

æsculap

MAGASIN FOR MEDISINSTUDENTER OG LEGER SIDEN 1920



PISK ELLER GULROT?

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

æsculap

MAGASIN FOR MEDISINSTUDENTER OG LEGER SIDEN 1920

Redaksjonen

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

Lokalkontakter

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

REDAKSJONEN AVSLUTTET: 26. februar 2023
FOR- OG BAKSIDE-ILLUSTRASJON: Mia Emilie Andersen Reinen
TRYKK: 07-gruppen
ABONNEMENT: Kr 200,- per år. Kontakt tone.skoglund@legeforeningen.no
UTGITT AV: Norsk medisinstudentforening (Nmf)
ADRESSEENDRINGER: Meldes til Legeforeningen på medlem@legeforeningen.no

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

01 PISK ELLER GULROT?

INNHOLD

06	Leder
08	Avvik i helsevesenet – et kvalitetstegn?
10	Profil
14	LIS 1
16	Spesialisten
20	Er arbeidslinja en pisk eller gulrot? Et intervju med arbeidsmedisiner Ebba Wegeland
26	Når vold er hverdag
30	Rusproblemer i Norge: Kriminalisering, stigmatisering og mangelfull behandling?
32	Eldreborgens påvirkning på helsesystemet
34	Refleksjoner rundt døden i et medisinsk perspektiv
36	«Hva betyr det egentlig?» Professor Per Holck forklarer
38	Utenom pensum
40	Forskningsnytt
42	Kryssord, quiz og sudoku

HVEM ER ÆSCULAP?



Sarvani Mahalingam
Redaktør



Kristine Brunvand
Redaksjonssjef



Neera Kuganesen
Økonomiansvarlig



Abinaya Balakumar
Sekretær Oslo



Sara Temurovitsj Valieva
Layoutansvarlig



Mohammed Al-Mashhadani
SoMe-ansvarlig



Helena Chumning
Nett-ansvarlig



Kari Waatevik
Ansvarlig Trondheim



Christine Skadal
Ansvarlig Bergen



Aurora Nielsen
Ansvarlig Tromsø



Mia Emilie Andresen Reinen
Illustratør



Lea Taraldsrud Dormagen
Illustratør



Victoria Dontsova
Illustratør



Niki Moghadam
Illustratør



Embla Fimland
Tegneserieskaper



Kamalpreet Kaur
Skribent



Sidsel Amanda Sandvik
Skribent



Samsam Sharif
Skribent



Tallak Lyngset
Skribent



Selma Sofie Norup
Skribent



Hanne Christine Øverbø
Skribent



Trine Melinda Vollan
Skribent



Iver Lars Håvard Koppen
Skribent



Jovana Cvetkovic
Skribent



Heidi Peura
Skribent



Amal Yusuf
Skribent



Tim van Dijk
Skribent

OVER 70 PROSENT AV MEDISINSTUDENTENE ER KVINNER – HVORDAN REKRUTTERE GUTTER?

SARVANI MAHALINGAM

REDAKTØR



I forelesningssalen er hver femte student en gutt. Guttene er uten tvil underrepresentert på medisinstudiet, og i nærmeste fremtid vil andelen av mannlige leger på sykehusene være redusert. Men hva er gulroten som kan motivere flere menn til å studere medisin?

For noen tiår tilbake var legeyrket blant de mannsdominerte yrkene. I vår tid har derimot pendelen svingt i motsatt retning. Med jevne mellomrom dukker det opp statistikker som viser at guttene er sterk underrepresentert i medisinske yrker, snart også i legeyrket. For eksempel utgjorde menn 28,3 prosent av de som kom inn på medisinstudiet i Norge i fjorårets opptak (1). På sikt betyr det færre mannlige leger, og dette skaper en ubalansert kjønnsfordeling som verken er sunn eller hensiktsmessig for pasientene og helsevesenet i sin helhet.

Det er dermed betimelig å rekruttere flere menn til medisinstudiet. Men hva må til? Noen mener at det nåværende skolesystemet ikke er tilpasset guttenes kapasitet, tankemønster og atferd, som gjør at det blir store prestasjonsforskjeller på skolen i jentenes favør (2). Det skyhøye karakterkravet gjør ikke saken enklere. Et karakterbasert inntak plukker bare ut sekser-elevne, uavhengig av kjønn. Dermed er det umusikalsk å forvente at guttene må prestere bedre på skolen for å komme inn på medisin. Kanskje er det på tide å bruke gulrot fremfor pisk?

En kjønnskvoltering kan være en gunstig løsning for å jevne ut skjevfordelingen. Et kjønnsnøytralt helsevesen gir et kvalitetsløft i pasientbehandlingen, i den forstand at kvinner og menn har ulike egenskaper og tankemønstre som utfyller hverandre. Noen ganger foretrekker pasientene at legen skal være det ene kjønnnet fremfor det andre, og pasientene kan ha ulike grunner til det. Det at de norske sykehuskorridorene består av både kvinnelige og mannlige leger gjenspeiler også hvor likestilt vi er som samfunn.

En kjønnskvoltering vil nok ha en positiv effekt på kjønnsbalansen, men den enes gulrot kan være den andres pisk. Ved kjønnskvoltering er det en viss risiko for at mennene får komme inn på medisinstudiet med lavere karakterpoeng enn kvinnene. Skal opptakskravene favorisere menn fremfor kvinner i likestillingens navn? Noen mener at årsaken til færre menn på medisinstudiet ikke er karakterkravene i seg selv. Flere menn gjør karrierevalg som gir dem større innflytelse på egen arbeidshverdag, fremfor å velge å studere medisin (3). Blant de 5414 søkerne i 2022 var det kun 1642 menn som søkte medisin (4). Altså var 30% av søkerne menn, et tall som viser at andelen som søkte samsvarer med andelen som fikk plass.

Studier og yrker med ubalansert kjønnsfordeling er ikke et nytt fenomen. I dag ser vi også at noen studier gir kjønns-poeng som en gulrot for å rekruttere flere søkere av det underrepresenterte kjønnnet. Eksempelvis kan man nevne at sykepleierstudiet i løpet av et tiår har klart å doble mannlige sykepleierstudenter, til tross for at mannlige sykepleiere har vært sterk underrepresentert i mange år (5). Tidligere fikk menn som søkte seg inn på sykepleie kjønns-poeng, men det ble lagt frem et forslag om å stoppe ordningen i 2020 (6). Likevel har de lyktes med å gjøre sykepleierstudiet attraktivt for menn. '

Det er nevneverdig at denne problemstillingen er meget kompleks, og at det er flere sider som burde belyses og reflekteres når man først diskuterer. Uansett burde fremtidig opptak legge forholdene til rette for å rekruttere flere menn inn på medisinstudiet. Legeforeningen ønsker at Kunnskapsdepartementet og universitetene skal innføre en kjønnskvoltering, der andelen av hvert kjønn er minst 40% (7). Norsk medisinstudentforening (Nmf) mener at norske universiteter må gjennomføre målrettede rekrutteringstiltak for at kjønnsandelen ikke overstiger 60% av hvert kjønn (8). Diskusjonen er allerede i gang, men det er viktig å iverksette noen tiltak, nå som saken ligger på bordet.

I denne utgaven er temaet «pisk eller gulrot?». Altså, skal man hjelpe fremfor å straffe, eller kan straff være til hjelp? Legg bort pensumbøkene, og unn deg selv en deilig leseglede med Æsculap. God lesing!

Litteraturliste

- [1] Dagens medisin. (2022, 26. juli). Kjønns-gapet blant studiesøkere økte: Over 70 prosent kvinner som får studere medisin. Dagens medisin.
- [2] NRK. (2017, 17.februar). Forskere: Gjør skolen mer guttevennlig. NRK.
- [3] Nettavisen. (2021, 13.juni). Stadig færre menn tar legeutdanning: - Vi vil ikke bare ha damer. Nettavisen.
- [4] Dagens medisin. (2021, 23. april). Over dobbelt så mange kvinner som menn vil bli leger. Dagens medisin.
- [5] Sykepleien. (2021, 21. desember). Stadig flere menn vil bli sykepleiere. Sykepleien.
- [6] Sykepleien. (2020, 17.juni). NSF vil beholde kjønns-poeng ved studieopptak. Sykepleien.
- [7] L.B Johannessen. (2018, 26.juni). Vedtok kjønnskvoltering på medisinstudiet. Tidsskriftet for Den norske legeforening.
- [8] Norsk medisinstudentforening. (2021, 29. august). Politisk måldokument for Norsk medisinstudentforening. Norsk medisinstudentforening.

AVVIK I HELSEVESENET - ET KVALITETSTEGN?

I NRKs Brennpunkt-dokumentar så vi at det ble dokumentert «medisiner er tatt under tilsyn», når en dement bruker bare får multidoseposen utlevert i hånden. Dessverre finnes det også flere eksempler på tilfeller, der det ikke skrives avvik på prosedyrer som er mangelfullt utført. Hva sier alt dette om kvaliteten på norsk helsevesen? Har det vokst frem en kultur, der effektivitet belønnes med gulrot, mens avvik straffes med pisken?

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

De siste ukene har mediene skrevet mye om kvaliteten på norsk helsevesen, og særlig rettet søkelyset på eldreomsorgen. Historier om alt for dårlig tid og lite samarbeid med pårørende har avdekket et knelende sykehjemstilbud, der bydelen eller kommunens kapasitet trumfer legens faglige begrunnelse. (1) Likevel mener bydelen og hjemmetjenesten som har ansvaret for omsorgen og oppfølging av det medisinske, at tilbudet er forsvarlig.

Paradoksalt nok virker avvik til å være et kvalitetstegn. NRK har bedt om statistikk over avvik i forhold til medisin håndtering i hjemmesykepleien (2). I artikkelen innrømmer journalistene at de ville avsløre hvor det skjedde flest feil. Det de fant, var at det var skrevet flere avvik i kommuner der det er flere ansatte per pasient, og de ansatte dermed har mer tid med den enkelte pasient. Det skrives også færrest avvik i ferier og helger, da det ofte er færre på jobb og mindre tid. Og skal det være lov å snike inn en egen erfaring fra nettopp hjemmesykepleien, så er dette funnet ikke så paradoksalt. Det er et kjent faktum at det er ganske hektiske dager i hjemmesykepleien, den ble jo nylig kåret til Norges sykeste arbeidsplass med mest fravær (3). Å skrive avvik tar også tid. Tid man føler på at heller skulle vært brukt hos brukerne. Eller tid der man ønsker å spise nistepakken i fred, gjøre et toalettbesøk eller gi beskjeder videre til kollegaer.

Hvor mange avvik som skrives har også mye med kulturen å gjøre. At ledelsen oppfordrer til å skrive avvik og legger til rette for det, med tanke på tid og tilgang til avvikssystemet for alle (inkl. vikarer som fast ansatte), gjør det selvfølgelig enklere å skrive avvik. Det er også viktig å unngå at det blir en fryktkultur for å skrive avvik, slik en venn i bioingeniørpraksis har nevnt at det var på

avdelingen hun var på. På spørsmål fra den nysgjerrige studenten om hvorvidt det var kultur for å skrive avvik, fikk hun høre at man ikke skrev avvik med mindre det hadde skjedd noe som var relativt langt utenfor prosedyrer, og at mange av de ansatte var redd for at avviket skulle få konsekvenser for dem. Dette er et eksempel på en svært uheldig avvikskultur.

«**Det er også viktig å unngå at det blir en fryktkultur for å skrive avvik.**»

Min egen erfaring fra hjemmesykepleien i bydel Nordre Aker, som både har blitt kåret til Oslos beste hjemmesykepleie i 2017, og har holdt seg i toppsjiktet deretter (4,5) er derimot en annen. Her oppfordrer både kollegaer hverandre til å skrive avvik på uønskede hendelser og de hjelper hverandre om den som oppdaget det ikke har tid akkurat da. Ledelsen oppfordrer ansatt til å skrive avvik uten å true med konsekvenser for den enkelte, samtidig som de er flinke til å ta opp og løse de situasjonene som ikke fungerer. Kanskje dette er noe av grunnen til at



«**Det er et kjent faktum at det er ganske hektiske dager i hjemmesykepleien, den ble jo nylig kåret til Norges sykeste arbeidsplass med mest fravær.**»

hjemmesykepleien i Nordre Aker år etter år kommer så godt ut på målingene? De gode målingene underbygger i hvert fall NRK sin tallanalyse.

Men hva med alle de andre bydelene, kommunen og sykehusavdelingene rundt om i vårt langstrakte land, hvor avvikene ikke skrives. Der det forekommer situasjoner som den 90 år gamle Lilly fra artikkelen til NRK opplevde? (2) Er dette greit i et velferdssamfunn som Norge? Har helsevesenet begynt å dele seg i A og B-lag? Det er skrevet om at ansatte

forlater offentlige sykehus på grunn av turnusen, arbeidsmengde og en oppfatning av å ikke få utøve sitt faglige skjønn (7). Et A-lag og et B-lag er farlig. Uansett om det er mellom fungerende avdelinger og de mindre fungerende avdelingene, eller om det er mellom offentlig og privat sektor.

