

Utposten publiserer artikkelserien under denne fellesbetegnelsen. Vi ønsker å sette søkelys på felter av allmennmedisinen som kan virke vanskelige, uklare og diffuse, og som man kanskje ikke lærte så mye om på doktorskolen, men som vi stadig konfronteres med i vår arbeidshverdag. Redaksjonen ønsker også innspill fra leserne.

Den lange smerten

– sort hull eller blind flekk for medisinen?

■ PÅL GULBRANDSEN • Professor dr.med., Klinik for helsetjenesteforskning og psykiatri, Ahus

Hvem er jeg til å skrive om smerte?

Ikke har jeg forsket på smerte. Ikke har jeg vært anestesilege, eller jobbet på smerteklinikk. Jeg har ikke engang hatt mye smerte! Tannlegen oppdager stadig ting og spør om ikke jeg har hatt vondt. Nei, jeg har ikke det. Skinnebeinet mitt røyk tvert av i slalåmbakken og tærne pekte bakover da jeg sluttet å skli. Det var vondt nok til at jeg ikke kunne gå, men ikke særlig vondt. Akillesen røyk så det smalt. Det var vondt, men jeg innbilte meg at jeg kunne gå, i trettende dager, før en kollega overtalte meg til å oppsøke ham.

Når jeg ser fotball med stygge taklinger og leggbrudd på TV, kjenner jeg ingen smerte. Min kone og den ene av sønnene mine kan ikke se noe slikt, de kjenner fysisk på egen kropp den smerten de observerer at andre har. Min kone husker smerte, som hun heldigvis ikke har hatt så mye av. Jeg har glemt alle mine smerter. En annen sønn er som meg, blir egentlig bare nysgjerrig når han ser en fæl skade fra en krigsone: Hvor galt er det egentlig? Hva har skjedd? Han og jeg kjenner ikke den andres smerte. Jeg fastslår at smerte-speilnevronene (1) må være ulikt fordelt i verden fra første stund.

Og likevel: En dag i 1992 kom en kvinne rundt femti til mitt allmennlegekontor. Da vi vel hadde satt oss, og nærmest før jeg hadde rukket å spørre hva hun kom for, erklærte hun: – Jeg kommer til deg fordi jeg har hørt du er så god på fibromyalgi.

Man kan velge å bli smigret av en slik innledning. Samtidig kan jo setningen skremme vannet av noen og enhver. Hvordan kunne jeg havne i en slik situasjon? Om det handler denne artikkelen, og hvor-

dan det gikk med damen – det kommer jeg tilbake til.

«Den tyngste sorg og møda er den som ingen ser», skrev Ivar Aasen. Den lange smerten er ofte usynlig. Jovisst manifesterer den seg i mønstre erfarne klinikere kan gjenkjenne: En viss manglende ledighet i bevegelsene, en påpasselighet nærmest hos noen kanskje et lidende blikk, i alle fall hos legen. Men ikke alltid: Jeg har hatt pasienter med kroniske smerter med forbausende vitalitet og til og med godt humør. I alle fall hos meg. 1970-tallets medisinstudium hadde ikke forberedt meg på disse forskjellene. I den grad jeg husker hva jeg lærte, handlet det mest om at noen mennesker tåler sin smerte godt, andre overdriver den, derfor mantraet: Vær forsiktig med smertestillende! Folk kan bli avhengige. Det henger fortsatt i. Junior – han som har dårlige smertespeilnevroner akkurat som meg – har aldri litt vondt. Ordet vondt kan han ikke uttale uten ordet veldig, eller ordene veldig, veldig, foran. Selv ved den mest marginale ytre påvirkning. Jeg er naturligvis ikke rundhåndet med smertestillende. Studiemantraer glemmes ikke så lett. Når man har sterke smerter, må man jo se ut som om man har det. I alle fall i akuttfasen, der jeg har fått med meg at man ikke bør være sparsom med smertelindring. Først i det siste har jeg tenkt at guttens styrke – og svakhet – er at han har det i kjeften, det andre har i mimikken eller bare inne i musklene sine, eller i nervebanene, eller i sentralnervesystemet. Han har sitt uttrykk, og far forstår ham ikke. Eller vil ikke forstå, for å herde.

