebnen har ført til oss.**

**Hvis dere klarer å holde fast på den tanken, kan dere ikke gå vill, selv ikke i den moderne livs moralske tåkellandskap.»**

*Prof. Anton Hauge, Universitet i Oslo  
(Tale til avgangstudentene på kull-95)*

## Litteraturliste

- [1] Mads Gilbert og Erik Fosse: «Øyne i Gaza», Gyldendal 2009
- [2] Mads Gilbert: «Natt i Gaza», Kagge forlag, 2014
- [3] Hans Husum, Mads Gilbert, Torben Wisborg: «Save Lives Save Limbs – Life support to victims of mines, wars, and accident», Third World Network, Penang, Malaysia, 2000. Tilgjengelig gratis i pdf på NKT-Traume – Nasjonal kompetansetjeneste for traumatologi: <https://nkt-traume.no/wp-content/uploads/2020/01/Save-Lives-Save-Limbs-Internet-2.compressed.pdf>
- [4] ER Mills, D., Wispelwey, B., Muhareb, R., & Gilbert, M. (2020). Structural violence in the era of a new pandemic: the case of the Gaza Strip. *The Lancet*. Published Online March 26, 2020 [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30730-3](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30730-3)
- [5] Wispelwey, B., Muhareb, R., & Gilbert, M. (2020). Permission to Narrate a Pandemic in Palestine. *Middle East Policy*, 27(2), 162-168. Mills, D., Gilbert, M., & Wispelwey, B. (2019). Gaza's Great March of Return: humanitarian emergency and the silence of international health professionals. *BMJ Global Health*, 4(3), e001673.
- [6] Muhareb R, Wispelwey B, Gilbert M. Political censorship in academic journals sets a dangerous new precedent. *BMJ Opinion*, June 2, 2021. <https://blogs.bmj.com/bmj/2021/06/02/political-censorship-in-academic-journals-sets-a-dangerous-new-precedent/>
- BMJ Editor's Choice: Vaccines should not be the preserve of rich countries. *BMJ* 2021; 374 doi: <https://doi.org/10.1136/bmj.n2044> (Published 19 August 2021). *BMJ* 2021;374:n2044 [7]
- Heszlein-Lossius, H. E., Al-Borno, Y., Shaqqoura, S., Skaik, N., Giil, L. M., & Gilbert, M. (2018). Life after conflict-related amputation trauma: a clinical study from the Gaza Strip. *BMC international health and human rights*, 18(1), 1-10. [8]
- Heszlein-Lossius, H., Al-Borno, Y., Shaqqoura, S., Skaik, N., Giil, L. M., & Gilbert, M. F. (2019). Traumatic amputations caused by drone attacks in the local population in Gaza: a retrospective cross-sectional study. *The Lancet Planetary Health*, 3(1), e40-e47. [9]
- Husum, H., Gilbert, M., Wisborg, T., Van Heng, Y., & Murad, M. (2003). Rural prehospital trauma systems improve trauma outcome in low-income countries: a prospective study from North Iraq and Cambodia. *Journal of Trauma and Acute Care Surgery*, 54(6), 1188-1196 [10]
- Ismail, A., Al-Rayyes, M., Shatat, M., Al Hafi, R., Heszlein-Lossius, H., Veronese, G., & Gilbert, M. (2019). Medical Students Can be Trained to be Life-Saving First Aid Instructors for Laypeople: A Feasibility Study from Gaza, Occupied Palestinian Territory. *Prehospital and disaster medicine*, 34(6), 604-609. [11]

# REISEBREV FRA FOLKEHELSEKONFERANSEN 2021

**Tekst:** Julia Langnes, *Æsculap-ansvarlig, Norsk medisinstudentforening Bergen*

Xenia Cappelen, *Nestleder, Norsk medisinstudentforening*



*En engasjert Nmf-gjeng på Folkehelsekonferansen 2021! F.v.: Matilde Helm, Julia Langnes, Einar Lund, Xenia Cappelen, Martine Ingebrigtsen Myhre, Nora Møller Didriksen, Anna Yang Arntzen.*

I slutten av oktober deltok syv engasjerte medisinstudenter fra Norsk medisinstudentforening (Nmf) på Folkehelsekonferansen 2021 i Trondheim. Delegationene hadde reist helt fra Tromsø i nord til Krakow i sør for å delta på konferansen, som i år hadde hovedtemaet «Klima og bærekraftig folkehelsearbeid». Alle Nmf-medlemmer kunne søke om plass i delegasjonen, og Nmf var representert med både medlemmer, nasjonale og lokale tillitsvalgte.

Delegationene møttes kvelden før programstart for fellesmiddag og bursdagsfeiring for Nora, med vegetarburgere på Graffi Solsiden. Anbefales! Stemmebåndene fikk også varmet seg opp før konferansen, med storslått bursdagssang i hele lokalet.

Etter en himmelsk frokost på hotellet (Anna var spesielt imponert over baristaens havrelatte!) var vi klare for å møte Trondheims bussystem og komme oss til Scandic Lerkendal hvor konferansen ble avholdt. Den startet med mange foredrag, som et fint innslag fra Camilla Stoltenberg om Folkehelseinstituttets arbeid med covid-19-pandemien, og et foredrag om netthets fra Natur og Ungdom. Deretter gikk dagen videre til lunsj og parallellsesjoner. Nmf-delegasjonen deltok blant annet på parallellsesjoner innen klima og migrasjon, helseberedskap i små kommuner, bærekraftig kosthold og psykisk helse. Her innledet eksperter fra hele landet, som presidenten i Leger uten grenser. Parallellsesjonene var svært lærerike, og ga oss mulighet til å ta et dypdykk i det den enkelte deltaker selv syntes var mest spennende.



I motsetning til dette var det noen ting vi stusset litt over. Selv om Folkehelseforeningen spesifikt nevner studenter som en av konferansens målgrupper, følte vi tidvis at programmet var mer tilrettelagt for deltakere fra offentlig forvaltning. Flere i delegasjonen bemerket at konferansen var lite miljøvennlig, til tross for stort fokus på klima i programmet. Konferansen var i tillegg lite interaktiv med foredrag framfor workshops, som vanskeliggjorde god dialog med øvrige deltakere og aktører, men var gull verdt for strikkerne i delegasjonen!

Mellom foredrag og faglig påfyll fikk delegasjonen også tid til å utforske studentlivet i Trondheim under UKA-festivalen. Etter konferansens første dag dro delegasjonen samlet til Studentersamfundet for å se UKErevyen «Razzmatazz», som fenget publikum med sine dagsaktuelle, humoristiske sketsjer og dyktige skuespillere. Som konferansen på dagtid hadde revyen også flere folkehelserelaterte innslag, dog primært relatert til covid-19-pandemien framfor klima og bærekraft. Øvrig fritid ble også brukt til sosialt og teambuilding, samt en utrolig koselig felles middag med italienske delikatesser på Frati. Her fikk vi igjen testet sangferdighetene våre med

litt ABBA på høyttalerne, til glede for servitøren og frustrasjon for enkelte i Nmf-delegasjonen. Det ryktes at det finnes en video av dette begravd i gruppechatten i Messenger, men for å få tilgang til dette eksklusive materialet må du stille både kompendiene og paraplyen din til vår disposisjon! Etter litt for mye pasta dro vi tilbake til Samfundet, hvor Einar viste fram danseferdighetene sine til stor begeistring fra både delegasjonen og øvrige Trondheimsstudenter.

