

Om å fødes og modnes som student

Forskjellige faktorer påvirker den enkelte student i ulik grad gjennom studiets faser. Utfordringene studenten møter er på det faglige og personlige, så vel som på det mellommenneskelige plan. Modningen skal gi økt selvinn-sikt, økt menneskekunnskap og faglig trygghet i møte med pasienten. Utfordringene er mange og spennvidden stor. Artikkelen gjengir en del refleksjoner rundt studentens konfrontasjon med sykdom og død, opplevelse av rollemo-deller og krav, samt stress i studiet. Noen personlige beskrivelser suppleres med faglige synspunkter fra litteratu-ren.

*The student often resembles the poet –
he is born, not made.*
William Osler, 1892 (1)

I videste forstand er målet med medisiner-utdanningen å skaffe seg best mulig forståelse av det menneskelige – somatisk, psykisk og sosialt (2). I modningsprosessen som student er det mange faktorer som i varierende grad påvirker utviklingen hos den enkelte (fig 1) gjennom studiets faser (tab 1). Ferdigheter varierer etter evner, personlighet og trening. Noen ferdigheter, som praktiske prosedyrer eller teoretisk kunnskap, er lettere å trene opp gjennom øvelse og undervisning uavhengig av personens evne og utgangspunkt. Andre ferdigheter, som empati (3) og dialog (4) vil være avhengig av evner og person i større grad enn trening. Studenter ønsker selv å reflektere over hendelser i studiet (5, 6), og fortellinger, den narrative medisin, har således fått økende betydning for pasienter, studenter og leger (5, 7–9).

Førsteinntrykk – knagger til å henge følelser på

Mitt første møte med sykehus var i sommer-jobb som renholder på en gynekologisk sengepost. Det krever mot å tre inn på en sykestue kun med støveklut og mopp til forsvar mot middelaldrende kvinner, over den hormonelle middagshøyde, med snakketøyet satt på autopilot; replikkene er raskere enn flytoget og treffsikkerheten mer sviende enn sentralbanksjefens rentepolitikk. Slik fikk jeg i det minste utviklet min empati for sykepleiere på urologiske sengeposter. På avdelingen var kvinner med ulike gynekologiske problemstillinger. Inntrykk brant seg fast; en kvinnes sorg over å ha mistet sitt ufødte

Kjetil Søreide

ksoreide@mac.com
Sternwaldstraße 45
D-79102 Freiburg
Tyskland
og
Medisinsk fakultet
Universitetet i Freiburg

Bidrag til Filosofisk poliklinikk essaykonkurranse for medisinstudenter 2001

barn; en søt tenåringsjentes andre abort; kreftsyke kvinner. Som «vaskegutt» har man tid, og samtaler med pasienter åpnet dører i et ungt guttesinn.

Førsteinntrykk unnfanger og sår spirer i studentens følelseslandskap. Førsteinntrykkene er ofte møter med mennesker i situasjoner som er følelsesmessig krevende, både for en selv og den det gjelder. Blir innlevelsen for sterk, kan det umuliggjøre en rasjonell vurdering, mens en tilnærming uten empati vanskeliggjør kontakt med pasienten (10).

I starten kan inntrykk oppleves som voldsomme og dramatiske. En samtale, hendelse, eller situasjon kan brenne seg fast. Å mestre egne følelser er utfordrende, spesielt i studiets første termin, som gjerne er studentens følelsesmessig mest teratogene fase (tab 1). Tar man til seg det man opplever? Inntrykkene blir med videre som bilder i et fotoalbum, som referanser for egne og andres følelser. Et referansearkiv som er viktig for erkjennelsen av egne følelser i forhold til andres lidelse, og for å kunne utvikle en bevegelse mot forståelsen av pasientenes ståsted.

Å kjenne dypet i seg selv – en personlig utfordring

Gjennom et kaldt vintersemester avdekker jeg lag for lag, søker struktur og tilhørighet, skisserer opprinnelse og sammenheng i en forlatt bolig. Nysgjerrig på naturens reisverk, fylles jeg av undring. Av jord er du kommet, til jord skal du bli. En vandring fra barnesinnets selvfølgelighet gjennom tro og tvil. Dødens uforutsigbare grep er ikke lengre unna enn at en medstudent i gruppen vår får Hodgkins lymfom. Hun nekter å bukke under for «bulky disease», kjemper en tap-per stafett mellom cellegift, strålebehandling og anatomisal. Akt for akt avdekkes

likets anatomiske lag. Samtidig forsvinner langsomt vår venninnes hår. Med vinterens hvite teppe trukket for, står vi på Dødens scene i det som oppleves som livets paradokse skuespill.