Filosofen Arne Johan Vetlesen skriver om forskjellen på synlig og usynlig smerte: «Når øksa treffer leggen, blir jeg skadet; ska-

den har sin egen objektivitet, den kan observeres av andre, og de med egnet kompetanse kan søke å lege den. Jeg formoder at smerten som utløses av øksehogget mot min legg, vil være akkurat den samme, og således arte seg på samme måte og utløse samme reaksjon og behov for lindring, hos en hvilken som helst annen person som utsettes for det samme.»

Han skriver videre:

«...Med tanke på fornemmelsen av fysisk smerte tror vi at vi er gjennomslittige for hverandre, eminent forståelige for hverandre, på tvers av kulturer og historiske epoker» (2).

Etter å ha vist hvordan denne allmennmenneskelige kroppslige likhet mellom individer er selve den vitenskapelige forutsetning for behandlingsmessige tiltak, bringer han inn individet:

«Jeg fastholder at fysisk smerte forstått som smerteutsatthet har noe allmennmenneskelig ved seg, noe vi kan samles om vår opplevelse av. Men straks vi begynner å dvele ved *hva slik smerte gjør med meg*, især når den er særlig intens eller langvarig (kanskje kronisk), kommer det inn et sterkt individualiserende element. Jeg er utsatt for noe alle mennesker kan utsettes for, i prinsippet. Men det er *min* måte å takle denne tilstanden på det her kommer an på – og den kan nettopp oppleves å skille meg radikalt fra alle andre.» (2)

Eller sagt med lyrikeren Inger Elisabeth Hansens ord (3):

Den som ikke er i stand til å ytre seg om sin egen nød og som skrittvis ikke kan objektivere den for verden må i sine savns rike forbli en sak for seg

Det er hit, kjære leser, jeg vil rette oppmerksomheten. Det er her spørsmålet i tit-



telen, om den lange smerten er en blind flekk eller et sort hull for medisinen, kommer inn.

La meg komme med en illustrerende anekdote: Det var lunsj i vårt forskningsmiljø. Der befinner det seg en del nevrologer, gode, engasjerte kolleger med stor vilje til å hjelpe sine pasienter. Vi diskuterte kronisk smerte, og da er veien kort til å få legers frustrasjoner på bordet. Så også her, det var nok særlig pasienter med kroniske rygg smerter som fikk gjennomgå. En annen pasient ble nevnt, en mann uten ytre skade, men med helt fortvilende kroniske smerter som følge av Dejerine-Roussys syndrom – en følgetilstand etter thalamus-skade, vanligvis vaskulært betinget. Nevrologen som brakte historien på bane, sa engasjert: «Han hadde virkelig grunn til å ha vondt!» Det hadde han fordi smerten var forstått, den var objektivt i form av bilder av thalamus, støttet av vår kunnskap om nervesystemet, som forteller oss at uønsket aktivitet i dette området kan gi smerteresensasjoner uten et fysisk, perifert substrat i kroppen. Smerten er derfor fullt vitenskapelig forståelig. Symptomet passer i våre kroppsmodeller, modeller som forutsetter noe allment og som er basert på innsikt i kroppens oppbygning og funksjoner.

Nå er det vel ganske banalt i dag, i 2015, å peke på svakhetene ved den naturvitenskapelige objektivisering i møtet med den enkelte pasient, de fleste vil nok nikke gjenkjennende og godta at det er ikke alt vi ser som vi kan forstå med den kunnskaps-horisonten vi har. Det vi ofte overser, imidlertid, er at objektiviseringsstradisjonen ikke bare gjør noe med det vi ser på, men også

gjør noe med synet på oss selv. Vi er ikke superavanserte datamaskiner som uanstrengt observerer, vurderer og konkluderer med tallfestede sannsynligheter gang på gang på gang, uavhengig av antall observasjoner eller av innholdet i det enkelte møtet. Vi er påvirkelige her og nå, og vi er i endring over tid. Hør bare:

Jeg ble invitert til å studere kommunikasjonskvaliteten til de ansatte ved en ryggklinik i Danmark. I utgangspunktet skulle vi kun se på forbedringspotensial for den enkelte. Men vi hadde ca 80 videoer av leger, fysioterapeuter og kiropraktorer til rådighet, og tilleggsdata om pasientene, så vi kunne gjøre noen kvantitative analyser. Vi fant noe vi ikke hadde ventet: Dess lenger pasienten hadde hatt smerter, dess dårligere kommuniserte helsepersonellet med pasienten. De brukte kortere tid, de var mindre interessert i pasientens opplevelse av og forståelse av tilstanden, de viste mindre empati og de var dårligere til å gi informasjon. Det gjaldt alle tre yrkesgrupper (4). Altså: Når vi møter pasienter med kronisk smerte, så gjør det noe med oss. Og det det gjør med oss, er ikke nødvendigvis gunstig for pasienten. I et annet av mine prosjekter, fant jeg at dess lenger en lege hadde vært i sin praksis, dess mindre sannsynlig var det at han brukte tid på å hjelpe pasienten med psykososiale problemer (5).

Det er tid for å returnere til kvinnen med fibromyalgi som oppsøkte meg. Hvor var jeg i 1992? Jeg hadde vært lege i tretten år, de fleste som allmennlege. Jeg hadde for lengst skjönt at det var mange pasienter jeg ikke hadde noen god hånd med. I 1990-91 jobbet jeg halvannet år som assistentlege på Modum Bads Nervesanatorium, for å få

sykehustjeneste til spesialitetene i allmennmedisin og samfunnsmedisin. Det var det mest lærerike jeg har gjort, og det jeg lærte mest om var meg selv: hvordan jeg virket på andre mennesker, hvordan jeg tonet ned ros jeg fikk, hvordan jeg ubevisst alltid lette etter løsninger, eller forsøkte å bygge ned konflikter nesten før de var oppstått. Gode egenskaper, vil mange si. Ikke alltid hensiktsmessige, sa de på Modum Bads Nervesanatorium. Vær mer avventende, slipp folk mer til.

Så når damen kom til mitt kontor et år senere, kunne jeg – langt mer kompetent enn tidligere – svare på hennes tillits erklæring: «Det var hyggelig å høre. Jeg vil gjerne forsøke å hjelpe deg.» Og så, etter å ha avventet hennes respons, la jeg til: «Det er en ting jeg må si først, og det er at jeg bruker ikke diagnosen fibromyalgi. Hva sier du til det?» Damen reagerte ikke så mye, bare så våkent på meg. Så nikket hun og sa: «Jeg har prøvd alt. Det får være seg.» «OK», sa jeg. «Da må vi først bli kjent. Fortell om deg selv.»

Det som hadde skjedd med meg, var at jeg var blitt gjort oppmerksom på min blinde flekk. Den blinde flekken i øyet vet vi jo ikke om, vi ser ikke at vi ikke ser, fordi hjernen kompenserer. Jeg hadde alt tidligere sett at det var mye jeg ikke forstod, men nå hadde jeg sluttet å korrigere ved å plassere det jeg ikke forstod inn i en medisinsk naturvitenskapelig forklaringsmodell. Jeg hadde tidligere gjort det annerledes: Når det var noe jeg ikke forstod, så forstod jeg det likevel – som psykisk. Jeg plasserte de lange smertene (og alle de andre ubegripelighetene) i hodet på folk. Rett nok forholdsvis nennsomt, men budska-

pet i forslaget om henvisning til psykolog eller psykiater var likevel ikke til å misforstå.

Det er ikke noe en pasient gjerne vil høre. At noe er galt med kroppen er ille nok. Sier du at noe er galt med hodet mitt, så sier du at noe er galt med meg. Det er skummelt.

Nå, derimot, altså i 1992, beveget jeg meg frimodig mot det sorte hull. Dette astronomiske fenomenet er skremmende å tenke på. Kommer vi for nær, passerer den såkalte hendeshorisonnten, en teoretisk grense, så trekkes vi ubønnhørlig inn i hullet og vi aner ikke mer hva som skjer, bare at vi ikke slipper ut igjen. Det er totalt tap av kontroll. Jeg måtte våge – hele tiden – å få satt min kunnskap og mine erkjennelser på prøve. Jeg måtte nærmere den enkelte for å begripe, og holde det ut om jeg ikke kunne begripe. Jeg måtte føle meg hjelpeløs og avmektig. Det viste seg at det sorte hullet var enda mer truende for mange av pasientene. Det kunne ta tid å nærme seg, men det var trøst i å gjøre det sammen. Og jeg lærte, sammen med dem.