Selv om det faglige programmet ikke alltid svarte til forventninger, sitter vi igjen med positive erfaringer og motivasjon til videre Nmf-arbeid i fellesskap. Vi takker Folkehelseforeningen for vel gjennomført konferanse og delegasjonen for godt samhold, og håper vi ses på Folkehelsekonferansen 2022 i Hamar!

**Interessert i å delta på fremtidige konferanser sammen med engasjerte medstudenter? Følg med på Norsk medisinstudentforenings Facebook- og nettside for mer informasjon!**



*Bilde av konferansen fra Folkehelsekonferansens Facebook-side. Her koser legestudentene seg på bakerste rad!*

# OM KONFERANSEN ER GOD, ER ALLTING GODT

Tekst: Sine Grude



Hvert år arrangeres konferansen FINO for medisinstudenter i de nordiske landene. FINO står for det noe så kompliserte som Federation of International Nordic Medical students Organisations, og har som mål å legge til rette for nordisk samarbeid, samt fasilitere idéskapning og være nettverksbyggende.

De fem nordiske landene rullerer på å arrangere konferansen, og i 2020 var det Norges tur igjen. Sist gang Norge holdt konferansen var i Bergen i 2015, og med det var vi klare for å endelig være vertsnasjon igjen. Allerede i mai 2019 ble det satt ned en arbeidsgruppe for konferansen, som etter hvert skulle danne en organiseringskomité. Planlegging av en internasjonal konferanse er ingen lett oppgave i seg selv, men 2020 skulle ikke være året for fysiske, internasjonale konferanser, og relativt tidlig i pandemien ble det klart at konferansen måtte utsettes. Vi er svært glade for at 2021s opprinnelige arrangør, Finland, lot Norge få beholde arrangørrollen til 2021.

Høsten 2020 var endringene relativt store i organiseringskomitéen. Verv som egentlig bare skulle gått over ett år, måtte plutselig forlenges, og derfor sa noen av komitéens medlemmer fra seg vervene sine. Komitéen fikk inn en gjeng med nye medlemmer, og den nye komiteen har nå i snart ett år jobbet for en konferanse som er et verdig startpunkt for nordisk samarbeid også etter pandemien.

I økonomiske nedgangstider er sponsorer vanskeligere å få tak i, og økonomisk støtte var et bekymringspunkt for konferansens gjennomførbarhet. Derfor var vi svært glade da sponsoransvarlig i komiteen sikret et stort stipend fra Nordplus, som gjorde at konferansen ble fullfinansiert sammen med uvurderlig støtte fra Nmf, samt delegatavgifter. Vi har ikke visst hvilke hoteller som står etter pandemien, men er glade for vi nå har bestilt overnatting ved Citi-box i Oslo sentrum. I tillegg er vi takknemlige for å få bruke Legenes hus – Legeforeningens nyoppussa hovedkvarter ved Aker brygge som sted for konferansen.

Temaet for konferansen ble bestemt lenge før pandemien, og det er derfor litt småkomisk å tenke på hvordan skopet av temaet er endret fra den gangen det ble bestemt. «The future of medicine» ser annerledes ut etter 1,5 år med pandemi, men vi gleder oss til å se fremover, og lære om fremtidens medisin og hva den innebærer. Temaene for foredragene og workshopene er varierte og spennende, og vi gleder oss masse til å lære og bli inspirerte.

Blant de aller viktigste tingene som skjer på FINO er det sosiale. Sosialt ansvarlig i FINO har jobbet for et variert og gøy sosialt program, og det blir fint å knytte bånd på tvers av landegrensene. Vi i organisasjonskomitéen merket godt at etter mange måneder med zoom-møter, forandret mye seg når vi endelig i august kunne møtes fysisk for arbeidshelg. Vi har

stor tro på at det gjør noe med våre nordiske samarbeidsevner å møtes, lære og engasjere hverandre, og nettopp det planlegger vi å legge til rette for på årets FINO.

Nå er invitasjonene til de nordiske landene sendt ut. Vi venter nå på at de skal velge sine delegater, og 4-7.november kommer de alle til Oslo for en helg spekket med spennende program. PR-ansvarlig deler flittig på sosiale medier frem mot og under konferansen, og vi anbefaler alle Æscalups lesere til å følge oss, bli inspirert og engasjert. For om du glemte å søke eller ikke fikk plass til å være en av Norges delegater under årets FINO, er det nye sjanser i Finland neste år. Uansett gleder vi oss til å se hva «The future of medicine» har å by på i november og i årene som kommer.

## FINO SLO 2021



# GRUNNUTDANNINGSKONFERANSEN 2021

**Tekst:** Magdalena Solveig Robertsen

*Representantene for Grunnutdanning i medisin fra hvert lokallag var 12.–14. November på Legenes Hus i Oslo for å lære mer om utdanningens oppbygging. I år var det lagt vekt på vurderingsform og studentenes og legers mentale helse.*

Diskusjonen rundt vurderingsformen ved profesjonsstudiet i medisin ligger i hovedsak rundt spørsmålet om det skal være gradert eller bestått/ikke bestått vurdering til eksamen. For NTNU og UiT får studentene bestått/ikke bestått, men for UiB og UiO får de karakterene A-F. For «bestått» kreves ca 60% riktig på eksamen. Karakteren E, altså laveste karakter uten å stryke, krever ca. 60% riktig. Fem karakterer blir da fordelt på de siste 40%, og gjør at det er lite som skiller disse karakterene. En undersøkelse fra UiB viser at 75% av studentene ønsker selv å fjerne karakterene. Fakultetene argumenterer med at karakterene er en måte å tilbakemelding på. Likevel er studenter fra UiT og NTNU mer fornøyde med å få opplyst prosentskår enn UiO og UiB som er fornøyde med karakterer for å vite hvordan det gikk på eksamen.

Forskjellen i vurdering som vi har i dag gjør at de ferske legene har forskjellig søkergrunnlag for LIS1-stillinger. I søknaden har ikke legene lov til å legge ved karakterene sine, så da kan en ikke vite hvem som har lagt inn mest arbeid og hvem som såvidt har bestått eksamen. For de som hver dag jobber og sliter for A eller B virker det jo demotiverende å vite at de likevel etter endt utdanning stiller likt med de som får D og E. Dette kan føre til at det ikke lenger er like populært å gjøre sitt ytterste for å få mest mulig kunnskap, og ha et godt grunnlag for å bli kompetente, kunnskapsrike leger. Da virker det jo bedre at minstekravet for å få bestått ligger på minst 60% for alle, ikke bare for halvparten av medisinstudentene i Norge.

Hvis karakterer skal være av betydning bør alle de medisinske fakultetene i Norge bruke det. Hvis alle legene har blitt vurdert med samme skala kan karakterene tas med i søknaden og arbeidsgiverne kan vurdere søkerne på skoleprestasjoner. Det er likevel uheldig å bruke karakterer som mål på kunnskapsnivå, da det er få prosent som skiller de. Under konferansen ble medisinstudenters og legers psykiske helse også tatt opp. Den psykiske helsen til medisinstudentene har de siste årene vist seg å gå nedover. Over 30% har pr. 2021 psykiske plager, en markant økning fra 2010, da det «bare» var 16%. Økningen gjelder både menn og kvinner, men er likevel størst hos kvinner.