Preparering av lik er for de fleste studenter deres første møte med døden, og kan fremkalle sterke reaksjoner (11). Å bearbeide reaksjonene er viktig for å lette på tanker og følelser som oppstår (12). Som man følelsesmessig unnfanges av førsteinntrykk, bringes man i møte med døden nær sin egen eksistens (fig 1).

Søren Kierkegaard sier: «Mennesket er en syntese av det sjelelige og det legemlige. Men en syntese er utenkelig når de to ikke forenes i et tredje. Dette tredje er ånden» (13). Kierkegaard beskriver ånden som en fiendtlig makt på den ene siden, ettersom den alltid forstyrrer det bestående forholdet mellom sjel og legeme. På den andre siden er ånden en vennlig makt som nettopp søker å konstituere dette forholdet. For Kierkegaard uttrykker menneskets forhold til denne tvetydige makten seg i angst. «Angsten kan sammenlignes med svimmelhet. Den som skuer med øyet ned i et svelgende dyp, blir svimmel. Men hva er grunnen til denne svimmelheten, det er like mye øyet selv som selve avgrunnen, for hvis en ikke hadde stirret ned i avgrunnen... (13).»

Å oppdage sitt eget indre kan virke skremmende, for noen nesten angstutløsende. Man kan bevisst stenge alle negative følelser og opplevelser ute. De negative følelsene har da heller ikke egenverdi i seg selv. De kan likevel ha en instrumentell verdi som mer eller mindre bevisst «herding». Men det er stort sett når vi ser tilbake at vi kan registrere den positive verdien av slike følelser (14). Å kikke ned i dypet av sin egen kjeller, sin egen ubevissthet, rommer et fundament; et kjerneselv, vårt egentlige selv, et skjult potensial og et indre kart og kompass som de fleste strever med å finne og realisere i sine liv (15). Man konfronteres i studiet med eksistensielle spørsmål som kan utvikle kunnskapen om ens eget selv, og i videre betraktning nyttes som klinisk kompetanse. I tillegg til statistiske og kliniske betraktninger, kan man føre en tredje og personlig dimensjon inn i møtet med pasienten (16).

Innlevelse og integritet – en medmenneskelig utfordring

Jeg har praksis på en onkologisk sengepost. Pasienten er en mann med kreft i magesekken. Han er rundt førti år. Aggressiv kirurgi

og cellegift har ikke kunnet fjerne kreftcellene. Familien er med ham på veien han går. I stadig sterkere morfindøs er han tidvis våken. Mellom åndedrag hvisker han med et håndtrykk sin takk til legen. Kjenner det snart er slutt. Trette øyne møter våte øyne. Tett omslynget av sin kone forlater han livet; tre små barn mister sin far. Min egen klump i magen blir så liten.

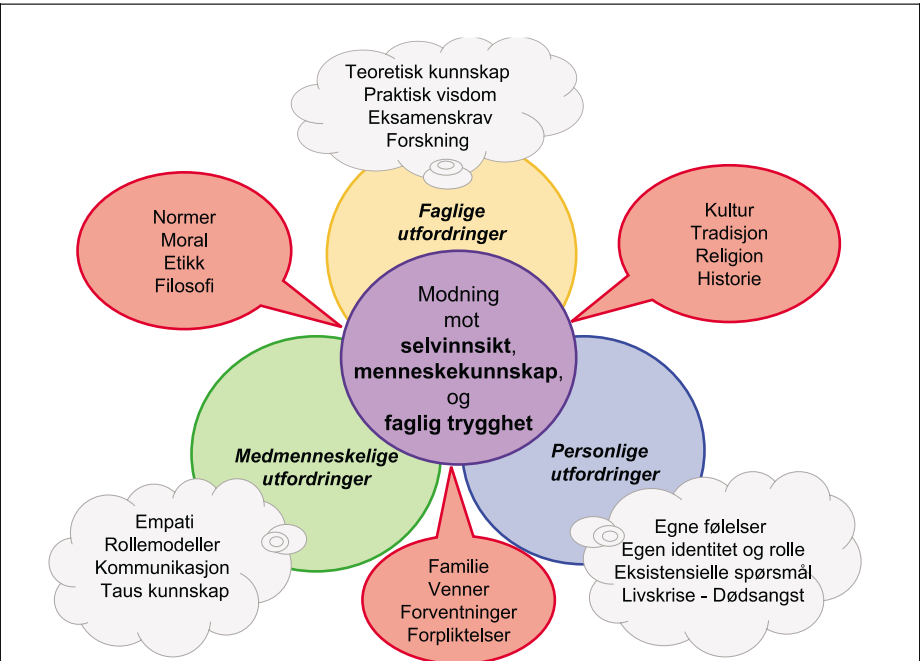
Få har personlig erfaring med alvorlige sykdommer eller skjebner som preger studiehverdagen. Desto viktigere blir det å våge å la seg berøre følelsesmessig (17), lære å ta ting inn over seg, men samtidig bevare sin egen integritet (18). Det kan hjelpe en som lege til å treffe de rette valg for akkurat den pasienten man har latt seg involvere i (19). Å treffe kloke valg som lege krever vurdering av det som i en gitt situasjon, for en gitt pasient vil være den riktige avgjørelsen (20). Valgene treffes i balansering mellom ratio (fornuft) og emotio (følelser); en balanse som trenger modning. Modenhet innebærer innsikt – «innføring» i egne følelser i praktiske situasjoner (14). Å erkjenne sin egen sårbarhet er en personlig utfordring som kan hjelpe en til å forstå medmennesker i alvorlige situasjoner.