Så hva er avvik for helsevesenet? Er det en flittig brukt pisk som de ansatte kvier seg for å bruke? Eller er det nettopp et kvalitetstegn? Mye tyder på det siste. Om sant skal sies, så må man jo si ifra for at et system skal bli bedre. Hvis de ansatte skal si ifra, må det både legges til rette for det, og de må være trygge på at ingen kommer etter dem for det. Hvis det å skrive avvik føles som en pisk, eller at konsekvensene av avviket kommer som en pisk - er det kanskje et tegn på at akkurat denne avdelingen er litt syk for tiden?

Litteraturliste

- | | |
|---|---|
| [1] NRK Brennpunkt. (2023, 18.januar). Hjemme best? NRK. | [4] Nettavisen nyheter. (2014, 21. oktober). Nordre Aker best på hjemmesykepleie. Nettavisen. |
| [2] NRK nyheter. (2023, 18.januar). Hjemme best? NRK. | [5] Nordre Aker Budstikke. (2018, 7.februar). Nordre Aker er fortsatt blant de beste i hjemmetjenesten. Nordre Aker, Budstikke. |
| [3] NRK nyheter (2023, 23.januar). Hjemmetjenesten er Norges sykeste arbeidsplass. NRK. | [6] NRK nyheter. (2023, 15.februar). Heltene forlater sin post. NRK. |

PROFILER

Tekst: Selma Sofie Norup, skribent i Æsculap

Bilde: Privat



LYDIA BHARATI DEVAIRAKKAM

Lydia er 22 år gammel og fra Bergen. Hun studerer medisin på 4. året i den polske byen Wrocław, ved Wrocław Medical University. Hun begynte å studere medisin rett etter videregående. En av grunnene til dette var hennes store interesse for menneskekroppen. Legeyrket interesserte henne allerede som liten. Hun liker å kommunisere og hjelpe mennesker. I tillegg ble hun inspirert av moren, som også er lege. På fritiden liker Lydia å reise, gå på fjellturer, danse og synge karaoke.

“Medisinstudiet er veldig kjekt, lærerikt og krevende,” forteller Lydia. Nå på 4. året har hun mye sykehuspraksis - man lærer mye av å ha pasientkontakt. Hun er spesielt glad i fagene som undervises på sykehus, f.eks. ortopedi, generell kirurgi og dermatologi. En spesielt spennende opplevelse var da Lydia fikk se på operasjon av lårben! Studiedagene i Polen er varierte, med både forelesninger og praktisk undervisning. De har bl.a. et “simulation center” med pasient-dukker og ulike rom som skal simulere sykehusavdelinger som f.eks. akuttmottak.

Lydia elsker det internasjonale studentmiljøet i Wrocław. Her har hun blitt kjent med folk fra land som Sverige, Tyskland, USA, Canada, samt Thailand og Taiwan. “Å lære om folk sine ulike kulturer har vært kjempe spennende,” forteller hun. Det arrangeres både fester og bli-kjent-turer for studentene, slik at man blir godt kjent på tvers av kull. Å flytte til Polen var litt vanskelig i starten, forteller Lydia. Hun liker derimot å lære om språk og nye kulturer,

så hun ble fort vant til den nye tilværelsen i Wrocław. “Jeg har også mye viljestyrke, så jeg tenkte det skulle gå bra,” legger hun til.

Dermatologi og allergologi er medisinske felt som Lydia er ekstra interessert i, og muligens vil spesialisere seg innen. Da Lydia var liten, måtte hun noen ganger dra til legen på grunn av atopisk eksem og allergi. “Jeg følte meg alltid sett og godt ivaretatt av legene,” forteller hun. Også dette inspirerte henne til å velge legeyrket. Lydia mener at en god lege er en som ser og forstår seg på pasientene.

Lydia sine tips til nye medisinstudenter er å lese jevnt gjennom hele året - unngå skippertak, det lønner seg til slutt. Selv synes hun faget anatomi var vanskelig: “Jeg var sykt stresset over anatomi, følte at det var helt uoverkommelig... Men jeg tok feil, man klarer mer enn det man tror.” Prioriter lesing, men husk også å være sosial og ha det gøy!

Hva er favorittorganet ditt? “Hjernen! Jeg mener den er det mest unike og kompliserte organet.”

Hvilket yrke hadde du valgt om du ikke skulle bli lege? “Lærer eller stand up komiker.”

Funfact om Lydia: Hun elsker komedie! “What is a neuroscientist’s favourite dog? A laboratory retriever. Som dere skjønner, så har jeg bra humerus :)”

PROFILER

Tekst: Selma Sofie Norup, skribent i Æsculap

Bilde: Privat



SOFIA SNILSBERG HANSSEN

Sofia er 22 år gammel og studerer medisin ved Wrocław Medical University i Polen. Hun flyttet fra Bergen til Wrocław høsten 2020, og liker seg svært godt i byen. “Jeg har alltid hatt lyst til å studere i utlandet, og siden man kan studere på engelsk i Polen, ble dette det riktige valget for meg!”, forteller hun. Sofia valgte medisin fordi hun alltid har vært glad i naturfag og biologi, og hadde lyst til å jobbe med mennesker. Utenom studiet interesserer hun seg for mote, kunst, dans og arkitektur. “Jeg brenner for second hand, så jeg bruker mye tid på å lete etter bøker, møbler og klær i gamle brukbutikker eller loppemarked,” forteller hun.

For Sofia har studiet så langt vært et villt kjø - “det føles ut som både 2 sekunder og 6 år har gått på disse fem semestrene jeg har studert!” Det har vært mange lange studiedager og harde eksamensperioder for Sofia. “Noen dager leser man så mye at man glemmer hvilket år det er og hva man heter!”, forteller hun. Hun mener at medisinstudiet i Polen er ganske annerledes i forhold til Norge. I Wrocław opplever mange professorene som strenge. “Man kan stryke i et fag dersom en professor misliker deg,” legger Sofia til. Likevel har hun erfart at underviserne for det meste er rimelige, hvis man viser at man tar studiet seriøst.

For Sofia er det beste med å studere medisin alle de fascinerende tingene man lærer om menneskekroppen. En vanlig studiedag for Sofia starter som regel med kliniske

fag som indremedisin og pediatri. Da møter studentene på sykehus, og følger en lege på pasienttilsyn. Ofte får studentene utføre kliniske undersøkelser og ta epikriser på pasientene. Etterpå har de enten forelesninger eller tid til lesing. Når det kommer til fritid, kan det være vanskelig å balansere lesing, sosialt liv, kjæreste og søvn. Men med litt prøving og feiling så går det rundt, forteller Sofia. Hun prøver som regel alltid å dedikere kveldene i helgen til noe sosialt.

Sofia sitt tips til de nye medisinstudentene er: ikke stress! “Jeg vet det er lettere sagt enn gjort,” legger hun til. Selv leste hun mye mer enn hun trengte på 1. året - faktisk så mye at hun glemte å spise eller gå ut av huset. Før eksamen kunne Sofia være så stresset at hun ikke sov på flere dager, noe som går utover helsen. Hun bestod alle eksamener, men kunne tatt det litt roligere, mener hun selv. “Nå har jeg skjont at alt ordner seg til slutt. Er faktisk stolt over at jeg nettopp hadde eksamen uten å stresse!”

Hva får deg gjennom eksamensperioden? Milka kjeks! Neida, kodd. Eller jo... For meg hjelper det faktisk å prokrastinere litt, tro det eller ei!

Hva hadde du blitt om du ikke skulle blitt lege? Psykolog var nummer to på lista, men det har jeg nok ikke tålmodighet til... I et annet liv hadde jeg blitt klesdesigner eller arkitekt!

Har du et party-trick? Line-dancing, yeehaw!



Hjernesvulstforeningen

Hjernesvulstforeningen favner alle de forskjellige hjernesvulstdiagnosene, primære så vel som metastaser. Vi jobber for å få bedre behandlingsmetoder, støtter pasienter og pårørende, driver informasjonsarbeid og støtter forskning, både faglig og økonomisk.

Vi er opptatt av at dere som studenter og kommende leger skal kjenne til oss og våre tilbud slik at dere også kan hjelpe pasienter og pårørende til å bli kjent med oss. Sammen kan vi gjøre dagene bedre for familien. Ingen skal stå alene når hjernesvulsten snur livet på hodet.

Hjernesvulstforeningen tilbyr studenter og ansatte i helsevesenet **gratis** fagmedlemskap. Meld deg inn og hold deg oppdatert på krysningsfeltet mellom onkologi og nevrologi på www.hjernesvulst.no



æsculap

Æsculap er et tidsskrift for norske medisinstudenter, både ved norske og utenlandske universiteter. Æsculap utgis av Norsk medisinstudentforening (Nmf). Vi dekker emner innenfor helse, sosialpolitiske spørsmål, etiske problemstillinger som vedrører medisinsk virksomhet, forhold som vedrører legerollen og medisinstudiet. Gjennom Æsculap får medisinstudentene muligheten til å ytre sine meninger og belyse problemene som opptar dem.

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



NORSKE LEGER MOT ATOMVÅPEN

Det vi ikke kan kurere,
må vi forebygge! ”

Helene Skovdahl, lege og styremedlem

Leger har en etisk plikt til å hjelpe ved akutt nød. Ved bruk av atomvåpen vil ingen være i stand til å yte nødvendig medisinsk assistanse – skadeomfanget vil være for stort og strålingsfaren for høy. Så lenge atomvåpen finnes, er det fare for at de blir brukt. Derfor engasjerer leger over hele verden seg for å avskaffe atomvåpen.

Bli med på laget du også! Meld deg inn på www.legermotatomvapen.no

FØLG OSS PÅ



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



Æsculap medisinstudentmagasin



aesculapmagasin.no

LIS1

AMALIE KOLLSTRAND

Tekst: Trine Melinda Vollan, skribent i Æsculap

Bilde: Privat



Hvor jobber du nå? Trives du?

Jeg er LIS1 på Arendal sykehus (Sørlandet sykehus). Akkurat nå er jeg på kirurgen, men skal bytte over til medisin snart.

Hvordan ser en typisk hverdag ut?

Dagen starter med morgenmøte på ortopedien og røntgenbildene fra dagen før gjennomgås. Utover det kan dagene variere en del. Det blir som regel litt gipsing, ta imot pasienter i mottak og er man heldig blir det en reponering eller to, og litt synging i løpet av dagen.

Når vi har skadepoliklinikken (typisk brudd og akutte skader) jobber vi fra 07.45-15.00 eller klokken 17.00. Når vi har dagvakt, er det fra 07.45 til 20.00. Og nattevakten er fra 15.00 til 08.30 dagen etter. Dagene varierer veldig, plutselig er det en bilulykke som kommer inn og da er det bare å slippe det man har i hendene.

Hvorfor valgte du å ta LIS1 der du jobber nå?

For det første, hadde jeg hørt mye bra om å være i turnus i Arendal. Man får prøve seg på mye og får tidlig ansvar. Det er godt arbeidsmiljø og man blir tatt godt

imot. I tillegg går ortopedien hjem på natten, så man står alene med det ortopediske (med mindre man må ringe ortopedien, det er lov). Jeg synes man har godt av å måtte å ta ansvar for hvem som skal innlegges og hvem som kan sendes hjem på natta.

Jeg skal ikke stikke under en stol at jeg er fra Arendal, og har samboer og barn her. Var så heldig å få barn under studietiden (anbefales!), så det var ikke aktuelt for meg å ta LIS1 som ikke var i pendleravstand fra Arendal. Dessuten jobbet jeg på sykehuset som medisinstudent med lisens, så det var her jeg hadde best sjanse.

Hvordan var søkeprosessen?

Søkte i Webcruiter og ble kalt inn på teamsintervju. Kjente noen av de som intervjuet meg fra før siden jeg hadde vært LIS1-vikar under studiet. Jeg fikk tilbud om plass på Webcruiter. Helt vanlig prosess tipper jeg.

Jeg er tillitsvalgt nå for LIS1 i Arendal, så jeg får faktisk være med på deler av prosessen nå. Det er spennende å se det utenfra. Det er gøy med så mange veldig flinke folk. Kjedelig at det er få plasser og teit at man ofte må være overkvalifisert for å få LIS1.

Hva er du fornøyd med?

Veldig godt miljø! Ikke bare innad i LIS1 gruppa, men og LIS2 og LIS3.

Hva er du ikke fornøyd med?

Jeg liker jobben min godt, men jeg har andre ting i livet som jeg også liker. Når man først er satt opp på jobb, er det vanskelig å få fri/avspasering. Føler noen ganger det er noen andre som bestemmer over min tid.

Var det noe som gjorde spesielt inntrykk?

Det var ikke én spesiell ting som gjorde særlig inntrykk, heller mer overveldende at det var så mange inntrykk og mye å ta innover seg. I begynnelsen kunne jeg drømme mye på natten om jobben. Kunne drømme at jeg la en gips eller sydde et sår. Husker også at da jeg hadde nattevakt, gruet jeg meg til ortopedien skulle hjem. Nå drømmer jeg mer om varme strender, og tenker ikke på at ortopedien drar hjem i det hele tatt.

Hvordan er arbeidsmiljøet ved LIS1 stedet ditt?

Veldig godt miljø! Ikke bare innad i LIS1 gruppa, men som sagt også med LIS2 og LIS3. Synes også de er veldig flinke folk som jeg lærer mye av.

Hvor mye jobber du hver uke?