Det ble foretatt en undersøkelse i mars 2021 hvor over 62 000 medisinstudenter svarte. Dette er ferske tallene på studentenes generelle trivsel og deres livskvalitet. Det er vanskelig å si hvor mye koronapandemien har påvirket utfallet til undersøkelsen, sammenliknet med en normal hverdag, men psykiske plager for medisinstudenter har generelt økt de siste årene, og dette er bekymringsverdig. Rapport for denne undersøkelsen, ShoT, ligger på [studenthelse.no](https://studenthelse.no).

Undersøkelsen dekker ikke årsakene til hvorfor studentene føler misnøye, hvor de studerer, eller hvilket kull de går. Noen felles faktorer kan likevel være at de føler et indre press på å hele tiden prestere på flere ulike arenaer; sosialt, akademisk, sportslig, på jobb. Det blir lett å kjenne på dårlig samvittighet hver gang en gjør noe «uproduktivt» som å slappe av foran tven, gå på kino osv. Ytre press kan komme fra feks. Foreldre som bidrar til følelsen av utilstrekkelighet, om man ikke skulle innfri.



Selv om økningen i andel studenter med psykiske plager har økt, er det likevel viktig å huske på at de fleste fra undersøkelsen har svart at de er fornøyde med tilværelsen sin, og føler de har god psykisk og fysisk helse.

Men det er ikke bare for studentene det ligger utfordringer. Det å være lege er et krevende yrke som kan tære på den mentale helsen. Av de som forsøker å ta selvmord er det 4 ganger så mange kvinnelige leger som gjennomfører enn kvinner ellers i samfunnet. Av det mannlige legene er det dobbelt så mange som tar selvmord enn menn ellers. Også her er flertallet kvinner. Det kan være vanskelig å sette fingeren på akkurat hva som gjør at så mange faktisk ender med å ta sitt eget liv. Kanskje er det vanskelig å søke hjelp

fordi man muligens kjenner personen man får hjelp av fra før, at man er redd for at kollegaer skal lese journalen, eller at noen skal se at man går til noen for å få hjelp/støtte. Villa Sana Modum Bad er et *rådgivningstilbud for leger som trenger å snakke om utfordringer i arbeidsliv, samliv eller fritid- eller som av andre grunner ønsker å arbeide med seg selv og sin livssituasjon. Tilbudet er ikke helsehjelp, og det gjøres ingen skriftlig dokumentasjon.*

Det er liten tvil om at psykisk helse er viktig og vi må gjøre mer for å bedre studenters og legers psykiske helse; vi har ingen å miste, og alle fortjener å ha det bra.

#### Litteraturliste

- [1] <https://www.modum-bad.no/kurs-og-samtale/arbeidshelse/for-leger/>
- [2] [https://khrono.no/sit-shot-2018-sio/shot-2018-kraftig-forverring-av-studenters-psykisk-helse/236131?fbclid=IwAR2\\_iaOzEIJZovlyNXPGzWHtta2p6MT8g4kC3qqVxIs6apvcSHcDOxq9GtM](https://khrono.no/sit-shot-2018-sio/shot-2018-kraftig-forverring-av-studenters-psykisk-helse/236131?fbclid=IwAR2_iaOzEIJZovlyNXPGzWHtta2p6MT8g4kC3qqVxIs6apvcSHcDOxq9GtM)
- [https://www.universitetsavisa.no/leserbrev/karakter-e-akademisk-stryk-okonomisk-bestatt/179531?fbclid=IwAR1f\\_gDbZG-6tZB0bt3SVDtgSJPVDMpSHQTW3DJMMHzLWWhiDg5c0EjJLLbk](https://www.universitetsavisa.no/leserbrev/karakter-e-akademisk-stryk-okonomisk-bestatt/179531?fbclid=IwAR1f_gDbZG-6tZB0bt3SVDtgSJPVDMpSHQTW3DJMMHzLWWhiDg5c0EjJLLbk) [3]
- <https://tidsskriftet.no/2021/06/debatt/bestattikke-bestatt-et-nytt-kappittel-medisinstudiet> [4]
- <https://sioshotstorage.blob.core.windows.net/shot2018/SHOT2021.pdf> [5]

# MER ER IKKE ALLTID BEDRE

**Tekst:** Tuva Stranger Mjones, lege/rådgiver i medisinsk fagavdeling, seksjon for spesialisthelsetjenester, forskning og kvalitet i Legeforeningen. Tidligere redaktør for *Æsculap* (2017-2020).

I noen tilfeller er det enkelt å overbevises om at mer ikke er bedre. For eksempel i stilvalget i klesskapene til den gjengse nordmann, eller i de mange beige nordisk design-spisestueene, eller når det kommer til potetgullinntak. I andre tilfeller er det litt vanskeligere: for eksempel for en nervøs medisinstudent, som lurte på om hen skal ta en blodprøve til – bare for sikkerhets skyld.

## Medisinsk overaktivitet

Det er lettere å gjøre for mye enn for lite – på kort sikt. At jeg som nyutdannet lege rekvirerer en ekstra blodprøve for å være helt, helt sikker, eller at min kollega henviser en pasient med knesmerter til MR, er ikke fordi vi er dårlige behandlere. Slike avgjørelser tas enklere i en hverdag preget av press og tidsbegrensning – det bunner i (u)kultur, usikkerhet, manglende kunnskap, og i noen tilfeller kan det være drevet av inntjening. Overskriften ser kanskje litt utilgjengelig ut, men forklarer også seg selv – dette handler om *overutredning*, *overdiagnostikk*, og *overbehandling* – medisinsk overaktivitet. Hvorfor må vi gjøre noe med dette? I begrepet *overutredning* legger vi at man driver med utredning og henvisninger som mest sannsynlig ikke vil gi hverken behandleren eller pasienten betydningsfull informasjon. *Overdiagnostikk* betyr at vi gir en diagnose som ikke har gitt vedkommende symptomer, som ikke kommer til å gi symptomer og ei heller forkorte livet til den enkelte. Og *overbehandling* er rett og slett behandling som gis, men som ikke gir nytte eller i verste fall fører til mer skade (1).