«Den legen» sier Kierkegaard (13), «ved en dåreanstalt som er dum nok til å tro seg selv i all evighet klok og sin smule forstand assurert for all skade i livet, han er kanskje i en viss forstand klokere enn de avsyndige, men han er også dummere, og han kommer nok heller ikke til å helbrede mange.» Egen sårbarhet som tegn på medmenneskelighet kan være legens fremste ressurs i møtet med pasienten (21).

Faglige fallgruver og moralske motiver

Mens jeg regner meg frem til balansen av ATP, CO₂ og O₂ dør et barn av sult i Etiopia. Mens jeg fordypes i hemostasens fysiologi, forblør en brasiliansk kvinne i barsel. En russisk fange hoster på sine tuberkler, mens jeg studerer mikrobenes liv. Nok et ungt menneske dør i overdose, mens jeg henger meg opp i farmakologiske prinsipper. Men det har ikke plass i min lille sfære. Faren for å bli den neste som henges til skrekk og advarsel i professorens gapestokk er mer truende enn Midtøstens konflikter, brutaliteten på Balkan, og AIDS-forekomsten i Afrika.

Skånet for tidens tann har medisinen krav og idealer om ytterste ytelse og tilnærmet perfektjonisme, kombinert med følelsesmessig innlevelse og nestekjærlig omsorg overlevd (22). Remen ser bildet annerledes; den idealistiske og engasjerte førsteårsstudenten forvandles til et kynisk og avstumpet individ etter fullendt studie (23). Å tenke med et kaldt hode og handle med et varmt hjerte er idealet (24). Medisinen høye idealer har gitt legeyrket et renommé, men også ført til krav og konkurranse. Som i idretten



Figur 1 Modell for modning som student. Mange elementer og faktorer påvirker studentens modning

hvor enerne dyrkes, er heller ikke medisinen unntatt «doping». Man finner juks blant studenter (25) så vel som i medisinenes øvrige etasjer; skuffende nok også blant verdenskjente forskere og nobelprisvinnere (26). Til tross for bekymring om avstumpede kynikere (23) og uetisk oppførsel blant studenter og lærere (27), har likevel de fleste allerede i

studietiden klare formeninger om hva som er riktig og galt (28).

Medisinstudentenes ønsker for fremtiden forandres også lite i løpet av studiet; øverst på studentenes ønskeliste står lykke, penger, og nestekjærlige motiver (29). Målet bør være å tjene mennesker, utvikle gjensidig respekt for andre, anstrenge seg mot egen og

Tabell 1 Faser i studiet. Typiske trekk ved studiets faser vil kunne gi varierende grad av kontroll, opplevelse av stress og følelse av sårbarhet. Tabellen er ingen fullstendig oversikt og har en generell tilnærming da overlapping av fasene og individuelle forskjeller forekommer

Studiefase	Innflytelse på kontroll, sårbarhet og stress
Første to år	Sterke førsteinntrykk Konfrontasjon med død og alvorlig sykdom Eksistensielle spørsmål Stor vekt på teoretisk grunnkunnskap Den hippokratiske kunst: Oppdage egen og pasientens sårbarhet
3.–4. år	Søken etter rollemodeller og forbilder Konflikt mellom idealer og realiteter Økt pasienteksponering Utvikling av kliniske ferdigheter Den hippokratiske kunst: Å forstå mekanismene som danner lege-pasient-forholdet
5.–6. år	Økende grad av autonomi Bekymring for kommende ansvar Søken etter egen «legerolle» Løpende vurdering av egne ferdigheter – teoretisk, praktisk Den hippokratiske kunst: Lære å knytte konsepter som empati inn i møte med pasienten

andres personlige utvikling, og fryde seg over mangfoldet (30), mer enn å sette egen selvhevdelse i høysetet. Sunt engasjement, realistisk idealisme og flittig arbeid er motstykket til ærgjerrighet, selvsentrert kynisme og halve løsninger. En god huskeregel er «although it is nice to be important, it is more important to be nice! (30)».

