

MAGASIN FOR MEDISINSTUDENTER OG LEGER - SIDEN 1920



æsculap



Æsculap tar en kikk på
Obamas helsereform



0 000080 338468

... du brenner for? Et engasjement basert på lyst fremfor plikt?

Ta kontakt med redaksjonen!

innhold æsculap nr 4 2013



INTERVJU

- 8: Elaine N. Aron

REPORTASJE

- 14: And the star sprangled banner in triumph shall wave...

Innblikk i det amerikanske helsesystemet

- 20: Formidling er en del av forskning

- 24: Tromsø 1973: Prøvekaninene

- 28: «Sy-om» i Szczecin



FAGARTIKKEL

- 30: Debatten om evidensbasering. Noen eksempler og en vurdering.

ESSAY

- 46: Dr. Budwig

- 52: Kollektiv Perfeksjonisme

Hvorfor har medisinstudenter dårligere psykisk helse enn andre studenter?

FASTE SPALTER

- 6: In memoriam

Wilhelm Reich

- 7: Profiler

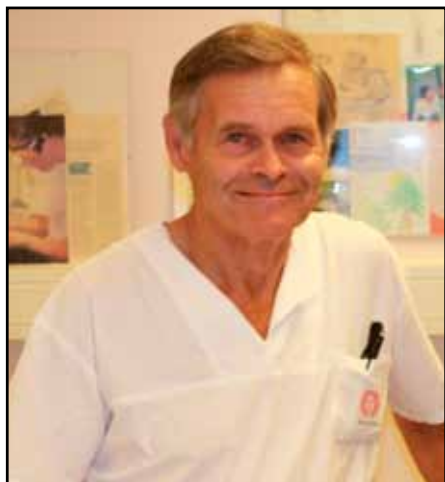
- 39: Spesialisten

Dermatologi

- 44: Nyheter

- 56: Bøker

- 67: Fotoblogg



Kritisk tenkning, nysgjerrighet og åpenhet rundt medisinfaget.

æsculap

Parkveien 2, 0350 Oslo
Bankgiro 5005 05 48780
www.aesculap.no
OPPLAG: 5000
ISSN: 0803-3846

REDAKSJONEN

REDAKTØR Tore Næss, 92 66 88 86 • torekierulfnaess@hotmail.com
REDAKTØR Kristoffer Tunheim, 40 74 01 10 • k.j.tunheim@studmed.uio.no
REDAKSJONSSJEF Ane Brandtzæg Næss, 92 69 39 36 • ane.b.naess@studmed.uio.no
GRAFISK UTFORMING Christine Carlsen, 90 04 53 47 • christine@carlsen.no
BOKANSVARLIG: Frederik Emil Juul, 97 51 29 66 • f.e.juul@medisin.uio.no
PROFILANSVARLIG: Nora Guttormsgaard Wyller • nora.wyller@gmail.com
REDAKSJON: Emil Bakkerud Nærby, Monica Drexel, Ole Marius Gaasø, Stian Wendelborg, Ane Drouge Vassbott

LOKALKONTAKTER

BERGEN: Liv Helene Dolva Sagedal • liv.helene.dolva.sagedal@gmail.com
TRONDHEIM: Lasse-Marius Honningsvåg, 95 02 42 36 • lassemar@stud.ntnu.no
TROMSØ: Sandra Kristiansen, 97 11 24 46 • smaakri@gmail.com
UTLAND: Christian Lolland • christian@nmfutland.com

REDAKSJONEN AVSLUTTET: 23.september 2013

NESTE DEADLINE: 4.november 2013

FORSIDEBILDE: Freedom Eagle

TRYKK: 07-gruppen

ABONNEMENT: Kr 200,- per år. Kontakt ellen.huber@legeforeningen.no.

UTGITT AV: Norsk medisinstudentforening med støtte fra Kulturstyret SiO.

ADRESSEENDRINGER: Meldes til Legeforeningens registerseksjon på, register@legeforeningen.no.

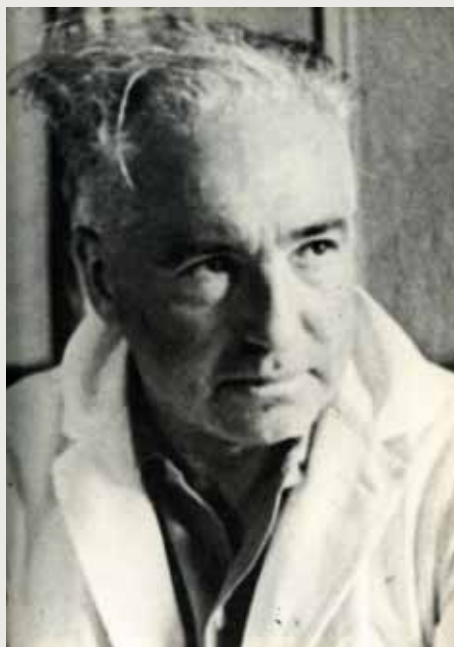
Skriv gjerne til Æsculap. Send teksten på elektronisk vis, gjerne som vedlegg til e-post.

Ettertrykk tillatt ved kildeangivelse.

ANNONSERE? Kontakt Annette Gustavsen: post@annettegustavsen.no, 41 68 55 94

IN MEMORIAM Wilhelm Reich

(1897-1957)



Man må ha noen filosofer man svinger seg med. Selv svinger jeg meg med Wilhelm Reich. Om noen har fulgt med i spaltene gjennom de tre år jeg har virket som redaktør her, kommer kanskje ikke akkurat det som noen overraskelse. La meg starte med det siste først: Reich døde av et hjerteinfarkt i et fengsel i Lewisberg, Pennsylvania i 1957. Hvorfor? Fordi han nektet å innrette seg etter myndighetene som var kritiske til hans måte å drive medisin på. Fengslingen av Reich er en ganske fæl historie, de som vil kan lese mer om den et annet sted. Men før han rakk å komme til veis ende lugget han fra seg ganske kraftig på landjorda, først i en utpost i daværende Østerrike-Ungarn, etter hvert i Wien, så Berlin, Oslo, New York og til slutt Maine. Hans budskap om det levende liv, orgasmer, årsakene til menneskets ufrihet og etter hvert den ikke så lett begripbare orgonenergien hadde en suveren evne til å provosere hvor enn han satte sine ben. Ikke alle er klar over det, men Reich var en av de helt store tenkerne i det tjuende århundre. Nietzsche sa at kristendom var platonisme for folket. På samme måte kan man si at hippienes «Peace&Love» var reichianisme for folket. Om man graver seg bakover til hippienes inspiratorer, beatnikene, kommer man etter hvert til Reich. Reich var psykiater og opprinnelig en av Freuds nærmeste, etter hvert utviklet han sin egen terapiform som var ment å virke direkte på det autonome nervesystem. Selv mente Reich at han hadde vitenskapeliggjort Freuds psykoanalyse, men ikke så mange er enig med ham i det i dag. Reich levde hele sitt voksne liv med et rykte om at han var schizofren, det må ha vært plagsomt. En av hans siste oppfinnelser, cloudbusteren, som angivelig kunne påvirke været og lage regn, bidro til å sementere dette ryktet. Cloudbusteren er portrettert i Kate Bush' låt med samme navn. Å finne fram til Reich har vært en stor berikelse i mitt liv, jeg kan trygt anbefale ham videre til dem som er nysgjerrige på livet. Les ham kritisk, og vurder selv!

TORÉ NÆSS



KIRSTI MALTERUD

Professor i allmennmedisin og seniorforsker ved Allmennmedisinsk forskningsenhet i Bergen

Kirsti Malterud er 64 år, Cand.med. fra Bergen i 1975, har nærmere 300 vitenskapelige artikler og en rekke bøker på samvitigheten, men er spesielt aktuell fordi hun nylig har gitt ut boken Fokusgrupper som forskningsmetode for medisin og helsefag. Malterud kan se tilbake på en karriere med 35 år i allmennpraksis i Oslo og Bergen, kombinert med halv stilling som professor og forsker. I sistnevnte rolle har Kirsti i all hovedsak fokusert på pasientperspektiver, samhandlingsaspekter ved kronisk sykdom og marginalisering, men ikke minst bidratt til å gjøre kvalitative metoder kjent og anerkjent i medisinsk forskning. I sin siste bok gir Malterud et ytterligere bidrag til det siste punktet. Fokusgrupper er en metode i kvalitativ forskning der mennesker møtes til samhandling og diskusjon. Æsculap har vi stilt Malterud 2 spørsmål på tampen.:

1: *Nevn en medisinsk risikofaktor ved deg selv.*

Jeg stiller ofte spørsmål ved saker som andre tar for gitt – dette kan av og til være risikabelt.

2: *Hva mener du er de tre viktigste egenskapene hos en lege? Å være åpen for andre menneskers liv og opplevelser. Å vite hva man ikke vet, og likevel klare å finne ut det viktigste i tide. Å kjenne seg selv godt nok til å se sin egen rolle i samspill med andre*



NINA LANGELAND

Dekan ved Det medisinsk-odontologiske fakultet ved UiB

Nina Langeland er 57 år, Cand. Med. Fra Bergen i 1982, har doktorgrad i molekylær virologi, er spesialist i indremedisin og infeksjonsmedisin. Aktuell som profil i Æsculap fordi hun er dekan ved Det medisinsk-odontologiske fakultet ved UiB. Langeland satt i forsetet under prosessen som førte til innføring av elektivt semester i global helse. Det utgjør en del av ønsket om å gjøre fakultetet kjent for å ha globale problemstillinger på agendaen. En annen ting fakultetet er kjent for er å være den eneste medisinske utdannelsen i Norge med bruk av karakterer. Langeland ser ikke hvorfor karakterer er mer uegnet ved medisinsk profesjonsstudium enn ved andre universitetsfag. Hun mener faget omfatter mange kvaliteter som karakterer ikke kan måle, men at karakterer måler andre former for kunnskap som også er viktig. Æsculap har stilt Langeland 2 spørsmål på tampen

1: Nevn en medisinsk risikofaktor ved deg selv
Forstår ikke spørsmålet.

2: Hva mener du er de tre viktigste egenskapene hos en lege?

Evne til å lytte til pasientene, ydmykhet overfor det en ikke kan, gode fagkunnskaper.

Mot til å revurdere sin egen kunnskap. Evne til å vise ekte empati. Gi en klem.



LILL SOFIE FOSS

leder for Nmf Bergen

Lill Sofie Foss er 21 år gammel, studerer medisin i Bergen, er forelsket i salsa (dansen altså), har vært prosjektleder for Nmf Bergen, men er nå hyperaktuell som ny leder av Nmf Bergen. Lill-Sofie har i tillegg til sine verv latt seg bite av reisebasillen. Hun har besøkt store deler av Sør-Amerika og det var dansende, et sted på veien, hun falt pladask for salsa og Foss mener i tillegg at alle burde prøve dykking. Om det er dykking eller salsa som har påvirket henne mest vites ikke, men som leder av Nmf Bergen er det viktig for Lill Sofie å skape et godt samhold, og det gjelder alle i medlemsmassen. Folk skal føle at det nytter å ha en fagforening i ryggen. Det medfører at Lill Sofie kommer til å springe rundt fra forening til forening, bidra til at folk beholder gnisten og hun tar gjerne en øl med akkurat deg. Grunnen til at Foss engasjerer seg er blant annet fordi hun er opptatt av å være del av et annerledes fellesskap enn en vanlig vennegjeng. Vi i Æsculap blir gjerne en del av det fellesskapet, men først må Lill Sofie svare på 2 spørsmål på tampen

1: Nevn en medisinsk risikofaktor ved deg selv

Jeg er ofte spontan og følger magesfølelsen

2: Hva mener du er de tre viktigste egenskapene hos en lege? Autoritær, empatisk og optimistisk.



ELISABETH HOLVEN

leder for Nmf Oslo

Elisabeth Holven er 21 år, studerer medisin på 5. semester ved UiO, liker å plukke blåbær og å dykke, men er aller mest aktuell som ny leder av Oslo Nmf. Når Holven ikke dykker eller plukker blåbær kan det hende du finner henne med en bok eller i gang med å lage et nytt smykke. Eller i full fart med Nmf-arbeid. Mest sannsynlig det siste kanskje. Av sakene Elisabeth er mest interessert i å fokusere på i sitt nye verv er karaktersaken i Oslo, men også sørge for at Nmf-Oslo har en stemme i spørsmål vedrørende turnus og grunnutdanning. Holven ser at Nmf kan ha problemer med å kommunisere hva de holder på med, men det er egentlig bare fordi det omfatter så mange ulike prosjekter og arbeidsoppgaver. Som tidligere forskningsutvekslingsansvarlig og med erfaring fra IFMSA håper Elisabeth hun kan bidra med kompetanse som leder av sitt styre i Nmf-Oslo. Hun gleder seg til det og Æsculap gleder seg med. Vi har i tillegg stilt Elisabeth 2 spørsmål på tampen.

1: Nevn en medisinsk risikofaktor ved deg selv.
Halvt dansk

2: Hva mener du er de tre viktigste egenskapene hos en lege? Empati, nysgjerrighet og evne og vilje til å utvikle seg og lære av sine feil.

Tips til profiler?

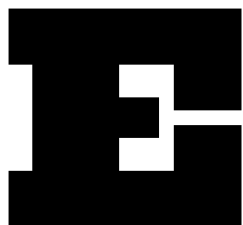
nora.wyller@gmail.com



Sensitive sjeler

En av fem er født med et særlig sensitivt nervesystem, ifølge psykolog og forsker Elaine N. Aron. Sensitiviteten er både en gave og en utfordring og påvirker hele tilværelsen deres.

TEKST: Elisabet Godø



laine N. Arons bok «The Highly Sensitive Person» ble en bestselger i USA og er oversatt til 14 språk. Boka kom ut på

norsk i vår med tittelen «Særlig sensitiv». Hun er mest kjent for selvhjelpsbøker basert på sin forskning om høysensitivitet, men de siste årene har det kommet stadig mer forskning fra andre som støtter teorien, blant annet genetiske funn.

På nettet får du millioner av treff på «highly sensitive person». Begrepet ble myntet av Aron og forkortes ofte HSP. I Sverige og Danmark har det vært mye oppmerksomhet om høysensitivitet. I Norge kommer det nå flere bøker, kurs og seminarer om temaet. Psykologen er pionér på feltet og sitter klar til å forklare teorien sin på Mill Valley Hotel i nærheten av San Francisco, som er hennes hjemby.

Hun beskriver høysensitivitet som en «strategi» som er funnet hos rundt tyve prosent av befolkningen og forteller at biologer har funnet det i mer enn hundre andre arter.

– Strategien går ut på å være mer mottakelig for inntrykk fra omgivelsene. Det betyr også å behandle informasjon dypere og grundigere og være mer oppmerksom på subtile sanseinntrykk. Det som kanskje er mest merkbart, er at sensitive mennesker lett blir overstimulert fordi de behandler flere sanseinntrykk og derfor trenger mer tid til å fordøye inntrykk, sier Aron.

Psykologen forteller at det er funnet genetiske forskjeller mellom sensitive og andre. Hun har forsket ved Stony Brook University, New York og har samarbeidet mye med sin mann Arthur Aron, som er professor i psykologi ved samme universitet.

OVERVELDET AV VERDEN | Høysensitivitet er ingen diagnose. Aron ser på høysensitivitet som et normalt personlighetstrekk,

som er bevart gjennom evolusjonen fordi det har gitt fordeler i artens overlevelse. Hun har funnet det like mye hos menn som hos kvinner.

Sensitiviteten har også fysiske sider som å være mer utsatt for allergi og mer sensitiv for koffein, medisin, smerte og høye lyder. Flertallet av de høysensitive er innadvendte, mens nesten en tredjedel er utadvendte, ifølge hennes forskning.

– Høysensitivitet, eller «sensory-processing sensitivity», som er det vitenskapelige begrepet, har vært vanskelig å leve med for mange og de har vært vant til å føle at det er noe galt med dem, sier hun.

Aron definerer seg selv som høysensitiv og historien om hvordan hun fikk idéen til å forske på høysensitivitet starter med henne selv. Hun gikk til en terapeut fordi hun hadde en overreaksjon på en medisinsk behandling. Etter å ha lyttet til Aron noen ganger sa terapeuten «Jeg tror du bare er et svært sensitivt menneske». Aron lette etter en definisjon på dette, men fant ingenting. Da begynte hun selv å gjøre spørreundersøkelser og forske på fenomenet.

Hun er klar over at høysensitivitet kan høres utrolig ut.

– En stund tenkte jeg selv «Dette kan ikke være sant!». Det har vært nyttig å ha så mye forskning til å forankre det. Blant annet er det den kjente utviklingspsykologen Jay Belsky som, delvis på grunn av min forskning, snakker om «plastisitet». Det vil si evnen til å være mer mottakelig for både positive og negative påvirkninger.

I mange år har det vært et ensidig fokus på «sårbarhetsgener», men nå ser mange forskere at man har vært blinde for positive sider. Den siste tiden har det kommet en strøm av forskning på hvordan sensitivitet kan gi fordeler. Fokus er endret fra «sårbarhet» til en generell «mottakelighet på godt og vondt».

SELVHJELPSBØKER | Aron har skrevet flere selvhjelpsbøker om sensitivitet.

– Jeg synes alle burde skrive en selvhjelpsbok basert på sin forskning, eller en informativ bok.

*Sensitive mennesker
strever mer med å
ta avgjørelser, men
de tar oftest bedre
avgjørelser.*

Hvorfor begynte du å skrive selvhjelpsbøker? Det er en ganske uvanlig ting å gjøre for en forskningspsykolog, er det ikke? Det er forskjellige verdener..

– Riktig. Absolutt. Jeg synes alle burde skrive en selvhjelpsbok basert på sin forskning, eller en informativ bok. Jeg gjorde det på en måte i omvendt rekkefølge, fordi den populærvitenskapelige boka kom ut året før den første forskningsstudien og det var virkelig ikke bra for mitt rykte. Hva var den riktige tingen å gjøre? Sitte på det i tjue år til jeg hadde masse data eller skrive boka?, spør hun.

Hun forteller at hun ikke hadde noe ønske om å skrive en selvhjelpsbok, men at folk fant ut om forskningen hennes og ville vite mer. For henne ble det en etisk sak.

– Folk ville ha flere foredrag og kurs. Til slutt sa jeg «Okei, jeg skal skrive en bok, jeg tar meg av det», ler Aron.

DE SENSITIVES GAVER | Psykologen legger stor vekt på positive sider ved sensitiviteten.

Hvorfor er du opptatt av å fremheve fordelene?

– For det første fordi jeg tror det er sant og for det andre fordi sensitive folk er vant til å føle at det er noe galt med dem, derfor er det viktig for dem å få klart at det ikke er det. Det er viktig å være klar over fordelene, slik at de kan bruke dem. Mange bytter karriere flere ganger når de er i tjueårene, fordi de ikke innser at noen ting virkelig ikke kommer til å fungere,

mens andre ting vil fungere veldig bra. Hvis du vet mer om deg selv, kommer du ikke til å gjøre så mange av disse feilene.

Aron kommer med en lang liste over fine sider:

– Sensitive setter pris på livet, særlig subtile gleder og skjønnhet, de legger mer merke til det. De er også mer intuitive. Sensitive mennesker strever mer med å ta avgjørelser, men de tar oftest bedre avgjørelser. De er gode til å veilede andre som rådgivere eller lærere for eksempel. De sensitive er flinke med ting som ikke kan snakke, som dyr og planter. De er også gode til å stille diagnoser fordi de legger merke til subtile ting.

Hun legger til at sensitive mennesker også er kreative og at de i relasjoner har en tendens til å være den som gjør forholdet dypere, og at folk verdsetter dem for det.

– De ser dessuten ut til å ha mer empati, i den forstand at de på en måte ser og forstår hvordan det kjennes å føle det slik du gjør. Det er en slags mekanisk ting, det er ikke bare å være mer hyggelig. Alle sensitive er ikke hyggelige folk, det er jeg sikker på, ler hun.