På en konferanse om medisinsk overaktivitet i Oslo 11.11.21 tok flere av foredragsholderne til ordet for at geografisk variasjon i måten vi behandler pasienter på er et faresignal – for hvorfor behandles like tilstander/symptomer ulikt på forskjellige steder? Dette kan kanskje være én av måtene vi kan oppdage medisinsk overaktivitet på – gjennom å merke oss forskjellene blant behandlingsst-

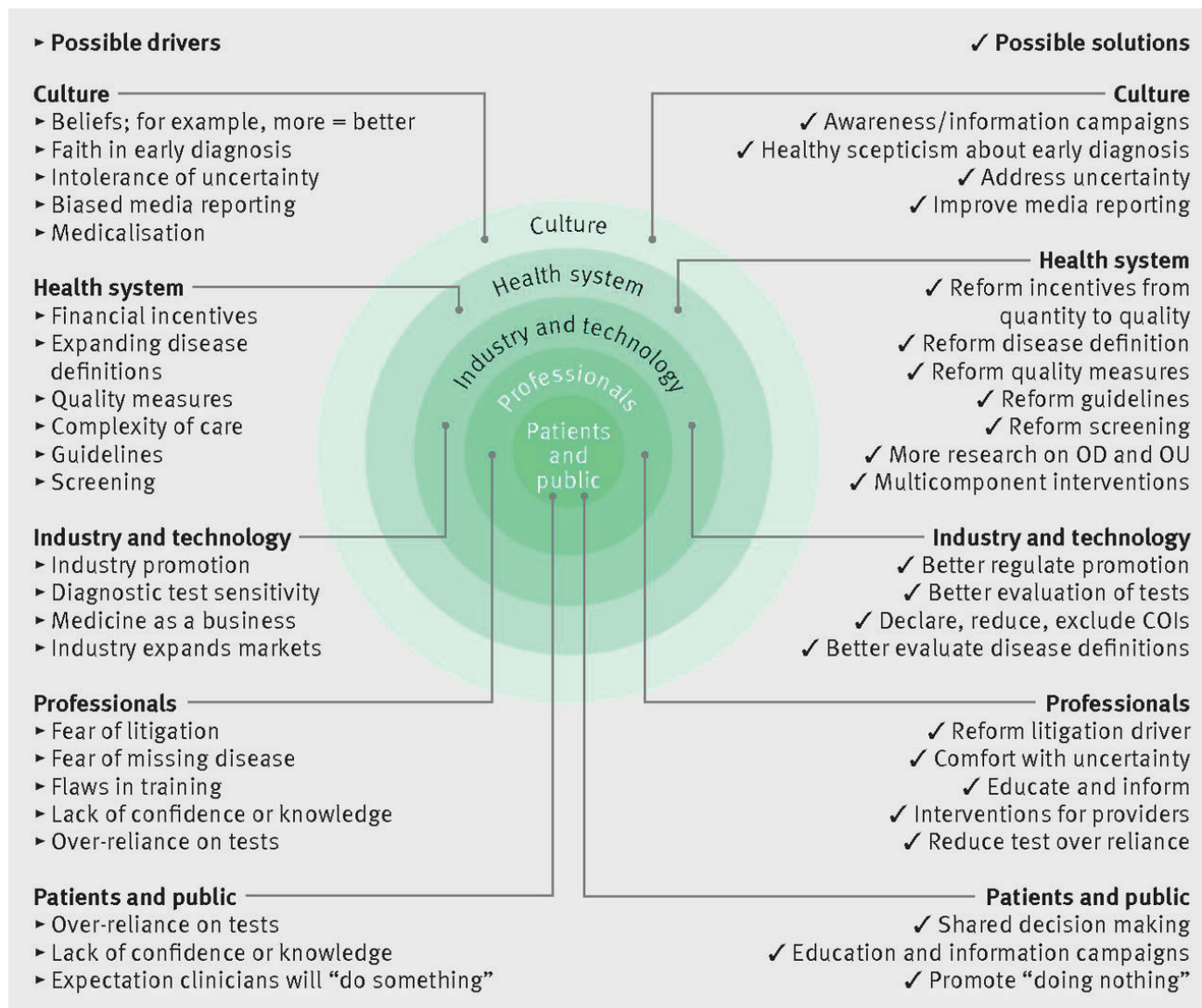
eder og undersøke hva som er årsaken til dette. For det er vanskelig å måle overaktivitet, og det er komplekst – men anslag fra OECD viser at omfanget av unødvendig helsehjelp ligger på mellom 1/4-1/3 av alle helsetjenester (2, 3).

## Bakgrunn

I september 2018 lanserte Legeforeningen en kampanje mot overdiagnostikk og overbehandling, *Gjør kloke valg* ([www.klokevalg.org](http://www.klokevalg.org)). Denne baserer seg på den internasjonale kampanjen *Choosing Wisely* som ble startet i 2012 i USA. Siden den gang har flere andre profesjonsforeninger sluttet seg til den norske versjonen, og den 11.11.2021 gikk startskuddet for *Gjør kloke valg* som publikumskampanje som varer i 5 uker: «Mer er ikke alltid bedre». Målet med kampanjen er å nå ut til befolkningen, pasienter og pårørende, med informasjon om hva overdiagnostikk og overbehandling er, og konsekvensene av medisinsk overaktivitet. *Gjør kloke valg* er profesjonsdrevet – fokuset er faglighet, kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet – ikke innsparing. På sikt ønsker vi å redusere omfanget av unødvendige og unyttige helsetjenester. Bak kampanjen står flere fagmiljøer samlet (14 medisinske spesialiteter, i tillegg til tannleger, helseyskepleiere, jordmødre, farmasøyter, optikere, kiropraktorer, fysioterapeuter og radiografer), og det er bred enighet og vilje til å få frem budskapet. Men det er, som du sikkert kan gjette, ikke gjort i en håndvending.

## «Hva skjer om jeg ikke gjør noe?»

Det finnes ulike ting som driver oss helsearbeidere til å utføre for mye helsehjelp – vi kan kalle disse for *drivere* (4). De mange ulike driverne er ofte tilstede samtidig, og driver oss til å overutrede og overbehandle, uten faglig belegg for det. Ta for eksempel en pasient med fremre knesmerter, der pasienten er svært bekymret og ønsker at du som behandler bestiller en MR. Da går det mye raskere å klikke seg inn på bildediagnostisk henvisning, enn tiden det tar å forklare pasienten bakgrunnen for hvor-



Figur 1. Drivere for medisinsk overaktivitet listet til venstre, løsninger listet til høyre.(4)

for du tenker det er unødvendig (5) å ta MR. Generelle helsesjekker av friske personer uten symptomer eller kjente risikotilstander er heller ikke nødvendig (6), og å formidle dette krever også sitt. Som ung lege har jeg allerede kjent på usikkerhet i møte med pasienter som har bekymringer jeg ikke deler – det krever en viss selvtilitt og tro på sin egen faglige tyngde for å kunne stå i det å *ikke* utføre en undersøkelse, og i tillegg skulle forklare dette på en god og forståelig måte slik at pasienten føler seg trygg og ivaretatt. Forventningsmedisin (fra pasientens side), frykt for å overse noe (fra behandlerens side), og mangel på kunnskap (fra begge perspektiv) er altså noen av driverne for medisinsk overaktivitet – du kan kikke på flere av driverne i figuren under.

For å forebygge og endre holdningene til både klinikere og befolkningen i landet vårt kreves det en del arbeid. Tidligere har Gjør kloke valg kun rettet seg mot helsepersonell, der flere fagmedisinske foreninger har utarbeidet spesifikke anbefalinger for sin spesialitet (7). Det er viktig at slik endring skjer fordi en fagperson selv ønsker å

gjøre et riktig valg, ikke fordi myndigheter eller vi i Legeforeningen skal griper inn i deres hverdag, og sier hvordan ting skal gjøres og ikke gjøres. Derfor er det også spesialistene selv som har gått runder internt, og kommet frem til anbefalinger de mener de selv bør følge innenfor sin egen spesialitet, med faglig begrunnelse og referanser. Spesialistforeningene utarbeider stadig nye anbefalinger innenfor sitt fagfelt, som legges ut på [www.klokevalg.org](http://www.klokevalg.org), og distribueres internt blant de gjeldende spesialistene. For eksempel har Norsk forening for medisinsk biokjemi laget denne anbefalingen: *Unngå å bestille analyse av vitamin D hos personer uten økt risiko for vitamin D-mangel* (8). Det at disse anbefalingene finnes, betyr dog ikke at vi har kommet i mål. Et stort steg for anbefalingene fra Norsk forening for allmenntilleggsmedisin er at disse er blitt ført inn i NEL – Norsk elektronisk legehåndbok, som benyttes daglig som oppslagsverk på de aller fleste fastlegekontorer (9). Implementering av holdninger i praksis tar tid – men det er bred enighet om målet: kvalitet, faglighet og riktig pasientbehandling til det beste for pasientenes helse.