Rollemodeller og læremestere

Legen har fått i oppgave å ta seg av hospitanten. Doktoren utviser en dårlig skjult motvilje, og omgir seg med en aura av avsky. Etter en lynrask visitt forsvinner han. Jeg må spore ham opp. Velkommen som hår i suppen får jeg bivåne en prosedyre, før han på nytt legger ut i korridorene, kun med mumlende grynt til svar hvis jeg prøver å oppnå hans gunst. Det hele ender med at han låser seg inne på do. Jeg gir opp, og lar ham få ut sine obstiperte holdninger på egen hånd...

Mange av legene jeg har møtt i studietiden har vært gode forbilder og læremestere – ikke bare rent fagteknisk, men også i kraft av sin personlighet. De har «grepet» og formidler den «tause kunnskap». Dessverre opplever man også veiledere som kompliserer studentens fødsel. Studenten blir presset ut i et medmenneskelig trangt setelege, får viklet en følgelig navlesnor rundt halsen, og forlates i følelsesmessig asfyksi.

Hos Silver & Glicken (31) rapporterte halvparten av studentene om episoder de karakteriserte som mishandling, og 16% av studentene sa de hadde gjennomgått episoder i løpet av studiet som «for alltid ville affisere dem» (tab 1). Kanskje utgjør tradisjonelt hierarki og autoritære læreformer en trussel mot de myke verdiene (32)? Det er ikke alltid like innlysende hvem som er gode læremestere og rollemodeller, og akademisk utdanning og grad er ikke nødvendigvis en forutsetning (33, 34). Studenter opplever ofte et følelsesmessig dilemma overfor de veiledere, og noen ganger «villedere», de omgås med i klinikken (5, 27).

Som gruppe er det stor variasjon blant studenter i evnen til å utvise empati (35). I tillegg uttrykker en høy andel studenter bekymring for seg selv og det etiske miljøet, eller mangelen på sådant, i studietiden (27). Igjen, de negative opplevelsene kan ha en instrumentell verdi som man først ser i ettertid. Å utsette studentene for flere rollemodeller og typer vil være viktig (33) da legerollene er mange (36) og forandres i kontakt med pasienten, pårørende eller kolleger.

Modning – stress i en smertefull prosess

Medisinstudiet kan gjennom de ulike fasene oppleves som en stressfaktor (tab 1). Selv om graden av stress ikke skiller seg fra andre studier, så antydes en høyere forekomst av angst og depresjon blant medisinstudenter (37). Blant førsteårsstudenter har 13% selvmordstanker, og 0,4% har et selvmordsfor-

søk bak seg (38). Mot slutten av studiet er andelen henholdsvis 14% og 1,4% (39). Andelen er likevel lavere enn blant norske rekrutter (henholdsvis 22% og 2,6%) (40).

Stress påvirker studentens utvikling i negativ retning, medfører lavere grad av oppmerksomhet, redusert konsentrasjon, influerer evnen til å ta avgjørelser, og påvirker negativt evnen til å etablere sterke lege-pasient-forhold (41). Studenter med sterk grad av perfektjonisme og selvkritikk er predisponert, og selvkritikere er funnet å være stresset også senere i yrkeskarrieren (42). Å kjenne seg selv og sine grenser er avgjørende for velvære i jobben (23) så vel som for forholdet til familie og ektefelle (43). Mestringen av studiets faser (tab 1) og påvirkning gjennom ulike faktorer (fig 1) starter modningsprosessen i den enkelte.

Å fatte essensen i medisinen – å behandle, å lindre og trøste, i det minste ikke forårsake skade – tar tid. Medisinstudiet, ifølge Osler «...gives a man his direction, points him the way, and furnishes him with a chart, fairly incomplete, for the voyage, but nothing more.»