SÅRBARHET | Sensiviteten gir også mange utfordringer.

– Jeg tror overstimulering er den største utfordringen for de fleste. De plages av bråk og vil kanskje hjem å hvile når andre vil feste. De trenger oftere å trekke seg

tilbake for å fordøye inntrykk fordi de sanser mer. Noen har funnet en måte å leve livet sitt på som gjør at de ikke merker noe særlig til det. Andre unngår kanskje å reise fordi de vet at de blir utslitt av det. Sensitive strever ofte med å forholde seg til de andre åtti prosentene og deres volum og harde tone, sier hun.

Aron forteller at sensitive tar kritikk veldig alvorlig og at det tross alt er deres medfødte trekk å være mer mottakelige.

– Et godt eksempel som mange barn har opplevd, er en lærer som forteller hele klassen hvor forferdelige de er fordi de har gjort noe galt. Da er det de sensitive barna som tar det hardt og strever med å forbedre seg. Det volumet som er nødvendig for å nå frem til de andre barna er altfor mye for de sensitive. Det samme gjelder voksne på arbeidsplassen, sier hun og fortsetter:

– Sensitive mennesker er mer emosjonelle. Jeg trodde før at det bare var et problem, men så viser det seg at vi ikke bare føler negative ting sterkere. Vi føler også gode ting mer intenst. Hvis sensitive utsettes for et dårlig miljø har de det verre, særlig som barn. Derfor trenger mange sensitive mer terapi eller hjelp enn andre fordi de har blitt mer påvirket av dårlige omgivelser.

Aron har også skrevet en selvhjelpsbok om høysensitive barn.

– De sensitive som har hatt en god nok barndom, tilpasser seg gjerne veldig

bra. I mange tilfeller kan sensitive være mer lykkelige og veltilpassede enn folk rundt dem. De oppfører seg kanskje litt annerledes, men de fleste legger ikke merke til det. De trenger oftere pauser og mange er litt annerledes i sine valg, men de kan tilpasse seg fint. Unntatt når du putter dem inn i et bråkete og forferdelig miljø. Da tilpasser de seg ikke så godt. Men vanligvis lærer de seg bare å unngå dette, sier hun.

PÅVIRKER HELE LIVET | Mye ved høysensitivitet kan minne om psykiske lidelser.

Hva er forskjellen på å være høysensitiv og nevrotisk?

– Å være nevrotisk betyr hovedsakelig å være utsatt for depresjon og angst. Sensitive er mer utsatt for det hvis de har hatt en vanskelig barndom. Vi gjorde en studie på dette i 2005. Hvis de har hatt en god nok barndom har de ikke mer depresjon eller angst enn andre. Hvis du er høysensitiv og er oppvokst i dårlige omgivelser vil du ha dine ting å bearbeide, ellers ikke.

Folk som er traumatiserte har noen av de samme trekkene som sensitive. Hvordan kan man se forskjellen?

– Det meste av deres sensitivitet er relatert til traumet. En person som har vært i en krig kan være sensitiv for høye lyder, men er kanskje ikke så sensitiv for skjønnhet for eksempel. Sensitiviteten til en høysensitiv person påvirker hele livet, og er ikke bare knyttet til en traumatisk opplevelse. Dessuten har sensitiviteten

*I mange tilfeller
kan sensitive være
mer lykkelige og
veltilpassede enn
folk rundt dem.*

vært der hele livet, ikke bare etter et traume, sier hun. Aron forteller at høysensitive mennesker kan være sensitive for ulike ting.

– Mange er sensitive for koffein for eksempel, men ikke alle. Noen er ikke så bevisst på subtile nyanser, men er virkelig plaget av støy og har livlige drømmer. Jeg tror forklaringen på det er at det er en rekke forskjellige gener involvert. Du kan være mer sensitiv for lys eller lyd eller sosiale signaler eller subtil logikk for eksempel. De fleste sensitive mennesker har ganske mange av disse. Ellers ville ikke spørreskjemaet fungere så godt som det gjør.

GENETIKK OG HJERNESKANNING | Aron startet forskningen på sensitivitet med utgangspunkt i spørreskjema og intervjuer, men de siste årene er det gjort biologiske funn.

Er det nervesystemet hos de høysensitive som er annerledes?

– Ja. Vi holder fortsatt på å lære mer om hvordan hjernen er forskjellig. Det går sannsynligvis mer på hvordan den fungerer og hvordan systemene brukes enn hvordan den ser ut, sier hun.

Men er nervesystemet hos høysensitive mennesker fysisk forskjellig fra andres?

– Vel, kanskje. De to genetiske studier som er gjort fant en forskjell i mengden serotonin og dopamin, som er to nevro-

transmittere, så det er en kjemisk forskjell og en genetisk forskjell, forteller Aron. Nevrotransmittere er kjemiske signalstoffer som overfører nerveimpulser mellom nerveceller.

– I studien om serotonin så man på en variant av et gen som i lang tid har vært kjent som «depresjonsgenet». Det kalles 5-HTTLPR og er velstudert nå. «Alle» gjør studier på denne genvarianten. Man trodde lenge at denne genvarianten var årsak til depresjon. Men resultatene var ikke konsistente. Så begynte forskere å finne flere og flere fordeler med den, delvis på grunn av min egen forskning, tror jeg. Faktisk finner de nå flere og flere fordeler med å ha denne genvarianten. Dermed var et interessant mysterium løst, ler hun.

Aron, med kolleger, har gjort noen hjerneskanningsstudier (fMRI), blant annet en som viste at sensitive og ikke-sensitive har forskjellige hjerneaktivitetsmønstre når de gjør en oppgave.

– Empati er også en av de tingene vi har funnet, at sensitive har mer aktivitet i sine speilnevroner. Oppdagelsen av speilnevronene har skjedd de siste tjue årene. Det er nok andre folk som også har mye aktivitet i speilnevronene uten å være høysensitive. Mye forskning de siste årene tyder på at disse nevronene er årsak

til at vi kan leve oss inn i andre menneskers situasjon og kjenne medfølelse.

– Hjerneskaning og genetikk har gitt oss et stort løft i vitenskapelige status, humrer hun og fortsetter:

– Hovedsaken er at det viser seg at sensitive mennesker er forskjellig fra andre. Det er det hele. Når du gir folk en hel bunke med spørreskjema og ser at de er to ulike grupper på alt du spør dem om, da har du et grunnlag for å si at det faktisk er en forskjell på disse menneskene og andre, sier Aron.

MÅ LEVE ANNERLEDES | Psykologen har mange råd om hvordan mennesker kan leve godt som sensitive:

– Det første du må gjøre er å forstå at karaktertrekket er reelt. Og se livet ditt i lys av det.

Fortiden din?

– Ja, for når du ser tilbake på livet ditt og tenker «vel, det var en feil avgjørelse, eller jeg mislyktes med det ene eller andre», da innser du at kanskje sensitiviteten din var den viktigste faktoren i den avgjørelsen eller i det nederlaget og da kan du se livet ditt på en annen måte. Å ta vare på deg selv er viktig. Du må leve livet annerledes enn ikke-sensitive mennesker. Den siste tingen jeg sier er at hvis du har hatt en traumatisk fortid, da trenger du virkelig å jobbe med

det. Ellers kan det stenge for kreativitet og empati og hindre de gode tingene i din sensitivitet i å dukke opp.

Aron har møtt mange som skulle ønske de ikke var sensitive.

– Jeg tror folk setter mer pris på det etter hvert som de blir eldre. Det avhenger av hva de har prøvd å gjøre med sensitiviteten i sine liv og hvordan menneskene rundt dem har vært. For mange er det vanskelig å være annerledes. Når sensitive er unge har de en tendens til å gjøre det som alle andre gjør, men etter hvert som de blir eldre finner de ut at det ikke fungerer for dem og de slutter med det.

Tror du det at du har skrevet selvhjelpsbøker har gjort det vanskeligere å få anerkjennelse for forskningen din?

– Mye vanskeligere. Det er et problem når det gjelder leger også. De tror at alt som er ute i den populariserte verden er høytsvevende humbug, som de alltid må sloss mot, avslutter psykologen. 

Test for høysensitivitet

- finnes på Elaine Arons hjemmeside:
<http://www.hsperson.com/pages/test.htm>

Foreningen for høysensitive i Norge:

- <http://www.hsperson.no>

**And the star-spangled
banner in triumph
shall wave...**

Med et angstfylt og alarmerende blikk kommer du hjem en dag og oppdager at huset ditt brenner. Brannvesenet har kommet, men sier det er for sent. Huset brenner ned til grunnen, og du – nedbrutt og knust – konstaterer at du har mistet alt. I all sorgen er det riktignok én glede som legger en oppmuntrende demper på en ellers fryktinngytende erfaring; du er jo forsikret!

De færreste av oss er i stand til å erstatte et hus eller en bil av vår egen lomme når katastrofen inntreffer; derfor vil de fleste velge å forsikre seg. Burde ikke det samme gjelde helsen vår? Er det en selvfølge med tilnærmet gratis helsehjelp?

I OECD er det to land, Tyrkia og USA, som ikke har noen form for universell, statsgarantert helseforsikring. De resterende 32 landene følger ulike modeller, der den skandinaviske varianten eksempelvis er karakterisert ved å ha et høyt skattetrykk som finansierer et relativt desentralisert helsevesen. Noen vil nok

kanskje hevde at det for en nasjon vil være billigere å la private aktører ta hånd om helseutfordringene, men tallenes tale er klar: det desidert dyreste helsesystemet i verden er det amerikanske. I tillegg er flere viktige helseindikatorer, slik som spedbarnsdødelighet, i noe dårlig stand sammenlignet med snittet i OECD. Så hva er egentlig feil med det amerikanske helsesystemet? Og vil the Patient Protection and Affordable Care Act («Obamacare», forkortet ACA) – en nyinnført, føderal lov hvor mesteparten vil ha effekt fra januar 2014 – rette opp i problemene?

IKKE NOE EGENTLIG SYSTEM | Helt siden uavhengighetserklæringen ble skrevet i 1776, har tanken om at USA skal være

TEKST: Ole Marius Gaasø



*Vel, som vi vet er ikke
forsikringsselskaper
ideelle organisasjoner.
Deres rolle ligger, som
alle andre private
bedrifter, i det å
opparbeide seg et størst
mulig overskudd.*

«the land of the free and the home of the brave» vært rådende. At den føderale staten skulle ende opp med så mye mer enn nattvekterstatus, var i utgangspunktet ikke gitt. Det at USA har blitt kraftig militarisert i løpet av det 20. århundre, er i historisk perspektiv et skarpt brudd med den tradisjonelle, isolasjonistiske politikken på 1800-tallet. At president Franklin D. Roosevelt forsøkte å sikre arbeidsledige amerikanere et levebrød gjennom «New Deal»-programmet på 1930-tallet, var svært kontroversielt, men har i ettertid blitt sett på (av mange, men ikke alle) som god motkonjunkturpolitikk; en politikk som motvirket de verste effektene av «the Great Depression». Det er dette perspektivet vi må ha i bakhodet når vi følger amerikansk helsepolitikk.

Ifølge OECD brukte amerikanerne 17,6 % av BNP, eller 8 233 dollar per hode, på helsekostnader i 2010. Samme året brukte vi i Norge 5 388 kjøpekraftsjusterte dollar per hode, eller 9,4 % av BNP. Der USA bruker mest penger per innbygger av alle land i verden, er Norge altså på andreplass. Men dette er bare tall. Hva er forskjellen i praksis? Vel, der A/S Norge garanterer hver innbygger rett til helsehjelp, så er amerikanerne i større grad overlatt til seg selv. Det vil si, det finnes flere føderale programmer, slik som Medicaid, Medicare og TRICARE, men amerikanere er uansett nødt til å tilveiebringe en eller annen form for helseforsikring for å kunne motta

helsehjelp. Problemet i dag er at et stort antall amerikanere – hele 15 % – ikke har en slik forsikring.

«**PRE-EXISTING CONDITIONS**» | Men forsikring må da vel være greit å skaffe seg? Som sagt forsikrer vi hus, hytter, biler og båter over en lav sko, og stadig flere nordmenn etablerer til og med livsforsikring. Hvorfor skal det være så galt å skaffe seg helseforsikring? Vel, som vi vet er ikke forsikringsselskaper ideelle organisasjoner. Deres rolle ligger, som alle andre private bedrifter, i det å opparbeide seg et størst mulig overskudd. For forsikringsselskaper vil det derfor være fornuftig å differensiere forsikringspremien etter risikoen for at de må betale ut forsikringssummen. Er du en sjåfør under 24 år, må du hos Storebrand eksempelvis betale mer i forsikringspremie for bilen din enn andre.

Helse er mye mer komplisert. Vi er født med ulike genetiske anlegg og oppvokst i varierte miljøer, og disse tingene kan legge grunnlag for enkelte av våre helseutfordringer i fremtiden. Denne informasjonen vet helseforsikringsgigantene å dra nytte av: er du allerede syk, har en «pre-existing condition» (diabetes, hyperkolesterolemi, o.l.) eller er gammel, kan du være sikker på at forsikringsselskapene vil ta en høyere premie – eller i verste fall nekte deg forsikring. Mange amerikanske politikere innser at dette kan fremstå som urettferdig; det har derfor flere ganger blitt gjort



lovendringer for å gjøre det enklere og billigere å ha tilgang til helsehjelp hos vanlige amerikanere.

VIKTIGE, STATLIGE HELSEORDNINGER

| President Lyndon Johson møtte massiv motstand fra legeetablissementet og helseforsikringsgigantene da han i 1965 innførte de offentlige helseforsikringsordningene Medicare og Medicaid . Førstnevnte er et føderalt program som opprinnelig garanterte tilgang til helseforsikring for amerikanere over 65 år og handicappede. Programmet har riktignok i senere tid blitt utvidet til å omfatte alle med terminal nyresvikt (1972) og ALS (2001). Til tross for at Medicare tok opp hele 12,5 % av det føderale budsjettet i 2010 , er ikke dette et forsøk på gratis helsehjelp. Gjennom et komplisert system av subsidierte forsikringspremier, skattefritak og egenandeler, ender de føderale myndighetene opp med å betale i snitt halvparten av de medisinske kostnadene til Medicare-mottakere.

Medicaid, derimot, er både en føderal og statlig helseforsikringsordning for innbyggere med lav inntekt. Tradisjonelt er det delstatene selv som har satt nivåer for kvalifisering til Medicaid-dekning, størrelsen på utbetalingene og hvilke typer tjenester som skal dekkes. Dette er viktig, for når Obama nå vil sørge for at alle som lever på 138 % av den amerikanske fattigdomsgrensen uansett skal få tilgang til full Medicaid-dekning, har en høyes-

terettsdom slått fast at delstater fortsatt kan nekte å gjennomføre deler av denne nye lovgivningen.

Millioner av amerikanere drar nytte av disse ordningene, men likevel var altså 45,7 millioner, eller 15 % av befolkningen, uten helseforsikring i 2007 . Hvorfor mangler noen forsikring? Man kan ikke svare for alle, men et estimat sier at en femtedel selv har råd til forsikring, en fjerdedel er kvalifisert til å få offentlig støtte, mens de resterende 56 % trenger offentlig støtte uten å få det . Nesten halvparten har med andre ord, enten av egen vilje eller i mangel på informasjon, valgt å ikke ha helseforsikring. Men hva med de resterende 56 prosentene? Det ser ut til å være en blanding av folk med «pre-existing conditions» og papirløse innvandrere, men dette er nok ikke hele sannheten. I og med at amerikanere selv er ansvarlige for å finne måter å finansiere helseforsikringen sin på – enten å kjøpe selv, få gjennom jobben eller søke om støtte fra én eller flere offentlige helseforsikringsprogrammer – er det nok mange som av ulike grunner ikke klarer å få ordnet disse løsningene på egenhånd. Du er – tross alt – din egen lykkes smed i dette landet.

OBAMACARE! | De tidligere presidentene Harry Truman og Bill Clinton har begge prøvd å innføre en form universell helseforsikringsløsning tidligere, men har feilet hver gang grunnet massiv opposisjon.

Du er – tross alt – din egen lykkes smed i dette landet.



Barack Obama har ikke hatt lyst til å gå i samme felle, så han har heller foreslått en ambisiøs plan for å gjøre det tryggere å være pasient i et komplisert helseforsikringsunivers. ACA («Obamacare», altså), som ble signert som lov i 2010, vil etter planen ha de fleste forordninger innført 1. januar 2014. Slik jeg ser det, kan lovforslaget oppsummeres i to punkter: Obama vil a) utvide mottakerbasen for offentlig støtte og b) gjøre det vanskeligere for helseforsikringsselskapene å kreve urimelige forsikringspremier gjennom et regulert marked.

Førstnevnte vil oppnås på forskjellige måter. Eksempelvis vil Medicaid utvides til å garantere helseforsikring til alle som har en inntekt på 138 % av fattigdomsgrensen, man vil øke støtten til dyre medikamenter under Medicare og man vil subsidiere forsikringspremier hos de som har inntekt på mellom 138 og 400 % av fattigdomsgrensen. Nummer to: handlingsrommet til helseforsikringsselskapene vil bli betydelig begrenset. Fra neste år vil det ikke være lov å differensiere forsikringspremier basert på kjønn eller «pre-existing conditions». Dette er svært radikalt; har du diabetes, er det kjent at du har økt risiko for kardiovaskulær sykdom og kronisk nyresykdom, og det vil derfor være naturlig å ta hensyn til dette i beregningen av en forsikringspremie. Men ikke nå lenger!

Markedet for private helseforsikringer vil i tillegg bli kraftig regulert, og det skal forenkles ved bruk av en slags nettbasert, virtuell helseforsikringsbutikk. Her vil de ideelle markedskreftene utnyttes til det fulle; forbrukerne vil kunne få tilgang til fullstendig informasjon om hva de ulike helseforsikringspakkene innebærer. Alle forsikringspakkene vil dessuten være godkjent av statlige myndigheter på forhånd. Håpet er at enkle, regulerte, nettbaserte løsninger vil kunne få ned antall amerikanere uten helseforsikring. CBO (Congressional Budget Office) har beregnet at ACA vil redusere antallet uforsikrede amerikanere med 32 millioner, slik at man da står igjen med 23 millioner amerikanere uten helseforsikring.

HVORFOR IKKE BARE UNIVERSELL HELSE? | Når man leser om endringene i det amerikanske helsesystemet med europeiske briller, vil nok mange komme med en todelt respons. På den ene siden er det fantastisk at man forsøker å gjøre det enklere og billigere for vanlige amerikanere å få tilgang til essensielle helsetjenester, og at man forsøker å regulere et profittoorientert helseforsikringsmarked. På den andre siden; hvorfor kan man ikke bare innføre et system med universell, statsgarantert helseforsikring, slik som man har i Storbritannia, Frankrike og de skandinaviske landene? Alle disse statene



har betydelig lavere totale helsekostnader enn USA (og dette til tross for at Norge bruker svært mye!), så det er nok ikke usannsynlig at amerikanerne, i hvert fall rent økonomisk, ville ha tjent på å ha et mindre komplisert, statsgarantert system.