### Fire spørsmål vi gjerne svarer på:

1. Hvorfor må jeg ta denne testen/behandlingen?
2. Hva er risiko og bivirkninger?
3. Hva skjer om jeg ikke gjør noe?
4. Finnes det et alternativ?

*Mer er ikke alltid bedre* retter nå fokuset mot nettopp pasientene. For å klare å endre hvordan vi forholder oss til utredning og behandling, må vi være i dialog om dette med hverandre, og med pasientene. I publikumskampanjen som pågår i høst har vi som jobber med Gjør kloke valg utviklet plakater og annet materiell som henger rundt omkring på landets sykehus, legekontorer og hos annet helsepersonell (fysioterapeuter, kiropraktorer og optikere for å nevne noen) – der pasientene befinner seg. Ved å oppfordre pasientene til dialog med sin behandler håper vi å på sikt klare å redusere overaktivitet i helsevesenet, og spare pasienter for unødvendige helseundersøkelser.

### Gjør kloke valg

Målet mitt som lege, og målet til pasientene er felles – vi ønsker å ha god helse, slik at vi kan leve livet vi har fått utdelt på best mulig måte. Da er det viktig at vi kan snakke sammen om hvorfor vi gjør som vi gjør – eller *ikke* gjør – slik at vi unngår å overbehandle. Husk at du står sjeldent alene i jobben din – det er lov å spørre en venn om hva som er riktig å gjøre, og det er lov å være usikker. Mynndighetene, styringsinstanser samt helseledelse må også gjøre sin del av jobben for å se på overutredning, overdiagnostikk og overbehandling på overordnet nivå. Men du som fremtidig lege, og pasientene som møter deg, kan gjøre deres for å skape en dialog. Slik kan dere ta klokere valg sammen, basert på fagkunnskap. Så bli vi kanskje alle litt klokere på hverandre, og det er godt mulig vi lever lengre også.

### Vil du vite mer om kampanjen?

Følg oss på [Instagram](#) og [Facebook](#), og sjekk hashtaggen [#mererikkealltidbedre](#)

Sjekk ut våre nettsider: [www.klokevalg.org](http://www.klokevalg.org)

Kontakt oss på [klokevalg@legeforeningen.no](mailto:klokevalg@legeforeningen.no) dersom du har noen spørsmål



## Litteraturliste

- [1] Stensen, O-A., Schrøder Hansen, K. Legeforeningen. For mye, for lite eller akkurat passe? Om variasjon, over- og underforbruk i helsetjenesten. [https://www.legeforeningen.no/contentassets/ba01fe487d894fd08516b5a803ba7b7b/for-mye\\_for-lite-eller-akkurat-passe.pdf](https://www.legeforeningen.no/contentassets/ba01fe487d894fd08516b5a803ba7b7b/for-mye_for-lite-eller-akkurat-passe.pdf) (hentet 25.11.21)
- [2] OECD (2017). Tackling Wasteful Spending on Health, OECD Publishing, Paris. <https://www.oecd.org/els/health-systems/Tackling-Wasteful-Spending-on-Health-Highlights-revised.pdf> (hentet 26.11.21)
- [3] Health System Sustainability (2020). Tackling the 60:30:10 Challenge. Tackling the 60:30:10 Challenge – Health System Sustainability (Hentet 26.11.21)
- [4] Mapping the drivers of overdiagnosis to potential solutions BMJ 2017; 358 doi: <https://doi.org/10.1136/bmj.j3879> (hentet 24.11.21)
- [5] Gjør kloke valg – anbefalinger: Unngå avansert bildediagnostikk ved fremre knesmerter dersom pasienten ikke har hydrops, låsning eller har forsøkt fysikalsk behandling uten bedring. I Gjør kloke valg (legeforeningen.no) (hentet 25.11.21)
- [6] Krogsbøll LT, Jørgensen KJ, Gøtzsche PC. General health checks in adults for reducing morbidity and mortality from disease. Cochrane Database of Systematic Reviews 2019, Issue 1. Art. No.: CD009009. DOI: 10.1002/14651858.CD009009.pub3. General health checks in adults for reducing morbidity and mortality from disease – Krogsbøll, LT – 2019 | Cochrane Library (Hentet 24.11.21).
- [7] Gjør kloke valg – Til helsepersonell, fagmedisinske anbefalinger: Til helsepersonell | Gjør kloke valg (legeforeningen.no) (hentet 25.11.21)
- [8] Gjør kloke valg – anbefalinger: Unngå å bestille analyse av vitamin D hos personer uten øket risiko for D-vitamin mangel. I Gjør kloke valg (legeforeningen.no) (hentet 25.11.21)
- [9] Nilsen, TM. Gjør kloke valg-kampanjen inntar Norsk Elektronisk Legehåndbok. Tidsskriftet, Utgave 7, 4. mai 2021. <https://tidsskriftet.no/2021/05/aktuelt-i-foreningen/gjor-kloke-valg-kampanjen-inntar-norsk-elektronisk-legehandbok#article> (hentet 26.11.21)



**Paul Nash**

*Landscape from a Dream, 1936–38*

Olje på kanvas



Jeg drømmer om  
fred rettferdighet håp  
ikke å bli millionær eller nobelprisvinner  
men at alle kan gå i kjole  
uten å fengsles bak lås og slå  
at det ikke er farligere  
å holde den man elsker  
enn et våpen i hånden  
at jenter får gå på skolen  
istedenfor i (egne) bryllup  
at store sterke gutter  
de kan gråte de også  
er dette bare en drøm  
eller kan vi bygge en slik fremtid  
det trengs så mange drømmer  
til vi blir et menneskelig jordskjelv  
og drømmen blir til nå

Silje Martine Akselberg

@hybelkaniner

Anmeldelse

# Å DRØMME EN VERDEN

Tekst: Julia Langnes



Å DRØMME EN VERDEN  
SANGSOON HAN  
211 SIDER, UTGITT 2020  
KOLOFON FORLAG  
ISBN: 9788230020739

«Å drømme en verden» er en sterk skildring av opplevelsen til Sør-Koreanske mødre som har valgt å gi barna sine opp til adopsjon. Boken kommer i form av brev til barna hvor mødrene forklarer avgjørelsen sin og sier det de har på hjertet til barna som de aller fleste aldri kommer til å se igjen. Det sier seg selv at dette er ganske sterkt lesestoff, så stålsett deg. Som en av mødrene sier «*Om det kan hjelpe de som er adoptert, åpner jeg gjerne sårene til fortiden min*». Og det er verdt det, perspektivene til disse mødrene er helt unik. De representerer en gruppe i Sør Korea som blir ekstremt stigmatisert: nemlig enslige mødre. En av kvinnene skildrer hvordan hun ble kastet ut av flere sykehus midt i fødselsriene. En annen nevner hvordan hun ble tvunget til å bo i kjelleren til en kirke på grunn av forholdet til familien og frykten for at naboer skulle se at hun var gravid. Flere nevner at de også ble tvunget til å gifte seg med voldtektsmannen sin. Det er nettopp på grunn av

dette stigmaet at mødrene velger å gi bort barna sine. Det finnes lite støtte for disse mødrene, annet enn Ae Ran Won senteret, som tilbyr hjelp til denne utestengte gruppen. De gir først og fremst støtte til mødrene under barselsperioden, deretter hjelp med å ta en avgjørelse angående barnet.