Vi har UTA-tid (planlagt overtid) på 16 timer i måneden. I tillegg er det vanlig overtid, og det er sjelden det går

en uke uten. Så får man noen ganger mulighet til å ta ekstravakter. Sist måned hadde jeg et snitt på 47 timer i uka. Ukene og måneden kan variere veldig. Tar man en ekstra 18-timersvakt får man en del ekstra timer bare på det.

Har du gjort noen feil som andre kan lære av?

Mange! Og det må vi snakke mer om. Pleier alltid fortelle feilene mine når jeg har opplæring med nye. Når man starter i LIS1 er man i en utdanningsstilling. Vi kan ikke alt, og det skal vi ikke kunne heller. Alle kommer til å gjøre feil, og det blir man ikke ferdig med heller. Man skal selvfølgelig gjøre alt for å unngå fatale og alvorlige feil, da skal man alltid snakke med en mer erfaren lege. Men man må tåle å gjøre vurderinger. For eksempel, hvis man legger en buddyloop og så skulle det vært kamgips ... Jaja, så får det bli rettet opp dagen etter. Hvis man ikke gjør feil, tar man heller ikke selvstendige vurderinger.

Hvordan er livet utenfor jobb i LIS1?

Veldig bra! Livet i Arendal er bra. Anbefales! Mye av det sosiale i livet mitt skjer med venner fra sykehuset. Er en gjeng som er god til å invitere til torsdagspils, det er hyggelig. Også har jeg en 2-åring som er veldig gøy å henge med. Samboeren er ikke så verst han heller. Kan anbefale han og.

Har du tips til andre som skal starte LIS1?

Få en nær kollega du kan snakke med om det man opplever på jobb. I et hektisk akuttmottak får man ikke alltid fordøyd det som skjer, og det kan være overveldende i starten. Plutselig skal man gjøre mange vurderingen og stå med ting selv. Man kan oppleve litt av hvert. Ha noen å snakke med og luften til. Det tror jeg alle har godt av.

Hva skal du gjøre etter LIS1?

Vanskelig spørsmål. Jeg liker godt vakt, elsker å sove på dagen etter nattevakt og plutselig ha fri en ukedag. Synes ikke det er så ille å jobbe helg heller. Men jeg har lyst å være mer sjef i eget liv. Jeg driver med lokalpolitikk på fritiden, så synes også det kunne vært spennende å jobbe mer strukturelt.

Er det noe du vil anbefale medisinstudenter å fokusere på underveis i studieforløpet, som kan være relevant for LIS-1?

Ikke stress! Mange tenker de skal ha mange verv så det ser kult ut på CVen. Alt i alt handler det om hvor og hva man har jobbet med. Få deg jobb på sykehus og gjør ditt beste på jobben. Vær grei med alle på jobb (og ellers også) og spør når du er i tvil. Jeg tror ikke det er en fantastisk CV eller søknad som gir LIS1, det er jobberfaring. Så enkelt, så vanskelig. (PS. ha verv fordi det er gøy!)

SPESIALISTEN

ØYELEGE

Tekst: Jovana Cvetkovic, skribent i Æsculap



Kari Milch Agledahl, spesialist i øyesykdommer og overlege ved Finnmarkssykehuset, førsteamanuensis ved Universitetet i Tromsø, Norges Arktiske Universitet, leder av den nasjonale forskningsetiske komité for medisin og helsefag (NEM).

Foto: Ingrid Torp. Bildet er tatt ved de nasjonale forskningsetiske komiteene.

Et gammelt ordtak sier at belønningen for godt utført arbeid er muligheten til å gjøre mer. En av de som stadig bidrar mer og hjelper de som trenger det mest er øyespesialisten Kari Milch Agledahl. Agledahl er i dag overlege ved Finnmarkssykehuset i Hammerfest, og i dette intervjuet gir hun oss et unikt innblikk i hvordan det er å jobbe som øyelege i distriktet.

– Jeg syntes alltid at det var morsomt med øyet under studiet, forteller Agledahl.

Det endelige valget om å bli spesialist i øyesykdommer var likevel et resultat av både faginteresse og praktiske forhold. Agledahl forteller at hun alltid har hatt lyst til å forske, og at øyet gir en spennende kombinasjon av utfordringer og delikat detaljarbeid.

– Øyet er et lite organ, men det inneholder ganske mye. Jeg har erfaring med flere LIS-leger som blir overrasket av arbeidsmengden, ler Agledahl.

Videre forteller hun at til tross for at øyespesialitet er et konkret fag, så er det flere aspekter ved faget som gjør det ekstra interessant. I tillegg er det ikke like belastende som andre spesialiteter heller:

– Arbeidet er likevel ikke så belastende som i en del spesialiteter, og øyespesialiteten er et konkret fag, der du faktisk ser prosessene som skjer i organet, fremfor å teoretisere, forklarer Agledahl.

Å jobbe i distriktet

Agledahl er en av de som har vært med på å grunnlegge øyepoliklinikken i Hammerfest, noe som gir henne en stor valgfrihet i hverdagen. Ingen dager er like, og jobben hennes består av både polikliniske, operative og administrative oppgaver. Å jobbe i distriktet er ifølge Agledahl både givende og utfordrende:

– Det er få øyeleger i Finnmark. Pasientene mine blir glade bare de får komme inn på kontoret. Synet er veldig viktig for folk. Som øyelege har man mulighet til å gjøre mye fornuftig, og riktig behandling kan ofte redde synet

til pasientene, noe som er givende i seg selv, forteller Agledahl.

Det er samtidig stort behov for øyeleger i Finnmark, men lite ressurser. Agledahl og kollegaene hennes har derfor et stort ansvar overfor befolkningen bosatt der:

– Det er vanskelig å distansere seg fra jobben når man blir kjent med befolkningen, særlig hvis man er herfra, påpeker Agledahl.

Agledahl opplyser om at det er et veldig stort behov for øyeleger i dag, og at dette er en trygg vei å velge med mange gode muligheter. Hun anbefaler alle med interesse for øyesykdommer om å ta kontakt med en øyeavdeling og spørre om man kan være med yngre LIS-leger eller overleger. Å bli kjent med hverdagen til øyelegene er gull verdt:

– Jeg synes selv at det var vanskelig for meg som student og turnuslege å vite hva disse jobbene egentlig gikk ut på, helt konkret, innrømmer Agledahl.

Medisin og filosofi

I tillegg til å være øyelege, er Agledahl også leder av den nasjonale forskningsetiske komité for medisin og helsefag (NEM). Hun har hovedfag i filosofi og doktorgrad i medisinsk etikk, med hovedvekt på etikken i daglig medisinsk arbeid. Til tross for åpenbare motsetninger, synes Agledahl at medisin og filosofi går hånd i hånd:

– Medisin og filosofi har ulike tenkemåter, som er fascinerende. Filosofi reflekterer over alt, stiller seg kritisk til ting og er lite praktisk, mens medisin er det motsatte. Innen medisin har du et helt tydelig mål og konkrete midler som du bruker på veien, forteller Agledahl.

Agledahl synes at det er lurt å være litt filosofisk i den medisinske hverdagen, særlig når det er mange krav som stilles til leger. Ved å utforske grunnleggende problemstillinger innen helsevesenet fra flere forskjellige vinkler, klarer legene å få en dypere innsikt, samt en bredere forståelse av hva legeyrket og medisinsk praksis faktisk innebærer.



Illustrasjon: Victoria Dontsova

ER ARBEIDSLINJA EN PISK ELLER EN GULROT?

ET INTERVJU MED ARBEIDSMEDISINER EBBA WERGELAND



Tekst: Iver Lars Håvard Koppen, skribent i Æsculap
Bilde: Jens Marius Sæther

Tre minutter av Debatten 22. november 2022 var alt Ebba Wergeland trengte for få en nasjonal debatt om arbeidslinja til å blusse opp igjen.

Siden 1997 har du på ut- og innpust advart om en varslet krise grunnet dagens sosialpolitiske linje. Hvorfor var tiden moden for debatt akkurat nå?

– Trolig flere sammenfallende tilfeldigheter. Fattigdomsproblemet er nå blitt så stort, matkøene øker og dyrtiden gjør at de som akkurat klarte seg før, nå får det svært magert. Også velger jeg å tro at koronaepidemien bevisstgjorde folk om at arbeidsløshet og sykefravær ikke bare kan forklares med individuelle egenskaper, men at det henger tett sammen med samfunnet rundt oss.

Kan du forklare hva arbeidslinja innebærer?

– Arbeidslinja som begrep har de siste tiårene skiftet betydning. Før gikk man normalt ut fra at folk forsøkte å forsørge seg gjennom arbeid etter beste evne. Hvis man kom ut for problemer, enten ved sykdom, alderdom eller at man ikke fant seg egnet arbeid, skulle Folketrygdloven gi oss økonomisk trygghet, slik det fortsatt står skrevet i lovens formålsparagraf. Jeg liker derimot å kalle dagens arbeidslinje for en «mistillitslinje». Dagens trygde- og sosialhjelpssystem gjennomsyres av ideen om at de trygdede ikke har arbeid som førstevalg, fordi livet på

trygd er for godt. De må derfor motiveres sterkere. Og hvordan? Jo, ved å kutte i trygdene og påføre dem økonomisk utrygghet. Gjennom å gjøre livet deres magert, skal de, som det heter, «stimuleres» til arbeid.

Hvor kommer disse ideene bak dagens arbeidslinje fra?

– De kan iallfall spores tilbake til tidlig på 1800-tallet i England. Det er de samme fordommene som datidas velstående klasser hadde om de fattige, eller «de andre». Altså de som mottok datidens fattighjelp. På den tiden hadde selvsagt ikke arbeiderklassen så mye de skulle ha sagt. Prinsippet bak disse ideene blir av historikere kalt prinsippet om den laveste attraktivitet. Det står blant annet i en rapport fra 1834 om de engelske fattiglovene, og det innebærer at «fattighjelpen ikke skal være så attraktiv som stillingen til den uavhengige arbeider av den laveste klasse.»

Når ble det igjen vanlig å tenke på en slik måte i Norge?

– I Norge er det rimelig å si at det begynte med Attføringsmeldinga og Velferdsmeldinga på 1990-tallet under Brundtland-regjeringen. Disse

stortingsmeldingene lanserte ideen om at trygdeordningene måtte brukes for å stimulere folk til å komme seg i arbeid. Trygde- og sosialhjelpsmottakernes reelle behov kom i annen rekke. Denne måten å tenke på er det nye innholdet i begrepet «arbeidslinja.» I en artikkel i Klassekampen i 2011 skrev Aps arbeidsminister Hanne Bjurstrøm at prinsippet bak regjeringens fattigdomspolitikkk var at «de økonomiske stønadene personen mottar skal være lavere enn de laveste lønningene i arbeidsmarkedet.» Høres det kjent ut?

Men du nevnte også at andre ideer tidligere har dominert sosialpolitikken. Hvorfor tenkte man annerledes da?

– For det første erfarte gamle dagens overklasse etter hvert at man ikke klarte å gjøre slutt på fattigdom ved å kutte ytelsene til folk. For det andre fikk den gryende arbeiderbevegelsen gradvis mer og mer politisk makt utover første halvdel av 1900-tallet. Det var i denne gruppen av mennesker at risikoen for å bli fattig var størst. De forsto at fattigdom ikke er noe man velger, men noe man havner i, ofte på grunn av alder, sykdom eller ulykker. De visste av erfaring at ingen kunne



Bilde: Martin Guttormsen Slørdal

helgardere seg mot slikt, og derfor ønsket de å løse arbeidsløshet og utstøting som et systemproblem, i stedet for å skylde på manglende arbeidsvilje hos dem som ble rammet.

Det er dette du mener at den nye arbeidslinja i sosialpolitikken bryter med?

– Ja! Det er en politikk for «de andre» igjen. Når du lager en regel for deg og dine, så har du lett for å sette deg inn i situasjonen deres, du stoler på dem og regner med at uhell kan skje. For eksempel vedtok flertallet på Stortinget i 2016 å forlenge etterlønsperioden for stortingsrepresentanter fra ett til to år. De visste at det kunne være vanskelig å finne seg en egnet jobb dersom man som stortingsrepresentant hadde vært fraværende fra det normale arbeidsmarkedet en stund. Dette vedtaket ble raskt omgjort på grunn av massiv kritikk fra journalister som påpekte at dette var et brudd på arbeidslinja. Vanlige folk får jo bare dagpenger ved arbeidsløshet, ikke en gunstig etterlønn.

Når Wergeland forteller om slike eksempler, blir hun veldig engasjert og tydelig opprørt.

– Men egentlig burde jo journalistene ha sagt: Flott! Dere har skjont det. Nå må alle arbeidssøkere få oppleve den samme tilliten. Stortingsrepresentanter kan iblant trenge lang tid på å finne nytt, egnet arbeid. Men det kan alle andre arbeidsløse og attføringsklienter også.

Som lege og spesialist i arbeidsmedisin har Wergeland møtt utallige personer som har støtt på problemer i arbeidslivet eller havnet utenfor.