Vil USA noen gang få universell helsedekning? Kanskje, men la oss ikke glemme at USA er et spesielt land, med en spesiell ideologi. I 2012 viste en meningsmåling at 56 % av den amerikanske befolkningen var imot ACA. Det kan godt hende befolkningen skifter mening en gang, men la oss huske på at det å endre dagens system også innebærer å slåss mot mektige interesser. Da Storbritannia innførte National Health Service i 1946, var det etter et oppgjør med blant annet den britiske legeforeningen (BMA). Det ligger svært mye penger i helse, og de amerikanske forsikringsselskapene har naturligvis ikke lyst til å gå glipp av dette. Men jeg har håp for fremtiden; ingen mennesker burde vegre seg for å gå til legen av økonomiske årsaker. ■

Litteratur

- 1 Spedbarnsdødeligheten i USA er på 5,9 per 1 000 levende fødte barn. I Norge er den på 3,47, og i Storbritannia er den på 4,5. Se CIA World Factbook: Infant Mortality Rate, 18. desember, 2012: <https://www.cia.gov/library/publications/the-world-factbook/fields/2091.html> (Hentet 22. desember 2013)
- 2 Begrepet «the land of the free and home of the brave» kommer opprinnelig fra den amerikanske nasjonalsangen «the Star-Spangled Banner». Denne ble ikke skrevet før i 1814; bakteppet var den daværende britisk-amerikanske krigen. Her bruker jeg begrepet kun for å understreke at tanken om minimal statlig innblanding i frie individers liv er sentral i tradisjonell, amerikansk tankegang.
- 3 Nattvekerstaten kan sees på som den utopiske liberaliststaten; statens rolle er typisk begrenset til politi, rettsvesen og (et mindre) forsvar.
- 4 OECD Health Data 2013 - Frequently Requested Data: <http://www.oecd.org/els/health-systems/OECD-Health-Data-2013-Frequently-Requested-Data.xls> (hentet 22. september 2013)
- 5 «Having given our pensioners their medical care in kind, why not food baskets, why not public housing accommodations, why not vacation resorts, why not a ration of cigarettes for those who smoke and of beer for those who drink?» - Barry Goldwater i 1964.
- 6 Patel, Kant; Rushefsky, Mark E. (2006). Health care politics and policy in America (Tredje utgave.). Armonk, N.Y.: M.E. Sharpe. Side 34-74.
- 7 Budget of the U.S. Government - Fiscal Year 2010: <http://www.gpo.gov/fdsys/pkg/BUDGET-2010-SUMMARY/pdf/BUDGET-2010-SUMMARY.pdf> (lastet ned 22. september 2013)
- 8 National Federation of Independent Business v. Sebelius (2012). Les mer om den her: http://en.wikipedia.org/wiki/National_Federation_of_Independent_Business_v._Sebelius
- 9 U.S. Census Bureau: «Income, Poverty, and Health Insurance Coverage in the United States: 2007.» <http://www.census.gov/prod/2008pubs/p60-235.pdf> (hentet 22. september 2013)
- 10 Health Affairs: «The Uninsured and the Affordability of Health Insurance Coverage», 2006: <http://www.healthaffairs.org/RWJ/Dubay2.pdf> (hentet 22. september 2013)
- 11 Congressional Budget Office: «Cost Estimate for Pending Health Care Legislation», 20. mars 2010. <http://www.cbo.gov/sites/default/files/cbofiles/ftpdocs/113xx/doc11379/amendreconprop.pdf> (hentet 22. september 2013)

Formidling er en del av forskning

Forskningsformidling er for tiden et debattert og mye omtalt emne i norske medier. Det er skrevet aviskronikker i ulike aviser, utgitt bøker myntet på emnet alene og den kommende forskningskonferansen for legestudenter – Frampeik – vil i år ha vitenskapsformidling som tema



Det pågikk for litt siden en debatt i norske medier til forskere om å delta mer aktivt som formidlere til samfunnet, blant annet i sosiale medier. For eksempel skrev Knut Olav Åmås debattinnlegget «Bli sosial, forsker!» i Aftenposten 24. august. Hensikten og målet er, ifølge innlegget, å bedre forskningsformidlingen. Tidligere journalist og nå forfatter Audun Farbrot er blant de som aktivt har tatt i bruk Twitter og andre medier i sin forskningsformidling, kanskje ikke så unaturlig når du er fagsjef for forskningskommunikasjon ved Handelshøyskolen BI. Et annet suksesseksempel er vitenskaps- og rosabloggen SunnivaRose skrevet av doktorgradsstipendiat i kjernefysikk Sunniva fra Oslo.

PÅ MOTTAKERENS PREMISSE | Tilbake til Farbrot har han i likhet med Åmås et sterkt ønske om å få mer samfunnsaktive og «sosialt digitale» forskere. I slutten av august lanserte han boken Forskningskommunikasjon hvor emnet blir grundigere drøftet. «Meningsfullt! Mulig! Morsomt!» åpner Farbrot sin presentasjon for de over

tohundre oppmøtte til boklanseringsseminaret hos Cappelen Damm. Han skisserer en verden vi kjenner godt men kanskje ikke tenker så mye over. Aldri før har forskere – og leger – hatt så mange (teknologiske) formidlingskanaler å velge mellom: bøker, Twitter, Facebook, blogger, YouTube, hjemmesider og tidsskrifter, for å nevne et lite knippe.

Imidlertid er det ikke nødvendigvis blitt lettere å formidle ny kunnskap, snarere tvert imot. Kampen om oppmerksomhet er langt hardere enn før og utfordringen er å nå mottakeren gjennom all støyen. For å lykkes, forteller Farbrot, må det være et større fokus på forskningskommunikasjon og mindre på forskningsformidling. Det er mottakeren som setter premissene for hva som er interessant. Det er ikke gitt at publikasjoner i store og høyt rangerte tidsskrifter er det mest interessante for den allmenne befolkning og på samme måte er ikke nødvendigvis de mest meritterte forskerne de beste formidlerne (eller «kommunikatorene»). Med andre ord argumenteres det for en «kunden har alltid rett»-strategi, ikke bare enveisformidling fra forskeren. Her er det sannsynligvis en utfordring at det forskeren synes er mest interessant ikke nødvendigvis er det mest

TEKST: Frederik Emil Juul



Audun Frabrot



Hans Olav Lahlum



Jo Røislien

spennende for tilhørere som ikke har den samme naturvitenskapelige bakgrunnen.

HVORDAN UNNGÅ HARALD EIA-FELLEN

Hva mer kjennetegner god vitenskapskommunikasjon. Gjennom bokpresentasjonen fremlegger fagsjefen fra BI flere interessante punktlistor. Blant annet 10 tiltak for bedre kommunikasjon og fem sentrale barrierer som må brytes for å få forskere mer interesserte i å kommunisere også utenfor sin egen fagkrets. Blant disse barrierene finner vi mangelen på merittering og status ved slik formidling, at det gir liten økonomisk uttelling for forskeren, som heller ikke har tid ved siden av alt forskningsarbeidet. Frabrot lanserer også en 5-punkts førstehjelpsguide for forskere i møte med media som ønsker å unngå «Harald Eia-fellen» (Se faktaboks).

FRAMPEIK 2013 | Også leger driver formidling av kunnskap og forskning gjennom sine møter med pasientene. God kommunikasjon er som kjent viktig i disse møtene. Det er en av grunnene til at årets Frampeik – legestudentenes årlige forskningskonferanse – nettopp har «Viten-

skapsformidling» som hovedemne. I år er det Oslo som er arrangør helgen 18.-20. oktober. Ved utgått påmeldingsfrist kunne arrangørene melde om over 100 påmeldte deltakere, noe som gir en god mulighet for å bevisstgjøre legestudentene på emnet.

Hva er så Frampeik? For å oppsummere er arrangementet en årlig forskningskonferanse for legestudenter, arrangert av forskerlinjestudenter. Det hele går på rundgang mellom Tromsø, Trondheim, Bergen og Oslo. Bergen hadde en vellykket gjennomføring av Frampeik 2012, med en fyldigere omtale i Æsculaps 5. utgave 2012, nå tilgjengelig på internett.

ET SPEKTER AV FORMIDLINGSKANALER

Rektor ved Universitetet i Oslo (UiO), Ole Petter Ottersen, som også holdt et innlegg på boklanseringen av Forskingskommunikasjon, skal åpne konferansen. Som et eksempel på vitenskaps- og forskningsformidlingens mange arenaer og ulike formidlingskanaler er Jo Røislien og Hans Olav Lahlum sentrale foredragsholdere. Røislien har doktorgrad i biostatistikk og var programleder for Siffer på NRK. Siffer var et populærvitenskapelig matematikk-

Blant disse barrierene finner vi mangelen på merittering og status ved slik formidling, at det gir liten økonomisk uttelling for forskeren, som heller ikke har tid ved siden av alt forskningsarbeidet.

program hvor nettopp god formidling ga hele Norge talldilla og ble nominert til Gullruten i 2012. Det er ikke en rent liten prestasjon innen skolefaget som vekker en spesifikk fobisk angst hos mange.

Lahlum er mer kjent som forfatter og debattant i ulike media, blant annet som verdensrekordholder gjennom sitt 30-timers lange intervju utført av VG. Sammen utgjør Røislien og Lahlum en liten del av spekteret viktige kommunikasjonskanaler.

I tillegg skal mange av Frampeikdeltakerne holde presentasjoner av prosjektoppgaver, forskerlinje-arbeid og selvvalgte emner. Selv om disse presentasjonene blir til et publikum med naturvitenskapelig og medisinsk bakgrunn kan kanskje flere av Farbrots punktlister komme til nytte. Forhåpentligvis fortsetter engasjementet også etter konferansen, som også har en sterk sosial profil i form av mingling i festlokalet Anestesien og gallamiddag ved Grand hotell.

Legestudenter, forskere og leger, bli sosiale!



Hvordan unngå «Harald Eia-fellen»

- Forbered deg godt, og stå på trygg faglig grunn.
- Hva synes leseren/seeren er interessant?
- Bruk eksempler
- Vær ydmyk
- Be om sitatsjekk

Kilde: Forskningskommunikasjon (Cap-pelenDamm)

På 70-tallet var de gjenstand for et av de største eksperimentene innen høyere utdanning i Norge. I år vendte fortidas medisinstudenter tilbake til Tromsø. Hvor ble de av etter den siste eksamensfesten? Hva er deres syn på dagens medisinstudenter? Og ikke minst; var eksperimentet vellykket?

Tromsø 1973: Prøvekaninene



S lengbuksa og hippiesveisen er blott et minne – i år var de hedersgjester når medisinstudiet ved Universitetet i Tromsø feiret 40-årsjubileum. De er leger, professorer, fakultetsledere og sykehusdirektører. Med så gjeve titler er det lett å glemme at de samme personene en gang sto nettopp her og grugledet seg til sin første dag som legestudent. Den gang var de ungdommer i et bevende samfunn; de engasjerte seg for politikk, kvinnekamp og Vietnamkrigen. De sto også i fronten for et universitet som på 60- og 70-tallet møtte formidabel motstand utenfra.

I dag er de ikke fullt så purunge, men engasjementet har de beholdt. Og mens det mimres om fortiden, får en overarbeidet medisinstudent bekreftet at i alle fall én ting var bedre før;

– Jøss, cellebiologiboka deres er jo dobbel så tykk som den vi hadde! Minst!

Ja vel. La oss ta det hele fra begynnelsen.

LAKSEEFFEKTEN I PRAKSIS

Nord-Norge anno 60-tallet. Legemangelen var skrikende. Dødeligheten økte jo lenger nord man kom, og nordlendingene som dro sørover for å bli leger, vendte sjelden hjem igjen. Noe måtte gjøres.

En hypotese med det klingende navnet «Lakseeffekten» skulle vise seg å spille en viktig rolle. Professor Torstein Bertelsens teori går ut på at laksen drar tilbake dit den kommer fra, særlig hvis den ikke drar for langt bort. Med andre ord; vil man ha leger i et «isøde», må man utdanne dem sjøl. Men motstanden var enorm. Ved Oslo-fakultetet fikk forslaget om legeutdanning i nord kun én stemme. Like fullt, i 1973 var Universitetet i Tromsø et faktum.

Eksperiment Lakseeffekt var satt ut i live.

– Da jeg sa jeg ville studere medisin utenfor Norge, sa moren min: «Dra til Tromsø i stedet, der får du det sånn som

TEKST: Sandra Kristiansen

du ville fått i utlandet», forteller Jeanette H. Magnus fra kull-77.

Om det var helt likt som utlandet, vites ikke, men allerede fra første dag utpekte medisinstudiet i Tromsø seg som et annerledesstudium.

OPPRØRSTID

– Vi fikk være med på oppstarten av noe helt nytt, forteller Arnfinn Sundsfjord fra kull-77.

Han er en av initiativtakerne bak 40-års-markeringen, og har blant annet vært med å skrive boken «Fra fagområdet medisin til det helsevitenskapelige fakultet» som ble utgitt i disse dager.

Da de første medisinstudentene kom til Tromsø besto byen av 35000 innbyggere, provisoriske universitetslokaler og et slitent sentralsykehus. De visste det kanskje ikke den gang, men det ville bli opp til dem, studentene, «prøvekaninene», å bestemme byens framtid. Studieledelsen i Tromsø samlet alle tropper;

– Det ble startet en moderne legeutdanning inspirert av en 68er-ånd, fortsetter Sundsfjord.

– Fra slutten av 1960-tallet pågikk det nemlig en bred internasjonal debatt om bedre utdanning av leger. Legene skulle ha en helhetlig innsikt i pasienten, i samfunnsmessige forhold og i forskning. Nye medisinske skoler ble etablert med slike mål, og legestudiet i Tromsø ble en del av denne familien. Tromsø hadde sin egen «lille halvørde» studieplan i bokform; tidlig pasientkontakt, praksis, integrerte kurs, også videre. Det var et oppgjør mot det etablerte.

RADIKALISME OG ET FOSSIL PÅ 45

Studentene lot seg friste, 40 i slengen kom de nordover.

I tråd med tidsånden ble studentmiljøet preget av radikalisme og partipolitiske

grupperinger. På 70-tallet var «alle» politisk aktive, og samfunnet skulle nyskapes.

I Tromsø ble det også et svært ungt miljø, spesielt siden nyutdannede og ambisiøse lærere fra både Oslo, Stockholm og New York søkte seg til byen. Og med et lite universitet førte det til en kort avstand mellom studenter og lærere, en kultur som har blitt bevart på UiT den dag i dag.

– Vi hadde nær kontakt med lærerne våre. Men jeg kalte ingen ved fornavn, minnes Maja-Lisa Løchen på kull-76. – Jeg hadde svært respekt for dem, selv om de ikke var stort eldre enn oss. Jeg tror faktisk den eldste foreleseren vi hadde var 45 år – i våre øyne var han var rene fossilet!

Mye har altså forandret seg på 40 år. Og når så mange stier i dag er trakkert av tidligere generasjoner, kan man unektelig begynne å lure; finnes det lenger noen fellestrekk mellom medisinstudentene på 70-tallet og medisinstudentene i dag?

– JEG SER LYST PÅ FRAMTIDEN

I følge Arnfinn Sundsfjord finnes det flere likheter – heldigvis av den gode sorten; – Det sterke engasjementet, både faglig og sosialt, preger fortsatt medisinstudentene. Det politiske engasjement fra 70-tallet er ikke så fremtredende i dag. Til gjengjeld er nok dagens studenter mer internasjonalt faglig orientert.

Vi er ikke helt håpløse, altså.

– Jeg ser lyst på framtiden, medgir Maja-Lisa Løchen, men tilføyer at dagens studenter kanskje er litt vel opptatte av enkle oppskrifter og korte svar, slik at de slipper å lese så mye. – Det kjenner jeg ikke igjen fra min egen tid. Men samtidig er det noe som har blitt slik ellers i samfunnet også, det er ikke bare studentenes feil. Jeg opplever dagens studenter som helt fantastiske.

Selv om cellebiologiboka har vokst i tykkelse i det siste, er det ingen hemmelig-

het at medisinstudiet alltid har ført med seg nok av lesestoff. Jeanette H. Magnus fra kull-77 jobber i dag ved UiO, og mener en del av dagens fag godt kunne vært flyttet inn i spesialistutdanningen.

– Når man blir ferdige leger vil mye av detaljkunnskapene være glemt, og om noen år kan kunnskap være helt utdatert. Når det er sagt har medisinstudiet bestandig vært tungt, og man må hele tiden kjempe mellom sin egen evne til å begrense seg, og sin trang til å bry seg om detaljer. Slik vil det nok alltid være.

EKSPERIMENTETS RESULTAT

Så hvordan gikk det med Lakseeffekten i praksis?

Sammenlignet med den småvoklende byen som de første studentene møtte, huser Tromsø i dag det dobbelte antall mennesker, har et universitetssykehus i vekst og et stort medisinsk fagmiljø.

– Det er vanskelig å forestille seg en slik befolknings- og kunnskapsøking uten oppstarten av medisinstudiet og UiT, sier Maja-Lisa Løchen og får medhold fra Arnfinn Sundsfjord.

– De første studentene gikk ut i 1979, og mange av dem er her ennå. Gjentatte analyser viser at nærmere to tredjedeler av våre uteksaminerte leger arbeider i nord 5-10 år etter endt utdanning, sier han, og dermed kan vi konkludere med at teori har blitt praksis. Initiativtakerne bak oppstarten av Universitetet i Tromsø kan tillate seg et lite smil – der fikk «søringen» se!

Lakseeffekten var også et effektivt argument for oppstart av andre studier, og statistikken viser det samme – det må utdannes i nord, til nord.

Og «prøvekaninene»? Vi kan vel trygt si at de besto testen.

Når de møtes igjen i dag, de gamle lærerne og studentene, er de fulle av gjensynsglede og håp for framtiden. De

har fortsatt et sterkt engasjement for medisinfaget – og kanskje ikke så rent lite stolthet over hva de allerede har fått til. For det var dette de jobbet mot den gang; et fjellstøtt fagmiljø i landsdelen. Det vi som dagens studenter kanskje tar som en selvfølge.

Kirsten Osen, første norske kvinnelige professor i medisin og lærer ved UiT i 1973, får siste ord i det hun forlater 40-årsmarkeringen;

– Vet du, hvis jeg skulle levd en gang til ville jeg jammen studert medisin i Tromsø! 

«Sy-om» i Szczecin

Å kunne sy er en av mange praktiske ferdigheter som ikke terpes nok gjennom medisinstudiet. En gruppe studenter i den polske Szczecin tok problemet i egne hender.

TEKST: Marit Witsø

FOTO: Øystein Julien

Under Nmf Utland, avdeling Szczecin (NmfU Szczecin), sitt informasjonsmøte høsten 2012 spurte vi førsteklasingene om de var interessert i kurs. Responsen var, om enn litt nølende i starten, etterhvert overveldende. Etter noen forespørsler i eldre kull, kom vi frem til at dette var et umettet marked. På nyåret 2013 holdt NmfU Szczecin sitt aller første kurs: suturkurs.

ENGASJEMENT BLANT STUDENTENE

«Jeg kan ikke komme med ris til noe som blir arrangert for studentene, som vi velger å dra på fordi vi har en interesse for det. Rosmessig så kan jeg si at slike arrangementer er helt nødvendige for videreutviklingen av studentmiljøet», sier Ragnar Norvoll, deltager på kurset.

Vi hadde fått med oss professor og spesialist innen håndkirurgi, under avdeling for generell kirurgi, dr. med Piotr Puchalski. Han har ansvaret for innføring i kirurgi ved Pomeranian Medisinske Universitet, og med lang fartstid innen både generell og håndkirurgi, samt sitt engasjement for å lære bort, var kurset i boks. Vi tok

utgangspunkt i at deltagerne hadde liten eller ingen erfaring innen vevshåndtering, siden suturering er en ferdighet som krever mye repetisjon. Utgangspunktet var at alle skulle få mestringsfølelse, og lære seg gode rutiner.

Lokalet ble holdt av, utstyret kjøpt inn og informasjon om sted og tid ble gitt på NmfU Szczecin sin facebookside. Vi ventet spent på om noen skulle melde seg på. Innen fire minutter var alle de 30 plassene fulle.

Kurset ble avholdt en tidlig lørdag morgen, og 30 lærevillige deltagere møtte opp. Det var representanter fra de fleste trinn, fra de første semestrene, helt opp til fjerde og femte klasse. I løpet av dagen ble de kurset i vevshåndtering, instrumentholding, sutur-fjerning og de kunnskapene som kreves for et vellykket resultat, samt at de fikk mye praktisk trening.

