


NR 4 | 2022 | ÅRGANG 102

# æsculap

MAGASIN FOR MEDISINSTUDENTER OG LEGER SIDEN 1920





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

## Redaksjonen

REDAKTØR: Sarvani Mahalingam, +4745957854 • [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: Tallak Lyngset, Samsam Sharif, Kamalpreet Kaur, Hanne Christine Myklebust Øverbø, Andrea Dalgard, Iver Lars Håvard Koppen, Magdalena Robertsen, Trine Melinda Vollan, Heidi Peura, Sidsel Amanda Sandvik, Jovana Cvetkovic, Selma Sofie Norup, Nora M. Nilsen, Tim van Dijk, Amal Yusuf

## Lokalkontakter

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

REDAKSJONEN AVSLUTTET: 4. desember 2022  
FOR- OG BAKSIDE-ILLUSTRASJON: Lea Taraldsrud Dormagen  
TRYKK: 07-gruppen  
ABONNEMENT: Kr 200,- per år. Kontakt [tone.skoglund@legeforeningen.no](mailto:tone.skoglund@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 IDENTITET

## INNHold

|           |   |
|-----------|---|
| <b>06</b> | Leder   |
| <b>08</b> | Ny leder i NMF – Erlend   |
| <b>10</b> | Profil  |
| <b>12</b> | LIS 1   |
| <b>14</b> | Spesialisten  |
| <b>16</b> | Allmenmedisin - helsevesenets spennende og utfordrende førstelinje! |
| <b>20</b> | Helsevesenet er faen ingen søndagsskole                             |
| <b>22</b> | Ortoreksi og helsemaksimalisering - et blikk i samfunnets speil     |
| <b>24</b> | Profesjon som identitet   |
| <b>26</b> | Tegneserie  |
| <b>30</b> | Spesialisten  |
| <b>32</b> | Norsk Folkehjelp Sanitet Haukeland                                  |
| <b>34</b> | Barnefattigdommen øker i rike Norge                                 |
| <b>36</b> | Tilhørighet eller flertilhørighet?                                  |
| <b>38</b> | Nok plass til å være  |
| <b>40</b> | «Hva betyr det egentlig?» Professor Per Holck forklarer             |
| <b>42</b> | Utenom pensum   |
| <b>44</b> | Forskningsnytt  |
| <b>46</b> | Kryssord, quiz og sudoku  |

# HVEM ER ÆSCULAP?



**Sarvani Mahalingam**  
Redaktør



**Kristine Brunvand**  
Redaksjonssjef



**Neera Kuganesen**  
Økonomiansvarlig



**Abinaya Balakumar**  
Sekretær Oslo



**Martin Elvegaard**  
Layoutansvarlig



**Mohammed Al-Mashhadani**  
SoMe-ansvarlig



**Kari Waatevik**  
Ansvarlig Trondheim



**Christine Skadal**  
Ansvarlig Bergen



**Aurora Nielsen**  
Ansvarlig Tromsø



**Embla Fimland**  
Tegneserieskaper



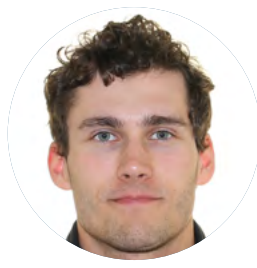
**Lea Taraldsrud Dormagen**  
Illustratør



**Victoria Dontsova**  
Illustratør



**Tallak Lyngset**  
Skribent



**Iver Lars Håvard Koppen**  
Skribent



**Mia Emilie Andresen Reinen**  
Illustratør



**Kamalpreet Kaur**  
Skribent



**Sidsel Amanda Sandvik**  
Skribent



**Samsam Sharif**  
Skribent



**Andrea Dalgard**  
Skribent



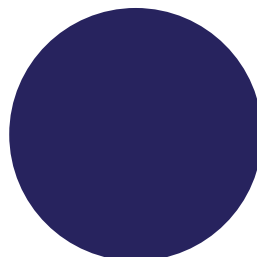
**Selma Sofie Norup**  
Skribent



**Hanne Christine Øverbø**  
Skribent



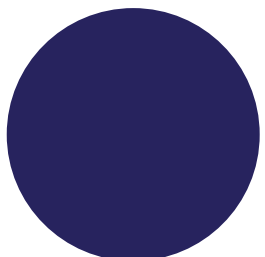
**Heidi Peura**  
Skribent



**Trine Melinda Vollan**  
Skribent



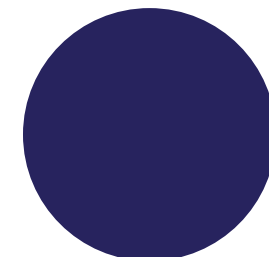
**Jovana Cvetkovic**  
Skribent



**Amal Yusuf**  
Skribent



**Tim van Dijk**  
Skribent



**Nora M. Nilsen**  
Skribent

# IDENTITET SOM NORSK HELSEVESEN

Vi topper verdensstatistikken når det gjelder land med best helsesystem. Selv om en sterk norsk økonomi er en viktig pådriver for dette, er det nok en «særnorsk medisinsk identitet» i helsevesenet som har brakt oss helt til toppen.

Identitetsbegrepet omfatter ikke bare enkeltmennesker. Utvider man begrepet litt mer, kan man også begynne å gruble litt på hva slags identitet det norske helsevesenet har. Det finnes ingen fasit, men riktignok er det mye av de samme kjerneverdiene i befolkningen som går igjen som viktige verdier i vårt helsevesen. For å nevne et eksempel, er de fleste av oss enige om at alle skal få en likeverdig helsetjeneste. Dette sterke fellesskapsidealet gjør at vi sørger for å tilrettelegge helsetilbudene for alle pasientgrupper, også for marginaliserte grupper eller svakerestilte. Om du tilhører kongefamilien eller bor på gaten spiller ingen rolle – alle har rett på likeverdig og likestilt helsetjeneste. En slik tankegang kan vi ikke ta for gitt, og det er ikke alle land i verden som praktiserer et slikt tankesett.

Pasientfokuset er også noe som er særegent for det norske helsesystemet. Det stadig voksende fokuset på persontilpasset medisin i legevirksomheten gjør at vi er ekstra opptatt av å ivareta pasientene. I mange land kan man fortsatt se et paternalistisk lege-pasient forhold, der legen har en betydelig større innflytelse og makt overfor pasienten på grunn av sine kunnskaper. Fagmiljøene i dag er derimot opptatt av å involvere pasienter i beslutningene, noe som styrker kvalitet på helsetjenesten. Vi møter pasientene med en tverrfaglig tilnærming, og pasientene har lover og forskrifter som ivaretar deres interesser. Når det gjelder pasienter med annen etnisk bakgrunn er vi i dag mer åpne for en flerkulturell forståelse og tilnærming enn tidligere.

Men - alt dette er nok et produkt av hardt arbeid, tid og ressurser. Vi vet i dag at legerollen omfatter mye mer enn det å berge liv. Det har blitt mer byråkratisk arbeid, spesielt for fastlegene som nå jobber utover sin arbeidskapasitet. For stor arbeidsbelastning fører til at arbeidsdagen blir tyngre, og at en del spesialiteter blir mindre populære enn andre. Som medisinstudenter merker vi også at pensumet blir større og større, i takt med en rivende utvikling innenfor teknologi, forskning og kunnskap. I tillegg til den allerede tøffe studiehverdagen kommer også presset til å skaffe seg nok arbeidserfaring for sikre jobb etter endt studie.

Med andre ord skjuler det seg mange problemstillinger,



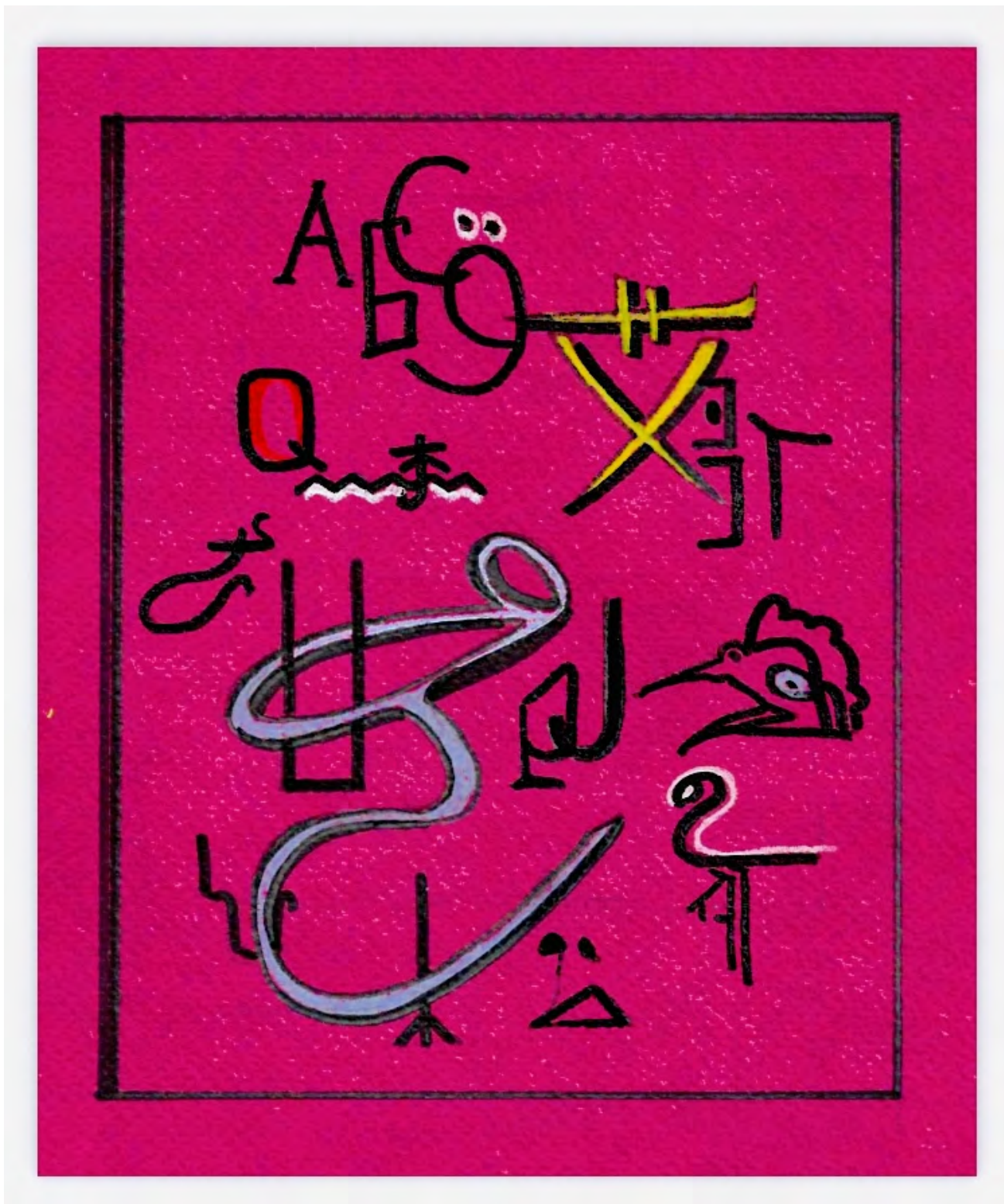
**SARVANI MAHALINGAM**

REDAKTØR

som også inngår i identitetsbegrepet til norsk helsevesen. Når det er sagt har vi mye mindre å klage på i forhold til helsetjenestene i andre land, og det er kanskje det som gjør oss til et av verdens beste helsesystemer. De fleste av oss er nok meget glade og takknemlig over hvordan helsesystemet vårt er bygd opp.

*Nok om det, her kommer Æsculap nr. 4. Som dere sikkert har skjönt er temaet for dette nummeret «identitet», og jeg er ganske sikker på at du finner en spennende tekst som du ønsker å lese. Nå som vi har kommet til enden av 2022 er dette det siste nummeret fra Æsculap. Julestemningen er godt i gang, og da er det lov å ta et lite avbrekk fra lesing og skriving for oss alle sammen. Vi kommer selvfølgelig tilbake med et nytt nummer når semesteret starter etter jul. Inntil videre ønsker Æsculap alle sammen en riktig god jul og lykke til med alle nyttårsforsettene!*





«Flerkulturell identitet»

**Illustrasjon:** Lea Taraldsrud Dormagen



## EN JULEHILSEN FRA VÅR NYE NMF-LEDER, ERLEND!

**Tekst:** Erlend Sæther, ny leder i Norsk medisinstudentforening

Hei alle sammen og god jull!

Jeg heter Erlend Sæther og skal være leder av Norsk medisinstudentforening i 2023, og det er en utrolig stor ære. La meg aller først introduserer meg selv - jeg er 23 år, kommer fra Sørum og studerer i Tromsø. Nå som det nærmer seg juleferie og et nytt år, tenkte jeg å bruke anledningen til å komme med noen ord. Så da velger jeg å si et par ord hvordan man kan få et større miljø, og ikke minst litt om hva som blir viktig for oss i Nmf det neste året.

Denne høsten har jeg tatt permisjon fra studiet for å være en del av en forskningsgruppe i Tromsø. Siden resten av kullet mitt har spredd seg litt rundt omkring mellom Bindal, Kirkenes og Svalbard, ble det for min del sørgelig nok en ny hverdag med få venner igjen i Tromsø. Jeg tror dette er en opplevelse mange medisinstudenter kommer til å befinne seg i, om man ikke allerede har opplevd det. Hvis man studerer i et nytt land, er ny i studiebyen, er alene på et praksissted eller har fått LIS1 i en ukjent landsdel, kan jeg komme med noen tips fra min side om hva som har fungert for å få et litt større miljø.