– Det er ikke spontant som akademiker at jeg har skjont det jeg tror jeg skjønner av sosialpolitikk. Det er nok mest fordi jeg gjennom årene som arbeidsmedisiner har møtt så mange pasienter med mange slags erfaringer, og vært invitert på møter med fagforeninger og klubber innenfor mange forskjellige bransjer. For mange har arbeidslinja og fordommene som ligger under, medført store problemer. Mange skrivebordsteorier blir lansert uten egentlig kjennskap til forholdene.

Har du et eksempel på en slik skrivebordsteori?

– Å ha et ideal om at dagpengeperioden bør være kortest mulig, fordi da kommer folk seg raskere ut i arbeid, er et godt eksempel. Jeg tviler ikke på at det stemmer, for alle som trenger en inntekt å leve av. Når dagpengene utløper, må de godta de arbeidsvilkårene de får. Dårlige dagpengeordninger skaper flere desperate jobbsøkere

Folketrygdens formålsparagraf §1-1

§ 1-1. Formål

- ◆ Folketrygdens formål er å gi økonomisk trygghet ved å sikre inntekt og kompensere for særlige utgifter ved arbeidsløshet, svangerskap og fødsel, aleneomsorg for barn, sykdom og skade, uførhet, alderdom og dødsfall.
- ◆ Folketrygden skal bidra til utjevning av inntekt og levekår over den enkelte livsløp og mellom grupper av personer.
- ◆ Folketrygden skal bidra til hjelp til selvhjelp med sikte på at den enkelte skal kunne forsørge seg selv og klare seg selv best mulig til daglig.

og åpner for sosial dumping av NAV-klientene. «Sosial dumping» betyr at du blir tilbudt dårligere arbeidsvilkår enn det som er normalt, og ikke kan si nei.

Jeg antar at du har et annet ideal?

– Som arbeidsmedisiner sier jeg at du får bare et godt arbeidsmiljø, uansett hvordan samfunnet ellers er, hvis jobbsøkeren er trygg nok økonomisk og sosialt til å si nei takk til dårlige arbeidsvilkår – altså dårlig arbeidsmiljø. I flere år foreleste Wergeland på medisinstudiet ved UiO om å skrive «forsvarlige sykemeldinger», mens skiftende regjeringer sa at fraværet måtte ned.

– Da forsøkte jeg å forklare at sykemeldingen var en del av behandlingsmulighetene. Legens ansvar er å dosere den riktig, ikke mest mulig eller minst mulig. En godt tilpasset sykemelding kan spare medikamentbruk, forkorte sykdomsforløpet og bedre prognosen. Å bidra til best mulig prognose for pasienten, må være legens utgangspunkt, ikke å sykmelde minst mulig eller kortest mulig tid.



Bilde: Jan-Erik Østlie

Noen andre tips til oss medisinstudenter som fremtidige leger?

– Iblant kan gradert sykemelding være lurt hvis arbeidsplassen er innrettet slik at det er lett å definere avgrensede arbeidsoppgaver, men ofte er det vanskelig å finne egnet arbeid til den som er halvt sykmeldt. Da er det viktig at legen presiserer at halv sykemelding betyr halv arbeidstid. Hvis ikke kan arbeidsgiver kreve at den som går for halv maskin skal være på jobb full tid. Det skyldes en merkelig nytolkning av loven. Før var det selvsagt at graderingen gjaldt arbeidstida, og skulle skjerme den sykmeldte. Nytolkningen er antakelig ment å gi arbeidsgiver «valuta for pengene». En halvt produktiv ansatt må stå full dag for å fortjene den halve lønna arbeidsgiver betaler den halvt sykmeldte. Men hvor blir det da av skjermingen?

Videre tilføyer Wergeland at det ikke er lange sykemeldinger som øker risikoen for å bli uføretrygd.

– Det er også grunn til å være skeptisk til en del av NAVs påstander om fravær. Det er for eksempel ikke riktig at lang sykmelding øker risikoen for å bli uføretrygd, som NAV sier. Bak lange sykemeldinger ligger gjerne alvorlig

diagnoser eller dårlig tilrettelagte arbeidsforhold. Det er dette som øker risikoen for uføretrygd, ikke antallet fraværsdager. Størst risiko for å bli uføretrygd finner vi i fysisk krevende lavtlønnsyrker. De har ofte arbeidsgivere som foretrekker å ansette nye folk framfor å gjøre noe med arbeidsforholdene som skaper uførhet. I gamle dager sa vi at uføretrygden dekket næringslivets utstøtingsbehov.

I dag kan vi lese i avisene at NAV-klienter har blitt henvist til Frelsesarmeen for å få tak i tilstrekkelig mat. Ebba Wergeland er ikke overrasket. Det er ikke første gang Frelsesarmeen slår alarm om fattigdom blant dem som lever av trygd eller sosialhjelp.

– De fordomsfulle ideene fra 1800-tallet løste ikke fattigdomsproblemene da, og de fungerer ikke nå heller. Forhåpentligvis skjønner politikerne dette snart. Det er viktig å understreke at det ikke er de NAV-ansatte eller NAV-direktøren som har bestemt dette. Den nye arbeidslinja i sosialpolitikken er vedtatt og enn så lenge godtatt av flertallet på Stortinget. Den skaper økonomisk utrygghet, som er akkurat det motsatte av formålet med Folketrygden. Stortinget må lese formålsparagrafen.



Illustrasjon: Lea Taraldsrud Dormagen

NÅR VOLD ER HVERDAG

Forkortelsen HBS ropes i akuttmottaket. En sykepleier forklarer at det står for “hit by soldier,” mens hun trekker opp en sprøyte med beroligende. Som du kanskje forstår, er ikke dette på et norsk sykehus.

Tekst: Amanda Hylland Spjeldnæs, Kristine Arbo de Besche, Ola Løkken Nordrum, Birthe Wathne, Veronica Sørensen, Emma Marshall, Hamza Bashir Ahmed, Sandra Torstensen Tøftum, Vegard Bonsaksen, Andrea Dahlen, Sehee Rim

Vold på Vestbredden øker. I juli 2022 var vi ti norske medisinstudenter som reiste til Vestbredden i regi av NorPal-Sawa for å hospitere på et offentlig kirurgisk sykehus. NorPal-Sawa er et samarbeidsprosjekt mellom Norsk Medisinstudentforening (Nmf) og International Federation of Medical Students' Associations (IFMSA) i Palestina, og i 2022 var det tiende gang det ble gjennomført.

Vi har diskutert mange ganger hva hensikten med hospiteringen i Palestina er. Hjelp? Nei, helsepersonell i Palestina er mye dyktigere enn oss. Lære om legefaglig arbeid? Ja, men det kunne vi gjort i Norge også, uten å føle oss til bry for leger og sykepleiere som har hendene fulle av skuddskadde kroppar i et oversvømt akuttmottak, på operasjonsstuer og sengeposter. Vi har blitt enige om at hensikten med NorPal-Sawa er å lære om globale helseutfordringer, vise solidaritet med det palestinske folket og å være talerør for leger og medisinstudenter som daglig behandler palestinere med fysiske og psykiske skader som følge av okkupasjonen.

Spesielt noen av opplevelsene fra hospiteringen på sykehuset gjorde sterke inntrykk på oss, siden de viser hvor brutal virkeligheten for vanlige palestinere kan være.

Ahmed

Tenåringen så livredd ut da legen inspiserte ryggen hans. Vi tok oss selv i å gispe «Wow!» da vi så skuddskaden, men smilte raskt til Ahmed etterpå for å ikke spre mer bekymring enn nødvendig. De var to tenåringer som hadde blitt fraktet til sykehuset for noen timer siden, etter at israelske soldater skjøt mot dem. 200 israelske soldater tok seg inn i flyktningleiren som tenåringene bodde i for å arrestere noen palestinere, og tenåringene hadde kastet stein mot soldatene for å forsvare leiren. Soldatene svarte med kuler. Kulen som traff Ahmed i ryggen gikk heldigvis ikke gjennom brystet, men streifet i stedet oppover og lagde en dyp rift i huden. Guttene hadde millimeterne på sin side denne gangen. Legen gjentok at tenåringene var heldige.

“ **Kulen som traff Ahmed i ryggen gikk heldigvis ikke gjennom brystet, men streifet i stedet oppover og lagde en dyp rift i huden.** ”

Asif

Den voksne mannen ble i hui og hast fraktet av ambulanspersonellet til traumerommet i akuttmottaket. Alle løp inn: leger, sykepleiere, medisinstudenter, andre pasienter og en politikonstabel som stilte spørsmål til halv våkne Asif. Sett utenfra lignet det på kaos. Etter noen minutter ble mannen fraktet ut igjen til ambulansen for å kjøres videre til et privat sykehus. Her var nemlig CT-maskinen ute av drift, og legene mente det var nødvendig med CT-bilder av mannen med store skuddskader og blødninger, før videre behandling. Tilgangen på medisinsk utstyr på Vestbredden er begrenset, fordi alt må gjennom Israel. Kontrasten mellom det offentlige sykehuset og det private sykehuset, som er tilgjengelig for en velstående minoritet, er stor. Asif døde i ambulansen på vei til det andre sykehuset.

“ **Her var nemlig CT-maskinen ute av drift, og legene mente det var nødvendig med CT-bilder av mannen med store skuddskader og blødninger, før videre behandling.** ”

Ali

En ung mann som var for sliten til å snakke så oss inn i øynene, mens moren hans fortalte. Ali jobbet i Israel og krysset grensen fra Vestbredden daglig, som tusenvis av andre palestinere som jobber i yrker som er helt nødvendige for det israelske samfunnet. Den israelske arbeidsgiveren hadde ikke skaffet Ali visum fra israelske myndigheter, så han snek seg gjennom et hull i gjerdet. Denne ruta er brukt av mange palestinere som ikke finner jobb på Vestbredden, og ruta er kjent for israelske soldater. I morges fant en taxisjåfør Ali livløs i en bloddam ved gjerdet. Han hadde blitt banket opp av israelske soldater og blitt liggende gjennom hele natten med livstruende blødninger. Ali ble fraktet til sykehuset og fikk en omfattende bukoperasjon. Moren fortalte at når han blir skrevet ut av sykehuset, er det første som skjer at Ali må finne en ny jobb. Han mistet jobben han hadde i Israel.

“ **I morges fant en taxisjåfør Ali livløs i en bloddam ved gjerdet.**

Amir

En 16-åring med blodig oppkast ankom med ambulansen om natten. Ambulansepersonellet løp inn med båren, samtidig som de prøvde å gjenopplive den bevisstløse gutten. Hjerte-lunge-redningen fortsatte mens anestesilege ble tilkalt. Etter ti minutter hadde Amir fortsatt ikke lysreaksjon i pupillene. Han var død. Guttens far presset seg frem for å utføre en manuell "hjerte-lunge-redning" ved å legge den ene hånden på framsiden og den andre på baksiden av guttens brystkasse, og presse hendene sammen. Faren ble til slutt ført ut av helsepersonellet, mens han skrek og slo i veggene. Vi stod igjen alene med gutten som hadde en tube halvveis ned i halsen, armer og bein slengt i alle retninger og var dynket i blod. Amir hadde sannsynligvis en ubehandlet levercirrhose med blødende øsofagusvaricer. Han kom fra en fattig landsby og jobbet som byggarbeider på israelsk side. I kveld ble han sendt hjem av arbeidsgiveren, da han begynte å kaste opp. En lege i landsbyen tilkalte ambulanse, men det var dessverre for sent.

“ **Vi stod igjen alene med gutten som hadde en tube halvveis ned i halsen, armer og bein slengt i alle retninger og var dynket i blod.**



Bilde: Privat

Etter at Amir døde, foreslo en av oss norske medisinstudenter at vi skulle dele tanker og følelser fra det som nettopp hadde skjedd, ved en debrief. I Norge er det ikke vanlig at en ung gutt dør på denne måten. De palestinske studentene svarte med å spørre «Hva er en debrief?». I Palestina er vold fra okkupasjonen en del av hverdagen og ikke noe det er tid til å reflektere over hver gang.

Kjære palestinske leger og medisinstudenter, vi ser og støtter dere!

Beskrivelsene ovenfor er basert på historier fra pasienter vi møtte på sykehuset, men er anonymisert, og detaljer er utelatt, av hensyn til pasientene og familiene deres.

RUSPROBLEMER I NORGE:

KRIMINALISERING, STIGMATISERING OG MANGELFULL BEHANDLING?

Tekst: Tallak Lyngset, skribent i Æsculap
Illustrasjon: Mia Emilie Andresen Reinen

Ifølge FHI er det om lag 300.000 rusmisbrukere i Norge (1), og hver femte nordmann vil oppleve en rusrelatert lidelse i løpet av livet. (2) Rusreformen ble skrotet og det å være syk er fortsatt ansett som kriminelt i Norge. Personer med ruslidelser bli oftere mer syke, har ofte påfølgende psykiske plager og det rusproblemet er forventet å skjære av 15-20 år av forventet levealder. Er dette en gruppe medmennesker vi har overlatt til påtalemyndighetene, eller er dette mennesker som egentlig fyller alle krav til medisinsk hjelp?