STUDENTBYEN SZCZECIN

Szczecin ligger nordvest i Polen. Bygrensen ligger syv kilometer fra grensen til Tyskland, cirka to timer fra Berlin. Det er ca. 450 engelskspråklige studenter i byen, og universitetet har lang erfaring med engelskspråklige studenter siden «English program» ble opprettet i 1996. Siden den gang har mange studenter blitt

uteksaminert, først og fremst fra Norge, men også fra Sverige, Tyskland, USA, Canada og Færøyene. Universitetet kan tilby mange anerkjente og erfarne lærere og undervisere, og er spesielt kjent for sin genetikk-avdeling, som også er anerkjent på verdensbasis.

VIDEREUTVIKLING

Etter årets suksess følger NmfU Szczecin det naturlig å arrangere nye kurs studieåret 2013/2014. Og hvem vet, kanskje vil det dukke opp et EKG-kurs og et venekanyleringskurs i tillegg?

Fakta:

- I Szczecin er det til sammen er det ca 55 000 studenter.
- Pomeranian Medical University, som det heter på engelsk, ble opprettet i 1948, og har i dag ca 4 100 studenter fordelt på tannlege-, medisin- og sykepleiestudier.
- Engelskspråklig program finnes kun for medisin og tannlege.
- NmfU Szczecin har om lag 150 medlemmer fordelt på alle trinn.
- www.medisinstudent.com

*I løpet av dagen ble de kurset i
vevshåndtering, instrument-holding, sutur-
fjerning og de kunnskapene som kreves for
et vellykket resultat, samt at de fikk mye
praktisk trening.*



Debatten om evidensbasering. Noen eksempler og en vurdering.

«Evidens» er en term hentet fra vitenskaps-teorien og defineres oftest som de grunnene man har for å godta en oppfatning eller en påstand. «Evidensbasering» som uttrykk refererer seg i faglig språkbruk dels til kjennetegn ved evidensbasert kunnskap, dels om en norm for praksis som hevder at god praksis må være basert på evidens. Det finnes etter hvert en ganske omfattende litteratur om evidensbasering. Jeg skal her kommentere noen debattinnspill og stiller spørsmålet om ikke debatten (ofte?) preges av et unødvendig abstraksjonsnivå. De debattantene jeg ser på er – i alfabetisk rekkefølge – Tor-Johan Ekeland (Ekeland 2004, se litteraturlisten bak) som er professor i psykologi. Stig S. Frøland (Frøland 2013) er professor i medisin og immunolog. Kristian Gundersen (Gundersen 2013) er professor i biologi. Tore Næss (Næss 2013) er magister i filosofi og medisinerstudent. Svein Sjøberg (Sjøberg 2013) er fysiker, pedagog og professor i naturfagenes didaktikk. Torgeir Brun Wyller (Wyller 2011) er professor i geriatri. Det første eksempelet er Tor-Johan Ekelands artikkel «Autonomi og evidensbasert praksis» (Ekeland 2004). Ekelands hovedfokus er legeyrket og helsepolitikken, men han tar også avstikkere underveis til andre profesjoner. I starten på sitt notat formulerer Ekeland en bekymring for profesjonenes autonomi, men tematiserer ikke i særlig grad samfunnets krav på innsyn og kvalitetskontroll av profesjonsutø-

velse, som begrenser denne autonomien. Dvs. han tematiserer «Transparency» og «accountability» som normer for profesjonsutøvelse, men ser det ikke som sin oppgave å gå langt inn i det, eksempelvis når det gjelder grensene for kvakksalveri. Ekeland trekker et skarpt skille mellom forskning og profesjonsutøvelse og hevder blant annet at forskning er «deskriptiv» og klinisk virksomhet er «normativ». Det heter at «Forskinga skal seie noko om det som er; i klinikk skal ein freiste å skape det som bør vere. I klinikk skal ein skape endring og må tru på denne for at ho best skal kunne skje. I forskning skal ein helst dyrke tvilen om ein skal oppføre seg vitenskapleg». Poenget synes da å være at «det normative» er «truet» av det deskriptive. Om dette sier Ekeland også at «...etikken (må) vere overordna evidensen.».

Hos Ekeland fyller skillet «normativt/deskriptivt» en funksjon i en kritikk av byråkratisering og styringssystemer. Men strengt tatt er dette misvisende. Vitenskap og forskning har også sine normative forutsetninger og klinisk virksomhet handler i høy grad om å beskrive og anvende forskning i praksis. Nå taler Ekeland om dette seinere i notatet, men inntrykket er at det overhode å bruke skillet normativt/deskriptivt egentlig ikke hadde noen funksjon i hans fremstilling. Denne fremtrer grunnleggende sett som en anklage om at styrings- og kontrollsystemer – herunder en norm om evidensbasering som målestokk

TEKST: Ragnar Næss

for god praksis – fratar profesjonsutøver et nødvendig spillerom for skjønn. Skillet er for abstrakt til å ha noen god funksjon i en konkret kritikk av profesjonsnormer. Etter en lesning av Ekelands notat sitter en med følelsen av at han har beskrevet «evidensbasering» som noe som meget vel kan tenkes å redusere profesjonsutøveres autonomi på en måte som skaper dårligere tjenester enn hva man ellers ville hatt. Men man savner en dokumentasjon av at det faktisk er slik. Og sistnevnte dokumentasjon må nødvendigvis dreie seg om hvorvidt dagens kontrollsystemer i helsevesenet faktisk er dysfunksjonelle eller ikke. Her kan ikke vitenskapsteoretiske distinksjoner spille noen rolle. Det er empiriske funn som teller.

Ekelands diskurs går imidlertid utenom dette. Derimot påpeker han at den evidensbaserte metoden ikke selv kan sies å være evidensbasert, og at dette innrømmes av dens forkjempere. Han spiller her ut det «skjervheimske» og filosofiske «selvreferansekortet». Men den årvåkne leser finner lite konkret empirisk støtte for at evidensbasering som norm faktisk fører til dårligere legetjenester – og Skjervheim er ganske ubrukkelig i denne sammenhengen. Ekeland taler til syvende og sist på vegne av en profesjon som – med rette eller urette – opplever sin autonomi truet av et nytt system for styring av helsetjenester. Men den filosofiske vinklingen er – utover det forholdsvis trivielle – et blindspor.

T.B. Wyllers artikkel «Evidensbasert medisin eller vulgærcochranisme?» er ikke udeelt kritisk mot evidensbasering, men har en brodd mot en «vulgarisering» av den evidensbaserte metoden som rettesnor i medisinen – på bekostning av «erfaringskunnskap». Det gis tre argumenter her: evidensbasert metode kan ikke ta høyde for individuelle ulikheter hos pasientene, det skjer en neglisjering av forskning der evidens er vanskelig å fremskaffe, samt at «erfaringskunnskap» som sådan neglisjeres.

En innvending mot Wyller er at «erfaringskunnskap», ulikt «evidensbasert kunnskap» som lar seg bestemme forholdsvis formalt, forblir en relativt uavklart størrelse i artikkelen. Det heter allikevel tidlig i artikkelen at erfaringskunnskap forkastes av «vulgær-cochranismen», og det sies også at «vi mister mønstergjenkjenningen, intuisjonen, observasjon av de ørsmå detaljene, det som får erfarne klinikere til å skjønn hvordan akkurat denne pasienten bør behandles. Denne kunnskapen har vulgærcochranistene eksplisitt plassert nederst i kunnskapspyramiden».

Men disse poengene som egentlig er helt sentrale for Wyllers forehavende burde vel vært utviklet mer? Et mer nærliggende spørsmål er om Wyller kan gi konkrete eksempler på hvordan erfaringskunnskap spiller avgjørende inn. Innen rammen av en kort artikkel er det selvsagt umulig å dekke dette fyldestgjørende, men jeg tror

at presentasjon og drøftelse av et par helt konkrete eksempler der evidensstenkningen må være utilstrekkelig ville vært instruktivt. Det heter at «Vulgærcochranistene vil sikkert også forsikre oss om at man skal tolke relevansen av enkeltstudier inn i det kliniske totalbildet. Men ser man på flommen av kliniske retningslinjer (guidelines) som velter innover oss, eller for den saks skyld på NAVs håndtering av blåreseptordningen, så skjønner man at virkeligheten er blitt en annen.» Her antydes en viktig debatt, men hva som er galt med flommen av kliniske retningslinjer og blåreseptordningen blir ikke redegjort for. Og det er i denne typen konkrete saker den egentlige debatten begynner, ikke i en debatt for og imot evidensbasering mer abstrakt.

Et tredje eksempel på kritikk av tanken om evidensbasering som norm for klinisk praksis er innlegget til Tore Næss i avisen «Klassekampen» 16.mai 2013. Temaet er her ikke som hos Ekeland bekymring for profesjonistenes autonomi, men snarere kritikk av at evidensbasering blir brukt som utelukkelseskriterium når det gjelder en bestemt klinisk tilnærming, psykomotorisk fysioterapi. Hovedpoenget hans er at Gundersens bok «Snåsakoden» (Gundersen 2013) der denne behandlingsmetoden drøftes opererer med en feil og begrenset vitenskapsforståelse.

Næss sier at «enhver behandlingsforms, alternativ eller ikke, helbredende virk-

ning og eventuelle vitenskapelighet, kan og bør imidlertid diskuteres. I så fall må man (min utheving, RN) også diskutere selve vitenskapelighetsbegrepet». I lys av det foregående kan vi kanskje stille et spørsmålstegn ved dette «må». Kan fremhevelsen av vitenskapelighetsbegrepet tvert imot fungere som en blindgate? Den retningen innlegget selv – og debatten etter Næss' innlegg – tok kan tyde på dette.

I sitt innlegg fremhever Næss at man uansett er henvist til å velge metoder man ut fra erfaring tror fungerer, en variant av argumentet ut fra tradisjon. Altså ut fra «det som synes fornuftig», en type rasjonalitet uten de omfattende undersøkelsene som evidensbaseringen bygger på.

Dernest påpeker han Poppers skille mellom «the context of discovery» og «the context of verification». Altså et skille mellom de helt nødvendige oppgavene 1) å finne frem til og 2) på den annen side å teste hypoteser. Det første forutsetter «et element av kreativitet og er mye vanskeligere å forstå», mens det andre «kan i prinsippet automater ta seg av». Videre sier Næss at «Gundersen synes å mene at bare det siste er vitenskap, han ser ikke at det ene forutsetter det andre».

Men i og for seg er ikke noe av dette argument mot «evidensbasering» tatt som abstrakt prinsipp. At det å finne frem til interessante hypoteser er en logisk og praktisk forutsetning for å teste hypoteser er en viktig men relativt formal sannhet.

Næss sier for øvrig i en bisetning at han selvsagt ikke er imot evidensbasering som sådan. Kritikken går på at dette skulle være det eneste eller det viktigste uttrykket for vitenskapelighet.

Nå sier Gundersen klart i fra at psykomotorisk fysioterapi etter hans syn ikke er vitenskapelig basert (Gundersen 2013, s. 98). Gitt at han opplyser at det faktisk har vært gjort undersøkelser av metodens effekt, riktignok uten kontrollgruppe, synes dette ensidig. Gundersen sier i samme åndedrett at i en metastudie ville mangel på kontrollgruppe vært regnet som svak evidens. Men det er en viktig forskjell mellom å tale om vitenskapelighet/uvitenskapelighet som en dikotomi, og på den andre siden som en slags rangering av evidens fra svak til sterkere. Gundersen synes først å bruke et dikotomisk begrep, dernest et graduelt for å betegne vitenskapelighet.

Næss kan således ha rett i at Gundersen synes å basere seg på et snevert vitenskapsbegrep. Etter å ha lest de aktuelle avsnittene vil jeg imidlertid gå lenger. Gundersen trekker feilaktige slutninger og motsier seg selv på en måte som ikke har så mye med vitenskapsteoretiske poenger å gjøre. I tillegg til at dikotomier og gradsvurderinger ikke holdes fra hverandre er det i Gundersens kritikk av psykomotorisk fysioterapi minst to andre eksempler på tvilsomme resonnementer. Etter å ha kommentert den nevnte undersøkelsen av psykomotorisk

fysioterapi – en undersøkelse som omfatter vurderinger fra 150 pasienter – heter det: «Det har altså vært en stor vilje til å drive forskningslignende virksomhet som bekrefter og utvikler metoden, men liten vilje til kritisk forskning på om metoden faktisk virker.»

Jeg tolker her «altså» som å referere til teksten vedrørende denne undersøkelsen. Gundersen formulerer en slutning. Men det er ikke noe i det han har skrevet om undersøkelsen som tilsier at det «er liten vilje til kritisk forskning på om metoden faktisk virker eller ikke». Dersom de 150 pasientene i hovedsak hadde ment at de ikke var blitt bedre, ville vel dette vært kommentert i undersøkelsen, og dette ville – riktignok med relativt sett lav evidens – vært tatt som indikasjon på at metoden ikke fungerer. Påstanden om «liten vilje» kan ikke underbygges med det Gundersen har anført.

Eksempel nr. 2 er enda mer åpenbart. Gundersen refererer til Bunkan – som sier at «det er vanskelig å effektivt evaluere en behandling...» – med følgende ord: «... og det vanskelig å følge henne når hun sier at den ikke kan (min utheving) effektivt vurderes». Men det er jo ikke dette Bunkan sier. De ovenstående tre eksemplene på kritikk av Gundersens håndtering av psykomotorisk fysioterapi er forholdsvis trivielle. De har ikke den høytflyvende karakteren vi forbinder med vitenskapsfilosofi. Men jeg antar at påpekningen av disse tre

eksempelene på problemer i Gundersens fremstilling kunne ført debatten inn på et reellt sett mer løsningsorientert spor. Men Næss har altså styrt rett på en vitenskapsfilosofisk problemhorisont.

På samme måte som hos Wyller synliggjør Næss' innspill etter mitt syn at det først er konkrete, empiriske eksempler evt. nye undersøkelser som kan vise at han eventuelt har rett. Betydningen av enkeltteksempler har vært påpekt i aksjonsforskningstradisjonen. (se Gustavsen 2010 og Toulmin 1996). Popper blir et blindspor, og – mer generelt – spørsmålet om hva som kjennetegner vitenskapelighet og uvitenskapelighet som sådan blir likeledes et blindspor i en sak der åpenbart konkrete vurderingen av psykomotorisk fysioterapi er det sentrale.

Jeg skal søke å vise at de som argumenterte mot Tore Næss' artikkel også følger opp det vitenskapsteoretiske blindsporet. Altså at bruken av generelle vitenskapsteoretiske problemstillinger fører dem på avveie og skygger for den egentlige oppgaven: å gi konkrete eksempler og/eller relativt enkle empirisk-forskningsmessig belegg som er relevante for konkrete spørsmål.

Svein Sjøberg, professor i naturfagenes pedagogikk (KK 24.mai 2013) begynner sitt svar til Næss med å sitere ham på at «Kristian Gundersens standpunkt er uttrykk for en snever forståelse av vitenskapelighet». Han gjengir Næss' referanse til Popper og sier at «det er her det går galt».

Sjøberg kaster seg dernest inn i en eksege av Popper (dette at vitenskapelighet innebærer både å komme med en god ide samt å etterprøve den) og ender opp med påstanden om at «Det ser ut til at Næss mener at det er nok å komme med den gode ideen». Dette siste utsagnet er tatt ut av luften og er paradoksalt – for Næss har indikert at det ikke er noe i veien med evidensbasert metode som sådan. Dette er en type vitenskapsfilosofisk skyggebokning, men ikke noe godt argument når det gjelder vurderingen av psykomotorisk fysioterapi eller evidensbasert metode i praksis.

Sjøberg avslutter med noen god-ord om Gundersens bok som knapt kan kalles noe argument. En kan spørre seg: Bidrar ikke Sjøbergs eksege til å opprettholde illusjonen om at man kan finne sannheten i filosofiske, abstraherte teser – en slags fetisj som da forveksles med «vitenskapelighet»- og i hvert fall med det vi ville kalle «gode begrunnelser og forslag»? Dette da fordi han umiddelbart synes å mene at en slik eksege er relevant i den foreliggende diskusjonen. Alternativet ville eksempelvis vært – også i det kortfattede mediet en avispolemikk representerer – å gå inn i ett konkret eksempel som illustrasjon. Det ville vært mer opplysende.

Dette bringer oss til det siste eksempelet på innlegg om evidensbasert metode. Professor dr. med. Stig Frøland gir et svar til Tore Næss samtidig med Sjøberg. Frøberg

begynner med å påpeke at Gundersen ikke har gjort noe mer enn å ytre skepsis til psykomotorisk fysioterapi, videre at det det dumt at metoden ikke har vært søkt evidensbasert. Frøland gir videre grunner for at man ikke alltid kan kreve at behandling er vurdert via dobbeltblinde, randomiserte undersøkelser. Så langt er dette i og for seg greit, selv om Frøland synes å overse at Gundersen ved sin avvisning av metoden som uvitenskapelig har gått lenger enn blott og bart å ytre tvil og stille spørsmål.

Etter denne opptakten velger imidlertid Frøland å argumentere for viktigheten av «gullstandarden»: «Enten Næss liker det eller ikke er selve «gullstandarden» dobbeltblindete, kontrollerte forsøk. Andre behandlingsstudier tillegges svakere evidens og kommer lenger ned på skalaen». Dette er igjen i og for seg greit, men videreutvikler ikke problemstillingen. Debatten blir stående fast i en meningsutveksling om relativt abstrakte prinsipper som det ikke synes å være noen egentlig uenighet om.

Avslutningsvis. Som medisinsk amatør med noe kjennskap til vitenskapsteori og vitenskapshistorie – er jeg overrasket over at ingen av debattantene forholder seg til den mest innflytelsesrike tradisjonen for empirisk forskning på faktisk profesjonsutøvelse, den som ble innledet med Donald A. Schöns bok «The Reflective practitioner – How Professionals think in Action».

Schön beskriver og kritiserer innledningsvis den profesjonalitetsteorien som var

rådende frem til 60-tallet da det satte inn en bølge med alminnelig skepsis til mange profesjonsutøvere. Ifølge denne teorien er det profesjonisten gjør å anvende standardiserte, vitenskapsbaserte metoder i praksis. Og vitenskapelighet utelukker de unike tilfellene. De kan ikke håndteres vitenskapelig i følge denne forståelsen. Den tradisjonelle forståelsen ser også teori som «overordnet» konkret anvendelse. Anvendelse ses som instrumentell aktivitet med basis i generaliserte regler. Naturvitenskap ses som forbilde alle profesjoner skal strekke seg etter. Dette ses i forhold til et vitenskapelig hierarki mellom profesjonene, med medisin og juss på topp, fulgt hakk i hæl av økonomi og ingeniørkunst. Stikkordene er vitenskapsbasing og standardisering.

De empiriske eksemplene på profesjonsutøvelse Schön behandler (studie av en byplanlegger og en veiledningssituasjon i psykiatri) synes å vise at det profesjonsutøverne gjør er mye mer komplekst og sammensatt enn hva den vitenskapsteoretisk pregete forståelsen innebærer. På samme måte kunne en tenke seg undersøkelser av hva leger gjør i praksis i et utvalg mer eller mindre typiske kliniske situasjoner. Man kunne så sjekke hvor mange av disse enkeltbeslutningene – som trolig vil omfatte opp til flere tusen i mer kompliserte saker – kan sies å bygge på dobbelt-blinde randomiserte undersøkelser. Trolig bare en brøkdel. Hvordan skal en da vurdere alle de øvrige beslutningene? Finnes det ingen kriterier her for å vurdere dem som bedre eller dårligere? Det er her Schön

kan være instruktiv. Først denne typen undersøkelser kunne si noe om hvor typisk og sentralt «instrumentell anvendelse av gitte evidensbaserte innsikter» er i en leges konkrete kliniske adferd. Jeg vet ikke om slike undersøkelser finnes. De er i hvert fall ikke referert til i de bidragene jeg har sett på.