Jeg fikk innblikk i norske hverdagspasienters liv som fikk Dostojevskijs romaner til å fremstå som kiosklitteratur. Det førte senere til min doktoravhandling om hvor godt allmennleger kjenner sine pasienter. En temmelig simpel, men godt gjennomført spørreskjemastudie av 1401 pasienter i 89 legepraksiser, med svarprosent 87, som viste at én av tre voksne pasienter i allmennpraksis har belastninger i livet sitt som de opplever at har betydning for helsen. Som også viste at legene visste om rundt halvparten av disse belastningene hvis det var knyttet til arbeidslivet, sjeldnere om det var mer private erfaringer, og bare i hvert femte tilfelle om pasienten hadde offererfaring (6). Omtrent samtidig skrev allmennlegen Anna Luise Kirkengen sitt banebrytende doktorarbeid der hun bruker en fenomenologisk tilnærming for å begripe, senere popularisert i boken «Hvordan krenkede barn blir syke voksne» (7). Der fremstilles flere overbevisende historier om hvordan konkrete overgrepserfaringer kan forklare helt eksplisitte, lokale smerter. Boken bør være standardlitteratur for leger.

La oss lytte til lyrikeren Nils Yttri i boken Bokserens blod (8):

Jeg var ikke av familie
jeg er fortsatt elev
av de uheldige omstendigheter
men jeg vokste opp
som de fleste
ble til med parkfugl
ikke Bach

ikke opera
jeg vokste opp
ble stor og svak
for den gale vandrer
jeg vokste opp
ingen walk over
i livets første runde
men gongongen reddet meg
stadig fra å bli helt i min barndom
av boksing og køllekamp
... (senere i samme dikt).....
I dine gater barndom
gikk jeg i stykker
bit for bit
meter for meter
til det følte
som jeg dekket
hele deg med meg

Hva våre medmennesker er frarøvet i løpet av sine liv, og hva det betyr for dem, kan vi ikke lese oss til. Vi må lytte. Men gjør vi det? Her er noen sitater fra den afghanske flyktningen Farida Ahmadis studie «Tause skrik», om smerte og multikulturalisme og minoritetskvinnens behov for anerkjennelse (9):

Sagt av en middelaldrende, pakistanskfødt enke giftet til Norge som 16-åring, nå med ansvar for svigerforeldre og barn og husstandens inntekt:

«Legen min gir meg smertestillende tabletter, de virker bare kortvarig. Norske leger er rare, når jeg går til legen min er han opptatt med sin datamaskin. Han ser ikke på meg, men stiller spørsmål om hvor jeg bor, og skriver det på dataen. Jeg savner at legen snakker med meg, og at jeg får tid og blir hørt. Det er ikke tid til å forklare at jeg ikke kan gå på trening.»

Sagt av en somalisk flyktningkvinne: «Smerthen ved arbeidsledighet er større enn smerten ved omskjæring.»

Sagt av en Oslo-lege om innvandrerkvinnene i sin praksis: «De vil ikke bli bedre.»

Vi hører at legen ikke vil forbi hendeshorisonnten og inn i det sorte hullet. Det er forståelig, for hun vet jo ikke om hun har noe som helst å hjelpe seg med der. Dessuten: det kan godt være hun har erfart at inngenting av det hun tilbyr blir tatt imot. Forventningene til en lege er ikke de samme i Afrika og Asia, ja, de varierer faktisk fra person til person også blant norske. Spør vi folk om hva de håper vi kan gjøre?

Vetlesen skriver om den langvarige smerten at kroppen blir som et fengsel, med sin fysisk-romlige utstrekning, som setter grenser for verdenen jeg kan oppleve. Det er ille nok. Men han trekker effekten av smerten lenger, sitat:

«Innsikten som trenger seg på, er at krop-

pen – kroppens utsatthet for smerte – like gjerne kan hevdes å være noe som skiller mennesker ad som det forener oss alle. Det er smerten som avgjør: smerten bestemmer om jeg opplever meg og min eksistens i verden som grunnleggende lik, og som del av, andres menneskers eksistens i den, eller om jeg tvert om opplever min eksistens som radikalt *frakoblet* alle andres.» (2)