Personer med rusmiddellidelser opplever ikke bare stigmatisering i samfunnet og av myndighetene. Denne pasientgruppen føler seg også stigmatisert av helsepersonell. Mange mennesker med rusproblematikk forteller ofte at de føler seg som annenrangs mennesker ifølge Norsk Pasientforening. Utredning av sykdommer hos rusmisbrukere tar lengre tid, behandlingstilbudet preges av redusert antall diagnostiske prosedyrer og tiden mellom diagnose og behandlingsoppstart er ofte forlenget. (3) Det er selvfølgelig multifaktorelt og rusmisbrukere er en pasientgruppe som ofte utøver lite compliance. Dette fører til at de oppsøker helsehjelp sent og at oppfølging kan utebli.

Men når de først oppsøker hjelp, hva er da grunnen til at så mange med rusproblemer føler at det ikke blir hørt og sett av helsepersonell som skal hjelpe dem? Er det tanken om at dette er et selvpåført onde, at det å bli rusmisbruker et valg de har tatt? Fordommer mot pasienter er et problem vi alle kommer til å møte på, men på lik linje som at pasienter kan ha genetisk predisposisjon for å få akutt koronarsyndrom, så kan også avhengighet skyldes genetisk nedarving. I tillegg blir også rusbrukerne eldre i dag, og det betyr at de får de samme plagene som resten av normalbefolkningen - også somatiske plager.

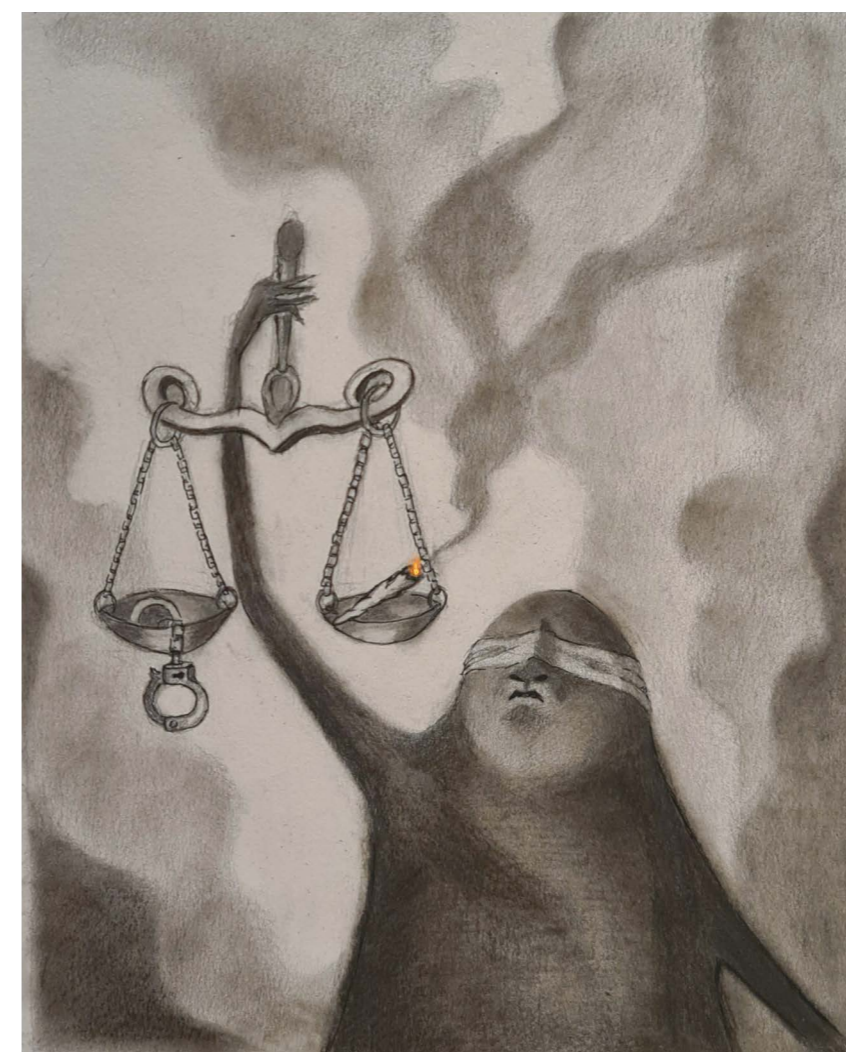
Det er et klart politisk skifte et sted der i horisonten, hvor strafferammene for brukere skal ned. Det er et paradoks at rusmisbrukere på den ene siden får utdelt brukerdoser med metadon, og på den andre siden blir straffeforfulgt. Legemiddelassistert rehabilitering (LAR) er et godt tilbud for mange, men det er også et tilbud som i aller høyeste grad gir pasientene en følelse av å bli kriminalisert. Med det strenge regimet, føler mange pasienter at de blir sittende fast i systemet og at det er et stort maktforholdet mellom de som forordner metadon og dem selv. LAR er et veldig godt alternativ for å forhindre intravenøs rusmisbruk, rusrelaterte sykdommer og dødelighet, men systemet kan også forbedres. Over 50% av LAR-pasienter har ikke tillit til LAR sin nedtrappingsplan. Nesten 1 av 3 oppgir at de ønsker å slutte behandling på grunn av hvor rigid de opplever behandlingsplanen (4). Når brukere har en "sprekk" eller sidemisbruk fordi de ikke får hjelp til andre type smerter, fysisk og psykisk, kan de risikere å bli kastet ut av behandlingen - men er det ikke da de trenger hjelp mest?

“**Dødelighet blant LAR-pasienter er 50% lavere enn pasienter utenfor programmet**”

Dødelighet blant LAR-pasienter er 50% lavere enn pasienter utenfor programmet (5), og dette er tall vi skal være stolte av. Med lavere dødelighet følger også et lengre liv, som igjen fører til somatiske plager, som nevnte tidligere. De fleste rusmisbrukere har levd et tøffere liv enn de fleste av oss. Har vi tilstrekkelig kompetanse til å hjelpe LAR-pasienter med å lindre disse symptomene? Bør ikke også de ha tilgang på smertestillende og annen behandling for å lindre sine plager, eller antar vi at dette er en form for misbruk? Bør vi ikke stole på at smertene opplevd av rusmisbrukere er like ekte som hos resten av befolkningen? Hvordan skal vi møte rusmisbrukerne med smerter og andre somatiske plager uten mistanke om at dette er et forsøk på å skaffe seg mer rusmidler, uten å gi dem en følelse av å bli straffet?

Det er avgjørende at helsepersonell har tilstrekkelig kompetanse når vi jobber med LAR-pasienter. Tillit og brukermidvirkning fremmer tillit og etablerer godt samarbeid. Følelsen av ikke å bli trodd, hørt eller tatt på alvor oppleves som straff og stigmatisering. Selv om denne formen for "straff" ikke er like håndgripelig som et forenklet forelegg, kan det være en straff som følger mange av disse pasientene gjennom hele livet. En pasientgruppe som også er syke, og de fortjener å bli behandlet med samme respekt og verdighet som andre pasientgrupper. Det er viktig å lytte til deres behov, se dem og anerkjenne deres lidelse for å kunne gi adekvat behandling.

“**Det er avgjørende at helsepersonell har tilstrekkelig kompetanse når vi jobber med LAR-pasienter.**”



Litteraturliste

- [1] Jørgen Gustav Bramness. (2014, 30.juni). Rusmiddellidelser i Norge. FHI.
- [2] Dagbladet. (2017, 26.september). Rusmisbruk. Dagbladet.
- [3] Vårt land. (2020, 6.mars). Rusmisbrukere stigmatiseres i helsevesenet. Vårt land.
- [4] G. Welle-Strand, R. Bjørnstad, I. K. Olsen og M. Pierron. (2021, 3.november). Hvordan opplever brukerne LAR-behandlingen de mottar, og i hvilken grad medvirker de i egen behandling? proLARNett.
- [5] Nasjonal kompetansetjeneste for samtidig rusmisbruk og psykisk lidelse (NKROP). (2015, 27.mars). Hva har vi oppnådd med LAR? NKROP.
- [6] European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction. (2022, 31. august). Frequently asked questions (FAQ): drug overdose deaths in Europe. European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction.

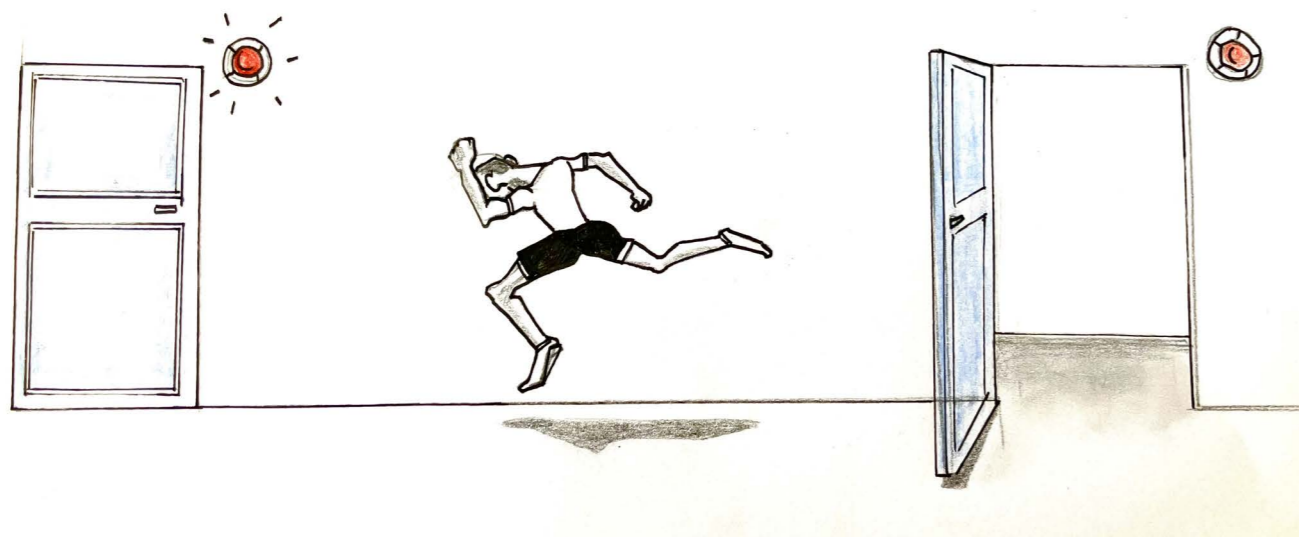
ELDREBØLGENS PÅVIRKNING PÅ HELSESYSTEMET

Tekst: Samsam Sharif, skribent i Æsculap
Illustrasjon: Lea Taraldsrud Dormagen

Mange pasienter, deres pårørende og ansatte merker ubalansen mellom tilbud og etterspørsel på for eksempel: helsetjenester, helsefagarbeidere, sykepleiere, leger, senger og annet nødvendig utstyr for å gi god eldreomsorg. Hvordan blir dette i fremtiden, spesielt med tanke på at disse tjenestene brukes hyppigere av eldre? [1]

I 2030 regner man med at det for første gang vil være flere eldre enn barn i Norge [2]. Fremtidige estimater indikerer en stor økning i andelen yngre seniorer (65-79 år) og eldre seniorer (80+ år) [3]. For menn og kvinner er gjennomsnittlig levealder ved fødselen i dag henholdsvis 82 og 85 [4]. Samtidig som det er en økning i forventet levealder, har det vært en nedgang i fødselstall [5].

Dagens eldre befolkning stiller større krav til helsetjenester. Eldre med helseproblemer lider ofte av flere lidelser eller sykdommer [6]. Vi har imidlertid begrensede ressurser i helsesystemet [7]. Vi observerer stadig at det er vanskelig å rekruttere og beholde



“**Lav bemanning, høyt tempo, hyppige endringer, og ugunstige arbeidsforhold er årsaker til at helsefagarbeidere og sykepleiere slutter på jobben.**”

utdannet personell på sykehjem og hjemmesykepleien [8]. Lav bemanning, høyt tempo, hyppige endringer, og ugunstige arbeidsforhold er årsaker til at helsefagarbeidere og sykepleiere slutter på jobben [9].

Med flere eldre hjemme og på sykehjem, er hjemmebesøk/sykehjemsbesøk fra fastlegen essensielt. Likeledes er det mangel på leger. Kommuner melder om fastlegemangel [10]. Det ble likevel kutt i antall nye LIS1-stillinger for nyutdannede leger i 2023, som kunne spesialisert seg innen allmenmedisin [11].

Det har vært overbelegg på flere sykehus [12]. Høyt belegg kan føre til tidlig utskrivning av eldre pasienter til sykehjem eller hjemmesykepleien [13]. Etter sykehusinnleggelse er det derimot mange eldre som trenger korttidsopphold, men det er ikke nok ledige

korttidsplasser [14]. Konsekvenser av dette kan være at utskrivningsklare eldre må tilbringe lengre tid på sykehus [15]. Dette kan igjen øke risikoen for sykehuservervede infeksjoner hos eldre pasienter [16]. I tillegg blir pasientflyt og tilgang til omsorg for andre pasienter forstyrret.

Rekruttering til helsetjenesten i kommunene er allerede en stor utfordring [17]. Hvordan skal da sykehjemmene sikre at de har ansatte med høy kompetanse med det som kreves i spesialisthelsetjenesten, for å ivareta de eldre som kommer rett ut av sykehus? [18]

Vi må prøve å finne bedre løsninger på hvordan vi kan tilpasse oss den eldre befolkningen. Det er scenarier der offentlig politikk kan bidra til å takle slike konsekvenser av befolkningens aldring [19].