Jeg håper gjennom disse eksemplene å ha illustrert hvordan debatten om evidensbasering kan bli mystifisert og ført på avveie ved overdreven bruk av vitenskapsteoretiske termer og problemstillinger. De viktige spørsmålene ligger kanskje oftest på et annet og mer konkret nivå. 

Litteratur.

- Ekeland, Tor Johan (2004): Autonomi og evidensbasert praksis. Høgskolen i Oslo. Arbeidsnotat nr. 6/2004
- Frøland, S. (2013): Gullstandarden. Innlegg i «Klassekampen» 25.mai 2013.
- Gundersen, K. (2013) Snåsakoden. En kunnskapsbasert guide til alternativ medisin, Aschehoug
- Gustavsen, B. (2010): In Memory of Stephen Toulmin. Journal of Action research ,6(1):5 - 10
- Næss, T (2013): Med vitenskap som påskudd. Innlegg i «Klassekampen» 16.mai 2013.
- Schön, D.A. (1983,2001): Den reflekterende praktiker. Hvordan professionelle tænker, når de arbejder. Dansk udgave. Klim – pædagogiske linjer. Århus.
- Schön, D. A. (1987) Educating the Reflective Practitioner. San Francisco: Jossey-Bass.
- Sjøberg, S. (2013): Alternativ vitenskap. Innlegg i «Klassekampen» 25.mai 2013
- Toulmin, S. (1996): «Is action research really 'research'?, Concepts and transformation, vol 1, number 1, 1996
- Wyller, T.B.: (2011): «Evidensbasert medisin eller vulgærcochranisme?». Tidsskrift for Den Norske Lægeforening, nr. 12, 17.juni 2011

Spesialisten



Dermatologi

Æsculap besøkte Rikshospitalet og intervjuet leder av hudavdelingens poliklinikk, Joar Austad, om det å arbeide som spesialist i hudsykdommer.

TEKST OG FOTO: Emil Bakkerud Nærby

Hvorfor valgte du å bli hudlege?

Det er delvis fordi jeg kjente andre hudleger allerede i studietiden og syntes da at det virket interessant. Faget er veldig variert. I turnustiden jobbet jeg også et halvt års tid på en barneavdeling der det var mye vaktarbeid med veldig aktive netter, det syntes jeg ikke var spesielt tiltalende.

Hva består arbeidsdagen i?

Jeg har en stilling der jeg jobber 50% administrativt og resten i klinikk. Poliklinikken vår er kjempestor og vi har søtten til atten tusen konsultasjoner og 6000 henvisninger hvert år, så jeg bruker mye tid på henvisninger. Vi har få senger, så de fleste som arbeider med hud, arbeider med polikliniske pasienter. Hos oss er omtrent halvparten henvist fra allmennpraktikere og den andre halvparten fra ulike spesialister.

Hvor mye kan man forvente å jobbe som hudlege?

En vanlig arbeidsdag er fra åtte til fire og da er det fullt kjørt. Siden det er inneliggende pasienter her, har vi vanlige ordninger med hjemmevakt. Det er relativt lite overtid. Vi har nokså forutsigbar arbeidstid.

Hvilke diagnoser og sykdommer arbeider dere hovedsakelig med?

Vi har mange diagnoser, det er få spesialiteter som har så mange diagnoser som det vi har. De vanligste er de inflammatoriske, som psoriasis. Eksemgruppene er veldig store, og så har vi cancerproblematikken som er økende og ressurskrevende. Vi har også en rekke autoimmune sykdommer. Under sår sykdommer, har vi blant annet leggsår. Allergologiske problemstillinger

er også vanlige. Så vi jobber med et veldig variert sykdomsbilde.

Av spesialiteter vi jobber mye opp mot, er plastikkirurgene og revmatologene å nevne. Vi samarbeider også mye med transplantasjonsmiljøene, fordi mange transplanterte pasienter som går på immun-suppressive medikamenter utvikler hudkreft. Mange av disse pasientene går til kontroll på vår avdeling.

Vi har mange diagnoser, det er få spesialiteter som har så mange diagnoser som det vi har.

Vi har subspecialisering og egne seksjoner, for eksempel sårenheten, der vi har egne spesialsykepleiere i tillegg. Vi har økende kirurgisk aktivitet med spesialiserte dermatokirurger som har vært kurset i Amerika. Det gjøres en god del kirurgi her, i forbindelse med cancer. Laserseksjon har vi også, hvor vi først og fremst behandler vaskulære karforandringer, altså fødselsmerker. Vi ønsker at overlegene skal være generalister, men allikevel ha sin egen nisje. Man må altså beherske hele faget, selv om man har sin egen subspecialitet. *Hvordan er kjønnsfordelingen innen spesialiteten?*

Det er kommet flere jenter inn i faget, flere enn det studiedeltagelsen skulle tilsi. De siste ti årene har vi sett en rivende utvikling i denne retningen. Vi har ellers forsøkt å kvotere inn gutter, der kvalifikasjonene er tilsvarende hos to søkere av motsatt kjønn.

Hva tjener man som hudlege?

Her er det moderate vakttillegg i og med at vi har hjemmevakt. Som overlege tjener man mellom syv og ni hundre tusen, vakttillegg inkludert. De hudlegene som jobber privat utenfor sykehuset tjener to- tre ganger av hva man gjør som sykehuslege.

Hvordan vil behovet for hudleger utvikle seg i årene som kommer?

Behovet øker jevnt og trutt. Vi lever lenger og med det følger en betydelig økning i prevalensen av hudkreft og sårproblemer. Geriatrik dermatologi er et voksende fagfelt. Utseende betyr stadig mer og derfor blir kosmetisk dermatologi også mer etterspurt. Dermatologi egner seg godt for spesialistpraksis, og flere steder er det vanskelig å få besatt spesialisthjempler. 

Hva skjer når tvungen behandling blir brukt til å rettferdiggjøre tvangsarbeid? Det er dagligdags praksis i deler av Asia.

Tvungen narkotikabehandling



Ny spalte

I hvert nummer skriver Æsculap om et tema innen global helse

I en rekke asiatiske land blir rusmisbrukere underlagt tvungen behandling i egne interneringsleirer. Myndighetene kan med loven på sin side fengsle misbrukere i måneder og år – i Kina i opptil seks år – med det uttalte målet å behandle rusproblemene og deretter reintegrere pasientene i samfunnet igjen. I 2012 var mer enn 350 000 rusmisbrukere underlagt tvungen medisinsk behandling i Kina, Thailand, Laos, Kambodsja og Vietnam. FN og andre internasjonale organisasjoner har rettet sterk kritikk mot de medisinske, juridiske og etiske aspekter ved denne praksisen. Det har blitt rapport om alvorlige menneskerettighetsbrudd, inkludert utbredt mishandling og bruk av tvungen arbeidskraft, i flere av disse behandlingssentrene som i mange tilfeller fungerer som rene fengsler for narkomane og andre uønskede elementer i samfunnet.

«Jeg ble arrestert av politiet under en opprenskningsaksjon rettet mot rusmisbrukere. De så meg sammen med andre narkomane. De brakte meg til politistasjonen om morgningen og ved kveldstid var jeg interneringsleiren... Jeg fikk ingen advokat og fikk aldri møte en dommer.» Historien til Quy Hop, en mann i starten

av trettiårene som tilbrakt 4 år i fangenskap i Vietnam, er langt ifra unik. I likhet med en rekke andre tidligere narkomane ble han intervjuet i Human Rights Watch i forbindelse med rapporten «Torture in the name of Treatment» fra 2012, som undersøker praksisen med tvungen internering i over 1000 behandlingssentre i Sørøst-Asia og Kina. Regionen har anslagsvis 4,6 millioner injiserende narkotikabrukere, hvorav 15 til 20 % lever med HIV. Myanmar er etter Afghanistan verdens nest største opiumsprodusent. I de lovløse områdene på grensa til Kina og Laos (Det Gylne Triangel) blir opiumsvalmuen dyrket under beskyttelse av forskjellige geriljagrupper som kontrollerer området. Der og i skjulte laboratorier ellers i regionen blir det også produsert metamfetamin i stor skala. Metamfetaminpiller går lokalt under navnet yaba (det gale stoffet) og er ofte brukt av taxisjåfører, anleggsarbeidere, prostituerte og andre som med lange arbeidsdagøker.

Offentlige myndigheter i regionen har stort sett svart på narkotikamisbruket med samme virkemiddel: internering av rusmisbrukere i fengselslignende behandlingssentre. I mars 2012 lanserte

TEKST: Håvard Bergo,
Utdannet statsviter og jobber med
humanitært arbeid i Bangkok

12 FN-organisasjoner, inkludert Verdens Helseorganisasjon og FNs Høykommissær for Menneskerettigheter, en felles uttalelse hvor de fordømte bruken av internering og krevde at de narkomane i større grad ble behandlet som reelle pasienter i stedet for fanger. WHO påpeker at den medisinske nytteverdien av denne praksisen er heller tvilsom og understreker at «verken forvaring eller arbeid under tvang har blitt vitenskapelig anerkjent som behandling for avhengighetsproblemer».

Sørøst-Asia og Kina har innført lover som gir påtalemyndighetene vide fullmakter til å avgjøre hvorvidt en person er rusavhengig samt hvor lang behandlings- og rehabiliteringstid som behøves. En beslutning om forvaring blir ofte gjort administrativt av det lokale politiet, uten at rettsvesenet eller medisinske fagmiljøer er involvert. I Kambodsja åpner lovene for opptil ett års forvaring; i Thailand 6 måneder av gangen i opptil 3 år; opp til 4 år i Vietnam; mens i Kina får narkomane minimum 2 års forvaring som siden kan forlenges med 4 år ved behov. Kinesiske misbrukere som avgir en positiv urinprøve etter å ha blitt arrestert kan dermed risikere å sitte fengslet uten dom i 6 år, hvor de blir tvunget til å arbeide i opptil 18 timer om dagen med lite eller ingen lønn.

Kritikken mot denne praksisen har i stor grad vært rettet mot den manglende medisinske nytteverdien, samt rettferdigheten i at rusmisbrukere sitter innesperret i årevis. Myndighetene i regionen forsvarer bruken av tvungen internering med nødvendigheten for å behandle og rehabilitere det store antall rusmisbrukere. Narkotikabruk i regionen har det siste tiåret fått økt offentlig oppmerksomhet og blir av befolkningen ofte sett på som ett sosialt onde som må bekjempes. Det er ikke uvanlig at narkomane blir angitt eller presset av familiemedlemmer til å

starte rusbehandling. Det er imidlertid langt mellom den offisielle retorikken og den reelle praksisen som foregår, og det er også store forskjeller landene imellom på innholdet og standarden i behandlingen.

I Thailand blir noen av leirene bestyrt av marinen eller flyvåpenet etter prinsipper om hard fysisk fostring og militær disiplin; andre har fokus på gruppeterapi og opplæring i sosiale og yrkesfaglige ferdigheter. I Kina og Vietnam har menneskerettighetsorganisasjoner rapport om lite medisinsk behandling og utstrakt bruk av de innsatte som tvungen arbeidskraft. Ved Somsanga, ett av behandlingssentrene i Laos som har mottatt støtte fra en rekke internasjonale donorer, blir narkomane brakt fra lokale landsbyer for opphold på rundt 6 til 12 måneder. Offisielt innebærer oppholdet en avrusningsfase på opptil 40 dager, etterfulgt av en rehabiliteringsperiode med gruppeterapi og opplæring i yrkesfaglige ferdigheter. Virkeligheten er at de innsatte stort sett sitter passive innelåst på overfylte celler med utilstrekkelig og dårlig mat. «Det var 45 personer i rommet mitt. De fleste var metamfetaminbrukere. Det var også to gale personer og flere tiggere der. Alle gjør det samme hver dag, vi bare sitter der uten noe å gjøre». Mindreårige Paachek tilbrakte 6 måneder ved Samsonga etter at han ble tatt av familien i å sniffe lim. Han ble vitne til ett selvmord og at innsatte som brøt reglene regelmessig fikk juling av de ansatte. Human Rights Watch har dokumentert at Paacheks historie om overgrep, overbefolkning og elendig hygiene er langt ifra unik. Narkomane Trabek i Kambodsja så ansatte som rutinemessig voldtok unge kvinner som kom til senteret. «Jeg så det med mine egne øyne. Hun var en jente som ikke kunne snakke. De voldtok henne... Jeg så tre menn. Kvinnen skrek hele tiden og kjempet imot. Vanlige kvinner ble også voldtatt. Noen

ganger voldtok de den samme kvinnen fem dager på rad fordi det ikke kom noen nyankomne».

Brutal behandling og overgrep er ikke isolert til slike behandlingsinstitusjoner men karakteriserer ofte fengselsvesener generelt i regionen. Rusmisbrukere som blir internert lider imidlertid ofte av sterke abstinenser og alvorlige lidelser som HIV, hepatitt C og tuberkulose. Ifølge Tan, en tidligere narkoman som ble intervjuet av Human Rights Watch i Kina, er det «nesten ingen medisinsk behandling i interneringsleirene. Folk blir alvorlig syke fordi de allerede er syke når de ankommer, og de dårlige forholdene der inne forverrer alt. Jeg kjenner mange som døde noen få uker etter at de ble sluppet ut». I Kina, hvor anslagsvis 6 % av injiserende rusmisbrukere har HIV, motarbeider også denne praksisen av og til helsetiltak som blir gjort for å begrense spredningen av HIV. Human Rights Watch rapporterte om lokalt politi som arresterte narkomane idet de oppsøkte helsestasjoner for å få utdelt sprøyter eller metadon, og om HIV-positive som ikke mottok antivirale medisiner i arbeidsleirene og ble sluppet ut først når de var nær døden av AIDS.

Det er allikevel grunn til å være meget forsiktig optimist med tanke på situasjonen i regionen. De negative virkningene av tvungen rusbehandling har fått økt oppmerksomhet både regionalt og internasjonalt de senere årene. Flere land i regionen, inkludert Vietnam, Myanmar og Kambodsja, ønsker å gå over til frivillige behandlingsinstitusjoner, og har også vist politisk vilje til å endre det eksisterende systemet. 

3M™ Littmann®
Stethoscopes



You deserve the best.
Littmann® colours



  www.littmann.no

© 3M 2013 All rights reserved. 3M and Littmann are trademarks of 3M.

3M

-ARBEIDSGIVERNE SKAL KOMME TIL OSS!

Å være ettertraktet på jobbmarkedet er ikke en følelse man sitter med som medisinstudent. Grunnleggerne av MedLink bestemte seg for å gjøre noe med nettopp det.

TEKST: Hilde Ørbo

Som medisinstudenter må man gå fra arbeidsgiver til arbeidsgiver med luen i hånden og en tåre i øyekroken, istedenfor å oppleve en følelse av å være ønsket, sier styreleder Ole-Christian Kreyberg Normann.

Normann studerer på 8. semester i Oslo, og har bakgrunn blant annet fra NMF. Hovedtanken bak den ferske studentbedriften MedLink, er at arbeidsgiverne kan redegjøre for hva de ser etter i en søknadsprosess, slik at det blir lettere for kandidatene å identifisere arbeidsplasser med en profil som passer sin egen.

– Vår hovedmotivasjon er relatert til følelsen man har som medisinstudent; at man skal være lykkelig for i det hele tatt å gå på medisinstudiet. Alt annet må regnes som luksus. Derimot så vi overgangen til søknadsbasert opptak til turnus, og det enorme søkerpresset, som en åpning for vår organisasjon, forteller Normann.

Inspirert av sivilingeniørenes tette bånd til næringslivet og gode jobbutsikter vil Normann bidra til å gjøre medisinstudenter mer attraktive som arbeidstakere.

FÅ RELEVANT ERFARING

Gjennom arbeidsgiverpresentasjoner vil medisinstudenter informeres om hva en potensiell arbeidsgiver ser etter.

– Ved å skape en dialog med arbeidsgiver kan vi for eksempel få vite om noen er opptatt av forsknings-, arbeidserfaring eller frivillig engasjement.

Muligheten for at jakten på «de riktige kvalifikasjonene» vil skape ytterligere konkurranse om drømmejobben blant

medisinstudenter er ikke noe Normann frykter.

– De «riktige» kvalifikasjonene vil variere fra sted til sted. Dersom arbeidsgiverne er mer frampå har studentene muligheten til å tilpasse seg stedene de ønsker å jobbe. Økt konkurranse er ikke nødvendigvis en ulempe, og det skal være positivt å ha jobbet ved siden av studiene. Jeg tror mange medisinstudenter overvurderer verdien av å lese bøker, så jeg tror ikke litt mer jobbing og litt mindre lesing vil være negativt.

PRIVAT MULIGHET

At første arbeidsgiverpresentasjon var med det multinasjonale konsultentselskapet Accenture, har fremmet spørsmål om MedLinks bånd til næringslivet. På egne hjemmesider skriver de følgende: «Leger blir stadig mer ettertraktet i næringslivet for sin unike kombinasjon av analytiske og medmenneskelige egenskaper, og i industrien for sin medisinskfaglige kompetanse.» *Hvilket forhold ønsker dere å skape mellom medisinstudenter og det private?*

– Vi har fått en del kritiske spørsmål om dette med private aktører. Om vi blir kjøpt og betalt av for eksempel farmaindustrien. Svaret er at vi ikke lar oss kjøpe, men at vi vil vise hvordan det er å jobbe på de ulike stedene. Det er sikkert medisinstudenter som ønsker å jobbe privat, og som dermed letter på trykket i offentlig sektor. Vi jobber for øyeblikket med å få offentlige helseforetak til å stille opp.

Hvorfor skulle andre enn næringslivet ønske å stille på disse presentasjonene når det offentlige allerede

får inn langt flere søknader enn personalet har mulighet til å vurdere?

– Da det var loddtrekningsbasert turnusopptak hadde ikke sykehusene noen mulighet til å påvirke hvilke turnuskandidater de fikk. Nå kan de velge selv, og dermed også ha interesse av å få de mest egnede kandidatene. Alle sykehus i hele Norge er hjertelig velkomne til å presentere seg.

INFORMERTE VALG

Da det ble sendt ut et gjennomsnitt av 18 jobbsøknader per student i vårens søknadsrunde, stod majoriteten av landets helseforetak uten mulighet og kapasitet til å kunne skille mellom søkerne kvalifikasjoner. Dette mener Normann blant annet kan løses ved å informere studentene før jobbsøknaden skal sendes.

– Vi vil legge til rette for at studentene kan få dypere innsikt i de ulike sykehusene slik at de kan gjøre et mer bevisst valg om hvor de søker jobb.

Ved å effektivisere prosessen vil MedLink bidra til at studenter skriver færre søknader.

Slik det er nå vet man ingenting om de stedene man søker. Hvis man hadde visst hvem og hva arbeidsgiver så etter, kunne man ha sendt fire søknader i stedet for å sende ut tyve.

KLINISK UTVEKSLING

– En sommer litt utenom det vanlige. Har du noen gang lurt på hvordan det er å jobbe på et sykehus i Afrika?

TEKST: MARI BJØRNSTAD

«Jeg bodde hjemme hos en mexicansk familie, med to lege-foreldre og to døtre som begge studerer medisin. Det var en veldig positiv opplevelse å bo hjemme hos denne familien. De var fantastisk snille og inkluderende fra første dagen. Å bo hjemme hos en familie er den perfekte måte å bli bedre kjent med landet, kulturen og ikke minst maten!«

– Line, utvekslet til Mexico sommeren '13

«Jeg hadde lite forventninger da jeg kom og ble positivt overrasket over hvor mye ansvar jeg fikk og at jeg fikk lære bla. spinalpunksjon. Kort sagt, lær deg litt fransk, ta neuro og DRA!»

– Tam, utvekslet til Frankrike sommeren '13

Kunne du tenke deg å oppleve et annet lands helsevesen, kultur og få venner for livet? En av de største fordelene ved å

være medlem av Nmf gir deg muligheten til å gjøre nettopp dette.