***«Det er heller ikke nok LIS1-stillinger for å dekke Norges legebehov, og LIS1-køen gjør at rekrutteringen av leger går enda saktere, spesielt til fag som allmennmedisin og psykiatri som allerede har akutt mangel på leger»***

Jeg vil på det aller varmeste oppfordre alle som ønsker et nytt fellesskap til å engasjere seg i en forening eller bli med i et idrettslag. For min del har Nmf vært helt topp å ha dette semesteret. Det er ikke slik at styremøter er det artigste jeg vet om, men man får et sosialt fellesskap samtidig som man diskuterer interessante temaer. I tillegg er det er garantert andre i foreningen som er i samme situasjon som deg, og som gjerne vil ha noen å henge med. Det samme gjelder også idrett. Lag som Budapest Vikings eller andre idrettsforeninger er veldig gode arenaer for folk som er nye i byen som ønsker å utvide miljøet sitt. Mange lokalsykehus har liknende idrettsklubber for medisinstudenter og LIS, som er gullverdt. Akkurat hva du engasjerer deg i er nok ikke det viktigste, det er engasjementet i seg selv som er viktig for et større fellesskap.

Som ny leder i Nmf vil jeg jo selvsagt anbefale deg på det sterkeste å engasjere deg i Nmf! For å få deg til å bli enda mer interessert i Nmf vil jeg komme med noen konkrete saker som Nmf vil jobbe med for å få gjennomslag for det i det kommende året.

En av våre kjernesakene er hvor medisnutdannelsen foregår. Det utdannes for få leger i Norge, og vi vil øke antall studieplasser i Norge for å være selv-

forsynte med leger. Slik vi har det nå må omtrent halvparten av norske medisinstudenter studere i utlandet med den økonomiske byrden det påfører dem, for at Norge skal ha nok leger. Det er heller ikke nok LIS1-stillinger for å dekke Norges legebehov, og LIS1-køen gjør rekrutteringen av leger enda saktere, spesielt til fag som allmennmedisin og psykiatri som allerede har akutt mangel på leger. Vi må også få mer praksis i allmennmedisin i løpet av studiet, slik at medisinstudenter føler seg tryggere i allmennpraksis i LIS1, og dermed også i større grad velger fastlegeyrket.

Med det håper jeg at det var nok til å overbevise deg om at Nmf er den rette foreningen for å engasjere seg! Om det er noen saker du synes vi i Nmf burde prioritere høyere, håper jeg du tar kontakt med til-litsvalgte i ditt lokallag, meg eller noen av de andre som har verv i Nmf nasjonalt. Det er jo deg vi er her for.

Som sagt, jula nærmer seg med en stormskritt og endelig kan vi senke skuldrene etter en lang og tøff periode med eksamener og lesing. Jeg håper du finner tid til å unne deg litt fri i ferien. Det har alle vi som går på et såpass tøft studium som medisin fortjent med.

God jul og godt nyttår!

***«Jeg vil på det aller varmeste oppfordre alle som ser etter ønsker et nytt fellesskap til å engasjere seg å bli med i en forening eller bli med i et idrettslag.»***

# PROFILER

**Tekst:** Selma Sofie Norup, skribent i Æsculap

**Bilder:** Privat



## INGEBORG BRYNE RETTERSTØL

Ingeborg Bryne Retterstøl er 23 år gammel og er medisinstudent ved UiB. Hun flyttet til Bergen i 2019 fra Bekkelaget i Oslo. I januar skal hun begynne på 7. semester. Ingeborg var usikker på hvilket studie hun skulle velge, men søkte seg inn på medisin fordi det virket spennende: «Det var ingen andre studier jeg heller ville gå, så da fikk jeg bare prøve ut medisin», forteller hun. Studiet har ikke bare vært en dans på roser, men Ingeborg er glad for at hun fortsatt studerer på tross av motgang. På fritiden liker hun å trene, være ute, strikke, lese og bake. Hun tilføyer også at: «jeg elsker brød, men hvis jeg skulle ha spist bare én ting resten av livet, hadde det vært surdeigsbrød med smør!». I tillegg er hun opptatt av klima og miljø, og har vært leder i studentorganisasjonen Klima=helse.

Da Ingeborg ble student hadde hun ikke de største forventningene til studiet - det var mest noe hun ville prøve ut for å se om det kunne passe for henne. Til tider synes Ingeborg det er vanskelig å finne lese-motivasjon, spesielt i starten av studiet. Dette er nok noe mange kan kjenne seg igjen i. Etter første året ble ting lettere, fagene ble mer spennende, og hun fikk flere venner. I tillegg begynte Ingeborg å engasjere seg i studentorganisasjonen Klima=helse. De jobber for å sette fokus på hvordan klimaendringer påvirker helsen. Ingeborg forteller at: «å være med i en forening er superkoselig og veldig gøy!». Klima=helse er lavterskel, og de arrangerer mye sosialt.

Studiedagene til Ingeborg er relativt avslappet. «Jeg studerer nok ikke mer enn jeg må,» sier hun med et smil. Livet er mer enn lesing, bortsett fra i eksamensperioden. Men selv da mener Ingeborg det er viktig å prioritere tid til trening, turer og andre fritidsaktiviteter. Et eksamenstips til ferske studenter er å gjøre gamle eksamensoppgaver, dette er helt klart den viktigste forberedelsen.

Ingeborg synes at hjernen er spennende: «nevrologi er det fagfeltet jeg interesserer meg mest for - hjernen er alt vi er!». Men hun vil nok ikke satse på kirurgi: «det er jeg nok for skjelven i hendene til», ler hun. En god lege kan være mye forskjellig mener Ingeborg: «det finnes utallige forskjellige legejobber, og disse krever forskjellige egenskaper.» Med andre ord, det finnes noe for alle!

**Tips til førsteåret:** «Førsteåret er vanskelig og til tider kjedelig. Jeg følte at alle andre jeg snakket med brant for medisin - for meg var det ikke sånn, og jeg slet med motivasjonen. I tillegg flyttet jeg til en ny by, bodde i et dårlig kollektiv, og var mye alene. Jeg vurderte faktisk å droppe ut, men jeg er glad for at jeg valgte å fortsette. Fagene har blitt mer spennende, og jeg har fått flere venner. Du er ikke alene om du sliter, mange føler på det samme selv om de ikke sier det høyt! Oppsummert: gi det tid, ting blir bedre:»

**Noe jeg har fått mye bruk for:** «Et tankesett om at livet ikke er så seriøst, og at jeg ikke må legge for mye press på meg selv. Ta det med ro og finn tid til ting du liker og setter pris på!»

# PROFILER

**Tekst:** Selma Sofie Norup, skribent i Æsculap

**Bilder:** Privat



## ANNA MESLO

Anna Meslo er 23 år og medisinstudent ved UiO. Hun har nylig ferdiggjort 4. studieår, og har nå skriveperiode. Anna valgte medisin fordi hun elsker å jobbe med mennesker og synes kroppen er helt fantastisk; «helt siden jeg var liten har jeg hatt lyst å bli lege!» Før medisinstudiet jobbet Anna i hjemmesykepleien, og synes dette var en fin erfaring å ha med seg før studiestart. På fritiden driver Anna bl.a. med trening, turgåing, klatring, strikking og korsang i blandakoret A Scalpella. I tillegg er hun aktiv i studentforeningen Nmf, der hun sitter i arbeidslivskomiteen.

«Studiet så langt har vært veldig variert, til tider ekstremt slitsomt og veldig spennende», sier Anna. Ingen dager på medisinstudiet er like, men en vanlig dag for Anna starter som regel med forelesninger eller kurs fra kl. 08:30. Etterpå følger lesing på lesesal eller i kollokviegrupper. «De beste studiedagene er når jeg får kombinert kollokvie og middag med venner!», forteller Anna. Et tips til nye studenter er å lage en studiegruppe med gode venner. «Lag gode notater fra starten og bruk gjerne ANKI som studieverktøy. Ikke kjøp nye bøker, de fleste kan lånes eller kjøpes brukt», forteller hun.

Anna er aktiv i Norsk medisinstudentforening. Som medlem i arbeidslivskomiteen jobber hun for bedre lønn, vilkår og rettigheter for medisinstudenter i arbeid. Å jobbe for Nmf har for Anna vært en fin mulighet til å engasjere seg i politikk knyttet til medisin. Det kan være vanskelig å vite hvilke rettigheter man har som medisinstudent. Anna har selv erfaring med å måtte kjempe for

høyere lønn. Anna er også engasjert i LIS1-problematikken; Hun synes det er frustrerende at mengden plasser ikke samsvarer med antall søkere, og vil jobbe for å endre dette. «Overgangen fra student til arbeidsliv bør være noe man har kjennskap til og gleder seg til», forteller hun.

En god lege kan ifølge Anna være mye forskjellig. «Vi trenger mange ulike leger, og ikke bare én bestemt type», forteller hun. Man kommer ifølge Anna langt med å være empatisk, vise interesse og å klare å sette seg inn i pasienten sitt perspektiv. Man må kunne kommunisere på en god måte, være åpen, skape tillit og vise respekt. Når jeg spør Anna hvilket fagfelt innen medisin som interesserer henne mest, er svaret akuttmedisin, fordi det er så variert og byr på mange utfordringer.

**Fortell en vits!** Har du hørt om elgen som gikk i elva for å bli rein? For han hadde hjort i buksa, og det var dumt for den var rådyr.

**Hva er ditt favoritt-organ?** Det må nok være leveren, fordi den har en enorm kapasitet til å regenerere seg selv, noe jeg synes er veldig kult.

**Tips til eksamensperioden:** Lag en god leseplan, start i god tid med eksamenslesing, bruk kollokviegruppen, få nok søvn og pass på å ta avbrekk fra lesingen!



# LIS1

ELINA Z. AMRI

**Tekst:** Trine Melinda Vollan, skribent i Æsculap

**Bilde:** Privat



### **Hvor jobber du nå? Trives du?**

Jobber på Bærum sykehus, på kirurgisk og ortopedisk seksjon. Jeg er ferdig med medisinsk rotasjon nå i høst. Jeg trives utrolig bra!

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

Vi er fordelt i akuttmottak, sengepost og andre poliklinikker. For det meste er vaktene våre i mottak. Etersom det er et svært travelt mottak, kommer man som regel til mange pasienter og får startet rett på listen. Man jobber raskt og effektivt, og før man vet ordet av det, så er vekten over.

### **Hvorfor valgte du å ta LIS1 der du jobber nå?**

Det er fordi Bærum er et mellomstort sykehus, og det er vekk fra byen men likevel sentral. Man får sluppet til ganske mye og får utført mange prosedyrer. Videre er jeg fra Asker så det var en drøm å få LIS-tjeneste på Bærum sykehus.

### **Hvordan var søkeprosessen?**

Den var svært tøff. Jeg hadde flere intervjuer under 12. semester og var veldig bekymret for å ikke få tilbud om plass. Noen uker etter intervju fikk jeg tilbud om plassen jeg hadde øverst på ønskelisten, og da klarte jeg ikke å holde gledestårene tilbake.

### **Hva er du fornøyd med?**

Jeg er svært fornøyd med hvor selvstendige vi er på sykehuset. Vi får reponere, sette lokalblokkade, utføre abscess drenasje, sy og mye mer gøy. Likevel har vi LIS2 som er svært hjelpsom dersom vi trenger det. Vi får hospitere på anestesi og gyn, og vi har flere fordypningsdager.

### **Hva er du ikke fornøyd med?**

Man får ikke nok tid til å utforske differensialdiagnoser når man får en pasient, grunnet stor pågang. Det er sjelden tid til pauser og samtaler med kollegaer. Det er litt synd.

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

Jeg har blitt veldig godt tatt imot og LIS2/3 samt overleger er svært hyggelige. Det er veldig god læringsarena og man blir inkludert i beslutning om videre forløp for pasienten fra mottak. Det er god veiledning fra anestesileger og overordnede leger for ulike prosedyrer, der de tar seg tid, lærer bort og observerer mens man slipper til og får utført behandlinger.

### **Hvordan er arbeidsmiljøet ved LIS1-stedet ditt?**

Det er veldig hyggelig. Vi er en godt blandet gjeng som tar vare på hverandre. Dessverre, som nevnt tidligere, så er det stor pågang i mottak og det er ikke mulig å for eksempel «slå av en prat» når man

kommer på vakt og tar over telefoner og calling fra LIS1 som går av vakt. Vi prøver å møtes på fritiden, fast lønningsspis.

### **Hvor mye jobber du hver uke?**

Det varierer veldig, fra 40 timer til 70 timer.

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

Ja, det er mange. En ting kan være at man kan bli farget av pasientens forhistorie og tenke at det ikke er noe alvorlig dersom de har hatt flere kontakter med sykehuset tidligere om samme problemstilling. Det har blitt til «ulv ulv», men så er det plutselig en alvorlig årsak til kontakten.

Noen ganger kan man være for kjapp og sende pasienten videre, både fordi det er fullt i mottak og fordi det er mye pågang fra sykepleier om at pasienten skal videre. Men husk at det er VI som har det medisinske ansvaret, om det skjer noe eller om det er mangler så er det vårt ansvar. Derfor gjør heller en god jobb og bruker litt lenger tid på pasienten selv om det koker.

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

Det er variert. Generelt veldig godt, da jeg etter vakt kommer hjem til min åtte måneder-gamle datter og min mann som er hjemme i pappapermisjon. Da gleder jeg meg til å komme hjem til masse gode klemmer og kos. Likevel er det tøft til tider med tre nattevakter på rad, der man nesten er ikke-eksisterende hjemme og er sliten når man først er hjemme. Men så veies det opp med en friuke som er en skikkelig godbit på slutten av alle nattevakten, og da er innsatsen verdt det.