“**Kommuner melder om fastlegemangel. Det ble likevel kutt i antall nye LIS1-stillinger for nyutdannede leger i 2023, som kunne spesialisert seg innen allmenmedisin.**”

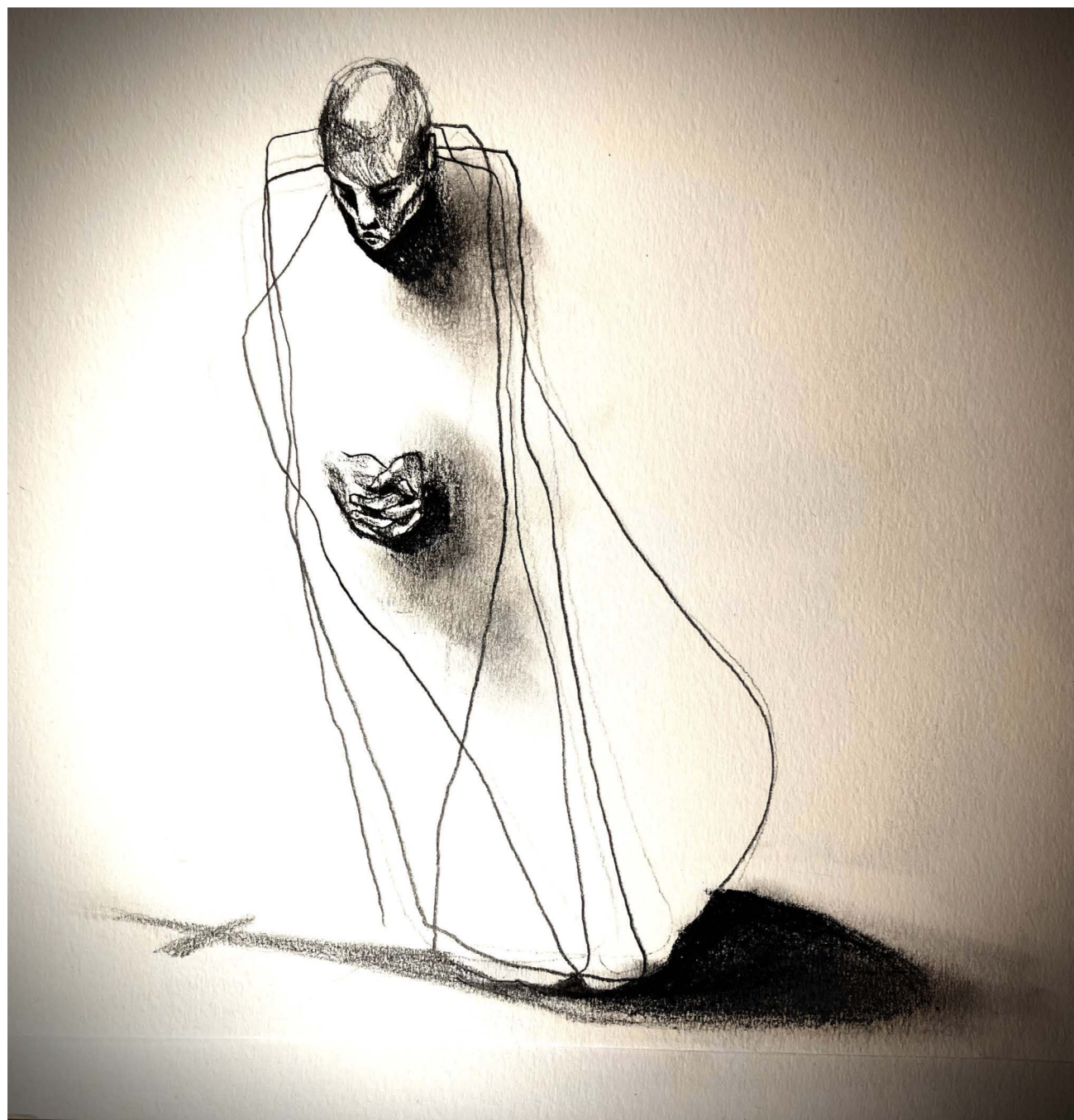
Litteraturliste

- | | | |
|---|--|---|
| [1] Lunde, E. & Vold, B. (2013, Juni). Eldre menn bruker fastlegen mest. Statistisk sentralbyrå. | [8] Mangel på personell og kompetanse truer eldreomsorgen. OsloMet. | [15] Eriksen, G. A. (2023, 9. Februar). 11 eldre står i kø for sykehjem – 6 er utskrivningsklare fra UNN. Harstad Tidende. |
| [2] Statistisk sentralbyrå (2020, 3. Juni). Snart flere eldre enn barn og unge. | [9] Svendsen, K. E. (2022, 14. September). Derfor slutter helsefagarbeidere og sykepleiere før tida. Fagbladet. | [16] Toh, H. J., Lim, Z. Y., Yap, P., & Tang, T. (2017). Factors associated with prolonged length of stay in older patients. Singapore Medical Journal, 58(3), 134–138. |
| [3] Strand, B. H., m.fl. (2014, 17. September). Helse hos eldre. Folkehelseinstituttet. | [10] Allmenlegeforeningen. (2023, 1. Januar). En av 24 står nå uten fastlege. Den norske legeforening. | [17] By, E. G. (2018, 18. Juni). Nyutdannede sykepleiere vil ikke jobbe i kommunene. |
| [4] Syse, A., & Strand, B. H. (2022, 12. Desember). Hva betyr økt levealder for den framtidige (potensielle) arbeidsstyrken? Søkelys på arbeidslivet - Idunn. | [11] Hole, M. J. (2022, 8. Oktober). Halverer antallet nye LIS1-stillinger. Yngreleger. | [18] Ree, S.R. (2022, 10. November). Sykehjem—Et ufortjent dårlig rykte! Norsk Sykepleierforbund. |
| [5] FHI. (2022, 21. Januar). Fødsel-nedgangen snudde under pandemien. Folkehelseinstituttet. | [12] Nilsen, T.M. (2023, 17. Januar). Sykehustalen 2023: – Alvorlig for sykehusene. Den norske legeforening. | [19] Marois, G., Bélanger, A., & Lutz, W. (2020). Population aging, migration, and productivity in Europe. Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America, 117(14), 7690–7695. |
| [6] Statistisk sentralbyrå (2005, 27. September). Kvinner lever lenger — Med flere sykdommer. | [13] Fonn, M. (2022, 28. August). Sykepleierne er fortvilet når de sender eldre pasienter rett hjem fra sykehuset. Sykepleien. | |
| [7] Wisløff, T. (2015, 25. August). Prioriteringskriterier i helsetjenesten. Tidsskrift for Den norske legeforening. | [14] Gautun, H. (2022, 19. September). For mange eldre skrives ut fra sykehus til eget hjem. | |

REFLEKSJONER RUNDT DØDEN I ET MEDISINSK PERSPEKTIV

Tekst: Tim van Dijk, skribent i *Æsculap*

Illustrasjon: Lea Taraldsrud Dormagen



Vi møter døden, før eller senere, som en del av vår profesjon eller i vårt personlige liv. Halvparten av pasientene dør på sykehjem, en tredjedel på sykehus og et drøyt mindretall hjemme (1). Det er tøft å være døende – det innebærer å bli pasient og å være sårbar. Som helsepersonell hjelper vi de døende med vår medisinske kompetanse. Vi tilbyr for eksempel palliasjon, hvor hovedfokuset er lindring og økt livskvalitet. Dette er et økende satsingsområde i vårt helsevesen (2). Samtidig viser pasienter et særegent behov i møte med livets siste fase, nemlig om livets betydning i seg selv – kall det for livets prosjekt. Anestesi- og sykehjemslege Sebastian von Hofacker poengterer dette større behovet som oppstår hos pasienter som nærmer seg døden som en slags “eksistensiell nød”. Etter å ha jobbet med de sykeste pasientene våre, går hans medisinske filosofiske tilnærming på helhetlig lindring: Den består av det faglige: god smertelindring, med vekt på en kompetent ledsager pasienter har tillit til. Samtidig skal man involvere pårørende som ressurs; det er tross alt de som kjenner pasientene best. Hvordan kan helsepersonell få dette til i en allerede krevende hverdag med bemanningsutfordringer og budsjettering? I møte med eldrebølgen vil ikke dette bli en enklere jobb. Von Hofacker foreslår at vi engasjerer lokalsamfunnet i palliativ omsorg, tenke utenfor boksen og samarbeider mer på tvers av medisinske disipliner (3). Uansett, livets sluttprosjekt går på mer enn smertelindring.

Den offentlige debatten har vært preget av dødens betydning fra et pasientperspektiv. Per Fugelli dyrket grobunn for samtaler om døden i ‘Døden Skal vi Danse?’ (2010). Han flatterte ikke døden, for han så på døden som tøff. Boken tilbyr ærlige dødsbetraktninger. Den som dør opplever fortvilelse, tap av kontroll, identitetsendring og redsel. “Gudestoffet”, ifølge Fuggeli, er at pasienter har et behov for trygghet, verdighet og tillit. Ved å reflektere over ens egen død, får man en slags dødsbevissthet. Dette er ikke like lett i et samfunn som idealiserer friskhet og ungdommelighet, og som betrakter alderdommen som noe negativt. Men det å reflektere rundt døden er viktig, og det burde ikke være en en tabu (3).

En annen utfordring som oppstår i helsevesenets samspill med døden er hvorvidt en pasient er samtykkekompetent. Når sykdommen har kommet langt, og pasientens historie ikke er godt kjent, vil vi være avhengige av pårørende når det gjelder pasientens siste ønsker. I Tidsskriftet for den norske Legeforeningen omtales en 30-år gammel pasient med alvorlig progredierende sykdom som ønsket å stanse videre behandlinger. Det var for lite kjennskap til pasientens forhistorie. Saken ble tatt opp i etisk komité, men pasienten døde kort tid etter (4). Dette illustrerer at pasienter er individer med egne behov og ønsker i livets siste øyeblikk, men at pasientautonomi er en medisinsk-etisk utfordring. Beslutningsgrunnlaget er tynt når man ikke kan konsultere med de som har fulgt pasienten i lengre tid. Helsepersonell tar krevende beslutninger som berører pasienter på et personlig plan og må veies opp til pasientens egne ønsker. Det er ikke lett. Vi kan trygt si at det er beundringsverdig å se hvordan helsepersonell tar disse beslutningene allikevel, og hvordan de tar vare på de sykeste pasientene våre med begrensede ressurser. I den travle arbeidshverdagen klarer hjelpepleierne, sykepleierne og legene å være gode omsorgspersoner – til tross for utfordringene diskutert ovenfor. “De er både engler og kaospilot gjennom overarbeidede dager og netter” (5).

Avslutningsvis kan vi ta et steg tilbake: Vi er alle på våre oppdagelsesreiser, og en dag vil dette gå mot slutten. Spørsmål om liv, død, mening, angår oss alle, også i medisinsk sammenheng. Å la dette temaet ligge latent vil føre til at det blir en tabu å snakke om døden. I moderne tid har flere et sekularisert dødsperspektiv, noe som kan tilby sine egne utfordringer når religiøse rammer mangler (6). Vi bør ta dette opp og engasjere oss i spørsmål som oppstår livets siste fase. Pasienter har individuelle syn på døden, og som helsepersonell må vi ikke kvie oss for å snakke om dette med pasienten. Det å møte pasienter og pårørende med åpent sinn og å lytte, er alltid en god start.

Litteraturliste

- | | |
|--|---|
| [1] Helsedirektoratet (2017): “Lindrende behandling i livets sluttfase”. Hentet februar 2023. | [4] Larsen, B.H., Andersson, H., Førde, R. (2013). Pasientautonomi er ingen enkel sak. 133: 1955-7. |
| [2] FHI (2014). Livets sluttfase - om å finne passende behandlingsnivå og behandlingsintensitet for alvorlig syke og døende. Rapport fra kunnskaps-senteret, nr. 18. | [5] Fugelli, Per (2010). Døden, skal vi danse?, Oslo: Universitetsforlaget. (side 90). |
| [3] Sebjørnsen, A.K: (2022). Intervju: “Fullførelsen av pasientens livsprosjekt”. Tidsskrift for den Norske Legeforening (18). | [6] Gamlund, E. & C.T. Solberg (2020). Hva er døden? Universitetsforlaget. |

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.