Å være frakoblet andre mennesker er en eksistensiell trussel. Vi finnes bare i kraft av å høre til menneskeflokken. Hva skal vi ellers med speilnevroner? Det ikke å høre til er tett forbundet med avvisning, med skam. Å ha kronisk smerte er skammelig. Det er neppe det første du nevner på et jobbintervju. Det er ikke noen hyppig flaggete egenskap på en dating-nettside. Selv hos legen er det sjelden det første som presenteres, og hvis det gjøres, som i tilfellet med min middelaldrende kvinne, kommer det gjerne i en form vi leger forventes å kunne forholde oss til. Og har vi intet annet å tilby disse pasientene, så har vi i hvert fall noe som beskytter mot den endelige frakobling: En sykmelding, en tilkobling, en attest på at pasienten hører til et samfunn. På den må vi som dere vet skrive noe medisinsk, en unnskyldning nærmest, på vegne av pasienten, for at de ikke kan brødfø seg selv.

Jeg sa jeg lærte av å nærme meg det sorte hullet, sammen med pasienten.

Men noen ganger var det tøft. En sak er å få innsikt i fortvilte liv.

Verre var det når jeg ikke ville gå på akkord med det jeg mente var den beste løsningen; nemlig å la være å skrive sykmelding, eller nekte forskrivning av B-preparat. Da kunne avgrunnen en sjelden gang komme ubehagelig nær. Trusler, giftig kritikk, og selvsagt det som vi aller minst vil høre: Å bli karakterisert som ubrukelig. Jeg måtte øve på å tenke at pasienten nok hadde rett: Jeg var ubrukelig – for han. Jeg innrømmer at i slike nær-apokalyptiske øyeblikk var det godt å ha etablert medisinsk praksis i ryggen. Det var også en trøst å tenke at jeg var heldig som bare var ubrukelig der og da, at pasienten tross alt stod i den opplevelsen mer eller mindre hele tiden.

Den middelaldrende kvinnen med fibromyalgi var ugift enebarn og bod-

de sammen med sin nesten åtti år gamle mor. Hun hadde vært flink på skolen og plikttoppfyllende. Faren deserterte familien da hun var i tenårene, hun kunne ikke huske overgrep, bare at han sjelden var hjemme. Mora falt sammen da han dro, og knyttet datteren til seg med alle emosjonelle midler. Tilløp til forelskelser klarte mor raskt å torpedere. Kvinnen fikk gå på handelsskole i hjembyen, det var ikke snakk om å reise vekk for å studere, til tross for gode skoleresultater. Hun fikk seg jobb i et forsikringsselskap, der hun hadde steget i gradene til kontorsjef på grunn av sin pålitelighet, slik hun selv fortalte det. Men hun var avhengig av Paralgin forte. Hun hadde fått det for hodepine første gang i slutten av tenårene, og brukt det med økende hyppighet gjennom tjuetårene. Siden hun var tretti hadde hun fått det fast, da hun kom til meg stod hun på to tabletter tre ganger daglig og brukte egentlig litt mer. Det var mange år siden legen hadde sagt hun hadde fibromyalgi, hun hadde også vært hos revmatolog. Hundrevis av

fysioterapitimer og bassengturer hadde aldri gitt annet enn kortvarig, begrenset effekt.

Jeg sa ikke at jeg forstod smertene hennes, det gjorde jeg sikkert ikke heller. Jeg sa ikke at det var psykisk, det ville vært å be henne forlate rommet. Jeg spurte hva hun håpet vi kunne oppnå. Det viste seg at hun følte at medikamentene sløvet henne og at det gikk utover arbeidet. Hun skulle ønske hun kunne bruke mindre.

Det skal vi klare, sa jeg, men det kan ta litt tid. Er det noe annet du ønsker annerledes i livet? Det tok litt tid før hun svarte. Jeg kunne så vidt ane litt fuktige øyne. Til slutt sa hun nesten uhørlig: – Jeg skulle ønske at mor var død.

Det kunne jeg ikke hjelpe henne med. Men det hjalp at jeg hadde hørt det. Hele den første samtalen tok en halv time. Over et halvt års tid fikk vi trappet ned Paralgin forte til inntil 1 x 3, og hun tok oftest mindre. Hun hadde påbegynt oppgaven med å sette grenser for sin mor.

Hun, og flere kronikere med henne, tok det tungt når jeg deserterte dem og solgte min praksis for å begynne å forske. Melodien var: Hvor skal jeg nå finne en lege som er nysgjerrig på livet mitt? De finnes, sa jeg. Ikke gi deg.