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

Ikke jobb for mye før LIS1-stilling. Når man er student/ venter på LIS1 er det mange andre ting som foregår, men man styrer dagen selv. Som LIS1 er man plutselig fulltidsansatt og man er bundet mye mer. Man må stille opp hver dag og bidra fullt selv om man er sliten. Derfor ville jeg i hvert fall anbefalt studentene å jobbe litt mindre, spesielt ta deg fri om sommeren før LIS1 for jobbing selv om du ikke vet om du får LIS1 enda. Det er virkelig verdt det. Jeg jobbet hele sommeren før, og hadde noen venner som hadde helt fri. Hadde valgt om igjen for å si det sånn.

### **Hva skal du gjøre etter LIS1?**

Nå skal jeg i første omgang bli ferdig med sykehusåret, og jeg starter i fastlegepraksis fra og med mars 2023. Etter det skal jeg vurdere hva jeg ønsker å bli. Kanskje man skal ta seg litt reispause før LIS2/ videre spesialisering før fullt kjørt med videre vei!



# SPESIALISTEN

## ARBEIDSMEDISIN

Tekst: Jovana Cvetkovic, skribent i Æsculap

Foto: UNN



**Gerd Sissel Andorsen**, spesialist i arbeidsmedisin, godkjent dykkerlege og petroleumslege, overlege ved UNN

Foto: unn.no



**Christin Ørbeck Sørheim**, spesialist i arbeidsmedisin, overlege ved UNN

Foto: unn.no



*Jobb og identitet har et nært forhold. Det gir oss anerkjennelse, status og tilhørighet. Hva skjer når dette forholdet plutselig forsvinner? Overleger Christin Ørbeck Sørheim og Gerd Sissel Andorsen ved Arbeids- og miljømedisinsk avdeling i Tromsø holder nøkkelen til svaret.*

Andorsen har over 20-års lang erfaring som spesialist i arbeidsmedisin. Veien hit var likevel tilfeldig:

– Jeg jobbet som fastlege først. Tilfeldigvis søkte jeg på en stilling som bedriftslege. Tanken var at jeg kunne bruke utdanningen til å bidra til at folk ikke blir syk av jobben sin. Jeg ville skape bedre arbeidsplasser, understreker Andorsen.

Sørheim forteller at hun likte jobben sin fra dag en. Hun er en del av et tverrfaglig team, som har som mål å skape et godt arbeidsmiljø i nord.

– En viktig del av jobben vår er å utrede pasienter etter henvisning fra førstelinjetjenesten, som er fastleger og bedriftsleger, forklarer Sørheim.

Legene jobber også tett med statlige institusjoner. De har en viktig rolle som sakkyndige rådgivere for NAV, og har et stort ansvar for vurdering og belysning av yrkessykdomssaker.

– Vi får oppdrag fra bedrifter og virksomheter fra hele Nord-Norge og Svalbard, poengterer Sørheim.

### **Blir aldri utlært**

Arbeidsmedisin forutsetter kontinuerlig oppdatering av den medisinske kunnskapen. I Tromsø driver Arbeids- og miljømedisinsk avdeling med forskning blant annet innenfor fiskerinæringen, samt gruve- og smelteverksindustrien. Forskningsaktiviteten innebærer en del feltarbeid, der legene bidrar med datainnsamling i de ulike forskningsprosjektene. Legene opplyser om at de har i løpet av flerårige forskningsprosjekter påvist blant annet at

arbeidstakere som pustet inn bioaerosoler med materiale fra fisk har økt risiko for luftveissymptomer.

– Vi må holde oss oppdatert med tanke på eksponering og helseeffekter i ulike bransjer, fordi det kommer ny kunnskap hele tiden. Selv om jeg har jobbet i over 20 år, så kommer det stadig opp nye problemstillinger som jeg aldri har møtt før, sier Andorsen.

Andorsen er også sertifisert dykkerlege og petroleumlege. Hun opplyser om at det er få dykkerleger i Nord-Norge, og at det er mange bedrifter som har behov for disse. Tilsvarende er det stort behov for flere arbeidsmedisinere i bedriftshelsetjenester. Sørheim påpeker at økt andel spesialister i arbeidsmedisin vil kunne bidra til et bedre samarbeid mellom primærhelsetjenesten og bedriftshelsetjenesten, noe som igjen vil være gunstig for den enkelte pasienten.

– Jobb er en sterk identitetsbygger for mange. Det er en stor belastning når pasienten må ut av jobben, og vi vet at dette er en krevende situasjon, sier Andorsen.

Legeduoen har ofte undervisning og foredrag i Nord-Norge for å spre bevissthet rundt sykdomsforebygging i arbeidslivet. Samtidig oppfordrer de alle medisinstudent-er og fremtidige leger til å være nysgjerrig, stille spørsmål og ha respekt for den enkelte pasientens yrke:

– Husk å spørre hva folk jobber med. Det er til tider lett å glemme, men ved å spørre klarer man å se det store bildet, oppfordrer Andorsen.

### **Felles ansvar**

Å jobbe forebyggende er viktig. Godt arbeid er god helse, og i mange tilfeller er det av stor betydning for folk å kunne stå i jobb.

– Vi er privilegerte som har fått muligheten til å ta en lang utdanning. Vi har et yrke der man har stor valgfrihet i hva man vil jobbe med. Det er dessverre ikke alle som har hatt samme mulighet. Det er mange tilfeldigheter som avgjør hvor man havner i livet, avslutter Andorsen.



## ALLMENNMEDISIN - HELSEVESENETS SPENNENDE OG UTFORDRENDE FØRSTELINJE!

**Tekst:** Thor Kristian Hanisch, rådgiver ved ALIS Sør

Vil du arbeide som lege i helsevesenets førstelinje, også kalt primærmedisinen? Da bør du velge å spesialisere deg i allmennmedisin. I denne artikkelen blir du kjent med ALIS-kontorene, spesialiseringen i allmennmedisin og det mangfoldige livet som allmennlege. Tre av legene ved ALIS Sør deler sine erfaringer fra, og tanker om livet som allmennlege ved sykehjem, helsestasjon og fastlegekontor. Til informasjon, inspirasjon og motivasjon!

Se også [alis.no](https://www.alis.no)



**«*alis.no: ALIS-kontorene har en felles nettside hvor du finner mye god informasjon om allmennlegespesialisering, den nye ALIS-ordningen og ALIS-tilskuddet.*»**

### **Hvorfor allmennmedisin?**

Som allmennlege er du generalist, og må gjerne håndtere svært ulike pasienter med sammensatte og krevende problemstillinger. Allmennleger er ofte fastleger, men de kan også arbeide på legevakt eller sykehjem, helsestasjon eller skolehelsetjeneste, og i andre funksjoner i en av Norges mange kommuner. Det er også ganske vanlig å kombinere flere av disse stillingstypene.

Gode kommunikasjonsferdigheter, innlevelse og empati er svært viktig for fastleger og andre allmennleger. Noe av det mest meningsfulle og interessante som fastlege er at du blir godt kjent med pasientene dine, og følger opp mange av dem gjennom mange år og i ulike livsfaser. Du vil derfor måtte gjenkjenne og håndtere et mangfold av diagnoser og sammensatte helseutfordringer, også ved å dra nytte av pasientens egne tanker og erfaringer. Dette betyr at du gjennom hele ditt yrkesliv vil lære mer om både medisinske tilstander og dine pasienters kroppslige, psykiske og sosiale utfordringer. Den kjente engelske allmennlegen Iona Heath har formulert en viktig forskjell mellom sykehusarbeid og allmennpraksis på denne måten: *In hospitals, diseases stay and patients come and go. In general practice, patients stay, and diseases come and go.*

**«*Noe av det mest meningsfulle og interessante som fastlege er at du blir godt kjent med pasientene dine, og følger opp mange av dem gjennom mange år og i ulike livsfaser.*»**

### **Spesialisering i allmennmedisin**

Ny spesialistutdanning i allmennmedisin ble innført 1. mars 2019 for ALIS (allmennlege i spesialisering). Den er detaljert beskrevet i **Spesialistforskriften (1)**.

I den nye ordningen må en god del krav oppfylles for å bli spesialist i allmennmedisin, men du får god hjelp. Kommunen din skal være registrert utdanningsvirksomhet, og legge godt til rette for spesialistutdanningen din. Når du ansettes eller tilknyttes en kommune skal det utarbeides en individuell utdanningsplan. Dette skal både være en plan for spesialiseringsløpet ditt det neste halvåret/året og en foreløpig plan for hele spesialiseringsløpet.

### **Om ALIS-kontorene**

ALIS-kontorene har en felles nettside hvor du finner mye god informasjon om allmennlegespesialisering, den nye ALIS-ordningen og ALIS-tilskuddet. Nettsiden har en egen seksjon for ALIS/LIS3 som også vil være nyttig for deg som vurderer å bli allmennlege.

Du finner også kontaktinformasjon til alle de seks regionale ALIS-kontorene på siden. På oppdrag fra Helsedirektoratet skal disse kontorene koordinere og styrke spesialistutdanningen i allmennmedisin i landets kommuner. Vi gir råd til både ALISer, veiledere og helseledere/kommuner, og tilbyr kurs for veiledere og ALISer.

---

#### Litteraturliste

[1]

<https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/rundskriv-i-22019-spesialistforskriften-med-kommentarer/id2631041/>



Sondre Sverd Rekdal, rådgivende lege ALIS Sør og allmennlege i spesialisering (ALIS)

## Allmennlege i spesialisering (ALIS) ved fastlegekontor

**Tekst:** Sondre Sverd Rekdal, rådgivende lege ALIS Sør og allmennlege i spesialisering (ALIS)

Noen av mine kollegaer har visst at de skulle bli hjernekirurg siden de var 6 år. Andre har etter dyptgående personlige erfaringer endt opp med å bli psykiatere eller indremedisinere. Personlig har ikke min reise vært preget av et tydelig mål, men heller vandrelyst og nysgjerrighet.

Selv om jeg opprinnelig tenkte å starte på ingeniørstudiet, ble jeg raskt avsporet inn i militær sanitetstjeneste. Det var her, dynket i lekeblod og liksominnvoller, at jeg innså at medisin var noe for meg. Da jeg startet som lege 6 år senere, var det dog ikke akuttmedisinen som tok meg inn. Jeg ble heller forført inn i psykiatriens (tidvis) rolige ganger og den gode samtale over kaffekoppen.

Selv med en spennende turnustjeneste, hvor ingen av de tradisjonelle sykehusfagene klarte å feste sine klør i meg, var det først og fremst allmennmedisinen som ga meg mest. Så det var derfor et naturlig sted å starte for å orientere seg videre, men det jeg var på ingen måte sikker på at det var allmennlege jeg ville bli.

Så skjedde livet. To barnefødsler, en avslått jobbsøknad og et år i barne- og ungdomspsykiatrien. Med litt flere livserfaringer i bagasjen var det derfor med en underfundig overraskelse at returen til allmennpraksis bar med seg en varm følelse av å komme hjem.

Følgende elementer inngår i spesialistutdanningen i allmennmedisin:

- Tjenestetid 5 år som omfatter
  - Åpen uselektert praksis i minimum 2 år. Dette betyr en praksis uten noen seleksjon av pasientgrunnlaget etter diagnose eller økonomisk evne, og med ansvar for oppfølging over tid. Dette oppnås vanligvis på et fastlegekontor.
  - Institusjonstjeneste i minimum 6 mnd
  - Åpen uselektert praksis eller annen allmennmedisinsk tjeneste resten av tiden.
- Læringsmål som oppnås gjennom ulike læringsaktiviteter
- Individuell veiledning i 5 år.
- Gruppeveiledning i 2 år. Du må arbeide i åpen uselektert praksis i minst ett av disse to årene.
- En vesentlig del av utdanningen må gjennomføres i en kommune som er registrert utdanningsvirksomhet.

Min identitetsreise som lege har inneholdt en stor spennvidde, mang en brå vending og mer enn en smule ambivalens. Jeg opplever at allmennpraksis rommer mitt behov for variasjon, fleksibilitet og opplevelsesgleder. Som Bo Burnham synger i sin sang *Welcome to the Internet*: "A little bit of everything all of the time".

I dag jobber jeg som ALIS ved et legekontor med både kollegaer og pasienter som jeg kan le sammen med. Samtidig er jeg også så heldig at jeg jobber ved ALIS-kontor Sør som rådgiver, hvor jeg kan kaste meg ut i det store bildet med lange tanker og gode diskusjoner over en kaffekopp. Til slutt har jeg også fleksibiliteten til å kunne jobbe deltid på en måte som lar meg kunne hente barna i barnehagen og være den tilstedeværende faren jeg ønsker å være. For min del har jeg funnet min identitet som allmennlege, eller alt-mulig-mann, i det norske helsevesen.



Robert Burman, fagansvarlig lege i ALIS Sør, spesialist i allmennmedisin, ph.d.

## Lege på helsestasjon

**Tekst:** Robert Burman, fagansvarlig lege i ALIS Sør, spesialist i allmennmedisin, ph.d.

Helsestasjonen er den delen av det forebyggende helsearbeidet i kommunen som jobber mest på individnivå. På helsestasjonen jobber det oftest fastleger som har sin «kommunale bistilling» som helsestasjonslege, gjerne i 10-20% stilling. Alle fastleger som inngår fastlegeavtale med sin kommune, har i sin avtale at de kan bli bedt om å jobbe opptil 7,5 timer i uken i slik bistilling, typisk på sykehjem eller helsestasjon. I større kommuner er det blitt vanligere med egne helsestasjonsleger, enten i ALIS-stilling, eller erfarne leger som tidligere har vært fastleger eller barneleger på sykehuset. På helsestasjonen er det fokus på å fange opp tilstander som kan være vanskelig å oppdage, uten at en leter spesifikt etter tilstanden. Eksempler er medfødt hofteladdysplasi hos de minste («grunne hofteskåler»), bilyder på hjertet i alle aldre, og latent/intermitterende skjeling eller redusert syn og hørsel på de litt større barna. En annen viktig oppgave for både helsesykepleierne og helsestasjonslegene er å gi råd og informasjon til foreldre om både normaltilstander og hva de skal se etter ved mistanke om sykdom.