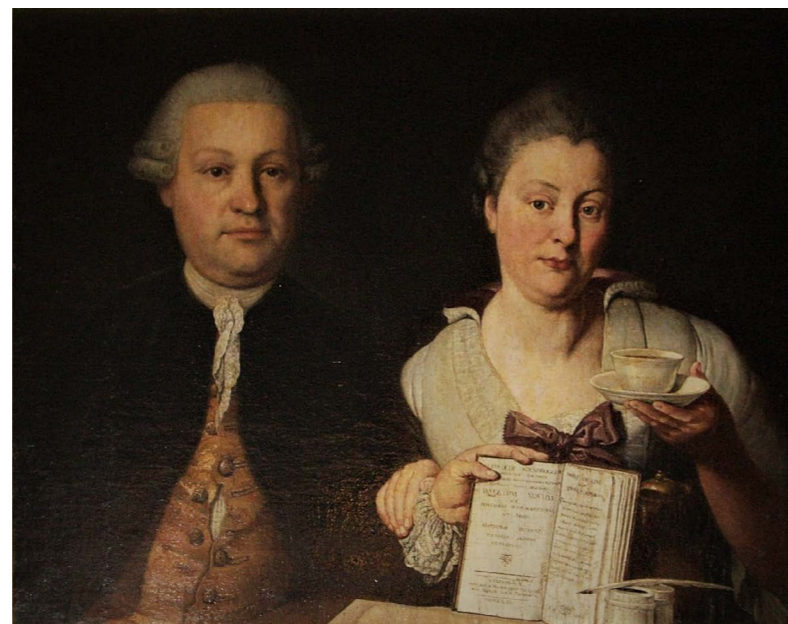
Perkusjon

Det hender at opplevelser i barndommen bearbeides ubevisst i hukommelsen, slik at de kommer til praktisk anvendelse senere i livet. Slik gikk det iallfall med østerrikeren Joseph Leopold Auenbrugger (1722-1809). Han vokste opp som sønn av en vertshusholder, og måtte naturligvis hjelpe til i huset hvor gjestene kom og gikk. I vertshuset «Zum schwarzen Mohren» i Graz hadde faren vist ham hvordan man kunne bedømme innholdet i vinfatene ved å banke på tønne.

Noen karriere som vintapper ble det likevel ikke. I stedet begynte unge Joseph å studere medisin ved universitetet i Wien, og han slo seg senere ned som lege i hovedstaden. Han kom til å praktisere ved Spanisches Spital, og her undersøkte han folk som hadde fått lungesykdommer etter å ha arbeidet i årevis i de støvfylte bergverkene. Det var visstnok her at han i 1754 kom til å huske sin tidligere erfaring fra farens vinkjeller. Kanskje kunne han anvende dette på pasientene? Og at bankelyden mot lungene, som han vanligvis hørte som «en tromme med et tungt klede over», kunne tolkes som et tegn på pneumonifortetninger, dersom lyden i stedet var som «å banke mot lårets muskulatur»? Stetoskopet var på den tid ennå ikke tatt i bruk.

Auenbrugger publiserte sine funn og metoder i en liten bok: *Inventum novum ex percussione thoracis humani* (Ny oppdagelse om perkusjon av brystkassen på mennesker) i 1761. Han utdypet der iakttagelser og erfaringer han hadde gjort gjennom syv år på hospitalet, bl.a. ved å injisere vann i lungene på kadavre. Perkusjonen ble til å begynne med lite påaktet og til dels latterliggjort av samtidens leger, men ble gjenoppdaget og tatt i bruk som standardundersøkelse etter at Auenbruggers lille bok utkom i fransk oversettelse av Napoleons livlege Jean-Nicolas Corvisart (1755-1821) i 1808.

Å «banke på ryggen» til pasienten er en diagnostisk metode som nok sjelden praktiseres i vår mekaniserte hverdag – og som antagelig enda sjeldnere beherskes. Ordet er av latinsk opphav (*percussio* = slå, banke).



Illustrasjon: Leopold Auenbrugger og hans kone Marianne. Han holder stolt frem sin lille bok om perkusjonen fra 1761. Maleri av ukjent kunstner i Istituto ortopedica Rizzoli i Bologna.



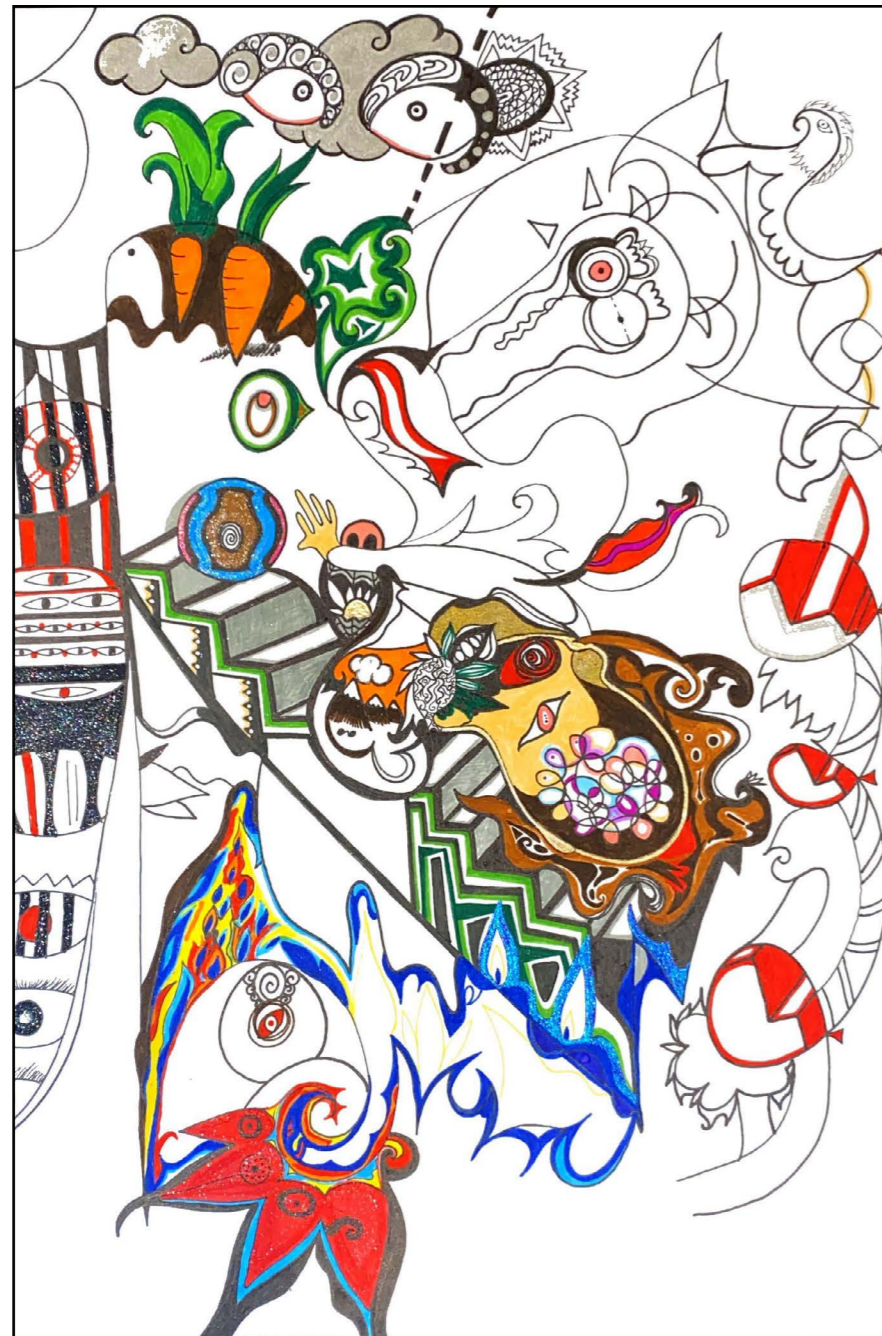
Illustrasjon: Mia Emilie Andersen Reinen

UTENOM PENSUM

RIS OG ROS

Tekst: Amal Jawahir Yusuf, skribent i Æsculap
Illustrasjon: Niki Moghadam

Fra ung alder lærer barn om konsekvenser av deres handlinger. Så tidlig som i barnehagen brukes det et stjernesystem, der man får gull-stjerne om man oppfører seg. Hvis ikke man hører etter får man ingen stjerner i boka, med mindre man får en sølvstjerne. Hvordan gagnar det barn-og unge og deres utvikling, og skal det alltid være pisk eller gulrot?



At alle handlinger har konsekvenser lærer barn allerede fra ung alder. Det å høre etter for å få den gullstjerna i barnehagen har en stor betydning for barnets motivasjon. Man gir stjerner i boka for å motivere barna til å høre på voksne i f.eks. på barnehager og skoler. Det å belønne barn- og unge har dermed blitt en metode for å kontrollere dem for korte øyeblikk, sett i henhold til det store bildet. Sagt med andre ord, kan det virke som at systemet med å belønne barn er så og si basert på negative antagelser om barnet, som får oss til å tro at det er behov for en viss kontroll for at de skal høre etter. Det er også større sannsynlighet for at atferd som belønnes eller er etterfulgt av positive konsekvenser gjentas av barn.

I barn og ungdomspsykiatrien er det barn som lider av ulike psykiske problemer, og i dette feltet er det vanskelig å finne balansen mellom pisk eller gulrot som en egnet metode. Hos barn- og unge med diagnosen ADHD har det blitt gjort forskning på at de har en endret følsomhet overfor det å belønnes eller få konsekvenser for deres handlinger (1). Dette er fordi de ikke klarer å regulere deres følelser og oppførsel. De er mer sensitive overfor konsekvenser. I en studie gjort av hvordan barn med ADHD reagerer på konsekvenser ble det observert at de likte små belønninger underveis enn en større belønning på slutten da de enten utagerte eller ga opp (1).

“ **Det er også større sannsynlighet for at atferd som belønnes eller er etterfulgt av positive konsekvenser gjentas av barn.** ”

Straff oppleves veldig individuelt for både barn og voksne, og for barn som har psykiske plager kan dette være spesielt sensitivt. Noen gir en liten straff for at barna skal lære av egne feil, men enkelte ganger kan dette forverre problemet og ikke åpne for læringsmulighet. Det kan trigge en «fight or flight» respons og resultere i en for form for forsvarsmekanisme. I stedet for å eliminere problemet kan det å straffe barn-og unge føre til at de ikke forstår hvorfor de straffes, og dermed lærer de hvordan de kan gjenta atferden uten å bli ferska neste gang.

Noen bruker fysisk straff som en metode for å kontrollere barn. Det er en tynn linje mellom fysisk avstraffelse og fysisk overgrep mot barn og unge. Fysisk avstraffelse fører til en del mentale og følelsesmessige helseproblemer, og studier har vist at det kan medføre konsekvenser som spiller seg ut i voksen alder (2). Det fører til blant annet mer aggresjon, antisosiale tendenser og en følelse av ensomhet. Det skader også barns selvtillit, gjør de usikre, og det går utover deres autonomi. Når barn blir straffet lærer barn at de er underdanige, og dette forringer deres mentale helse og kognitive evner.

“ **I stedet for å eliminere problemet kan det å straffe barn-og unge føre til at de ikke forstår hvorfor de straffes, og dermed lærer de hvordan de kan gjenta atferden uten å bli ferska neste gang.** ”

Psykiske problemer hos barn er ofte sett i sammenheng med at det ikke er tidlig nok innblanding av voksne og utredning av barn med plager. Da er det normalt at foreldre som ikke innser at de har et barn med psykiske plager ikke tar det til betraktning når de står overfor de hverdagslige konfliktene man møter på med barn og måten de velger å håndtere det på. Barn og unge er veldig sensitive og følsomme, og all voksen figur i deres liv er med på å forme dem. Da er det spesielt viktige at alle både i og utenfor helsesektoren er observante når det gjelder barn. Tross alt er jo egenskapene til barn oftest et produkt av miljøet rundt dem.

Belønning og konsekvenser er betinget, men godt hensyn og kjærlighet burde være ubetinget. Det er ikke alltid behov for hverken pisk eller gulrot til enhver situasjon. Ofte er det en god samtale, og det å skape en trygghet for barn som er nøkkelen. Man skal heller være opptatt av å se hele barnet og å møte deres behov for kjærlighet og trygghet.

Litteraturliste

- [1] Li J. J. (2018). Children's Reward and Punishment Sensitivity Moderates the Association of Negative and Positive Parenting Behaviors in Child ADHD Symptoms. *Journal of abnormal child psychology*, 46(8), 1585–1598.
- [2] Samplius. (2020, 10.oktober). Parent-Child Relationships Are Critical For Children's Mental Health And Wellbeing. Samplius.
- [3] Henriette Bertheussen Isachsen. (2022, 28.mars). Behov for å jobbe mer effektivt innen barne- og ungdomspsykiatri. *Dagens medisin*.
- [4] Pål Henriksen Barne- og ungdomspsykiatri. Bergen: Fagbokforlaget, 2022.

FORSKNINGSNYTT

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

Tekst: Kamalpreet Kaur, skribent i Æsculap

Illustrasjon: Victoria Dontsova

Høy serumkonsentrasjon av natrium som en risikofaktor for raskere biologisk aldring, kroniske sykdommer og prematur død

Det er kjent at noen mennesker eldes raskere enn andre. I tillegg er det noen som utvikler aldersrelaterte kroniske sykdommer, mens andre ikke gjør det. Hos mus har det blitt sett at livslang vannbegrensning forkorter levetiden og fremmer degenerative endringer [1].

I en studie publisert i The Lancet i januar 2023 ble det undersøkt om optimal hydrering kan bremse aldringsprosessen hos mennesker [2]. Det ble brukt data fra en større studie, og resultatene omfattet 15 000 middelaldrende individer som ble fulgt opp i 25 år. Serum-natriumkonsentrasjon ble brukt som en proxy for hydreringsvaner. For å estimere den relative hastigheten på aldring, beregnet forskerne den biologiske alderen fra aldersavhengige biomarkører, og vurderte deretter risikoen for kroniske sykdommer og prematur dødelighet.