Gjennom IFMSA (International federation of medical students association) samarbeider Nmf med mange land om utveksling.

Du kan i år reise til Marokko, Kina, Chile, Israel, Oman og USA for å nevne noen. Utvekslingen foregår over fire uker og i løpet av disse ukene hospiterer man på en avdeling på det lokale sykehuset, blir kjent med landets kultur og treffer medisinstudenter fra andre land. Du vil få en unik mulighet til å lære hvordan man klarer seg med færre ressurser enn vi har i Norge, og se sykdomsbilder du kanskje aldri ville sett ellers. Utvekslingsavgiften er i år 3000,- kr + 500,- kr i depositum.

Søknadsskjemaene vil ligge ute på www.medisinstudent.no fra 30 oktober til og med 15 desember. Siste frist for å søke er altså 15 desember. På nettsidene ligger det også oppdaterte lister over hvilke land vi har avtaler med i år og hvilke avdelinger og byer disse landene tilbyr.

Som en del av utvekslingen tar vi også hvert år i mot studenter fra hele verden og trenger faddere som kan bistå med bl.a. omvisning på sykehus og sosiale aktiviteter.

Hvis du er eventyrlysten og har lyst på en opplevelse du sent vil glemme må du søke på utveksling. Mer informasjon kan du finne på medisinstudent.no eller ved å kontakte din lokale utvekslingsansvarlige.



Dr. Budwig

Kan cottage cheese og kaldpresset linolje kurere kreft?
Den tyske biokjemikeren Budwig synes å ha ment
akkurat det.

Året er 1950. Vi er i etterkrigstidens Tyskland. Her finnes en farmakolog, biokjemiker, fysiker, fettekspert, forsker og forfatter som står foran et medisinsk gjennombrudd. Hun skal snart si makta midt imot. Der metodene ikke finnes, utvikler hun dem selv. I likhet med Einstein tror hun på Gud, som Fugelli ser hun mennesket i sammenheng med resten av verden: Kropp, sjel og ånd, som del av en større helhet. Hun søker å angripe problemene som ligger til grunn for sykdommen istedenfor bare å lindre dens symptomer. Hun veileder syke med oppsiktsvekkende resultater. Blant menneskene som blir friske ved å følge hennes råd, er alvorlig syke kreftpasienter.

Offentliggjøringen av forbløffende forskningsresultater bringer henne vennskap og beundring såvel som mektige fiender. Hun blir avskjediget, stilles for retten, nektes publisering i deler av fagpressen og bortvises endog fra medisinstudiet som reaksjon på at hun har hjulpet syke mennesker til å bli friske. I Tokyo skaper hun avisoverskrifter: Hun er første kvinne som har talt under en vitenskapelig kongress i byen! I skjæringspunktet mellom fysikk, kjemi og biologi sitter Dr. Budwig – ukuelig, ubestikkelig og med bena fast plantet på jorden.

Som terapi anbefaler hun olje- og proteindiett, varm te, ro, rødvin og eksistensiell harmoni.

Profylaktisk anbefaler hun naturlige omgivelser, naturlige klær, naturlig mat, edelstener og regelmessig søvn og hvile.

LIVSENERGI

Doktorens studier dreier seg om livsenergien: Om energi fra solens livgivende stråler som kapsles inn i frøet, om hvordan den menneskelige eksistens avhenger av levende fettstoffer, om hvordan organismen, ved ganske enkelt å innta sunt fett og holde seg unna skadelig fett, kan opprettholde eller også gjenopprette en livskraftig stabilitet og balanse. Hun analyserer fettstoffene og peker på deres vekselvirkninger med lysets fotonenergi. Hun legger strenge føringer for tilførsel av næringsstoffer gjennom gastrointestinalltraktus gjennom diett, men lar også tilførsel av fettstoffer gjennom huden bidra til saturasjon av vevene rundt kreftsvulster. Hun beskjeftiger seg med sine biokjemiske detaljer uten å tape av syne at pasienten virker i sine omgivelser som del av en helhet, uten å tape av syne viktigheten av at også pasientens omgivelser fungerer støttende i terapien. Enten det er den onde stemor som tilbereder smakløs müsli eller den troende pasienten som ikke har fått skriftet på tre måneder, Dr. Budwig ser til at alle bekymringer kommer på bordet.

I løpet av første konsultasjon må pasienten bestemme seg for om hun vil

TEKST: Monica Drexel

I skjæringspunktet mellom fysikk, kjemi og biologi sitter Dr. Budwig – ukuelig, ubestikkelig og med bena fast plantet på jorden.

*Dr. Budwig ser ut
til å ha oppdaget
en viktig faktor
når det gjelder å
gjenvinne eller
beholde helsen.*

forplikte seg til å følge behandlingsopplegget eller ikke. Noen kommer til henne til tross for at de allerede har bestemt seg for å starte opp med tradisjonell behandling. Over halvparten av Budwigs pasienter utøver selv medisinen som fag, andre er slektninger eller venner av leger. Noen er svært syke, og mange er blitt gitt opp av skolemedisinen. Folk har hørt og lest om arbeidet hennes og oppsøker henne fra alle verdenshjørner.

Dr. Budwigs diett, som har basis i omega-3-fettsyrer og svovelrike proteiner, har linolje og cottage cheese som hovedbestanddeler. Den er rik på frukt, grønnsaker og fiber og fri for sukker, kjøtt, animalsk fett og kjemisk behandlede olje-, smør- og margarinprodukter. Den syke må innta varm væske flere ganger om dagen. Honning benyttes som søtningsmiddel. Et glass vin hver kveld hører også med. Kreftsyke som begynner på dietten opplever forbløffende resultater. De blir kvitt symptomer og plager, og kreftsvulster minker i størrelse eller forsvinner.

OPPDAGELSER OG OPPFINNELSER

I første halvdel av det tyvende århundre arbeider Dr. Budwig for den tyske stats administrasjon som landets fremste ekspert på fettstoffer. Hun får i oppgave å vurdere farmakologiske midler tenkt for bruk i behandling av kreft og får derved tilgang til dokumentasjon fra legemiddelprodusentene. I denne perioden sammenholder hun kunnskap hun får gjennom arbeidet med etablerte holdepunkter for at tumorens utvikling er avhengig av et høyt vevsinnhold av visse typer fett, og lykkes etter hvert

i å skille fettsyrer fra hverandre kjemisk for å kunne studere dem hver for seg.

Sammen med Prof. Kaufmann utvikler hun i årene som følger metoden papirkromatografi for fettstoffer, og blir gjennom påfølgende studier oppmerksom på elektronfeltene som omgir høygradig umettede fettsyrer. Hun tar straks fatt på undersøkelser av blodlipider med sin nye metode. Arbeidene med papirkromatografi og blodlipidanalyse blir etter et års forsinkelse, motarbeidelse og tilbud om bestikklser offentliggjort i 1952, får stor oppmerksomhet og skaper mye diskusjon i fagmiljøene. Snart trekkes kreftproblematikken inn. Og det viser seg at kjemisk herdet fett, som inkluderer alle transfettsyrer, virker hemmende på fettstoffsiftet.

Bakgrunnen for utvikling av Dr. Budwigs diett er analyse av tusener av blodprøver fra både friske og svært syke individer. Analysene viser at blodet fra svært syke individer inkludert kreftpasienter, diabetikere og individer med forstadier til leverkreft, uten unntak mangler den essensielle fettsyren linolensyre. Det viser seg også at blod fra syke individer mangler fosfatider, som er nødvendige for normal celledeling, og det blodproduserende lipoproteinet albumin. Uten de normaliserende fosfatidene kan kreftceller vokse og dele seg ukontrollert. I fravær av albumin, en kombinasjon av linolensyre og svovelbasert protein, viser blodanalyser en chartreusefarget (grønngul) substans i det normale, røde, oksygenbærende hemoglobins sted. Uten linolensyre kan kroppen ikke produsere hemoglobin, blodets oksygentransport svekkes, og

celler og vev kveles. Energiproduksjonen synker og den kreftsyke blir progressivt mer anemisk og dør. Dr. Budwigs analyser av blod fra friske personer inneholder alltid proteiner og essensielle fettsyrer av tilfredsstillende mengde og kvalitet. På bakgrunn av dette resonnerer hun at ofre for fettdegenereringssykdommer vil kunne gjenvinne helsen ved å innta en diett rik på essensielle fettsyrer og svovelbaserte proteiner. Forsøkene med Cottage cheese- og linolje-dietten hun konstruerer gir raske og forbløffende resultater: Kreftsvulster går tilbake, unormale blodverdier normaliseres og symptomer på kreft, leverdysfunksjon og diabetes lindres. Samme år offentliggjør Dr. Budwig sin diett til bekjempelse av kreft, «Budwigprotokollen».

Hun arbeider for den menneskelige organismes absorpsjon av solens energi, gjennom sollyset direkte, men også gjennom inntak av føde. Hun studerer fotoners sarte bølgefelt, uunnværlige i all energiutveksling som finner sted i forbindelse med menneskets livsfunksjoner, og fotonets og elektronets vekselvirkning mellom lys og materie som kjernebestanddel i livsfunksjonen, også i fravær av sykdom. Hun poengterer viktigheten av hydrogenatomet som anti-entropifaktor, som bro mellom fett og protein, med evnen til å oppta, lede og avgi kvanteenergi.

CELLEÅNDING

Sentralt i Dr. Budwigs arbeider står celleånding, de biologiske systemers elektrontransport, og elektronet selv, oppbygget av sollysets fotoner, bevart i «levende» fett i form av elektronsystemer i bevege-

lige elektronskyer som lar seg skille fra materie, i høygradig umettede fettsyrers pi-elektroner som mennesket trenger for å opprettholde cellens funksjoner: Ånding, vekst, deling, oppbygging og nedbygging av vev, nervefunksjon, sekresjon og hjernefunksjon. Sekresjonsfunksjon i lever, galleblære, pankreas, mage, tarm, prostata og lymfe hemmes når aktive fettsubstanser erstattes av overbehandlet, kjemisk «inaktivt» fett, med symptomer som uttørring av mukøse membraner i nese- og munnslimhinne og tarmsystem.

Hun avviser bestråling med syntetisk fremstilte radioisotoper som motvirker livsprosessen ved å frarøve organismen sine energidepoter og ødelegge de sarte magnetiske felter («electronic spin») som er nødvendige for energitransport, og gjenoppretter balansen hos syke og bestrålte pasienter ved å tilføre dem «solens elektronsystemer».

«Vi står på skuldrene til kjemper!» Lærerens kraftfulle velkomst til fysikkundervisningen på videregående sitter som spikret. Blant vitenskapsfolkene Dr. Budwig har lenet seg mot innenfor teoretisk fysikk og kvantebiologi, er Ford (elementærpartikler), Thunberg, Bang (lipidenes kjemi og biokjemi), Warburg (tumorens stoffutveksling), de Broglie, Einstein (kvantefysikk) og Dessauer (kvantebiologi).

Dr. Budwig ser ut til å ha oppdaget en viktig faktor når det gjelder å gjenvinne eller beholde helsen. Når vi sammenlikner et sunt hjerte med ett som nettopp har gjennomgått et hjerteinfarkt, finner vi at det syke hjertet har akkumulert fett. En

*Hun arbeider for
den menneskelige
organismes
absorpsjon av
solens energi,
gjennom sollyset
direkte, men også
gjennom inntak
av føde.*

*Kort sammenfattet
går Dr. Budwigs
behandlingsprinsipper
ut på å tilføre
individet mest mulig
av solens potente
livsenergi og samtidig
sørge for at den
forblir intakt og får
virke til organismens
beste.*

pasient med artritt har store fettlagre i de verkende leddene og musklene sine, mens en frisk person ikke har det, og et organ som er angrepet av kreft har vanligvis infiltrasjon av gulhvite fettglobuli. Det første synlige tegn på kreft er separasjon av lipider fra omgivende vev. Mettet, hydrogenert, kjemisk herdet, energifattig, biologisk inaktivt fett virker som karsinogen i kroppen. Dr. Budwigs forskning indikerer at problemene oppstår når proteinbundet fett, som normalt foreligger som fritt-flytende lipider i en levende organisme, blir separert fra sine proteintransportører og ender opp som usunne avleiringer i forskjellige deler av kroppen.

BEHANDLINGSMETODER

Kort sammenfattet går Dr. Budwigs behandlingsprinsipper ut på å tilføre individet mest mulig av solens potente livsenergi og samtidig sørge for at den forblir intakt og får virke til organismens beste. Vitaminer, lecithiner og metallkomplekser støtter fettsyrenes funksjon. Pasienten inntar en spesifisert kost som inneholder en ideell kombinasjon av fettstoffer og proteiner, frukt og varme drikker, og må samtidig unngå matvarer med bestanddeler som motvirker disse stoffenes livgivende egenskaper. Også solens stråler blir benyttet i terapeutisk øyemed. Foruten kostholdsregimet benytter Dr. Budwig såkalte elektrondifferensieringsoljer (ELDI-oljer) som inneholder pi-elektronskyer og vitamin E og som smøres på huden for å støtte absorpsjon av langbølget stråling. Hun har også vellykket

anvendt stråling med rubinlaser i kombinasjon med disse oljene i sin behandling. I tillegg til dette kan hun også tilføre lipider direkte i blodstrømmen hos kreftpasienter. Små mengder linolje, i størrelsesorden 1 mikrogram, er ifølge Dr. Budwig nok til å forbedre pasientens blodverdier i løpet av få timer. Og lipidenes aktivitet i blodet lar seg observere i mikroskop.

I tillegg til anvendelse av disse ulike metodene for tilførsel og oppbygging av energireserver spiller også faktorer i pasientens omgivelser inn. Den syke må unngå all stråling og substanser som virker dissosierende mellom fettstoffer og proteiner, herunder medikamenter med narkotisk virkning, eksempelvis smertestillende midler som forstyrrer lipidmembranens energioppbygging og funksjon. Maten må tilberedes på en kjærlig måte, og familie og venner må ha en støttende holdning. Dr. Budwig forbyr også sine syke pasienter å slite seg ut med fysisk trening, og anbefaler dem å sørge for å unngå å kle seg i syntetiske stoffer, sove på skumgummimadrasser eller omgi seg med syntetiske, biologisk døde materialer som frarøver dem energi.

NYERE FORSKNING

Johanna Budwig valgte kaldpresset, ubehandlet olje fra linfrøet som basiskomponent i sin diett på bakgrunn av dens ideelle sammensetning av dobbeltumettet linolsyre og trippelumettet linolensyre. Hun er ikke alene om å ha latt seg fascinere av den gyldne oljen. Forskere verden over analyserer nå de essensielle fettsyrenes

egenskaper og arbeider med å kartlegge fordelene ved å innlemme linolje i dietten. Blant funnene som er gjort i nyere studier, er oljens effektiviserende virkning på lipidstoffsiftet, dens hemmende virkning på ondartet cellevekst og nedbrytende effekt på kreftceller, dens gunstige innvirkning når det gjelder oppbygning av kolesterol og atheroske plakk, og dens antibakterielle effekt på Methicillinresistent Staphylococcus Aureus.

En annen interessant studie illustrerer tydelig at «billig» fett kan vise seg å være kostbart både i økonomisk og helsemessig henseende. Dyr som fores en diett høy på mettet fett, viser seg å konsumere fem til seks ganger mer føde enn forsøksdyr som spiser en normal diett. Dyr som får naturlig fett fra linfrø, spiser imidlertid bare rundt en femtedel sammenlignet med dyr som får mettet fett. I et forsøk på å ta til seg de essensielle fettsyrene de trenger, konsumerer dyrene som fores kommersielt fremstilt fett påfallende mengder mat sammenlignet med dyrene som fores elektronrikt aktivt fett!

For å kunne holde oss friske og opprettholde kroppens vitale funksjoner, er vi, som Dr. Budwig har vist, helt avhengige av å kunne metabolisere fett effektivt. Pågående vitenskapelig arbeid med fettmetabolisme sett i sammenheng med oksygenering, absorpsjon og assimilering av energi er av enorm viktighet i denne sammenheng. Dr. Budwig serverer i ett av sine intervjuer følgende treffende oppsummering: «Hvis vi skal overleve i den vestlige siviliserte verden som individer og som rase, er tiden

inne for å tenke på å leve livene våre i samsvar med sunne biologiske prinsipper.»

Dr. Budwigs arbeid har vært bredt publisert i Europa. Hun har deltatt med innlegg under nasjonale og internasjonale konferanser og dokumentert sitt arbeid i en rekke ulike fagtidsskrifter. Hun har også utgitt titler som blant annet Kreft – Et fettproblem, Tumorens død, og Sann helse mot arteriosclerose, hjerteinfarkt og kreft, såvel som «kokebøker» med utførlige beskrivelser av sin diett og filosofien bak dens helbredende virkninger. 

Forskere verden over analyserer nå de essensielle fettsyrenes egenskaper og arbeider med å kartlegge fordelene ved å innlemme linolje i dietten.

Kollektiv perfektjonisme

Hvorfor har medisinstudenter dårligere psykisk helse enn andre studenter?

TEKST: Martin Kállay Hjelle

*Mange studenter
svarer at de opplever
at tiden ikke strekker
til i hverdagen
lengre.*

I denne artikkelen vil jeg ta for meg problemstillinger rundt den mentale helsen til medisinstudenter ved Universitet i Bergen. Det virker som om det er lite åpenhet rundt det å streve med sin egen psykiske helse også blant medisinstudenter, og jeg håper med dette å kunne kaste lys over hvorfor det eksisterer en slik taushetstrend blant denne studentgruppen. Samtidig ønsker jeg å finne svar på hva som gjør at medisinstudenter opplever studiehverdagen som mer mentalt krevende enn andre studenter. Jeg er selv student på MOF ved UiB, og kan derfor bare relatere mine tanker og meninger om temaene jeg tar opp til dette fakultet.

At medisinstudenter har en spesielt mentalt krevende studiehverdag sammenlignet med mange andre studieretninger er noe de aller fleste vil si seg enig i. Med dette mener jeg ikke å neglisjere andre studier som også er fagmessig krevende, men som medisinstudent settes hver students mentale helse på prøve på flere nivåer enn bare det faglige i det daglige. Ikke alle erfarer at det er like lett å holde

hodet kaldt og ikke la emosjonene sine påvirkes for mye av de tøffe situasjonene man som medisinstudent er vitne til i klinikken. At disse opplevelsene så nærmest skal settes til side og bearbeides senere for å kunne ha tid og vilje til å komme seg gjennom pensum til forestående eksamener gjør nok ikke studiet, som så vel det daglige livet, lettere.

Konsekvensene av en slik hverdag har man i en årrekke prøvd å kartlegge ved hjelp av forskjellige nasjonale og internasjonale forskningsprosjekt som omhandler medisinstudenters mentale helse og trivsel på studiet. Senest våren 2012 ble en slik trivselsundersøkelse foretatt i regi av MFU (Medisinstudentenes Faglige Utvalg) ved UiB. Resultatene er i mine øyne nokså urovekkende på mange punkter, dog ikke overraskende hvis man sammenligner studien som ble utført med lignende studier og rapporter fra utlandet. Til sammen peker mye av den litteraturen jeg har tatt for meg i forkant av denne kommentaren på en om ikke økende trend, så i hvert fall en høyere prosentandel med misfornøyde

studenter som sliter med sin egen mentale helse – etter at de begynte på studiet.

Når jeg snakker om sunn, mental helse er det den generelle definisjonen fra Verdens Helse Organisasjon (WHO) jeg referer til:

«Mental health is defined as a state of well-being in which every individual realizes his or her own potential, can cope with the normal stresses of life, can work productively and fruitfully, and is able to make a contribution to her or his community»

I en studiehverdag vil dette grovt sett tilsa at man som student skal oppleve mestringsfølelse gjennom studiet, samtidig som man utvikler seg faglig og sosialt. At ting ikke alltid er slik er selvfølgelig helt normalt, da eksamensperioder tenderer til å være intense.