Helsestasjonen er en flott arbeidsplass, hvor en får god mengdetrening i å undersøke barn, som viktig læring når en skal skille syke fra ikke fullt så syke eller friske barn. Det er også gøy å jobbe tverrfaglig i team med helsesykepleiere, jordmødre og fysioterapeuter, og det gir en god følelse å bidra til å trygge usikre foreldre. Helsestasjonsarbeid er med andre ord et flott supplement til jobben som fastlege, både for ALIS og mer erfarne fastleger.

## Sykehjemslege

**Tekst:** Guro Strandberg, rådgivende lege og spesialist i allmennmedisin

Etter flere år som fastlege og helsestasjonslege startet jeg som vikarierende tilsynslege på sykehjem. Jeg hadde en tanke om at arbeid på sykehjem muligens var noe kjedelig, men ønsket likevel å finne ut av dette allmennmedisinske fagfeltet. Overraskelsen var derfor stor da jeg litt etter litt forsto bredden i dette arbeidet både rent faglig, men også menneskelig. Det er faglig særdeles spennende med mye indremedisin og geriatri, tidvis akuttmedisin, men også mange etiske vurderinger. Hvorfor er pasienten blitt tungpusten ilt. natta? Hvorfor er pasienten plutselig forvirret? Når skal behandlingen avsluttes? Er pasienten samtykkekompetent? Det er også spennende å møte mennesker som allerede har levd et langt liv og har sin historie. Også demente kan fortelle bruddstykker fra livet sitt. Og når livet nærmer seg siste etappe, hva har pasienten da på hjertet?

Pasienter som kommer på langtidsavdeling i dag er særdeles syke, og gjennomsnittlig tid på sykehjem i Kristiansand er ca. 7 mnd. Som tilsynslege er det vanlig med én arbeidsdag per uke per avdeling. Arbeidsdagen består av en gjennomgang av innleggende pasienter sammen med personalet, innkomst av nye pasienter, vurdering av pasienter som har behov for tilsyn, justering av medisiner mm. Hverdagen styrer man mye selv.

Etter hvert fikk jeg jobb som sykehjemslege på et stort korttidssykehjem med ØHD/KAD-avdeling. Dette har vært spennende og faglig det mest utfordrende arbeidet jeg har stått i. På korttidsavdelingen innlegges noen pasienter direkte fra hjemmet, men de fleste overflyttes fra sykehus så fort det er forsvarlig etter at de har fått sin diagnose og behandlingen er startet. Ofte har disse flere sykdommer og får mange medisiner. Pasientene kommer fra alle avdelinger inkludert lindrende avdeling, men oftest fra indremedisinsk og kirurgisk avdeling. Noen skal rehabiliteres f.eks. etter brudd og operasjoner, mens andre er alvorlig syke der det er uklart hvordan det går videre.

På sykehjem (spesielt korttidsavdeling) jobbes det tverrfaglig med bl.a. sykepleiere, ergoterapeuter og fysioterapeuter, og det er hyppig dialog og tett samarbeid både med spesialisthelsetjenesten, fastleger og andre deler av primærhelsetjenesten i kommunen.

Det er med stor entusiasme og stolthet jeg kan si at min identitet bl.a. er som sykehjemslege. Et fagfelt jeg varmt kan anbefale.

# HELSEVESENET ER FAEN INGEN SØNDAGSSKOLE

**Tekst:** Iver Lars Håvard Koppen, skribent i Æsculap

Hva er det som både får den eldre mannen som trenger å få byttet en hjerteklaff, eller den unge jenta som søker råd om prevensjon, til å si seg villig til å la ferske medisinstudenter prøve ut sine «unødvendige» kliniske undersøkelser? Hvorfor forteller min mor med stolthet om den gangen noen medisinstudenter fikk lov til å være til stede under en rutinesjekk? Fordi alle tre, - og de fleste i Norge, føler en tilhørighet og har tillit til det norske helsevesenet.

Vårt felles helsevesen, som utgjør en av de fundamentale pilarene i den norske velferdsstaten, er en del av den norske identiteten. Ønsket om å være med på å utdanne neste generasjons helsearbeidere, er et

**«Vårt felles helsevesen, som utgjør en av de fundamentale pilarene i den norske velferdsstaten, er en del av den norske identiteten»**

uttrykk for en felles identitet og tilhørighet som disse tre overnevnte føler ovenfor vårt felles helsevesen. Denne identiteten skapes kontinuerlig i fellesskap ved aktiv deltakelse som innbyggere, brukere, arbeidere og pårørende.

Når ble denne identiteten til? Ofte kreves en felles dannelsehistorie. I Norge tilegner vi på folkemunn ingen dato eller årstall til etableringen av vårt helsevesen. Kanskje er det nærmeste holdepunktet perioden fra 1938 til 1972 da Karl Evang satt sammenhengende som helsedirektør (opprinnelig kalt medisinaldirektør). Han hadde klare agendaer og visjoner for det norske helsevesenet. Men også mange av hans ideer ble først initiert etter hans tid. Da han under andre verdenskrig søkte tilflukt i Storbritannia sammen med resten av regjeringen i eksil, studerte han den såkalte Beveridge-rapporten nøye. Denne rapporten har senere gitt tilnavnet til den såkalte Beveridge-modellen, som beskriver hvordan helsetilgang for hele befolkningen (universell) kan finansieres over skatteseddelen. Denne modellen benyttes i Skandinavia og Storbritannia, samt blant annet i Italia og Spania. Siden det britiske National Health Service (NHS) var først ute, kan man ta med seg viktige lærdommer ved å studere nettopp dette helsevesenet, slik det var i sin tid og hvordan det har utviklet seg.

**«Det er vanskelig å bygge opp en fantastisk institusjon, men langt enklere å bryte den ned. Solidariteten som skapes i møtet mellom identitet og tilhørighet er den viktigste sosiale kapitalen som trengs for å utvikle et sterkt offentlig helsevesen, men det er ikke nok»**

I britenes øyne går startskuddet for deres nasjonaliserte helsevesen tilbake til 5. juli 1948. Det ble stiftet av Aneurin «Nye» Bevan, helseministeren i den britiske Labour-regjeringen etter andre verdenskrig. Det blir ofte beskrevet som en gave til det britiske folk etter deres heroiske innsats og pågangsmot under andre verdenskrig. Det har vært en effektiv ordning som det har vært grunn til å være stolt over. NHS er et eksempel på hvordan en nasjonalisert tjenesteproduksjon innenfor visse sektorer har kunnet bidra til gode, trygge og universelle tjenester til lave kostnader. Det var også et uttrykk for den konkrete politikken som en samlet arbeiderbevegelse i etterkrigstiden klarte å iverksette. Av blant annet disse årsakene, har NHS frem til i dag vært under hardt press av politikere og andre med annen ideologisk oppfatning.

Selv om en meningsmåling fra august 2022 viser at 78% av britene fortsatt ønsker at helsetilbudet skal forbli i offentlig regi (1), har NHS siden 1980-tallet gått fra å være et forbilde for mange land, til i dag å være et eksempel på hva som kan skje dersom et helsevesen blir for oppsplittet og privatisert. I en ny reform fra i år kan til og med private helseinstitusjoner delta som medlemmer i styret hvor tildeling av offentlige helsebudsjett avgjøres (2). Fremdeles har NHS en sterk plass i den britiske identiteten, men det finnes en grense for hvor langt strikken kan tøyes, før man ikke lenger kan snakke om NHS som et offentlig helsevesen.

Hvilken lærdom kan man trekke fra dette? Det er vanskelig å bygge opp en fantastisk institusjon, men langt enklere å bryte den ned. Solidariteten som

**«Vi bør etter min mening kjempe for å videreutvikle et sterkt offentlig helsevesen»**



Illustrasjon: Mia Emilie Andresen Reinen

skapes i møtet mellom identitet og tilhørighet er den viktigste sosiale kapitalen som trengs for å utvikle et sterkt offentlig helsevesen, men det er ikke nok. Det hjelper ikke å ha en «stiftelsesdato», og det hjelper i hvert fall ikke bare å se på helsevesenet som en gave som gir oss en «rett» til et gratis, offentlig gode. Nei, vårt felles helsevesen er ikke en gave og heller ikke gratis. Det er organisert som et offentlig, universelt helsevesen, solidarisk finansiert gjennom skattesystemet, fordi vi har tatt et aktivt valg om det er slik vi mener at velferdsstaten vår fungerer mest effektivt – samtidig hindrer at de som blir syke, skal måtte stå med lua i hånda.

Da Nye Bevan talte under stiftelsen av NHS i 1948, sa han at «sykdom er verken en synd som folk må gjøre bot for, eller en forbrytelse som de bør straffes for, men en ulykke som samfunnet bør dele kostnadene av». Samme mannen sa også at dette helsevesenet vil vare så lenge som folk tror på det og kjemper for det. Det offentlige helsevesenet blir nok ikke borte, men det gjenstår å se i hvilken retning det totalt sett vil utvikle seg. Vi bør etter min mening kjempe for å videreutvikle et sterkt offentlig helsevesen. Avslutningsvis vil jeg benytte et kjent sitat fra Haakon Lie, den tidligere kjente partisekretæren i Ap, i en litt endret form: «Helsevesenet er faen ingen søndagsskole».

# ORTOREKSI OG HELSEMAKSIMALISERING

## ET BLIKK I SAMFUNNETS SPEIL

**Tekst:** Tim van Dijk, skribent i Æsculap

Det er fornuftig å ta være på sin helse, men vi blir stadig mer eksponert for påstander og informasjon som forteller oss om hva vi burde gjøre for å oppnå optimal helse. Sosiale medier utgjør en egen klasse når det gjelder pernisiøs rådgivning: 'keto', 'anti-inflammatorisk kosthold', 'fasting', mye og mer. Slike helseimperativer forstyrrer vår relasjon til mat og kropp, og det er kjent at medieskapte skjønnhetsidealer utgjør en risikofaktor for spiseforstyrrelser (1).

Som fremtidige leger skal vi vite om spiseforstyrrelser. *Ortoreksi* er et relativt nytt fenomen som beskriver hvordan et overdrevent helsesøk i form av «riktig spising» går fra *sunnhet* til *sykelig sunnhet*. En besettelse av sunnhet går utover den fysiske og mentale helsen, samt berører ens identitet. Sammenlignet med andre sosiale mediekanaler, er spesielt bruk av Instagram assosiert med ortoreksi (2). Sosiale forventninger om hvordan vi «*bør spise*» og «*bør se ut*» kan være farlig. Dette skaper en såkalt diettkultur som beskriver et system av verdier som idealiserer tynnhet og «riktig» spising. Ortorektikere tror at de gjør noe bra, samtidig sliter med et usunt helsestev. Ortoreksi-fenomenet speiler dermed vår samtid: Mange føler på et helsepress, noe som bidrar til stigmatisering og sosialt skapte helseforskjeller (3).

### Ortoreksi

De fleste har nok hørt om spiseforstyrrelsene anoreksi, bulimi og overspising. Disse lidelsene kjennetegnes ved at pasienter opplever en sterk redusert livskvalitet som følge av forstyrrende tanker rundt mat og kropp (4). En person med ortoreksi er besatt av å spise sunn mat og ha riktig kosthold, noe som ofte går sammen med et rigid treningsopplegg (5).

**«For å være en 'vinner' er det ikke nok med penger og makt, du må være ung, pen, hvit og ren»**

*Per Fugelli*

**«Det er farlig å bli besatt av helse»,**  
*Per Fugelli*

Matvarer kategoriseres - sunt/usunt, rent/urent, «ja/nei» mat. Det handler ikke om vektnedgang nødvendigvis, selv om dette kan være en konsekvens. Ortorektikere bruker overdrevent mye tid på planlegging av måltider, sjekking av næringsinnhold, «*prepping*», handling og matlaging. Mange unngår sammenkomster, når de ikke selv står ansvarlig for måltidet. Dette går utover sosiale relasjoner og et «vanlig» liv ettersom matrelaterte tanker begynner å oppta mesteparten av tiden. Etterlevelse av en slik diett føles godt, samtidig som det å bryte selvpålagte kostholdsregler er assosiert med angst, skam, en følelse av «urenhet» eller negative fysiske følelser (6). Per nå mangler det egne diagnostiske kriterier, allikevel vet vi at forekomsten av spiseforstyrrelser som ikke oppnår kriteriene fullt ut er hyppig forekommende (7).

### Ortorektiker som det ytre-styrte mennesket

Fra forskningsverden vet vi at forstyrret spising henger sammen med et negativt selvbilde og identitetsforvirring (10). Det er to grunner til dette. For det første, mister ortorektikere et *indre-jeg* i et jag etter sunnhet. Det indre kompass om metthet, sult og tretthet begynner å svikte. Regler, kontroll og etterlevelse av en diett overskygger kroppssignaler som man før kunne stole på. Når planlegging og kontroll tar over, mister man sin intuisjon om hva man *egentlig* ønsker. For det andre internaliserer ortorektikere idealer om «riktig» spising. Kommentarer og beundring fra familier, venner, og kolleger styrker dette: «*Så flink du er som tar med sunn lunsj*», «*Har du gått ned i vekt?*», «*Så sunn du er*». Personen blir til «den sunne» og knytter sin identitet til dette.