Det var flere brev som gjorde stort inntrykk på meg, spesielt teksten: «Du ble født til å bli elsket», en sterk skildring beskriver hvordan moren gikk ned fra 43 til 37 kilo under graviditeten, ble tvunget til å bo med voldtektsmannen samt ta vare på hans to andre sønner. Så var det den andre kvinnen som fortalte at «Jeg var så takknemlig for at jeg fødte deg om natten og dermed fikk mer tid med deg», noe som fikk hjertet mitt til å knote seg helt. Disse mødrene har alle en drøm om å kunne ta vare på barna sine, men har ingen mulighet på grunn av stigmatiseringen og fattigdom som barnet vil føle rundt å ha en enslig mor.

Til tider kan det være vanskelig å forstå disse kvinnene. Det er store kulturforskjeller mellom oss og dem, spesielt med henhold til abort og religion (hvertfall for anmelder personlig). Men man kjenner igjen et kvinnelig hjelpeapparat og stemmen til en mor. Det som sitter igjen med meg er at alle drømmer om å se barna sine, for de fleste brevene er skrevet flere tiår etter hendelsene. En kvinne nevner at hun ser på Oprah for å minske kulturforskjellen om hun en gang møter sitt barn, en annen forteller at hun utdanner seg til å bli oversetter slik at hun kan være guide for adoptiv familier dersom de engang kommer til Sør Korea. Dette er sterke kvinner som lever av sine drømmer, og det burde forekomme mer offentlig støtte for å redusere stigmaet mot enslige mødre i Sør Korea. For selv om sentere som Ae Ran Wan finnes, så trengs det flere tiltak.

Forfatteren av boken er direktøren og sosialarbeider fra senteret Sangsoon Han, og deler av overskuddet av boken går til Ae Ran Wan senteret. Boken er en oppfølger til «I Wish You a Beautiful Life», som også inneholder brev fra mødre til sine biologiske barn. Mødrene forventer ikke

nødvendigvis at den skal bli lest av barna sine, men de fleste skriver for å «lette smerten og stille nysgjerrigheten til de adopterte».

Boken i seg selv er veldig strukturert, organisert med brev og kommentarer fra Sangsoon Han hvor vi får vite litt mer om hva som skjedde med både mor og barn. Den norske versjonen inneholder også brev fra et norsk adoptivbarn som dro til Korea for å snakke med mødre på senteret. Brevene uttrykker stemmene til kvinnene på en genuin måte, og de forskjellige personlighetene kommer tydelig fram. Boken er ikke fra et stort forlag, og virker som et lite prosjekt med en niche målgruppe. Den har derimot en sjel og jeg tror boken hadde vært nyttig for et mangfold av lesere, spesielt leger/medisinstudenter da vi ofte involvert i historien til damene. Dette fordi vi er en del av det sosial sikkerhetsnett disse damene møter, og kan bistå de med ressurser til å ta et så livsviktig valg. Dermed er det gunstig for oss å kunne litt om perspektivene deres.

Alt i alt anbefales boken på det sterkeste (bare husk lommeørkle!)

---

#### Litteraturliste

- [1] Han S. Å drømme en verden. Oslo: Kolofon Forlag; 2020.
- [2] Å drømme en verden [Internet]. Oslo: Kolofon Forlag; 2020

# FORSKINGSNYTT

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

**Tekst:** Kamalpreet Kaur

## Humant papillomavirus blant menn

Humant papillomavirus (HPV) kan forårsake flere former for kreft, som for eksempel kreft i munn, svelg og endetarmsåpning hos begge kjønn, samt i penis hos menn og i livmorhalsen og ytre kjønnsorganer hos kvinner [1]. Andelen krefttilfeller i Norge som årlig kan skyldes HPV er 90% for analkreft og 50% for peniskreft. Menn får HPV-relatert kreft i gjennomsnitt ved 50 års alder [2].

I Norge har jenter på 7. trinn blitt tilbudt vaksine mot humant papillomavirus (HPV-vaksine) siden 2009. Fra høsten 2018 ble gutter på 7. trinn tilbudt det samme. Til og med 2018 fikk kvinner som er født i 1991 eller senere tilbud om å få HPV-vaksinen gratis gjennom et opphenningsprogram. Et slikt program har ikke blitt iverksatt for menn under 26 år.

Man tenker at vaksinerings av gutter sannsynligvis vil være like effektivt mot HPV-relatert kreft hos menn, som det har vært for kvinner. Vaksinerte gutter vil heller ikke være en smittekilde for kvinner, og vil derfor kunne være viktig i kampen mot livmorhalskreft [2].

I juli 2021 ble det publisert en studie i The Lancet som blant annet hadde som mål å undersøke den aldersspesifikke prevalensen av anal HPV-infeksjon blant menn [3]. Det ble gjort en systematisk

analyse av 64 ulike studier for å forsøke å finne et svar. De ulike studiene bidro til informasjon om totalt 29 900 menn. Det ble også gjort en samlet analyse av data på individnivå på tvers av fire risiko-grupper: HIV-positive menn som har sex med menn, HIV-negative menn som har sex med menn, HIV-positive menn som har sex med kvinner, og HIV-negative menn som har sex med kvinner.

Resultatene fra analysen viste at HIV-status og legning er viktige determinanter for anal HPV-infeksjon hos menn. Resultatene fra studien viste at prevalensen av HPV-infeksjon var lavest blant HIV-negative menn som har sex med kvinner (1,8%), og høyest blant HIV-positive menn som har sex med menn (28,5%). HPV-prevalensen var høyere i HIV-negative menn som har sex med menn, enn i HIV-negative menn som har sex med kvinner, noe som kan bekrefte assosiasjonen mellom seksualitet og risiko for HPV-infeksjon. Blant HIV-positive menn som har sex med menn var prevalensen for HPV-type 16 høyest blant menn mellom 25-34 år, dette indikerer en rask økning i prevalens fra alderen 15 år til 24 år.

Forfatteren av studien skriver avslutningsvis at kjønnsnøytral vaksinasjon før seksuell debut kan være den langsiktige løsningen for forebygging mot analk-

reft blant fremtidige generasjoner av menn som har sex med menn. Dette er uavhengig av HIV-status, da man ser at prevalensen av HPV-infeksjon er høy blant menn som har sex med menn, uavhengig av HIV-status.