Hvorfor dog akkurat medisinstudenter sliter nevneverdig mer enn andre studieretninger med trivsel på studiet og sitt mentale-jeg er en interessant problemstilling. Gjengående årsaker fra MFU sin nyeste rapport er blant annet;

«**Curriculum overload**». Med dette menes det at mange studenter opplever pensum til de forskjellige emnene som for stort og uoversiktlig. Mye detaljkunnskap oppfattes også som lite relevant for senere klinisk praksis, men bidrar dog derimot til et økt stressmoment hos studentene. Tilbakemeldinger tyder nemlig på at det er slike detaljer man testes i på eksamen, istedenfor det mange studenter oppfatter som mer relevant informasjon som kan relateres til den kliniske hverdagen til yrkesaktive leger.

Lite eller ingen tilbakemelding på praktiske ferdigheter i løpet av de kliniske

årene. Her har mange deltakere i studien gitt uttrykk for at de ønsker mer personlige tilbakemeldinger på hvordan de fungerer i praksis med pasienter, samt hvordan de utfører prosedyrer etc. Å ha en lege å forholde seg til i løpet av de kliniske årene på studiet er også et moment mange tror hadde gitt stort faglig og praktisk utbytte for den enkelte student.

Økt opplevelse av stress i hverdagen.

Mange studenter svarer at de opplever at tiden ikke strekker til i hverdagen lengre, og studiet må ofte prioriteres foran andre aktiviteter som de før hadde tid og energi til å delta i. Dette gjør at en del av studentene føler de har mistet kontakten med hvem de selv er, og istedenfor å utvikle seg som individer, strømlinjeformes mange av studiet.

Pedagogisk svake og lite motiverende forelesere. Dette er sammen med det første punktet en av de største faktorene til misnøye på studiet blant medisinstudentene i Bergen. En høy andel studenter opplever mange av foreleserne som lite pedagogiske og læringsutbytte i forelesningene blir dermed minimalt. Til tross for dette møter de fleste studenter opp til forelesninger i frykt for å gå glipp av essensiell kunnskap til eksamen. Fra studentenes side uttrykkes det et ønske om pedagogiske kurs for forelesere, samt mindre bruk av forelesningsverktøy som PowerPoint. Slike forelesningsverktøy bidrar til at mange forelesere bare ramser opp store mengder med fakta, uten at studentene får klarhet i hva som er viktig for å dem å kunne i ettertid.

For høye teoretiske krav. En vesentlig andel av studentene som deltok i studien mener det stilles for høye teoretiske krav

Det er dog viktig å skille mellom hvilken kunnskap som er viktig for studentene akkurat nå, og hva de kan vente med til en eventuell spesialistutdanning.

*Likevel virker
det som verken
samfunn, politikere
eller medstudenter
gir denne
sykdomskategorien
den
oppmerksomheten og
anerkjennelsen den
faktisk fortjener.*

til hva studentene skal kunne når de kommer ut i klinikken. Dette fører til en økt opplevelse av stress, samtidig som mange føler at de ikke strekker til, verken som student eller menneske.

Som medisinstudent ved UiB er det trist å innrømme at jeg kjenner meg veldig igjen i mange av disse utsagnene. Dermed håper jeg at fakultetsledelsen ved UiB tar resultatene, konklusjonen, samt de foreslåtte endringene MFU-rapporten kommer med til etterretning ved etableringen av en ny studieplan for MOF. Det er lite motiverende å skulle fullføre et profesjonsstudium når man statistisk sett vet at stressfølelsen og livstilfredsheten henholdsvis vil øke og synke betraktelig før man er ferdig utdannet.

Medisin er et vitenskapsfelt som er i konstant utvikling, og akkurat derfor er det viktig at både forelesere som så vel fakultetsledelsen ved MOF konsentrerer undervisningen rundt klinisk relevant basalkunnskap i løpet av grunnstudiet på 6 år, og ikke fokuserer så altfor mye på det mange studenter opplever som irrelevant detaljkunnskap. For det er akkurat disse detaljene som gjør at over 30% av studentene ved MOF i Bergen som deltok på studien (n=586) føler at studiet er for tidkrevende, samtidig som 35% melder om en middelmådig til lav mestringsfølelse.

På den andre siden er det feil å si at anatomiske som så vel biologiske detaljer om kroppen ikke er av faglig betydning. Det er dog viktig å skille mellom hvilken kunnskap som er viktig for studentene akkurat nå, og hva de kan vente med til en eventuell spesialistutdanning. Slik vil studentene lettere få oversikt over pensum, samt gjøre tilnærmingen av faget mer interessant hvis litteraturen kan relateres til senere klinisk praksis. Det vil være fysisk

og mentalt umulig å skulle lære seg hver lille detalj i hvert emne man tar for seg i løpet av seks års skolegang.

Som nevnt i innledningen er det ikke overraskende at såpass mange medisinstudenter ved UiB føler seg psykisk belastet gjennom studiet. Dette gjenspeiles igjen ved at nesten 40% av testdeltakerne har vurdert å avslutte sin studiegang ved fakultet. Det som derimot er merkelig er at det verken fra fakultet sin side, eller fra studenters hold er noen pågående diskusjon rundt studentene sin mentale helse og velvære. At studentenes egen psykisk helse er et viktig tema forstås klart når man går inn for å gjennomføre en slik studie på bakgrunn av tilbakemelding fra egne studenter. Så hvorfor snakker vi ikke om dette temaet oftere?

Rent statistisk er psykiske problemer pr. dags dato Norges største folkehelseproblem, og koster samfunnet dobbelt så mye som både kreft og hjerte/kar-lidelser årlig. Videre står psykiske lidelser for nærmere 40% av dagens sykefravær og uføretrygdkostnader. Likevel virker det som verken samfunn, politikere eller medstudenter gir denne sykdomskategorien den oppmerksomheten og anerkjennelsen den faktisk fortjener. Samfunnsmessig og politisk kommer det nok av den enkle grunn at psykiske lidelser kan fremtøne seg som veldig diffuse, da verken symptomer eller sykdomsuttrykket er enkle å påvise sammenlignet med åreforkalkning eller en malign tumor i endetarmen. Å debattere og anerkjenne lidelser vi ikke helt forstår hvordan arter seg eller hvorfor de oppstår er vanskelig og ikke minst fryktinngytende. Et praktisk eksempel på akkurat dette ble vi vist under årets valgkamp. Det var mye snakk om å minske sykehuskøer, samt spinne videre på Norges visstnok største

helsesuksess: kampen mot kreft fra flere partiers side. Lite ble det sagt om den virkelige, store folkesykdommen: psykiske lidelser.

Ser man på hvorfor også mange medisinstudenter lever i en slik fornektelse og frykt når det kommer til åpenhet og anerkjennelse av psykiske lidelser er nok store deler av årsaken lik som hos resten av samfunnet. Den vesentlige forskjellen for medisinstudenter ligger i de sosiale normene vi underlegger oss selv som en del av studentmassen. Disse normene bærer sterkt preg av det man på folkemunne kaller flink-pike-syndromet. I teorien betyr det at en stor del av de individene som er så privilegerte og faglig dyktige at de er blitt tatt opp til medisinstudiet ikke greier å gi slipp på konkurranseinstinktet og den individualistiske tankegangen mange blir impregnert med i løpet av oppveksten og tidligere skolegang. Det handler om de forventningene man stiller til seg selv og sine medstudenter om å fortsatt være en av de aller flinkeste. Og de aller flinkeste strever ikke med verken studiet eller sin sosiale omgangskrets. Å ha psykiske problemer er dermed selvfølgelig helt utelukket, og noe man ikke snakker om. For da er man jo ikke perfekt, og vil bli sett ned på av sine medstudenter. Vi handicapper av vår egen dyktighet.

Dette er en nokså paradoksal tankegang, da mange medisinstudenter som fremtidige leger og/eller psykiatere vil møte og behandle et stort antall pasienter som sliter nettopp med sin egen psyke.

Dermed er det ikke bare vårt eget fakultet som må ta et oppgjør med en for lengst utdatert studiemodell som potensielt sender nærmere 40% av studentmassen på dør. Den eksisterende misnøyen på fakultetet er ikke bare umotiverte forelesere

med en altfor lang og rotete PowerPoint sin feil. Vi studenter må selv ta et oppgjør med egne verdier og holdninger når det kommer til det å streve med studiet og egen mental helse. Samtidig er det også samfunnet sitt sosiale ansvar å heve denne sykdomsgruppen ut av skyggen og fjerne tabu-stempelet.

Til sist skal det nevnes at situasjonen selvfølgelig ikke er slik for flertallet av studentene. Mesteparten er utrolig kompetente individer som kommer seg gjennom studiet uten store utfordringer og blir fremragende leger og spesialister. Desto viktigere er det å akseptere at ikke alle er supermennesker, og at et mindretalls studenter fra tid til annen opplever livet som ekstra problematisk. Da skal det ikke være utenkelig for vedkommende å snakke om de vanskeligheter han eller hun opplever i hverdagen med andre medstudenter i frykt for å bli sett ned på. Som del av en så samfunnsmessig viktig studentgruppe har vi ikke råd til at slik misnøye og en slik ukultur blant studentene vedvarer. 

Vi studenter må selv ta et oppgjør med egne verdier og holdninger når det kommer til det å streve med studiet og egen mental helse.

Medisinske podcast

Pris: Gratis/ca 35,- på Android

Platformer testet: Android og iPhone/iPod

Mange av de største tidsskriftene er flinke til å følge med i den digitale tidsalderen med nettbasert publisering av tidsskriftene og «online first» av enkelte artikler. Et kanskje mindre utforsket område er podcastene utgitt av de samme tidsskriftene. Å lytte til disse kan være et fint alternativ til å lese tidsskriftene og gir dessuten muligheter for å tilegne seg innholdet og fagkunnskap på nye arenaer. For eksempel på gåturen til dagens forelesninger. Applebrukere finner lydfilene i App Store, mens Android-brukere trenger en egen applikasjon. Disse kommer i gratis og betalingsvarianter der sistnevnte tenderer til å være bedre. BeyondPod podcast manager og Smart Podcast er eksempler.

Når det kommer til podcastene er det stor variasjon i fokus, lengde, utgivelseshyppighet og intervjustil fra de ulike utgiverne. Æsculap har gjennomgått et knippe utgitt av medisinske- og vitenskapelige tidsskrift og forsøker her å gi en liten oversikt, uten at det er snakk om en uttømmende liste

FREDERIK EMIL JUUL



Podcast from the Cochrane library – Uregelmessige utgivelser av resultatene fra nye Cochrane sammendrag (reviews). Problemstilling, fremgangsmåte, resultater og konklusjon gjennomgås i en abstrakt-liknende stil men produsentene unngår å gå i samme tallfelle som NEJM. Det er lettere å følge med og konklusjonen av Cochrane-gjennomgangen kommer klart fram på slutten. Dessuten inneholder hver episode kun én studie og lytteren kan lettere plukke ut de interessante artiklene enn i NEJMs utgivelse.

Latest BMJ podcasts (British medical journal) – Rolig halvtimes-lang gjennomgang av utvalgte artikler fra ukens utgave av British medical journal. De lengre intervjuene gir mulighet for dypere dykk i fagstoffet og det er et klinisk medisinsk fokus. Intervjustilen er typisk britisk og kan minne litt om BBC. Dessverre sliter podcasten med synkroniserings- og nedlastningsproblemer på Android.

Listen to The Lancet – The Lancet har valgt å fokusere på enkeltemner og presenterer intervjuer av ulike artikkelforfattere. Som tidsskriftet selv er det stor fokus på samfunnsmedisin og epidemiologi, spesielt i utviklingsland. Det er lett å plukke ut de interessante intervjuene gjennom episodens «brødtekst» og flere av de store epidemiologiske studiene det rapporteres fra har høy klinisk relevans. Episodene utgis med uregelmessig mellomrom.



Cell Podcast – Som navnet sier er dette en mer forsknings- og basalmedisinsk podcast. Cell er et anerkjent tidsskrift innen celledbiologi og podcasten tar opp tidsskriftets artikler gjennom forfatterintervjuer og faglige gjennomganger. Utgis en gang i måneden og har en varighet på rundt tjue minutter. Liten klinisk relevans men spennende for den forskningsinteresserte.



Science Update >> Weekly edition – Har det høyeste tempoet av de omtalte podcastene. I løpet av snaue ti minutter blir lytteren oppdatert på vitenskapelige oppdagelser og nyheter innen mange fagfelt, ikke bare medisinske og ikke bare fra publiseringslisten til Science-tidsskriftet. Det er ikke rom for lengre reportasjer eller intervjuer men podcasten passer ypperlig som en nyhetsoppdatering på ukens vitenskapshendelser.



British Journal of Sports Medicine – En nisjepodcast med fokus på idrettsmedisin og stor variasjon i episodenes lengde og utgivelseshyppighet. Fokuset er helt klart klinisk men podcasten er best egnet for lyttere med over middels idrettsmedisinsk interesse. Som BMJ opplevde undertegnede nedlastningsproblemer med Androidversjonen.



NEJM, This week audio summary (New England Journal of Medicine)– Kanskje den podcasten som krever høyest konsentrasjon. I prinsippet er det snakk om 25 minutter med opplesning av abstraktene fra ukens nummer av NEJM. Tallmengden blir fort overveldende på resultatdelen av abstraktene og lytteren blir nødt til å sitte helt konsentrert for å henge med. Det virker raskere å mer hensiktsmessig å lese gjennom abstraktene på egenhånd.



Nature Podcast – Likner på podcasten fra Science i at også ikke-medisinsk vitenskap blir tatt, et naturlig resultat av at tidsskriftet Nature ikke er rent medisinsk. For å fortsette sammenlikningen har Nature lengre episoder med dypere reportasjer og et litt lavere tempo. Episodene utgis en gang i uken og varer litt under en halvtime. Da fokuset ikke er rent medisinsk er det lengre mellom de studie- og yrkesrelevante (legepraksis) emnene



Nature Medicine Podcast – En medisin-fokusert utgivelse fra tidsskriftet Nature. Månedlige utgivelser på rundt en halvtime. Styrken ligger i det kombinerte fokuset på basalmedisin og klinisk praksis. Tempoet er relativt lavt og krever noe konsentrasjon. Passer ypperlig til buss- og gåturer.

Revisjonen. En annerledes lærebok i psykiatri

REVISJONEN. EN ANNERLEDES LÆREBOK I PSYKIATRI
PER VAGLUM

220 sider, utgitt 2004
Universitetsforlaget
ISBN: 8215005136



Jeg leser Per Vaglums «Revisjonen. En annerledes lærebok i psykiatri». Hittil i semesteret har jeg bare lest i den, og ikke i noen andre psykiatrilærebøker. Kapittelet om schizofreni heter «Søndag», jeg leser om Rolf, en tenåring som har forskanset seg på gutterommet. Formidlingen av Rolfs desperasjon og foreldrenes fortvilelse overbeviser, jeg blir faktisk rørt. Så kommer en av de revolusjonerende påstandene i kapittelet: «Kontakt kan være det mest potente middel mot forvirring og psykose. Bedre enn noe medikament». Vil jeg bestå eksamen etter å ha lest om schizofreni i denne boka? Kanskje ikke. Men etter noen få uker på 8. semester er jeg blitt overrasket over det kraftige vakum av ikke-forståelse som preger tilnærmingen til de psykiatriske tilstandene. Det vi skal lære er å sette riktig diagnose og så kunne si noe om den påkrevde medikamentelle behandlingen.

Sjangermessig er «Revisjonen» en roman. Og historiene rundt det faglige innholdet framstår ikke bare som innpakning, slik vi har sett det i lignende bokprosjekter. Vi følger den noe innadvendte og selvransakende psykiateren Jørgen på et ukes opphold ved kysten et sted i Norge. Jørgen har fått i oppdrag å revidere læreboka til professor Kronborg, men oppdraget utvikler seg til å bli et sublimert fadermord. Den fortrenge aggresjonen Jørgen i alle år har båret mot sin far omdannes til et seigt oppgjør med den patriarkalske Kronborgs kognitive og evidensbaserte tilnærming til psykiatrien. I skrivende stund har jeg enda ikke lest gjennom hele boka, så hvordan Kronborg vil reagere er foreløpig uvisst. Vaglum forsøker å gjøre de psykiatriske tilstandene til noe menneskelig, noe som kan forstås. Psykosen inntreffer fordi livet på en eller annen måte ble uutholdelig for pasienten. Med et mislykket

farsopprør som bakgrunn blir hovedpersonen deprimert da hans forskningsmateriale devalueres av en kollega og han ikke greier å bli sint. Represjon av ekspresjon gir depresjon, leser jeg mellom linjene. Kan man forstå en depresjon på den måten? Selv finner jeg Vaglums tilnærming sympatisk. Å forsøke å forstå er å komme pasienten i møte. Å reservere seg mot å forstå, ved å se sykdommen som en uforklarlig biokjemisk tilstand, er å umenneskeliggjøre den psykisk syke. Det gjør ikke perspektivet i «Revisjonen».

TORE NÆSS

Bedre som oppslagsverk enn lærebok?

LÆREBOK I PSYKIATRI

ULRIK FREDERIK MALT, OLE A. ANDREASEN,
INGRID MELLE, DAG ÅRSLAND

1086 sider, utgitt 20122
Gyldendal
ISBN: 9788205397392

Tykkelsen er kanskje det første studenten vil legge merke til ved første øyekast på denne boken, og med godt over 1000 A4-sider er det ingen tvil om at dette er en bok som potensielt kan inneholde mye informasjon. Ny 3. utgave utgitt i 2012 er både kraftigere og mer innholdsrik enn 2. utgave, som var mye brukt av medisinstudenter tidligere. Problemet med denne boken er altså ikke at den er for snau, men kanskje heller at den blir litt mye å gape over for den gjengse medisinstudent, den egner seg derfor bedre som et oppslagsverk enn en lærebok for medisinstudiet. I forordet står det skrevet at boken er skrevet for medisins- og psykologistudenter, men at boken også vil kunne vise seg nyttig for sykepleiere under spesialisering i psykiatri, sosionomer, pedagoger, fysioterapeuter, prester, jurister, og så videre. Man bør nok tilnærme seg en bok med så bred kundekrets med en viss skepsis, det oppstår folder i en dress som skal passe hele nabolaget.

Den er delt inn i 19 kapitler, der den første delen blant annet angriper grunntermene for nevropsykiatrien, grunnleggende epidemiologiske termer, samt grunnleggende termer innenfor psykiatrien. Den gjør således en fin innledning for senere kapitler i boken, som er diagnosefokuserte. Som allerede nevnt er det altså ingen mangel på informasjon i denne boken, og boken inneholder flotte kasus for hvert av de diagnosespesifikke kapitlene, samt rammer som illustrerer det omtalte stoffet. Det klarer også å skape en ryddighet og systematikk i de voldsomme mengder stoff. Boken tar hovedsakelig for seg ICD-10, men vil også enkelte steder sammenligne ICD-10s diagnosekriterier med DSM-IV, for studenten kan dette til tider bli litt voldsomt å forholde seg til. Dette stoffet er ofte markert med en annen skriftstørrelse, som

igjen kan bli litt rotete i sin helhet. Kapitlene har forskjellige forfattere, som er eksperter på det omtalte felt. Dette fungerer godt, og redaksjonen har tydelig gjort seg flid med å samkjøre stoffet til sin helhet. Alt i alt er dette et nyttig verk, men som til tider kan bli noe for meget for en som fortsatt går på studiet. Layoutmessig er boken flott, fylt med rammer og tabeller som gir en fin oversikt, dessverre blir dette forkludret med forskjellige skriftstørrelser, som skal indikere at teksten kan være noe utenfor det helt sentrale i temaet.

KRISTOFFER TUNHEIM



Nyttig som innføringsbok

Praktisk psykiatri

ALV A. DAHL OG TROND F. AARRE (RED.)