Illustrasjon: Lea Taraldsrud Dormagen

Som medisinstudent møter du pasienter som er flinke, tar bevisste matvalg og trener. Men for noen blikker dette over i en avhengighet eller en et myopisk bilde av hva som er sunt. De blir *for flinke* i etterstrebelen av et sunt livsstil, noe som ikke er rart når vårt samfunn pøser på med sin helsediktat. Dette gir et urealistisk bilde av hva sunnhet er for oss. Fleksibilitet, spontanitet og litt risiko gjør et menneske også godt.

**«Når vi er usikre på identitet, usikre på sosial rang, så blir det kroppslige fort et psykologisk redskap»**

#### Litteraturliste

- |   |   |
|---|---|
| <p>[1] Stice, E., Gau, J. M., Rohde, P., &amp; Shaw, H. (2017). Risk factors that predict future onset of each DSM-5 eating disorder: Predictive specificity in high-risk adolescent females. <i>J Abnorm Psychol</i>, 126(1), 38-51. doi:10.1037/abn0000219</p> <p>[2] Turner, P. G., &amp; Lefevre, C. E. (2017). Instagram use is linked to increased symptoms of orthorexia nervosa. <i>Eating and weight disorders : EWD</i>, 22(2), 277-284.</p> <p>[3] McGill, R., Anwar, E., Orton, L. et al. (2015) Are interventions to promote healthy eating equally effective for all? Systematic review of socioeconomic inequalities in impact. <i>BMC Public Health</i> 15, 457</p> <p>[4] Helsedirektoratet. Spiseforstyrrelser. Hentet, 12.11.2022, <a href="http://www.helse-direktoratet.no/retningslinjer/spiseforstyrrelser">www.helse-direktoratet.no/retningslinjer/spiseforstyrrelser</a></p> <p>[5] Atchison, A. E., &amp; Zickgraf, H. F. (2022). Orthorexia nervosa and eating disorder behaviors: A systematic review of the literature. <i>Appetite</i>, 177, 106134.</p> | <p>McComb, S. E., &amp; Mills, J. S. (2019). Orthorexia nervosa: A review of psychosocial risk factors. <i>Appetite</i>, 140, 50-75 [6]</p> <p>Gowers, S, Bryant-Waugh, R. (2004) Management of child and adolescent eating disorders: the current evidence base and future directions. <i>Journal of Child Psychology and Psychiatry</i> 45: 63-83. [7]</p> <p>Fugelli, P. (1994). <i>Pasienten Norge: Studier i politisk patologi</i> (s. 60). J.W: Cappelens Forlag AS. [8]</p> <p>Skårderud, F. (2019). Presentasjon: "Skjønneste uorden". <i>Spiseforstyrrelser og prestasjoner</i>. Universell. [9]</p> <p>Verschuere, M. et al. (2018). Eating Disorder Symptomatology and Identity Formation in Adolescence: A Cross-Lagged Longitudinal Approach. <i>Frontiers in psychology</i>, 9, 816. [10]</p> <p>Baksaas, J.M. (2021). "Besatt av å spise sunt" - <i>Psykologisk.no</i>. Hentet 12.11.2022,. [11]</p> |
|---|---|

# PROFESJON SOM IDENTITET

**Tekst:** Aurora Nilsen, leder i MMO Tromsø og Æsculap-ansvarlig i Tromsø

Som fremtidige leger er det en forventning om at vi skal være profesjonelle. Vi skal ta inn sterke inntrykk fra pasienter i sårbare situasjoner, og håndtere det uten å bli emosjonelt påvirket. Samtidig som vi skal stå stødig i utallige utfordrende situasjoner, må vi huske å ta vare på egen psykisk helse. Jeg har inntrykk av at legerollen kommer til å bli en del av vår identitet, og at det er forventet at det innebærer en enorm stødighet.

Som alle andre har vi som medisinstudenter også en psykisk helse. Livet vil for oss alle ha opp- og nedturer, og det kan være krevende å stå i rollen som medisinstudent eller lege i enkelte deler av livet. Derfor tror jeg det er viktig å ha fokus på at den utdanningsveien vi har valgt ikke skal være for stor del av vår identitet. Jeg mener at profesjonalitet er en viktig og nødvendig del av legeyrket, men at vi også må legge fokus på å ta vare på oss selv i en stressende studie- og jobbhverdag. Jeg tror nøkkelen til dette er å være bevisst på å ta vare på seg selv og kolleger når inntrykkene blir sterke. Dette kan innebære å «skru av» rollen litt når man kommer hjem etter en lang dag og gjøre noe som gjenspeiler din identitet på en annen måte enn jobben og studiet gjør.

**«Det er viktig å huske på at vi som medisinstudenter er like forskjellige som alle andre, og at våre behov varierer»**

Jeg har et inntrykk av at det er en forventning til at vi som medisinstudenter skal bruke all vår våkne tid til å være studenter. Selvsagt er det perioder med sene kvelder på lesesal, men hvis vi skal ha disse seine kveldene tror jeg mange av oss er avhengige av å ha noen andre holdepunkter i tillegg. Jeg tror også det er viktig å huske på at vi som medisinstudenter er like forskjellige som alle andre, og at våre behov varierer.

«Den hippokratiske ed» eller «legeløftet» er tradisjonelt en ed som har blitt avlagt av nyutdannede leger og som sier noe om hvordan man etisk skal forholde seg som lege. Som leger har man plikt til å gi medisinsk hjelp dersom det antas å være nødven-



dig i en situasjon. Jeg mener det er helt nødvendig at man skal bruke sin kunnskap til å bidra der det trengs, men jeg mener også dette sier noe om hvordan profesjonen kan bli en stor del av vår identitet.

Det at profesjon og identitet henger sammen er det ingen tvil om. Man velger utdanning basert på interesser, og interesser sier en hel del om vår identitet. Mitt budskap er likevel at vi må huske på oss selv og de andre delene av vår identitet når vi går inn i vårt fremtidige yrke.

**«Vi må huske på oss selv og de andre delene av vår identitet når vi går inn i vårt fremtidige yrke»**



Æsculap er et magasin for norske medisinstudenter, både ved norske og utenlandske universiteter. Det utgis av Norsk medisinstudentforening (Nmf). Magasinet gir medisinstudentene mulighet til å ytre det de mener, samt også for å informere om deres hverdag, hva de gjør i de ulike foreningene og belyse problemene som opptar dem.

Send en e-post til **redaktor.aesculap@gmail.com**, hvis du ønsker å bidra!

FØLG OSS PÅ:



[aesculap.magasin](https://www.instagram.com/aesculap.magasin)



[Æsculap medisinstudentmagasin](https://www.facebook.com/Aesculap%20medisinstudentmagasin)



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

# ≈ STREKLIV ≈

Av: Embla Fimland, tegneserieskaper











# SPESIALISTEN

## ALLMENNEMEDISIN

**Tekst:** Heidi Peura, skribent i Æsculap

**Foto:** Fernanda Bæz



**Kven:** Lars Sylta

**Fødselsår:** 1988

**Utdanning:** Medisin, Universitet i Bergen

**Yrke:** Allmennlege og forfatter

**Jobb:** Fastlege og legevakslege i Bergen

**Fritid:** Friluftsliv er best; fjelltur og fiske



*Lars Sylta er allmennlege og forfatter som liker å bruka fritida ute, enten til fjells eller med fiske. I allmennmedisin er han fascinert av eit breitt spekter av problemstillingar og fridom til å organisere timeboka.*

### **Ein allmennlege treng omfattende kunnskap**

Sylta treivst veldig godt i allmennpraksis når han var i tur- og møte eit breitt spekter av problemstillingar. Som allmennlege må ein kunna «litt av alt», og det er grunnen til at han liker allmennmedisin så mykje. Han fortel også at det å vera ein spesialist i allmennmedisin krev mykje arbeid.

–Då eg blei spesialist var kravet eitt år på sjukehus og fire år med allmennmedisinsk virksomhet. Eg måtte i tillegg ha to år med veiledningsgruppe og ulike kurs, samt minimum 40 legevakter. Det har imidlertid kome nye spesialistreglar no, og eg må innrømme at eg ikkje har heilt kontroll på dei, fortel han.

Sylta legg til at arbeidsdagen hans inneheld mange ulike oppgåver:

–Ein typisk dag startar med første pasient kl. 08:30 og siste pasient rundt kl.15. Innimellom dette forsøker eg å svare på meldingar frå heimesjukepleie, fornye reseptar, møte med NAV, gå gjennom blodprøvesvar og radiologi, svare på e-konsultasjonar med meir. Ofte må papirarbeid gjerast på ettermiddagen og kveld, eller om morgonen før første pasient. Utanom dette kjem legevakt, med rundt to til fire vaktar per månad.

### **Fridom, ansvar og lange pasientforhold**

Dei fleste av fastlegar er sjølvstendig næringsdrivande. Dei har mykje papirarbeid og byråkrati som ikke burde ha vore ein del av fastlegane sine oppgåver. Ifølge Sylta har ein som sjølvstendig næringsdrivande dårlegare rettar til dømes ved sjukdom, og det kan til tider vare stressande.

– Eg var sjølv veldig usikker på dette å jobba som sjølvstendig næringsdrivende då eg starta spesialiseringa i allmennmedisin, men så langt har det fungert veldig bra, fortel han.

Sylta liker godt fridommen han har til å styra hans egne kvardag. Han veit sjølv korleis han organiserer timeboka, og har stor fridom i forhold til når han tek fridagar og ferie. Sylta synest det er fint å bli så godt kjent med pasientane ved å følgja dei over lang tid.

– Det er også veldig kjekt å møta på så mange ulike problemstillingar, samt få utføre praktiske prosedyrar som fjerning av føflekk og framandlekam. I tillegg er det spennande å få arbeida med meir akutte tilstandar på legevakta, fortel han.

### **En liten hilsen og noen tips til medisinstudentene**

Sylta vil anbefala å laga ein leseplan i starten av semesteråret, snakka med andre og øva på praktiske prosedyrar gjennom alle åra. Han seier også at det er lurt å starta tidleg med eksamensoppgåver for å få eit innblikk i kva som er vektlagde og kor detaljert du kan forventa at eksamen blir. Det fyrste åra hadde anestesilegen gitt ham eit tips som var veldig nyttig for han:

– Eg huskar at anestesilegen sa «prioriter nøye kva du brukar tid på gjennom studiet». Det han i meinte var at ein sjølv må kjenna etter kva læringsarena som er nyttig og ikkje. Det var gongar eg gjekk på førelesning som ikkje gav meg noko, der eg mista 2-4 timar eg kunne ha brukt til effektiv lesing. Etter fyrste åra blei eg difor flinkare til prioriterte tida der eg hadde mest å henta. Nokon gongar på førelesning, men mykje sjølvstudium, kollokvi gruppe og praktisk øving. Eg trur mange kan få betre utbytte ved å kjenna etter kva som er best for ein sjølv. Alle er individuelle og det som er rett for lesepartnaren din, er ikkje nødvendigvis det som passar for deg, fortel han.

Av og til kan det kjennast om at medisinstudiet er ein stor og viktig del av livet, noko mange medisinstudentar kan identifisera seg med. Sylta sier at det er lett å bli oppslukt av lesing og eksamenar, men han fortel at tida går fort og etter enda studie startar karrieren som lege med jobb i mange år. Han meiner difor at litt avkobling kan vera gull verd:

–Å finne på ting som gir deg energi og glede er både positivt for helsa, samt kan gi ny giv for alt arbeid som ventar. Eg vil også oppmuntre til å velja allmennmedisin. Det er ein veldig fin spesialisering, du får ein jobb med stor fridom og varierende arbeidsoppgåver.

Sjekk også Instagram-kontoen:

@helsesnakk



# NORSK FOLKEHJELP SANITET HAUKELAND

**Tekst:** Christine Skadal, Æsculap-ansvarlig Bergen

Klokken er 21:16 og søksalarmen går. En turgåer har gått seg vill på fjellet, og politiet søker bistand fra hjelpemannskaper for å lete etter den savnede personen. Etter en lang dag på lesesalen og kun et par uker før eksamen er det fristende å bli hjemme, men motet samles og sekken pakkes klar for å potensielt gå timesvis i en mørk skog med pøsende regn.

Norsk Folkehjelp Sanitet Haukeland (NFSH) er det eneste lokallaget i Norsk Folkehjelp Sanitet som drives av medisinstudenter. Medlemmene har fullført førstehjelpskurset for mannskaper, og flere er på beredskapslisten som søk- og redningsmannskap. Da blir de kalt ut på leteaksjoner etter savnede personer i Bergen og omegn. Savnede personer omfatter ofte eldre med demens, personer med økt selvmordsrisiko, turgåere og jegere som har gått seg vill.

Erik Silgjerd (26) er en av ildsjelene i lokallaget som har engasjert seg siden sitt første semester på medisin. Han er nå i LIS1 på Haukeland Universitetssykehus, og er for øyeblikket i psykiatrisk rotasjon. Erik har hatt verv i organisasjonen alle seks årene han har studert; som leder, nestleder og beredskapsleder. I tillegg er han søk- og redningsinstruktør og er kurset som operativ leder.





«Spennende, skremmende, nervepirrende», forteller Erik om sitt første søk. Han forteller videre at man føler at man deltar på noe viktig, og at selv om det er et stort apparat som settes i gang, føles jobben man gjør som enkeltperson veldig betydningsfull. Erik har vært aktiv i leteaksjoner i sin tid som medisinstudent. Han forteller at de fleste søk gir sterke inntrykk på hver sin måte. «Jeg synes særlig langvarige søk, der man etter hvert kjenner man mister litt håpet, men finner savnede personer i god behold til slutt, gir inntrykk. Leteaksjoner der pårørende har gått med oss fordi de vil bidra og hjelpe oss å finne savnede, setter også preg.»