Så meldingen til dere, kjære kolleger, er enkel: Når en med så dårlig utviklede speilnevroner som meg kan få det til, sågar uten å ha tilegnet meg spesifikk kunnskap om smertebehandling – noe jeg burde ha gjort riktignok – så kan *alle* få det til. Resepten er egentlig enkel:

- Istedenfor å korrigere for den blinde flekken, gå mot det sorte hullet. Vær forbedret på avmakt, og hold det ut. Men tvil ikke på din betydning som ledsager.
- Utforsk pasientens forståelse av plagene (og vær forsiktig med å fremme din egen)
 - Utforsk hva smerten betyr for livsutfoldelsen (og unngå en skala fra en til ti)
 - Finn ut hva pasienten håper å oppnå (de er mer realistiske enn du tror)
 - Ikke se på deg selv som den som skal fjerne smerten eller løse alle problemer. Vær modig: Sett grenser – for pasienten – og for deg selv!

Som Hannah Arendt skriver:

«Menneskets vilkår er slik at smerter og anstrengelser ikke bare er symptomer som kan fjernes uten å endre selve livet.» (10)

Uansett kan du – og må du – tilby tilkobling. Du må vise disse pasientene at de hører til, til oss, menneskeheten. I Ahmadis bok finner vi dette sitatet fra en tredje innvandrerkvinn (9):

«Til sist sa legen at han ikke kunne hjelpe meg mer, jeg må bare finne ut hvordan jeg kan mestre mitt liv, sa han, og leve med smerten.»

Det høres ut som en frakobling, legen har gitt opp. Men det spørres om ikke vi må beholde ledsagerfunksjonen. Noen ganger kan det være nok bare å lytte, å tillate at pasienten ønsker sin mor død. Det kurerer ikke, men det hjelper. Jeg tar frem det aller verste i meg, min aller dypeste skam, og legen ser på meg, hører etter, nikker, og forlater meg ikke! I siste instans er det å tilhøre et sine qua non for å leve – sjeldent kortere formulert enn i Niels Fredrik Dahls kjærlighetsdikt Den tredje muskel (11):

Jeg sa: jeg har én muskel: hjertet
Jeg har to muskler: leppene
Jeg har tre muskler: bli hos meg

Artikkelen er en omarbeidet versjon av invitert avslutningsforelesning ved Norsk smerteforenings jubileumskonferanse, OUS-Rikshospitalet, 9. januar 2015

REFERANSER

1. The brain from top to bottom: Sharing other people's pain: McGill University, Canada: http://thebrain.mcgill.ca/flash/i/i_03/i_03_s/i_03_s_dou/i_03_s_dou.html (2.1.2015)
2. Vetlesen AJ. Smerte. Lysaker: Dinamo forlag, 2004.
3. Hansen IE. Fraværskilder. Oslo: Aschehoug, 2000. Ytring, s. 111.
4. Gulbrandsen P, Madsen HB, Benth JS, Lærum E. Health care providers communicate less well with patients with chronic low back pain. A study of encounters at a back pain clinic in Denmark. *Pain* 2010; 150: 458–61.
5. Gulbrandsen P, Fugelli P, Sandvik L, Hjortdahl P. Influence of social problems on management in general practice: multipractice questionnaire survey. *BMJ* 1998; 317: 28–32.
6. Gulbrandsen P, Hjortdahl P, Fugelli P. General practitioners' knowledge of their patients' psychosocial problems: multipractice questionnaire survey. *BMJ* 1997; 314: 1014–8.
7. Kirkengen AL. Hvordan krenkede barn blir syke voksne. Oslo: Universitetsforlaget, 2005.
8. Yttri N. Bokserens blod. Oslo: Aschehoug, 1980. Side 7 og kursiv s. 9–10.
9. Ahmadi F. Tause skrik. Minoritetskvinnens behov for anerkjennelse. 2. utgave. Oslo: eget forlag, 2013. (1. utgave kom på Pax i 2008).
10. Skår AM, red. Den store norske sitatboka. Oslo: Kagge forlag, 2003.
11. Dahl NF. Min tredje muskel. Oslo: Tiden, 1999. s 32.

■ PAL.GULBRANDSEN@MEDISIN.UIO.NO