## Hormonbehandling i overgangsalder og risiko for demens

Overgangsalderen er ofte preget av både psykiske og fysiske symptomer, og kan innebære hetetokter, søvnforstyrrelser, depresjon osv. Hormonbehandling har vist seg å ha god effekt på slike plager. Hensikten med hormonbehandling er å erstatte det fallende østrogennivået i kroppen. Den vanligste behandlingen er en kombinasjon av østrogen og progesteron [4]. På Helsenorge.no står det dog at behandlingen er omdiskutert på grunn av faren for alvorlige bivirkninger. Derfor er det anbefalt at man inntar lavest mulig dose i kortest mulig tid, dersom man velger hormonbehandling.

I september 2021 ble det publisert en kasus-kontrollstudie i Thebmj som gikk ut på å undersøke risikoen for å utvikle demens etter bruk av hormonbehandling. Hormonbehandlingen inneholdt både østrogen og progesteron [5]. Studien, som ble gjort i England, brukte et stort utvalg fra to databaser fra primærhelsetjenesten. Det ble

hentet ut informasjon om 118 401 kvinner over 55 år som hadde blitt diagnostisert med demens mellom 1998 og 2020. Kontrollgruppen besto av 497 416 kvinner over 55, uten demens.

Studien konkluderer med at hormonbehandling mot plager grunnet overgangsalder ikke fører til økt risiko for utvikling av demens generelt. Derimot ble det vist en liten økning i risiko for å utvikle Alzheimers sykdom spesifikt. Dette gjaldt kvinner som mottok østrogen-progesteron-behandling mellom 5 og 9 år, og i 10 år eller mer.

### **Vedlikehold versus seponering av antidepressiva i primærhelsetjenesten**

I september 2021 ble det publisert en studie i The New England Journal of Medicine som hadde som mål å undersøke hvilke følger det kan ha å fortsette å gi pasienter en vedlikeholdsdose av antidepressive midler etter at de har blitt skrevet ut, i motsetning til seponering [6].

Studien var en randomisert, dobbeltblindet studie som involverte voksne som ble behandlet for depresjon ved 150 ulike allmennpraksiser i England. Alle pasientene hadde en historie med minst to depressive episoder, eller hadde mottatt antidepressiva i 2 år eller lenger, og følte seg friske nok til å slutte med

legemidlene de gikk på. Pasientene ble fordelt i forholdet 1:1 på to ulike gruppen, hvor den ene gruppen skulle opprettholde sin nåværende antidepressive behandling. Seponeringsgruppen skulle derimot trappe ned og avbryte behandlingen sin, og i stedet motta en placebo. Det primære utfallet var det første tilbakefallet av depresjon i løpet av de 52 ukene studien pågikk. Det sekundære utfallet var symptomer på depresjon, angst, abstinenser eller andre fysiske symptomer som gjerne er forbundet med å avslutte behandling med antidepressiva.

Totalt 478 pasienter ble rekruttert til studien. 238 av disse var i gruppen som skulle fortsette samme vedlikeholdsdose av antidepressiva, og 240 personer inngikk i seponeringsgruppen. Gjennomsnittsalderen var 54 år, og 73% av deltakerne var kvinner. Etter 52 uker hadde det oppstått tilbakefall hos 92 av 238 pasienter (39%) i vedlikeholdsgruppen. I seponeringsgruppen hadde 135 av 240 personer (56%) fått tilbakefall. I tillegg viste det seg at pasientene i seponeringsgruppen hadde flere symptomer på depresjon, angst og abstinenser enn de i vedlikeholdsgruppen.

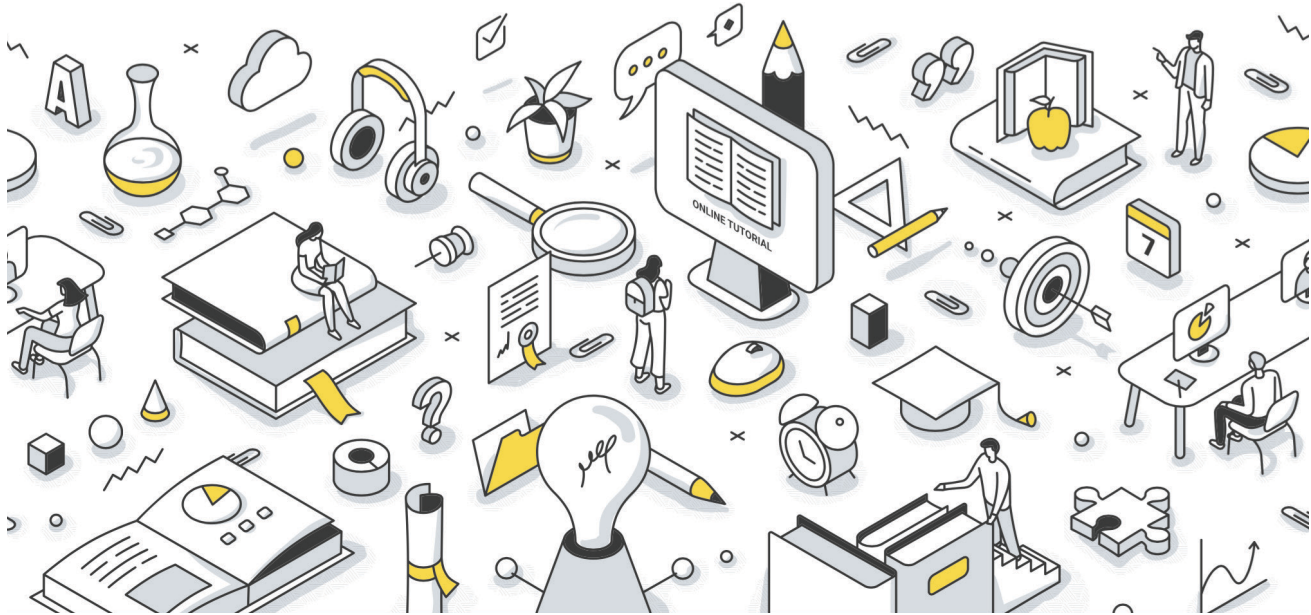
Studien konkluderer dermed med at pasienter i primærhelsetjenesten som avbryter behandlingen med antidepressiva fordi de føler seg klare for det, har en

høyere risiko for tilbakefall av depresjon i løpet av 52 uker, enn de som opprettholder behandlingen til tross for at de føler seg friske nok til å avbryte behandlingen.

### **Effekten av salterstatning på hjerte- og karsykdom**

Økt natriumforbruk i kosten, i tillegg til redusert inntak av kalium, er assosiert med høyt blodtrykk og økt risiko for hjerte- og karsykdommer og for tidlig død [7]. Salterstatning med redusert natriumnivå og økt kaliumnivå har vist seg å ha en senkende effekt på blodtrykket, men effekten på hjerte- og karsykdom, og hvor trygt en slik erstatning egentlig er, er fremdeles omdiskutert.