I tillegg til å ha en beredskapsgruppe, utdanner NFSH førstehjelpere gjennom et 30 timers kurs i førstehjelp for mannskaper. Kurset gir en innføring i basal førstehjelp og akuttmedisin, med vektlegging på øving av praktiske ferdigheter. Etter kurset har man mulighet til å delta på sanitetsvakter på blant annet Norway Cup, russetreff og diverse idrettsarrangement. Erik forteller at han har hatt gode fordeler av sin deltakelse i organisasjonen: «Jeg har opparbeidet meg kompetanse og ro til å håndtere akuttmedisinske situasjoner. Noen av de vanskeligste situasjonene man havner i som lege er

når man ikke har all verdens tid til å tenke. Det fine er at behandlingen i slike situasjoner alltid koker ned til helt basale førstehjelps- og akuttmedisinske prinsipper man blir godt kjent med som medlem i NFSH. Jeg føler min deltakelse i studentorganisasjonen har ført til at jeg følte meg tryggere i praksis, og nå i yrket mitt. Man er også mer forberedt hvis man skulle komme over noen på gaten som trenger hjelp.»

Erik avslutter med å fortelle hva som skal til for å bli søk- og redningsmannskap: «Det fine med organisasjonen er at alle som har et ønske om å bidra, kan melde seg inn hos oss. For å ta søk- og redningskurs er det eneste kriteriet at man har tatt grunnleggende førstehjelpskurs. Hvis man ikke studerer i Bergen, er det lokallag i hele Norge som har behov for frivillige. Så, er du turglad og vanntett, og ser etter noe sosialt og superhyggelig – meld deg på kurs!», forteller han.



# BARNEFATTIGDOMMEN ØKER I RIKE NORGE

**Tekst:** Samsam Sharif, skribent i Æsculap

Å forebygge sykdom, funksjonshemming og død skal ikke være eneansvaret for de som jobber med forebyggende medisin, men det er noe alle leger bør praktisere. Det er vårt ansvar å bekjempe barnefattigdom!

I 2020 bodde 115 000 barn, eller 11,7 prosent, av alle barn i Norge i husholdninger med lav husholdningsinntekt, ifølge SSB [1]. 6 av 10 av barna i denne gruppen har innvandrerbakgrunn, en økende overrepresentasjon. Økende økonomisk ulikhet i Norge er en årsak til barnefattigdom [2]. Selv om Norge har lav økonomisk ulikhet sammenlignet med andre land, har forskjellene mellom de rike og de fattige vokst siden 1980-tallet [3].

Barnefattigdom er et viktig helseproblem. Inntektsbasert barnefattigdom er knyttet til en rekke negative faktorer som kan være skadelig for barn [4]. Det er blant annet en signifikant sammenheng mellom barnefattigdom og lav fødselsvekt, strukturelle endringer i hjernen, dårligere fysisk helse, psykiske problemer, redusert utdanningsnivå, økende risikoatferd og kriminell atferd [4]. Konsekvensene er enda verre hvis barnefattigdom oppstår i tidlig barndom eller er vedvarende [4].

Selv om fattige barn i Norge kan ha en økonomisk bedre situasjon enn fattige barn i andre land, kan det å leve i fattigdom i Norge være mer utfordrende psykisk [2]. Slike barn kan oppleve skam og sosial isolasjon (arrangementer, skoleturer, bursdager), som igjen kan medføre negativt selvbilde og redusert egenverdi [2].

Mest tragisk er det at barnefattigdom øker dødelighet i voksen alder [5]. Dette kan blant annet skyldes fysisk funksjonshemming og klinisk depresjon [6]. Kronisk stress, nedsatt korttidshukommelse og høyere grader av eksternaliserende symptomer (for eksempel aggresjon) er noen psykologiske effekter av barndomsfattigdom hos voksne [7].

Å tilskrive dem slik helserisiko, kun basert på sosioøkonomiske vansker, kan medføre unødvendig stigmatisering av familier og lokalsamfunn, der barn er vellykket til tross for begrensede ressurser [8]. Noen barn er motstandsdyktige mot mange av de negative konsekvensene av barnefattigdom, da det også er avhengig av deres miljø og gener [8]. Likevel er det overbevisende resultater som knytter økende barnefattigdom til redusert barnehelse [9]. Gitt de skadelige effektene av barnefattigdom på barns helse og velvære, må helsesektoren spille en mer aktiv rolle i å ta tak i og bekjempe barnefattigdom.

## Litteraturliste

- [1] 115 000 barn i husholdninger med vedvarende lavinntekt," SSB. <https://www.ssb.no/inntekt-og-forbruk/inntekt-og-formue/artikler/115-000-barn-i-husholdninger-med-vedvarende-lavinntekt> (accessed Oct. 20, 2022).
- [2] A. O. Eikeland, "Child poverty and persistent low income in Norway – with special attention on the Sámi indigenous minority," in *Recognition, Reconciliation and Restoration: Applying a Decolonized Understanding in Social Work and Healing Processes*, J. E. Henriksen, I. Hydle, and B. Kramvig, Eds. Orkana Forlag, 2019, pp. 143–164. doi: 10.33673/OOA202017.
- [3] "Mindre ulikhet." <https://www.fn.no/om-fn/fns-baerekraftsmaal/mindre-ulikhet> (accessed Oct. 20, 2022).
- [4] E. National Academies of Sciences et al., *Consequences of Child Poverty*. National Academies Press (US), 2019. Accessed: Oct. 20, 2022. [Online]. Available: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK547371/>
- [5] P. Kim et al., "Effects of childhood poverty and chronic stress on emotion regulatory brain function in adulthood," *Proc. Natl. Acad. Sci. U. S. A.*, vol. 110, no. 46, pp. 18442–18447, Nov. 2013, doi: 10.1073/pnas.1308240110.
- [6] R. P.-S. Gupta, M. L. de Wit, and D. McKeown, "The impact of poverty on the current and future health status of children," *Paediatr. Child Health*, vol. 12, no. 8, pp. 667–672, Oct. 2007.
- [7] G. W. Evans, "Childhood poverty and adult psychological well-being," *Proc. Natl. Acad. Sci. U. S. A.*, vol. 113, no. 52, pp. 14949–14952, Dec. 2016, doi: 10.1073/pnas.1604756114.
- [8] S. B. Johnson, J. L. Riis, and K. G. Noble, "State of the Art Review: Poverty and the Developing Brain," *Pediatrics*, vol. 137, no. 4, p. e20153075, Apr. 2016, doi: 10.1542/peds.2015-3075.
- [9] D. Taylor-Robinson et al., "Assessing the impact of rising child poverty on the unprecedented rise in infant mortality in England, 2000–2017: time trend analysis," *BMJ Open*, vol. 9, no. 10, p. e029424, Oct. 2019, doi: 10.1136/bmjopen-2019-029424.



**Illustrasjon:** Mia Emilie Andersen Reinen

# TILHØRIGHET ELLER FLERTILHØRIGHET?

Tekst: Amal Jawahir Yusuf, skribent i Æsculap

Enkelte ganger kan det å identifisere en pasient handle om å finne riktig navn, etternavn, fødselsdato og personnummer. Men, bak hver enkel pasient, kollega eller hvilket som helst person på gata er det en unik identitet. Har man en annen kulturell bakgrunn i tillegg, vil det evige jaget om å være norsk nok og samtidig vedlikeholde den kulturelle bagasjen man har være meget utfordrende.

Identitet er så mangt. Identitet er vår personlighet, våre ambisjoner, vår lidenskap og alle de store og små tingene som former oss. Identitet er svaret på «Hvem er jeg?»

Det er den evige lange reisen om å finne seg selv, hvem man er, hva man brenner for og i hvilke settinger man føler trygghet og tilhørighet. Det å være usikker på hvem man er og hvordan man oppfattes av folk er det som kan føre til en identitetskrise.

**«Vi må huske på oss selv og de andre delene av vår identitet når vi går inn i vårt fremtidige yrke»**

Hvis man skal si det på fagspråk så er identitetskrise «en tilstand der man ikke finner seg til rette og stiller spørsmål ved følelsen av seg selv og hvilken tilhørighet man har». (1)

Men hva med de som har bakgrunn fra flere eller fra en annen kultur? For flerkulturelle personer kan det være vanskelig å finne tilhørighet. Det er lett å ty til normativ identitets still, der man tilpasser seg omstendighetene. Det er lett å føle seg som en kameleon. Det å ha ulike karakterer i ulike situasjoner. Å være en utgave av seg selv blant venner og kollegaer, og en annen utgave hjemme blant familie. Men, som enkeltmennesker har vi et dypt behov for å føle en tilhørighet. Har man ikke det blir man

**«Det er lett å føle seg som en kameleon. Det å ha ulike karakterer i ulike situasjoner.»**

forvirret; man klarer ikke å plassere seg i en bås og ender opp med å bare tenke «dette er meg». Dette kan være frustrerende, spesielt i ungdomstiden, der man er mest søkende og prøver å finne ut om seg selv.

«Hvor er du opprinnelig fra?», er et spørsmål som kan skape følelsen av å ikke høre hjemme. Kanskje også følelsen av å aldri bli norsk nok. For det er jo ikke du som bestemmer hvordan verden ser på deg. Hvis man drar til hjemlandet kan man bli sett på som «for norsk». Man står der med en konstant følelse av å bare forsvinne i midten. Det å føle at man ikke tilhører noe, det kan være en stor belastning å bære på.

Psykolog, Erik Erikson mente at identitetskriser er viktige. Dette er en tid man intensivt analyserer seg selv og hvordan man selv ser på seg selv. Hvor mye norsk man føler seg, og hvor mye man føler seg som en utlending. Det er en utfordring å ivareta begge kulturene man tilhører.

**«Det å føle at man ikke tilhører noe, det kan være en stor belastning å bære på»**

Tilhørighet handler blant annet om å være akseptert akkurat som man er. Det er menneskets emosjonelle behov for å få den bekreftelsen på at man tilhører noe eller noen. Man skal kunne identifisere seg som mer enn bare én ting. Identitet handler om å finne sin plass, og det er alltid rom for å finne tilhørighet i flere plasser - «flertilhørighet».

---

## Litteraturliste

[1]

<https://www.simplypsychology.org/Erik-Erikson.html>



**Illustrasjon:** Mia Emilie Andersen Reinen

# NOK Plass til å VÆRE

**Tekst:** Hanne Christine Myklebust Øverbø

**Illustrasjon:** Lea Taraldsrud Dormagen

Identitet er noe som er grunnleggende for oss alle. Kanskje mer nå enn før. I store norske leksikon defineres identitet som den del av personens selvoppfatning som oppleves som særlig sentral, ekte og typisk for vedkommende. (1) Å finne sin identitet går i stor grad ut på å danne et selv bilde man kan akseptere og leve opp til, og etablere en livsstil som svarer til dette bildet. Dette i seg selv er jo ikke alltid en enkel sak, men hvordan man skal bevare eller for den del skape en identitet ved lange sykehusopphold eller inngripende behandling byr på enda større utfordringer.

For hvordan blir egentlig identiteten ivaretatt i helsevesenet? Vi snakker om å se hele pasienten, møte dem der de er og at behandlingen ofte blir bedre om helsepersonell tar med flere aspekter ved pasientens liv. Mange leger og annet helsepersonell er veldig flinke til dette, men det er ikke sikkert systemene de jobber i, er gode nok til å ikke generalisere. Helsevesenet er glade i prosedyrer, rutiner og likebehandling av alle. Noe som selvfølgelig er bra for å sikre at alle mennesker får like god behandling og at behandlingen følger et system. Men hva gjør det med et menneskes identitet å følge rutiner og systemer i flere år? Hvordan er det for barn som bor over halvparten av livet på sykehus å forholde seg til dette systemet? På mange måter vil systemet rundt behandlingen forme dem som mennesker i større grad enn de vil kunne forme egen hverdag med behandling. Det er rime-



lig at pasienter samarbeider med helsepersonellet. Utfordringen kommer når hele deres liv blir dette samarbeidet, og det i dette naturlig nok blir vanskelig å finne sin egen identitet. Det blir rett og slett ikke plass til å uttrykke seg som menneske, hverken mentalt eller rent fysisk.

31.10.22 skrev NRK(2) om hvordan foreldrene til kreftsyke Sonja ble invitert til å medvirke til planene for det nye sykehuset på Gaustad. Datteren har levd nesten hele livet på sykehus etter å ha fått kreft bare et halvt år gammel, og dermed vært i behandling store deler av sitt nesten tre år lange liv. De forteller om trange rom som gav liten plass til å leke, lang vei



ut for frisk luft, få uteområder tilpasset barn og unge, og at bad og dører er plassert slik i rommet at det er vanskelig å sette inn flere senger til familien. Dette er bare eksempler på hvordan det å vokse opp på sykehus kan rokke ved de grunnleggende sosiale og menneskelige behov som skal bidra til å skape identiteten. For hvordan skal lille Sonja finne sin plass i verden med så få muligheter til å leke, utforske og ha sosialt samvær med sine nærmeste? Foreldrene til Sonja, som nå driver Sonja Victorias stiftelse, valgte til slutt å trekke seg fra samarbeidet med OUS (Oslo universitetssykehus, red. anm), da de følte at deres forslag ikke ble hørt i den grad at de kunne stå inne for resultatet. Nå er det selvfølgelig slik at et nybygd sykehus har mange andre hensyn å ta enn å legge til rette for familieliv og identitetsbygging, men gitt hvor mye pårørendestøtte har å si - i hvert fall for et lite barn som er helt avhengig av foreldre - er det noe uventet at ikke nye OUS legger mer vekt på å tilpasse bygningene. Også med tanke på at det å være pårørende til alvorlig syke barn i seg selv er en av de mest krevende situasjonene man kan stå i, burde det bli lagt mer vekt på deres behov som familie.