698 sider, utgitt 2012

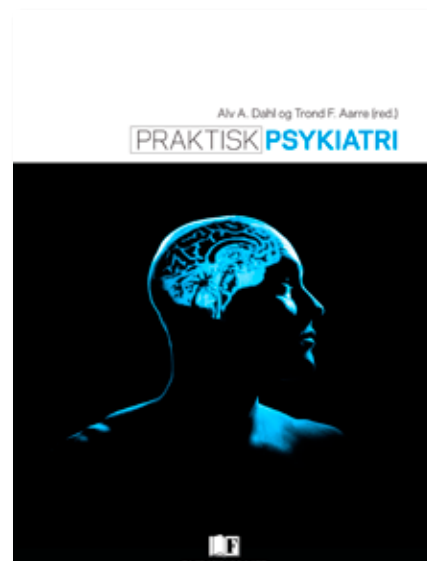
Fagbokforlaget

ISBN: 9788245011722

Praktisk psykiatri er ment som en innføringsbok for legestudenter og annet helsepersonell, kanskje spesielt almenpraktiserende leger. Den er skrevet av flere norske bidragsytere med ulik bakgrunn som hver har fått tildelt sitt emne og kapittel. Blant forfatterne finner vi fastleger, forskningsrådgivere, psykologer og psykiatere. Utformingen har med andre ord fellestrekk med boken *Klinisk biokjemi og fysiologi* hvor mange fagspesialister har bidratt til det endelige resultatet.

Gjennom snaut 700 sider forsøker boken å dekke det meste innen psykiatrien, men detaljnivået er ikke alt for dyptpløyende i tråd med redaktørens ønske om å skrive en lærebok «utformet som svar på den senere tids utvikling i norsk psykiatri». Her har primærhelsetjenesten en større rolle en tidligere. Leseren vil kunne oppleve forenklinger som fungerer godt i det første møtet med legespesialiteten og gir en fin introduksjonsoversikt. Imidlertid blir enkelte formuleringer og definisjoner litt uklare og kan skape forvirring når leseren (studenten) trenger en dypere forståelse.

De ulike forfatterne gir sitt preg på kapitlene og det pedagogiske nivået varierer. Noen er flinke til å utheve viktige ord og begreper, samt dele inn i flere underoverskrifter. Andre tenderer mot en mer sammenhengende tekst. Dette gjør det vanskeligere å vurdere boken som en enhet men en det er en viss kapittel-systematikk i form av årsak, epidemiologi, klinisk presentasjon, behandling, med mer. Kapittelregisteret i begynnelsen av boken gir en god oversikt over emnene. Språket alternerer mellom nynorsk og bokmål avhengig av hvem som har skrevet kapittelet. Deler av boken bærer preg av en litt dårlig redigering, for eksempel ved at nærmest identiske setninger – unødvendig – gjentas på samme side.



I samsvar med målgruppene er det mindre vekt på psykofarmakologi og kompliserte behandlingsformer enn det en mer høyspesialisert psykiatribok vil være. Generelt ser fagforfatterne ut til å ha større tiltro til psykoterapi, trening, og liknende behandling som er gjennomførbar i primærhelsetjenesten.

Medicine har de siste årene pekt på en tilsynelatende uenighet blant psykiatere når det kommer til diagnostikk og behandling. Dessverre ser dette også ut til å gjelde innholdet i *Praktisk psykiatri* satt opp mot undervisningen ved Universitetet i Oslo. Det fremkommer noen ganske klare uenigheter på mindre detaljer men det er likevel ikke snakk om de store kontroversene.

Selv om det er ICD-klassifiseringssystemet som gjelder i Norge bør det nevnes at boken er basert på DSM IV. DSM V ble lansert våren 2013, før boken ble utgitt. Dette er i grunn ikke noe problem ettersom DSM IV i skrivende stund fremdeles dominerer i undervisningen og ulike nettkilder. Dessuten nevner boken sannsynlige kommende endringer i DSM V.

Praktisk psykiatri fungerer fint som en innføringsbok til psykiatrien og kan, med støtte fra forelesninger og nettkilder, være legestudentens eneste lærebok i spesialiteten. Imidlertid lider boken av noen barnesykdommer som 1. utgave i form av utilfredsstillende tekstredigering. At det er mindre fokus på høyspesialisert behandling kan sees på som en styrke. Det er tross alt flere som kommer til å jobbe som fastleger og innen primærhelsetjenesten enn som psykiatere. Samtidig vil de aller fleste dra nytte av psykiatrisk fagkunnskap.

FREDERIK EMIL JUUL



Memento mori

JOURNALEN
PER FUGELLI

272 sider, utgitt 2013
Universitetsforlaget
ISBN: 9788215022383

I september i år utgav samfunnsdebattant og professor i sosialmedisin ved UiO, Per Fugelli, sin andre bok om livet etter at han ble rammet av tykktarmskreft med spredning i 2009. Denne gangen følger vi ham i en dagboklignende tekst gjennom de tre årene som har gått siden Døden, skal vi danse – fra foredrag og TV-opptredener til CT-kontroller, familieliv og tanketunge netter. Fugelli utkrystalliserer i boken mye av det han tidligere har skrevet om i o-visjonen og Nokpunktet, og viser samtidig at det å få en alvorlig kreftdiagnose ikke bare er trist, men kan gi nytt syn på livet og døden. I skarp kontrast til den åpne, rå og personlige beretningen står utdrag fra Fugellis medisinske journal fra Ullevål universitetssykehus gjengitt på bokens siste sider. Sammenligningen av polikliniske notater og epikriser fra kontroller og behandlinger med Fugellis egen gjengivelse av forløpet, avslører hvor fattig på pasientens perspektiver den medisinske journalen (og profesjonen?) er. Per Fugelli ble hedret med Fritt Ords Pris 2013 «for å ha gitt en stemme til kreftsyke og de som står ansikt til ansikt med døden».

ROBIN JOHANSEN MENCHINI



Kampen mot sengen

Kreftens gleder
GREGERS OTTESEN

120 sider, utgitt 2013
Gyldendal akademisk
ISBN: 9788205458420

Kreftens gleder er en liten bok om livet som kreftpasient skrevet på to uker av nå avdøde Gregers Ottesen. Boken er svært personlig og grunntonen svinger mellom positiv og mer pessimistisk, nærmest som speilbilde av de mange opp- og nedturene gjennom 14 år som kreftpasient. Journalisten Ottesen var tydelig en ressurssterk pasient og ikke alle ville klart det han klarte som pasient, noe han også medgir i boken. Forfatteren mener at sykehuset burde arbeide mer som en servicebedrift og mindre som et sted tilpasset de ansatte men likevel skryter han av den innsatsen helsepersonellet gjør. Viktigheten av positivitet hos pasienten, ikke bare mot helsepersonellet men verden generelt, er sterkt vektlagt. Aktivitet står også sentralt og som friluftsmann bega Ottesen seg ut i både skog og fjell selv under behandlingen. Samfunnet og sykehusets normer legger opp til en passivisering som raskt kan lenke pasienten til sengen, skriver Ottesen, og vender stadig tilbake til sin kamp mot sengen. Den tidligere økonomijournalisten retter også noen spark mot de økonomiske prioriteringene i helsevesenet. Kreftens gleder er en ærlig pasientskildring passende for familie, venner, kolleger, helsepersonell – ja alle – nettopp fordi vi alle kommer til å møte personer med kreft.

FREDERIK EMIL JUUL

Kreftens biografi: krabbens harde skall



Keiseren over alle sykdommer – Kreftens biografi
SIDDHARTHA MUKHERJEE

761 sider, utgitt 2013
Forlaget Press
ISBN: 9788275475105

Hva eller hvem er kreft? Hva skjuler seg bak den store sekkebetegnelsen for en rekke sykdommer som i prinsippet har kun en fellesfaktor: ukontrollert cellevekst. Å besvare dette ambisiøse spørsmålet er onkolog Siddhartha Mukherjee misjon med boken *Keiseren over alle sykdommer* – kreftens biografi. Forfatteren har tilsynelatende gått løs på oppgaven med stor iver og resultatet er en bok på over 700 sider hvorav de hundre siste nesten utelukkende inneholder referanser.

Men selv om det er rikelig med referanser på slutten er ikke dette en fagbok kun rettet mot helse- eller vitenskapsutdannede lesere. Snarere er det snakk om en rekke historier fra forskningsutviklingen innen onkologifeltet, presentert på en populærvitenskapelig måte. Den historiske kronologien fra antikken til i dag utgjør den røde tråden. Forfatteren presiserer i forordene at lesere som finner fremstillingene overforenklete sannsynligvis kan en hel del celle- og kreftbiologi på forhånd. Unnskyldningen viser seg å være unødvendig og det er et større irritasjonsmoment at den norske oversetteren ikke ser ut til å ha naturvitenskapelig bakgrunn.

Fortellerstilen likner den en finner i Bill Brysons populærvitenskapelige bøker. Engasjerende skildringer av de mange skikkelsene som har preget krefthistorien presenteres i tur og orden. Mange har

av disse har personlige særtrekk leseren kan la seg underholde av og samtidig konsolidere fordommene mot forskere som lett asosiale menn (eller kvinne) i kjellerrom med øynene godt plantet i et mikroskop. Dette er en av bokens samtidig styrke og svakhet; det kan være spennende og motiverende å høre suksesshistoriene fra forskerverdenen, men til tider blir det hele for personfokustert og spesielt Sidney Farber, kjemoterapiens far, får tildelt mye plass. Undertegnede skulle ønske boken i enda større grad var kreftens biografi.

Til tross for mange suksesshistorier mangler ikke boken dysterhet og død. Pessimisme er allerede å spore i det mørke bokomslaget. Forfatteren veksler mellom erfaringer fra sin egen tid som onkolog med skildring av ulike pasientskjebner der mange har et trist utfall.

Uten at boken har andre inndelinger enn kapitlene er det en viss rekkefølge på emnefokus i tillegg til den overnevnte røde tråden. Første del domineres av leukemier og kjemoterapi før fokuset rettes mer mot kirurgi og avsluttes deretter med de moderne målrettede behandlingene, for eksempel utviklingen av Imatinib mot kronisk myelogen leukemi. Sannsynligvis oppstod inndelingen som et naturlig resultat av hva onkologien har fokusert på gjennom historien.

I tillegg til referanselisten, som kanskje egner seg best for lesere med naturvitenskapelig bakgrunn, er det skrevet en miniatyrordliste bakerst i boken. «Mutasjon», «DNA», «enzym» og «kinase» er blant oppslagsordene. Listen er nyttig å ha for den som ikke jobber innen biologi eller medisin til daglig, for selv om forfatteren forklarer begreper underveis dukker det opp uforklart fagterminologi som «transfeksjon» og «homolog».

Et interessant poeng for norske lesere er de mange rettssakene som omtales. Det gis liten tvil om at forfatteren og mange av de omtalte historiske personene har tilknytning til USA. Blant rettsakene er de utallige lungekreftpasientenes kamp mot tobakksindustrien. Det er en skremmende kynisme som beskrives men også en tankevekker om hvor lang tid det tar å etablere nye sannheter. Spesielt når noen har (økonomiske) interesser i at de «gamle» sannhetene består.

En annen tankevekker er de små hintene Mukherjee viser til det manglende samarbeidet mellom klinikk (behandling) og laboratorievirksomhet (sykdomsårsak). Her tar forhåpentligvis lesere tilhørende helsepersonell og forskningsstaber poenget og unngår den samme svakheten i fremtiden.

Keiseren over alle sykdommer – kreftens biografi er en litt for lang bok som med fordel kunne vært mer kreftens biografi. Likevel er de mange historiene velskrevet og kan på forskjellig vis interessere både pårørende, helsepersonell, forskere, den allment nysgjerrige og ikke minst pasienter. For et par ting er i hvert fall sikkert: Vi vil alle berøres av kreft, enten personlig eller gjennom bekjentskap, og pressens «kur mot kreft» er sannsynligvis en utopi.

FREDERIK EMIL JUUL

*Til tross for mange
suksesshistorier
mangler ikke
boken dysterhet og
død.*

Tips til bøker?

f.e.juul@medisin.uio.no

OSLO

LEDER

Elisabeth Holven
e.b.holven@studmed.uio.no

PROSJEKTKOORDINATOR

Pallavi Puri
pallavipuri@msn.com

KURSKOORDINATOR

Sara Namek
s.f.namek@studmed.uio.no

FORSKNINGSUTVEKSLINGSANSVARLIG

Liva Klingen
livask@hotmail.com
Vivian Amundsen
v.s.amundsen@studmed.uio.no

KLINISK UTVEKSLINGSANSVARLIG

Nikoline Gamst
nikoline.gamst@hotmail.com
Eric Tande
eric_von_hohenzollern@hotmail.com

ØKONOMI

Sakshi Sharma
sakshiiva@hotmail.com

TURNUSANSVARLIG

Sarah Løvdahl
sarahlovedale@hotmail.com

GRUNNUTDANNINGSANSVARLIG

Christine Carlsen
christine@carlsen.no

LØNN- OG MEDLEMSFORDEL

Thomas Jensen
t.h.jensen@hotmail.com

NESTLEDER

Imon Barua
imonbar@gmail.com

KOMMUNIKASJONSANSVARLIG

Gudrun Grene
gudruntg@gmail.com

NASJONALT STYRE 2013

Postboks 1152 sentrum
0107 Oslo
Tlf/fax: 23 10 90 00/ 23 10 90 10
Kontortid: 09.00–16.00

LEIAR

Björg Bakke
bakkebjorg@gmail.com

NESTLEIAR

Eivind Westrum Aabel
eivind@nmfutland.com

INTERNASJONALT ANSVARLEG

Naresh Sugandiran
n.sugandiran@gmail.com

ØKONOMIANSVARLEG

Caroline Henriksen
Carolinehenriksen89@gmail.com

TURNUS – OG LØNSANSVARLEG

Even Holth Rustad
evenholth@gmail.com

TILLITSVALDOPPLERING

Liv Helene Dolva Sagedal
liv.helene.dolva.sagedal@gmail.com

COM

PR-ANSVARLEG, FORSKINGSSTIPEND OG

UTVEKSLINGSKONTAKT

Camilla Lytomt
camilla.lytomt@gmail.com

BERGEN

LEDER

Yi Hu Ni
Yniog5@student.uib.no

NESTLEDER, WEB-ANSVARLIG

Fredrik Svenskerud
fredrik.svenskerud@gmail.com

NASJONALT STYRER 2013

Liv Helene Dolva Sagedal
liv.helene.dolva.sagedal@gmail.com

ØKONOMIANSVARLIG

Øyvind Mørkhagen
oyvind@morkhagen.net

LØNNSANSVARLIG

Tore Borkhus
lonn.nmf.bergen@gmail.com

MEDLEMSANSVARLIG

Øyvind Kjærner-Semb
oyvindks@gmail.com

MEDLEMSANSVARLIG

Malin Klingvall
Malin.klingvall@gmail.com

PROSJEKTANSVARLIG

Lill Sofie Foss
Lill.sofie.foss@gmail.com

UTVEKSLINGSANSVARLIG

Julie Sletten
Juliesletten@gmail.com

UTVEKSLINGSANSVARLIG

Aurora Selvik
Hseo47@student.uib.no

GRUNNUTDANNINGSANSVARLIG

Agnes Nystad
Agnes.nystad@student.uib.no

KURSANSVARLIG

Vilde Skylstad
Skylstad6@gmail.com

MEDHUM-LEDER 2014

Inger Marie Mo
Ingermsmo@gmail.com

MENTORANSVARLIG

Gjertrud Svendal
Gjertrudsvendal@hotmail.com



TRONDHEIM

LEDER

Guro Bergsli Bogen
leder.nmf.trondheim@gmail.com

NESTLEDER

Frida Katarina Hødnebo
fridahodnebo@gmail.com

SEKRETÆR

Andreas Wessel Larsen
andreawl@stud.ntnu.no

KURSANSVARLIG

Cecilie Skylstad
prosjekt.nmf.trondheim@gmail.com

KURSANSVARLIG

Emilie Engebretsen
prosjekt.nmf.trondheim@gmail.com

PR- OG ÆSCULAP-ANSVARLIG

Tina Øen Haugen
tina.oen.haugen@ebnett.no

KURSANSVARLIG

Tobias Martens Pedersen
tobias.m.p@live.no

GRUNNUTDANNING OG TURNUS

Torfinn Støve Madssen
torfinn93@yahoo.no

UTVEKSLINGSANSVARLIG

Tåle Strindler
tstrindler@gmail.com

NASJONALREPRESENTANT 2013

Charlotte Hvaring
isablis@gmail.com

MEDHUM-ANSVARLIG 2014

Evelyn Vikestrand
nargiz_v@hotmail.com

UTLAND

LEDER

Malin Flygel
malin@nmfutland.com

NASJONALT STYRE 12/13

Eivind Westrum Aabel
eivind@nmfutland.com

KONTAKTPERSONANSVARLIG

Magdalena Todorow
magdalena@nmfutland.com

KONTAKTPERSONANSVARLIG

Lisa Lorentzen
lisa@nmfutland.com

MEDLEMSFORDELSANSVARLIG

Anders Holen
anders@nmfutland.com

TURNUS, LØNN OG AUTORISASJON

Tora Mellin-Olsen Heggvik
tora@nmfutland.com

KURSANSVARLIG

Mari Husom Vonen
mari@nmfutland.com

ØKONOMIANSVARLIG

Inge Marshall Trangsrud
inge@nmfutland.com

NESTLEDER, INFORMASJON, PROSJEKT

Christian M. Lolland
christian@nmfutland.com

UTVEKSLINGSANSVARLIG

Ragnhild Bakke
ragnhild@nmfutland.com

TROMSØ

LEDER

Louise Carlsen
louise@carlsen.no

NESTLEDER

Marthe Høiland
marthehoiland@hotmail.com

NASJONALT STYRE 2014

Liv-Reidun Tverelv
liv.reidun@tverelv.net

TURNUSANSVARLIG

Margrete Ervik
margrete.ervik@gmail.com

ØKONOMIANSVARLIG

Marte Slettebak
marte_slettebak@hotmail.com

KURSANSVARLIG

Maria Kristiansen
maria.kristiansen@hotmail.no

PROSJEKTANSVARLIG

Ida Ervik
ida_ke@hotmail.com

ÆSCULAP-ANSVARLIG

Sanda Kristiansen
smaakri@gmail.com

MEDLEMSFORDELER OG SEKRETÆR

Eira Dahl Føyen
eira.df@gmail.com

KLINISK UTVEKSLINGSANSVARLIG

Krister Johnsen
kristerjohnsen@ymail.com

FORSKNINGSUTVEKSLINGSANSVARLIG

Øystein Ryland
g2oyry@gmail.com

MEDHUM

Marthe Aalstad
martheaalstad@gmail.com

GRUNNUTDANNINGSANSVARLIG

Karine Haukaa
karine@alfabeta.as

FORBEDRINGSTROMSØANSVARLIG

Martin Hotvedt
martin_hotvedt@gmail.com

KOMITÉLEDERE

UTVEKSLING- INNREISANDE

Hallvard Hagen
hallvard.hagen@gmail.com

UTVEKSLING –UTREISANDE

Mari Bjørnstad
mari.bjornstad@gmail.com

GRUNNUTDANNINGSANSVARLEG

Marte Hansen
marte@hansencorp.eu

FORSKINGSUTVEKSLING

Stefan Randjelovic
stefan.rand89@gmail.com

GLOBALHELSEANSVARLEG

Andrea Melberg
andrea.melberg@gmail.com

PROSJEKTANSVARLEG

Christoffer Aam Ingvaldsen
christoffer.ingvaldsen@stud.med.uio.no

NETTREDAKTØR

Asad Ali
asadg2ali@gmail.com

MEDHUM-LEIAR

Vilde Skylstad
skylstad6@gmail.com

Har du et tema...