Mellom 2014 og 2015 ble det utført en randomisert kontrollstudie som involverte personer fra 600 ulike byer på landsbygden i Kina. Totalt 20 995 personer ble rekruttert til studien. Gjennomsnittsalderen til deltakerne var 65,4 år, og 49,5% var kvinner. Gjennomsnittlig varighet av oppfølging av deltakerne var i underkant av 5 år. Deltakerne hadde en historie med hjerneslag eller var 60 år eller eldre og hadde høyt blodtrykk. Deltakerne fra de ulike landsbygdene ble tilfeldig fordelt i to grupper i forholdet 1:1. Deltakerne i intervensjonsgruppen brukte en salterstatning som bestod av 75% natriumklorid og 25% kaliumklorid. Personene som ble fordelt til kontrollgruppen



Illustrasjon: Rassco, shutterstock.com

fortsatte å bruke vanlig salt, altså 100% natriumklorid. Det primære utfallet var hjerneslag, imens de sekundære utfallene var alvorlige hjerte- og karsykdommer og død uansett årsak. Forskerne i studien ønsket også å undersøke bivirkningene knyttet til erstatning av natrium med kalium, og de ønsker derfor å finne ut om det var en økt risiko for hyperkalemi blant deltakerne som mottok salterstatningen.

Resultatene fra studien ble publisert i The New England Journal of Medicine i september 2021 [8]. Det viste seg at deltakerne som fikk salterstatning hadde en lavere forekomst av hjerneslag, alvorlige hjerte- og karsykdommer og død uansett årsak, enn de som fikk vanlig salt. Bruk av salterstatning var dessuten ikke assosiert med noen tilsynelatende alvorlige bivirkninger. Forfatteren av studien skriver også at hyppigheten av alvorlige bivirkninger tilskrevet hyperkalemi

ikke var signifikant høyere ved bruk av salterstatning sammenlignet med vanlig salt. Forfatteren av studien konkluderer avslutningsvis med at forekomsten av hjerneslag, alvorlige hjerte- og karsykdommer og død uansett årsak er lavere ved inntak av salterstatning, sammenlignet med vanlig salt, blant personer som har en historie med hjerneslag eller er 60 år eller eldre og har høyt blodtrykk.

#### Litteraturliste

- |     |   |   |     |
|-----|---|---|-----|
| [1] | <a href="https://www.fhi.no/nyheter/2018/tilbud-om-hpv-vaksine-til-gutter-fra-hosten-2018/">https://www.fhi.no/nyheter/2018/tilbud-om-hpv-vaksine-til-gutter-fra-hosten-2018/</a>     | <a href="https://www.bmj.com/content/374/bmj.n2182">https://www.bmj.com/content/374/bmj.n2182</a>   | [5] |
| [2] | <a href="https://kreftforeningen.no/forebygging/hpv-og-kreft/">https://kreftforeningen.no/forebygging/hpv-og-kreft/</a>   | <a href="https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMoa2106356">https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMoa2106356</a>   | [6] |
| [3] | <a href="https://www.thelancet.com/journals/lanhiv/article/PIIS2352-3018(21)00108-9/fulltext">https://www.thelancet.com/journals/lanhiv/article/PIIS2352-3018(21)00108-9/fulltext</a> | <a href="https://www.lhl.no/sunnere-liv/ernaring-mat-og-helse/kalium-og-hjertet/">https://www.lhl.no/sunnere-liv/ernaring-mat-og-helse/kalium-og-hjertet/</a> | [7] |
| [4] | <a href="https://www.helsenorge.no/medisiner/menopause-ostrogen/#hva-er-hormonbehandling">https://www.helsenorge.no/medisiner/menopause-ostrogen/#hva-er-hormonbehandling</a>         | <a href="https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMoa2105675">https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMoa2105675</a>   | [8] |





## NOTA BENE

## DRØMMER HAVNER OFTE I GLEMMEBOKA – HVORFOR?

Tekst: Neesiga Kunasekaram

For mange av oss er en drøm så å si en u håndgripelig tilstedeværelse som gir oss muligheten til å oppleve bilder, lyder og følelser gjennom sinnet. Disse berg og dalbanene av mentale aktiviteter kan betraktes som gjenspeilinger av underbevisstheten som kan gi et sunnere forhold til psyken vår. Det er også fascinerende hvordan noen mennesker husker alle drømmer, mens andre knapt husker å ha hatt en drøm.

REM-søvn og drømmer går hånd i hanske. Med et preg av hurtige øye-bevegelser og svingninger i respirasjon, sirkulasjon og termoregulering, representerer dette en såkalt *desynkronisert søvn*. Theta-bølger som forekommer i denne fasen indikerer en avslappet hjernetilstand. Disse bølgeaktivitetene i prefrontale cortex avgjør om drømmer kan bli festet i hukommelsen eller om de forsvinner når man våkner fra REM-søvn. Dersom theta-bølge aktiviteten er høy, er det større sannsynlighet for å huske det man har drømt om (1).

Ofte sies det at man kun husker drømmer som har gitt et sterkt inntrykk, men sett fra et nevrokjemisk perspektiv, kan det virke annerledes. Det er nemlig nivåendringene av acetylkolin og noradrenalin som får betydning for hjernens evne til å huske drømmer. Generelt sett, synker disse neurotransmittere drastisk når man faller i søvn. I REM stadiet skjer det en økning av acetylkolin, mens noradrenalin nivået forblir lavt (2). Det høye acetylkolinnivået antyder aktiv behandling og konsolidering av informasjon som er i likhet med tilstanden av å være våken. Til forskjell fra dette, reduserer den lave noradrenalin mengden evnen vår til å feste minner under REM stadiet. Denne særegne kombinasjonen av neurotransmittere spiller en rolle i hukommelsen for drømmer (3).

En forskning gjort ved Lyon Neuroscience Research Center kommenterer nettopp denne kombinasjonen av neurotransmittere. Her ble det gjort en fremtredende oppdagelse av at aktiviteten i noen områder av hjernen skiller seg betydelig hos de som husket drømmene sine, kontra de som ikke gjorde det. De som husket drømmene sine, hadde som oftest mer aktivitet i mediale prefrontal cortex og temporoparietale krysset (4). Et søvnmønster basert på veksling mellom søvn og våkenhet viser seg å skape hjernens evne til å bevare drømmer i langtidshukommelsen.

## Litteraturliste

- |     |   |   |     |
|-----|---|---|-----|
| [1] | <a href="https://www.jneurosci.org/content/31/18/6674">https://www.jneurosci.org/content/31/18/6674</a>   | <a href="https://air.unimi.it/retrieve/handle/2434/482233/798591/Becchetti%20Amadeo%202016.pdf">https://air.unimi.it/retrieve/handle/2434/482233/798591/Becchetti%20Amadeo%202016.pdf</a> | [3] |
| [2] | <a href="https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fpsyg.2015.01439/full">https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fpsyg.2015.01439/full</a> | <a href="https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fpsyg.2018.01856/full">https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fpsyg.2018.01856/full</a>                                       | [4] |



## Henri Rousseau

*Le Rêve*, 1910

Olje på lerret

The Museum of Modern Art (MoMA), New York

### *Inscription pour La Rêve:*

*Yadwigha dans un beau rêve*

*S'étant endormie doucement*

*Entendait les sons d'une musette*

*Dont jouait un charmeur bien pensant.*

*Pendant que la lune reflète*

*Sur les fleuves [or fleurs], les arbres verdoyants,*

*Les fauves serpents prêtent l'oreille*

*Aux airs gais de l'instrumen*

Yadwigha in a beautiful dream

Having fallen gently to sleep

Heard the sounds of a reed instrument

Played by a well-intentioned [snake] charmer.

As the moon reflected

On the rivers [or flowers], the verdant trees,

The wild snakes lend an ear

To the joyous tunes of the instrumen

Avsender: Nmf, Pb 1152 Sentrum, 0107 Oslo