Ungdommer som sliter psykisk, eller med kroniske sykdommer har også lange sykehusopphold mange ganger. Ungdomsårene er en spesielt sårbar fase når det gjelder å utvikle identiteten sin. En tid som tradisjonelt har handlet om opprør, og i senere år om unike opplevelser og nettopp å finne seg selv, oppleves naturlig nok vond når man må gjøre det stikk motsatte; følge regler og gli inn i de standardiserte rommene og dagene. Det er viktig at sykehusene og helsetilbudet er tilpasset dem, at de føler seg sett og hørt for den de er, og at det gis rom for å vokse som menneske samtidig som lange behandlinger

pågår. For utviklingen som menneske stopper aldri. Den skjer hele tiden og former deg som menneske. Nettopp derfor er det så viktig at det i større grad blir gitt rom for denne utviklingen og at overgangen mellom livet og sykehuslivet ikke nødvendigvis blir så stor.

I sosiale mediers tid, blir nok også følelsen av å være annerledes forsterket, da pasienten kan kikke rett inn i livet til tidligere klassekamerater, søsken, venner og resten av verdens glansbilder delt på Tiktok, Instagram og Snapchat. Dette er for mange, spesielt tenåringer og unge voksne, smertelig vondt å se. Til kontrast fra livet utenfor sykehusets vegger, kan mange oppleve sykdommen som en del av sin identitet. Det vil den kanskje alltid være, i større eller mindre grad, men det er i alle fall svært viktig å gi plass til alle de andre rollene som kan være med på å bygge identiteten til disse menneskene. Dette kan igjen bidra til å få fokuset bort fra sykdommen.

Nye behandlingsmuligheter redder stadig flere, slik at de kan ha mange gode leveår fremover. Men det åpner også for lengre behandlingsperioder, flere behandlingsforsøk i kampen for å overvinne sykdom, og mer livsforlengende behandling. Som igjen fører til at stadig flere mennesker lever i lengre tid på sykehus. Det er derfor viktig at de menneskelige behovene for det normale - for hverdagen og for de små tingene som lekekassen, uteplassen, Netflix, Playstation eller sommerkjolen - får flytte inn på sykehuset. Og ikke minst at det er plass til de pårørende og familielivet, eller å opprettholde kontakten med en god venninne i de årene av livet venner er en utrolig viktig del av den unges identitet og hverdag.

---

#### Litteraturliste

- [1] <https://snl.no/identitet>
- [2] [https://www.nrk.no/osloogviken/trekker-seg-i-protest-mot-nye-oslo-sykehus\\_-ingen-tar-ansvar-for-barna-1.16147901](https://www.nrk.no/osloogviken/trekker-seg-i-protest-mot-nye-oslo-sykehus_-ingen-tar-ansvar-for-barna-1.16147901)

# HVA BETYR DET EGENTLIG?

## PROFESSOR PER HOLCK FORKLARER

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

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

### Stetoskop

Ved inngangen til det 19. århundre var kliniske undersøkelsesmetoder under sterk utvikling, og det dukket opp hjelpemidler for undersøkelse av tilstander som tidligere bare var akseptert slik de var. Eksempelvis hadde hørerøret for tunghørte vært i bruk i mange år allerede.

En av de mest kjente klinikerne ved slutten av 1700-tallet var den franske legen René-Théophile-Hyacinthe Laënnec (1781-1826). Han interesserte seg særlig for luftveislidelser, som var svært utbredt den gang, og han ble berømt gjennom sitt banebrytende verk *De l'auscultation médiate ou Traité du diagnostic des maladies des poumons et du coeur* (1819). For å undersøke den syke måtte man den gang legge øret inntil ryggen eller brystet til pasienten – noe som selvsagt ikke sømnet seg når det gjaldt kvinner. Kanskje kunne et ombygget hørerør brukes?

En dag kom dr. Laënnec til å se to smågutter som lekte med et trestykke som de holdt inntil øret, slik at de kunne høre når det ble laget skrapelyder i den andre enden. Da han fikk en overvektig kvinnelig pasient med hjerteproblemer, kom han til å huske denne barneleken. Han rullet sammen et papirark, og oppdaget at det faktisk var mulig å høre pasientens hjerte- og lungelyder på den måten.

Men Laënnec var også en habil fløytespiller og produserte flere av sine egne instrumenter (som den gang var av tre). Omkring 1816 hadde han laget et fløytelignende trerør, og ble overrasket over at han med dette «hørerøret» kunne oppfatte lyder som ikke kunne registreres på den tradisjonelle måten. Han kalte det *stethoscope* - en betegnelse fra gresk: *stethos* = bryst, og *skopein* = betrakte, undersøke.

Laënnecs monoaurale stetoskop har selvsagt utviklet seg, først og fremst som et biauralt stetoskop for begge ører som begynte å komme i handelen fra 1860-årene, men som først ble vanlige fra 1900-tallet. Noen av våre eldre kolleger husker kanskje likevel de gamle «jordmor-stetoskopene» av tre for ett øre, som faktisk fungerte ganske bra!

Omkring 1940 kom 2-sidige stetoskoper, med en åpning med membran for kardiovaskulære undersøkelser og en uten for respirasjonssystemet. Dagens stetoskop ble introdusert av den amerikanske kardiologen David Littman (1906-81), og ble fra 1970-årene en «standard» ved sin letthet og ekstremt harde membran.



**Illustrasjon:** Dr. Laënnecs første stetoskop, illustrasjon fra Science Museum, London

UTENOM PENSUM

# IDENTITETSKRISE?

**Tekst:** Sidsel Amanda S. Sandvik, skribent i Æsculap

Identitet er vanskelig å skrive om. Spesielt om man på generell basis er usikker på hvem man selv er. Hvordan kan jeg skrive om identitet dersom jeg ikke engang vet min egen? Er jeg et produkt av tid? Er jeg et produkt av sted? Er det genetisk bestemt hvem jeg skal være?

Selvfølelsen har endret seg mye gjennom årene. Jeg er ikke den samme i dag, som den jeg var før. Før medisinstudiet var jeg et englebarn uten like. Jeg var smart, flink, pliktoppfyllende og ansvarsfull. Jeg gjorde alt etter boka. Som barn var jeg stolt av mine egne prestasjoner, og fikk ofte høre hvor flink og smart jeg var. Jeg hadde satt meg selv store og til dels uoppnåelige mål og drømmer, som at jeg skulle inn på medisin.

Etter jeg begynte på medisinstudiet har jeg følt meg gradvis dummere, jeg blir mer og mer usikker, rebelsk og vågal, og jeg har fått en heftig støyt i selvtilliten på det akademiske planet. Målene mine har gått fra store og uoppnåelige, til små og uoppnåelige. De har gått fra toppkarakter på alle eksamener, til «jeg håper jeg klarer å dukke opp i forelesning 08:15 i morgen».

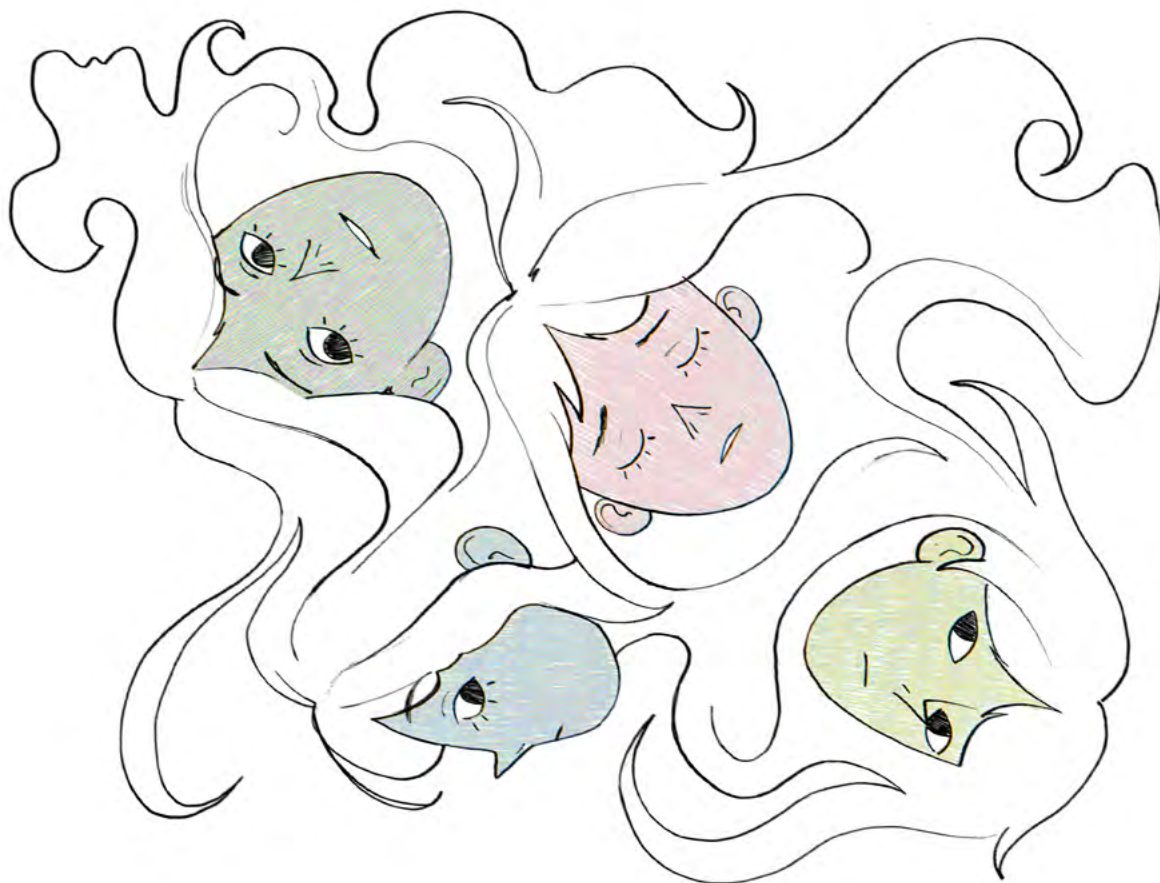
Hvorfor har jeg gått fra å føle meg smart til å føle meg dum? Er det fordi jeg er på et studie med så mange utrolig flinke og smarte mennesker? Er det på grunn av andres forventninger til meg? Eller er det fordi forventningene jeg hadde til studiet ikke samsvarer med hvordan det faktisk er? Jeg fokuserte så mye på hvordan å nå drømmen, og følte meg suksessfull når jeg nådde den, men jeg glemte helt å tenke på hva som skjer etterpå. Føler jeg meg mislykket nå fordi jeg ikke vet hva neste store mål er? Fordi jeg jobber hardt uten mål og mening, og dermed ikke klarer å prestere som før?

Når jeg møter mennesker utenfor studiet får jeg ofte høre «Oi, du studerer medisin! Du må jo være kjempesmart». Det samme komplimentet jeg møtte med stolthet som barn, men nå møtes det nærmest med avsky og unnvikelse: «Nei, jeg er ikke smart nei». Kan man noen gang gå tilbake til å føle seg stolt av seg selv og egne prestasjoner?

På fritiden kan jeg kjenne meg stolt over egne prestasjoner. Jeg går fra å være en usynlig, usikker grå skygge på studiet, til å ta god plass på dansegulvet. Jeg blir livlig og leken. Jeg er mer selvsikker både på personlig og akademisk plan. Jeg avfeier ikke komplimentene jeg får, men tar de til meg og kjenner meg stolt. Hvorfor er jeg en annen person på studiet enn på fritiden? Er det på grunn av miljøet jeg er i? Eller er det fordi at det ikke er noen forventninger til meg? På studiet er det forventninger fra familie, medstudenter, forelesere og meg selv. På fritiden er det ingen som kan forvente noe. Da kan jeg være fri til å være akkurat det jeg føler for. Er identitet den man er uten forventninger? Eller er identiteten de forventningene man har for seg selv? De forventningene andre har til deg? Eller er identitet de drømmene og målene man har satt?

**«På fritiden er det ingen som kan forvente noe. Da kan jeg være fri til å være akkurat det jeg føler for»**

Hvordan kan jeg vite hva min identitet er, når jeg er i konstant endring? Både over tid og over sted? Hvordan kan jeg vite om jeg er en nervøs, grå og stum klatt på veggen i forelesningssal, eller om jeg er et lekent, høylytt monster på dansegulvet? Eller er det dette som er identitetskrise?



**Illustrasjon:** Victoria Dontsova

*«Er identitet den man er uten  
forventninger?»*

# FORSKNINGSNYTT

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

**Tekst:** Kamalpreet Kaur, skribent i Æsculap

## Effekten av koloskopiscreening på risiko for kolorektal kreft

I oktober 2022 ble det publisert en studie i The New England Journal of Medicine med mål om å kvantifisere fordelene med screeningkoloskopi [1]. Det primære utfallet var risikoen for kolorektal kreft og relatert død. Studien var en populasjonsbasert, randomisert studie og inkluderte deltakere i tidsrommet fra 2009 til 2014.

Deltakerne i studien var antatt friske menn og kvinner i alderen 55 til 64 år, og kom fra Polen, Norge, Sverige og Nederland. Deltakerne ble randomisert og fordelt på to grupper. Den ene gruppen skulle gjennomgå en enkelt screeningkoloskopi (invitert gruppe), mens den andre gruppen ikke fikk tilbud om screening (kontrollgruppe). Totalt 84 585 deltakere ble fulgt opp i de ulike landene, hvorav 28 220 tilhørte gruppen som skulle gjennomføre en koloskopi.