Analysen viste at de med serumkonsentrasjon av natrium >142 mmol/l hadde 39% økt risiko for å utvikle kroniske sykdommer. I tillegg hadde de opptil 50% høyere odds for å ha en biologisk alder som var høyere enn den faktiske alderen deres. Serumkonsentrasjon >144 mmol/l var assosiert med 21% forhøyet risiko for prematur dødelighet. En høyere biologisk alder viste seg også å være assosiert med økt risiko for kroniske sykdommer og for tidlig død. Avslutningsvis legger forskerne til at det er nødvendig med intervensjonsstudier for å bekrefte sammenhengen mellom hydrering og aldring.

Kan motgang i barndommen føre til kreft blant ungdommer og unge voksne?

Det kan argumenteres for at sosial motgang kan påvirke kreftforekomst og prognose gjennom ulike mekanismer. Sammenliknet med sine jevnaldrende har barn som vokser opp i sosialt utsatte familier mer sannsynlighet for å bli utsatt for risikofaktorer slik som luftforurensning, røyking og dårlig kosthold. Bevis fra eksperimentelle

studier tyder på at stress som følge av ugunstige omstendigheter kan resultere i vedvarende aktivering av det biologiske stressresponssystemet. Dette kan igjen føre til immunsuppressive effekter, inkludert lavere nivåer av cytotoxiske T-celler, som er avgjørende for immunovervåking av svulster.

Over 1 million danske barn født mellom 1980 og 2001 ble inkludert i en populasjonsbasert studie med mål om å undersøke om motgang i barneårene kan gi økt risiko for å utvikle kreft i ungdomsårene. Deltakerne var kvinner og menn som har vært utsatt for en eller annen form for motgang i barndommen. Motgang ble definert som materiell deprivasjon i form av fattigdom eller arbeidsledighet hos foreldre, tap eller trussel som tap av familiemedlemmer og dysfunksjonell familiedynamikk. Deltakerne ble kategorisert i fem ulike grupper etter grad av motgang. Deltakerne ble fulgt opp frem til 2018, og kreftbyrden ble vurdert. Resultatene fra studien ble deretter publisert i The Lancet i februar 2023 [3].

Kreft er en heterogen gruppe sykdommer som kan ha ulik underliggende årsak. Derfor antok forskerne at motgang i barndommen ville ha ulik innvirkning på spesifikke undergrupper av kreft, og at det ville øke risikoen for noen typer, og samtidig senke risikoen for andre. Studien støttet opp om denne hypotesen, da det viste seg at unge kvinner som hadde opplevd vedvarende materiell deprivasjon i barndommen, hadde lavere risiko for å utvikle kreft generelt sett, spesielt ondartet melanom og hjerte- og CNS-kreft. Derimot hadde de moderat høyere risiko for bryst- og livmorhalskreft, sammenliknet med kvinner som har opplevd lav grad av motgang. For menn var det ingen tydelig assosiasjoner mellom motgang i barndommen og generell forekomst av kreft. Derimot fant de at menn som hadde opplevd motgang i barndommen, spesielt vedvarende materiell deprivasjon, hadde en uforholdsmessig stor byrde av kreftdødelighet, sammenliknet med jevnaldrende som ikke hadde vært utsatt for det samme.



Svangerskapsalder og risiko for kognitive følger i ungdomsårene

Hjernen til et foster gjennomgår en betydelig utvikling i løpet av svangerskapets tredje trimester. Det er indikasjoner på at både prematur fødsel og tidlig fødsel kan ha en negativ effekt på hjernefunksjonen senere i livet.

I januar 2023 ble det publisert en populasjonsbasert kohortstudie i The BMJ med mål om å undersøke om det er en sammenheng mellom hvilken uke et barn blir født og kognitiv funksjon i ungdomsårene [4]. Studien ble utført i Danmark, og det ble brukt landsdekkende registerinformasjon til å opprette en befolkningskohort bestående av 1.2 millioner danske barn født mellom 1986 og 2003.

Undersøkelsermetoden gikk ut på å hente resultater fra obligatoriske språktester og matteprøver som deltakerne hadde gjennomført på slutten av grunnskolen. I tillegg ble det hentet resultater fra intelligens tester som

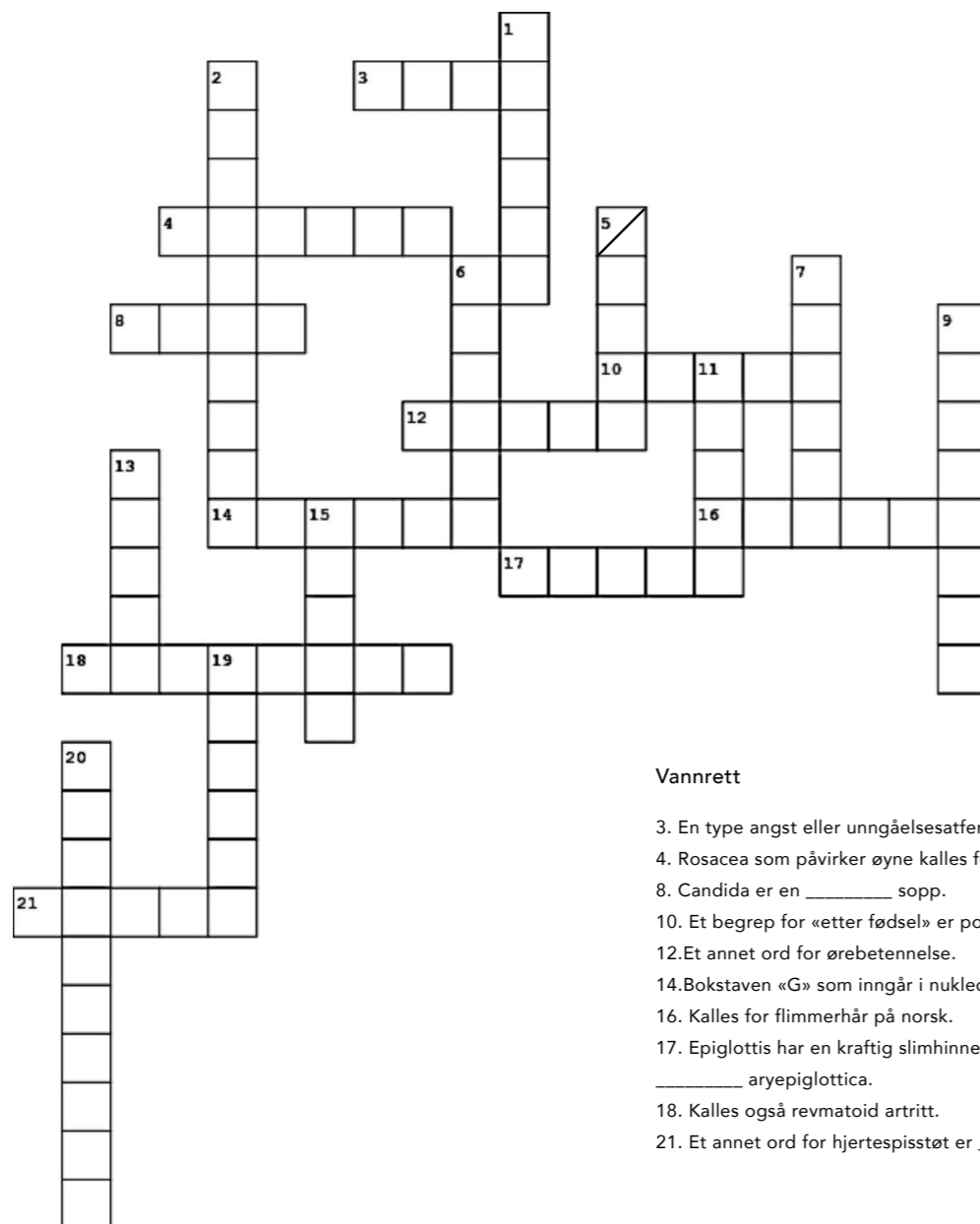
de mannlige deltakerne måtte utføre som en del av inntaket til førstegangstjeneste i militæret. Forskerne justerte for flere konfundere, slik som kjønn, fødselsvekt, misdannelser, antall eldre søsken, foreldrenes alder ved fødsel og utdanningsnivå.

Resultatene fra studien viser at kognitiv funksjon i ungdomsårene ikke skilte seg mellom barn født i uke 34 eller senere, sammenliknet med de som ble født ved uke 40. I motsetning til dette viste det seg at barna som ble født før uke 34 hadde redusert gjennomsnittskarakter i skriftspråk og matematikk. Resultatene fra intelligens testen som de mannlige, vernepliktige deltakerne måtte gjennomføre, underbygget dette resultatet da de som var født før uke 34 viste markant lavere testresultater. Dermed konkluderte forskerne av studien med at barn født før uke 34 har høyere risiko for svikt i kognitiv funksjon i ungdomsårene.

Litteraturliste

- [1] Allen, M.D., et al., Suboptimal hydration remodels metabolism, promotes degenerative diseases, and shortens life. JCI Insight, 2019. 4(17).
- [2] Dmitrieva, N.I., et al., Middle-age high normal serum sodium as a risk factor for accelerated biological aging, chronic diseases, and premature mortality. EBioMedicine, 2023. 87: p. 104404.
- [3] N. Rod, J.B., L. K. Elsenburg, M. Davies, D.Taylor-Robinson, S. Bhatt, A. Rieckmann., Cancer burden among adolescents and young adults in relation to childhood adversity: a nationwide life-course cohort study of 1.2 million individuals. The Lancet, 27.04.2023.
- [4] Husby, A., J. Wohlfahrt, and M. Melbye, Gestational age at birth and cognitive outcomes in adolescence: population based full sibling cohort study. BMJ, 2023. 380: p. e072779.

KRYSSORD



Vannrett

3. En type angst eller unngåelsesatferd.
4. Rosacea som påvirker øyne kalles for _____ rosacea.
8. Candida er en _____ sopp.
10. Et begrep for «etter fødsel» er post p_____.
12. Et annet ord for ørebetennelse.
14. Bokstaven «G» som inngår i nukleotidbasene.
16. Kalles for flimmerhår på norsk.
17. Epiglottis har en kraftig slimhinnefold på begge sider som kalles _____ aryepiglottica.
18. Kalles også revmatoid artritt.
21. Et annet ord for hjertespisstøt er _____ cordis.

Loddrett

1. På toppen av en nyre har vi en _____.
2. Et inngrep som utføres på grunn av medisinsk årsak eller religiøs praksis.
5. En levermarkør.
6. Kalles også vitamin B7.
7. Korsryggen kalles også for _____ columna.
9. MS er en forkortelse for multipel _____.
11. Celler som har LH-reseptorer og samarbeider med granulocellene.
13. Den største samleåren for lymfen kalles _____ thoracicus.
20. Et annet ord for svangerskapsforgiftning.

QUIZ

1. Gulrøtter er rike på vitamin A. Hva betyr ordet «vita»?
2. «Vita» er også et norsk kosmetisk kjedeforetak som ble etablert i 1981. Samme året får Norge en ny statsminister som tar over etter Odvar Nordli. Hva heter statsministeren?
3. Statsministeren på forrige spørsmål var den første kvinnelige statsministeren i Norge. Hvilket land hadde den første kvinnelige presidenten i verden?
4. President er også et kortspill. Vinneren av spillet blir presidenten, hva blir den som kommer på sjesteplass?
5. Å komme på sjesteplass kan være trist og kjedelig. Hvem kom på førsteplass i fotball-VM i 2018?
6. VM i fotball i 2022 fant sted i Qatar. I forbindelse med dette verdensmesterskapet var det en dansegruppe som blant annet fikk kritikk fra Amnesty for samarbeid med Visit Qatar. Hva heter dansegruppen?
7. Dans skaper stemning og livlighet. «Dans på roser» er et uttrykk som betyr et behagelig og sorgløst liv, men det er også en låt. Hvem sang denne låten?
8. Rose er en romantisk blomst. I tillegg til å være romantisk, brukes den også som logo for et kjent norsk politisk parti. Hva heter helse- og omsorgsministeren i Norge, som også er politiker i dette partiet?
9. En politiker interesserer seg for politikk. Hva interesserer en limnolog seg for?
10. «Limonade» er en leskedrikke med syrlige fruktsafter. Hva er forskjellen på en «syre» og en «syring» i kjemien?
11. Syria er et av de landene som den arabiske våren spredde seg til. Hva heter hovedstaden i Syria?
12. Hovedstaden i Bulgaria er Sofia, som betyr «visdom» på gresk. Vi har fire visdomstenner, men hvor mange tenner har en voksen person totalt?
13. «Tenner» rimer på «venner». Hvilket år kom første sesongen av den amerikanske serien «Friends» ut?
14. En amerikansk rapper har endret navnet sitt til «Ye». Hva het hen opprinnelig?
15. Vy endret også navnet sitt fra det som tidligere het NSB. Hva sto NSB for?

Svar på bunnen av siden.

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

TEMA FOR NESTE UTGAVE

«MINORITET»

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

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

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

Vi tar imot korte og lange tekster.

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

Æsculap forbeholder seg retten til å redigere teksten din.

Send ditt bidrag til e-post redaktor.aesculap@gmail.com.

Avsender: Nmf, Pb 1152 Sentrum, 0107 Oslo