Studien konkluderte med at risikoen for tykktarmskreft etter 10 år var lavere blant deltakerne som ble invitert til å gjennomgå screeningkoloskopi, sammenlignet med de som ikke gjorde det. Det ble diagnostisert 259

tilfeller av tykktarmskreft i den inviterte gruppen og 622 tilfeller i kontrollgruppen. Risikoen for kolorektal kreft etter 10 år ble estimert å være 0,98% i den inviterte gruppen mot 1,20% i kontrollgruppen – en risikoreduksjon på 18%. Risikoen for død grunnet kolorektal kreft var 0,28% i den inviterte gruppen, sammenlignet med 0,31% i kontrollgruppen. Det ble estimert at 455 personer må screenes innen 10 år for å forhindre ett tilfelle av tykktarmskreft.

## Kan mors inntak av ultra-prosessert mat påvirke barnas helse?

Det usunne kostholdet i den vestlige verden, som er preget av økt inntak av ultra-prosessert mat, er tenkt å være en stor bidragsyter til fedmeepidemien blant barn og unge. Ultra-prosessert mat, det vi ofte kaller «junk food», er rene industriprodukter som ikke ligner på råvarene de kommer fra [2].

I august 2022 ble det publisert en populasjonsbasert, prospektiv kohortstudie i The BMJ, som gikk ut på å undersøke sammenhengen mellom mors inntak av ultra-prosessert mat og barnas

risiko for å utvikle overvekt eller fedme [3]. Deltakerne i studien var 19 958 amerikanske mødre og barna deres. Studien foregikk mellom 1991 og 2015, og mødrenes inntak av ultra-prosessert mat ble observert både under svangerskap og under barnas barne- og ungdomsår.

Totalt 12% av barna i studien utviklet overvekt eller fedme under oppveksten. Forskerne fastslo at mors inntak av ultra-prosessert mat under barnas oppvekst var assosiert med overvekt og fedme hos barna. Disse resultatene var uavhengig av risikofaktorer som mors BMI, fysisk aktivitet, røyking, sosioøkonomiske faktorer, barnas eget inntak av ultra-prosessert mat og deres fysiske aktivitetsnivå. Det viste seg å være 26% høyere risiko for overvekt eller fedme hos barna med mødre i gruppen med det høyeste inntaket av ultra-prosessert mat, sammenlignet med gruppen som hadde det laveste inntaket. Derimot viste resultatene ingen signifikant assosiasjon mellom inntak av ultra-prosessert mat under svangerskap og risiko for utvikling av overvekt eller fedme hos barna.



Illustrasjon: Victoria Dontsova

### Barneekteskap og mental helse blant unge kvinner

En tredjedel av jentene i Sør-Asia er gift før de har fylt 18 år og 8% før fylte 15 år [4]. India er anslått å stå for en tredjedel av alle barnebruder i verden, hvor 16% av alle jenter i alderen 15-19 år er gifte [5].

Det ble gjennomført en longitudinell kohortstudie som gikk ut på å undersøke sammenhengen mellom barneekteskap og mental helse hos jenter i Uttar Pradesh og Bihar i India. Resultatene fra studien ble deretter publisert i The Lancet i november 2022 [6]. Studien inkluderte ung-

domsjenter som hadde svart på spørsmål angående deres psykiske helse i 2015/2016, da alle jentene var ugifte. Spørsmålene igjen stilt i 2018/2019, da 23% av jentene var gift. Svarene fra begge tidspunktene ble sammenliknet for å estimere sammenhengen mellom giftermål og mental helse blant de unge kvinnene.

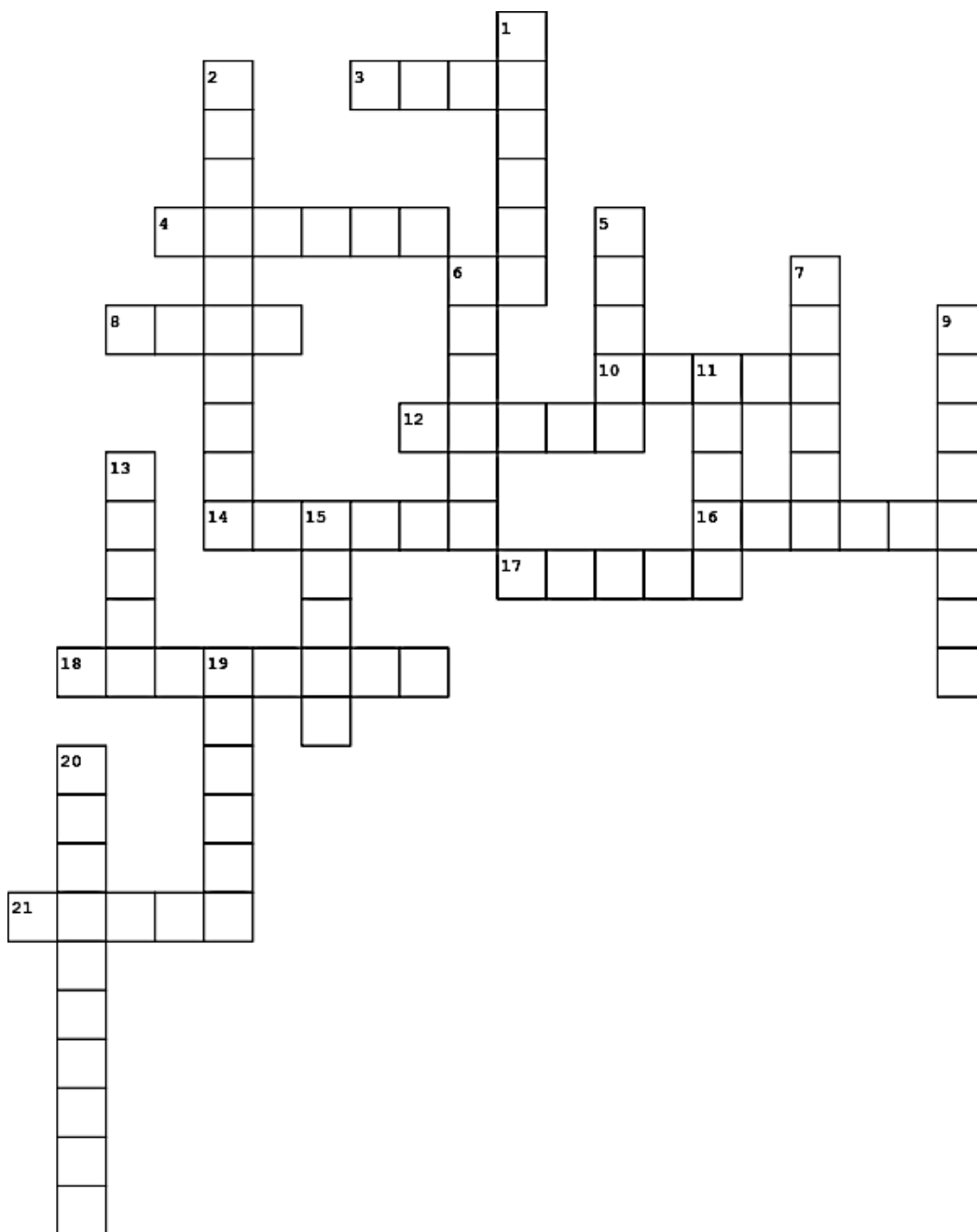
Studien viste at jentene som giftet seg, gjerne hadde lavere utdanningsnivå og kom fra fattigere hjem. I tillegg ble det funnet en tydelig sammenheng mellom dårlig psykisk helse og tidlig ekteskap. Det viste seg nemlig

at ugifte jenter med depressive symptomer ved baseline hadde mest sannsynlig vært gift innen 2019. Oddsene for å utvikle depressive symptomer var høyere hos jentene som hadde giftet seg innen 2019, enn de som forble ugifte. I tillegg var det, ikke overraskende nok, høyere risiko for depressive symptomer blant de jentene som opplevde overgrep i ekteskapet sitt enn de som ikke gjorde det. Denne effekten var i tillegg større for jenter som ikke hadde født et barn.

### Litteraturliste

- |     |   |   |     |
|-----|---|---|-----|
| [1] | <a href="https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMoa2208375">https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMoa2208375</a>   | <a href="https://data.unicef.org/topic/child-protection/child-marriage/">https://data.unicef.org/topic/child-protection/child-marriage/</a>   | [4] |
| [2] | <a href="https://www.diabetes.no/kosthold/maltid-og-mat/junk-food-har-fatt-et-nytt-navn-ultra-prosessert-mat/">https://www.diabetes.no/kosthold/maltid-og-mat/junk-food-har-fatt-et-nytt-navn-ultra-prosessert-mat/</a> | <a href="https://www.unicef.org/media/111381/file/Child-marriage-country-profile-India-2021.pdf">https://www.unicef.org/media/111381/file/Child-marriage-country-profile-India-2021.pdf</a> | [5] |
| [3] | <a href="https://www.bmj.com/content/379/bmj-2022-071767">https://www.bmj.com/content/379/bmj-2022-071767</a>   | <a href="https://www.thelancet.com/journals/lansea/article/PIIS2772-3682(22)00118-4/fulltext">https://www.thelancet.com/journals/lansea/article/PIIS2772-3682(22)00118-4/fulltext</a>       | [6] |

# KRYSSORD



Vannrett

3. Et dempende signalstoff i CNS
4. Et medisinsk begrep for trang forhud
8. Abdomen på norsk
10. Ufrivillig tap av spytt/saliva fra munnen
12. Medisinsk betegnelse på opphopning av kreatinin og karbamid i blod
14. Rykninger i musklene kan være et epileptisk \_\_\_\_\_
16. En kronisk tilstand som medfører tap av tenkningsfunksjoner og endret atferd. Vanlig hos eldre.
17. Manglende evne til å gå
18. En enzymtype som splitter estere til en syre og en alkohol
21. Navnet på en benzodiazepin - mida...

Loddrett

1. Et medisinsk navn for den gule flekken
2. Hjernehinnesvulst (engelsk/latin)
5. En tilstand som gir svikt i evnen til å bruke og forstå ord (språkforstyrrelse)
6. Motsatt av afebril
7. En benign svulst som utgår fra kjertelvev
9. Urinsyregikt skyldes opphopning av \_\_\_\_\_
11. Høy hjertefrekvens kalles taky...
13. Medisinsk ord for tarmslyng
15. En type B-vitamin som kan føre til anemi eller skade fosteret under et svangerskap ved mangelsykdom.
19. Et dermatologisk begrep på rød hud eller hudrødme
20. Et medisinsk ord for overdreven helseangst eller sykdomsangst



# QUIZ

**Tekst:** Sagal J. Ali, quizmester

1. En viktig del av identiteten er knyttet til kjønn. I dag er vi mer åpen for flere kjønnsidentiteter enn den tradisjonelle kjønnsinndelingen. Hva kalles en person som ikke opplever å passe inn i kategoriene "mann" eller "kvinne"?
2. LHBTQ-bevegelsen handler om å bekjempe hat og hets mot ulike seksualiteter og kjønnsidentiteter. Regnbueflagget er et symbol for denne bevegelsen. Hvor mange farger er det i regnbueflagget?
3. Regnbue er et fargefenomen på himmelen. Hva heter sansecellene i øyet som oppfatter farger?
4. Tradisjonelt deles sansene i fem, og smakssansen er en av dem. I dag spiser vi mat fra ulike land og kulturer. Hva den norske oversettelsen av «chilli con carne»?
5. «Chilli con carne» er en meksikansk rett. Hva er valutaen i Mexico?
6. Den norske valutaen er kroner. Hva er diameteren til det norske femkronestykket?
7. Krone-is kom på markedet for første gang i 1953. Hva het/heter isprodusenten?
8. Samme år ble dronning Elizabeth II kronet til dronning. Hva het ektemannen til dronning Elizabeth II?
9. Ifølge loven om britisk arvefølge fra 1701, er det et spesifikt livssyn man ikke kan være tilhenger av, dersom man skal være arveberettiget til tronen. Hvilket livssyn er dette?
10. Livssyn innebærer blant annet oppfatning av menneskets plass i verden og menneskets levesett. Hva er forskjellen mellom en ateist og en agnostiker?
11. En som har agnosi, mangler evne til å tolke og forstå sanseintrykk, til tross for en normal sansefunksjon. Hva betyr apopleksi?
12. Apopleksi rimer på anoreksi, som er en spiseforstyrrelse. Lene Marie Fossen var en norsk fotograf som døde av anoreksi. Hva heter den norske dokumentarfilmen som handlet om henne?
13. Netflix sin første norskproduserte «true crime»-dokumentarserie heter «Mr. Good: Cop Or Crook». Hvem handler denne dokumentarserien om?
14. Svaret på det forrige spørsmålet var en politimann. Hva er politi på svensk?
15. ABBA er en velkjent svensk popgruppe. Hva heter sangen som ABBA vant Eurovision Song Contest med i 1974?

Svar på bunnen av siden

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

Svar: (1) Ikke-binære, (2) Seks, (3) Tapper, (4) Chilli med kjøtt (5) Meksikansk peso (6) 26mm (7) Meierienes Fellefabrikk A/L (Slots Is, som i dag heter Diplom-Is) (8) Phillip, hertug av Edinburgh (9) Katolisismen (10) En ateist tror ikke på Gud, en agnostiker vet ikke om det finnes en Gud. (11) Hjemslag (12) Selvporet (13) Erik Jensen (14) Polis (15) Waterloo

**Æsculap ønsker alle sammen en  
riktig god jul og godt nyttår!**

## 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 magasin-  
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).

Avsender: Nmf, Pb 1152 Sentrum, 0107 Oslo