Litteratur

- Osler W. The student life [Farewell address given to American and Canadian Medical students, 1892]. I: Aequanimitas, with other addresses to medical students, nurses and practitioners of medicine. 3. utgave. New York: Blakiston, 1932.
- Nylenna M. De to «kulturer» i medisinen. Tidsskr Nor Lægeforen 2000; 120: 3732–5.
- Falkum E. Kan empati læres? Tidsskr Nor Lægeforen 2000; 120: 3662.
- Duffy D. Dialogue: the core clinical skill. Ann Intern Med 1998; 128: 139–41.
- Branch W, Pels R, Lawrence R, Arky R. Becoming a doctor – critical incident reports from third-year medical students. N Engl J Med 1993; 329: 1130–2.
- Johansson K, Ohldeick C, Aase M, Schei E. Skjebnezapping – medisinsk grunnopplæring, legestudenters dannelse og den etiske fordring. Tidsskr Nor Lægeforen 2001; 121: 1618–21.
- Horn M. The other side of the bedrail. Ann Intern Med 1999; 130: 940–1.
- Hurwitz B. Narrative and the practice of medicine. Lancet 2000; 356: 2086–9.
- Charon R. Narrative medicine: form, function, and ethics. Ann Intern Med 2001; 134: 83–7.
- Werner ER, Korsch BM. The vulnerability of the medical student: posthumous presentation of L. L. Stephens' ideas. Pediatrics 1976; 57: 321–8.
- Horne D, Tiller J, Eizenberg N, Tashevskia M, Biddle N. Reactions of first-year medical students to their initial encounter with a cadaver in the dissecting room. Acad Med 1990; 65: 645–6.
- Tschernig T, Schlaud M, Pabst R. Emotional reactions of medical students to dissecting human bodies: a conceptual approach and its evaluation. Anat Rec 2000; 261: 11–3.
- Kierkegaard S. Begrepet angst. Oslo: Oktober, 2001.
- Næss A, Haukeland P. Livsfilosofi – et personlig bidrag om følelser og fornuft. Oslo: Universitetsforlaget, 1999.
- Jørstad J. Det ubevisste – venn eller fiende? Tidsskr Nor Lægeforen 2000; 120: 1199–203.
- Sweeney K, MacAuley D, Gray D. Personal significance: the third dimension. Lancet 1998; 351: 134–6.
- Martinsen E. Å la seg følelsesmessig berøre i medisinstudiet. Tidsskr Nor Lægeforen 2000; 120: 374–6.

- Aring C. Sympathy and empathy. JAMA 1958; 167: 448–52.
- Nuland S. The past is prologue: surgeons then and now. J Am Coll Surg 1998; 186: 457–65.
- Schei E, Norheim O, Rørtveit G, Lysebo D, Hjørleifson S. Legen – den enøydde samaritan? Tidsskr Nor Lægeforen 2000; 120: 1207–9.
- Vetlesen A. Profesjonell og personlig? Legerollen mellom vellykkethet og sårbarhet. Tidsskr Nor Lægeforen 2001; 121: 1118–21.
- Clever L. Some things have not changed. Ann Intern Med 2000; 132: 85–9.
- Remen R. Recapturing the soul of medicine. West J Med 2001; 174: 4–5.
- Hjort PF. Noe var bedre før – hvordan kan vi ta vare på det? Tidsskr Nor Lægeforen 2001; 121: 2069–72.
- Anderson R, Obenshain S. Cheating by students: findings, reflections, and remedies. Acad Med 1994; 69: 323–32.
- Dingell J. Shattuck Lecture – Misconduct in medical research. N Engl J Med 1993; 328: 1610–5.
- Feudtner C, Christakis D, Christakis N. Do clinical clerks suffer ethical erosion? Students' perceptions of their ethical environment and personal development. Acad Med 1994; 69: 670–9.
- Rennie S, Crosby J. Are «tomorrow's» doctors honest? Questionnaire study exploring medical students' attitudes and reported behavior on academic misconduct. BMJ 2001; 322: 274–5.
- Petrie K, White G, Cameron L, Collins J. Photographic memory, money, and liposuction: survey of medical students' wish lists. BMJ 1999; 319: 1593–5.
- van Heerden J. Brothers. Arch Surg 1997; 132: 471–80.
- Silver H, Glicken A. Medical student abuse. Incidence, severity, and significance. JAMA 1990; 263: 527–32.
- Christakis D, Feudtner C. Becoming a doctor. N Engl J Med 1994; 330: 720.
- Skeff K, Mutha S. Role models – guiding the future of medicine. N Engl J Med 1998; 329: 2015–7.
- Wright S, Kern D, Kolodner K, Howard D, Brancati F. Attributes of excellent attending-physician role models. N Engl J Med 1998; 329: 1986–93.
- Newton B, Savidge M, Barber L, Cleveland E, Clardy J, Beeman G et al. Differences in medical students' empathy. Acad Med 2000; 75: 1215.
- Hjort P. Legerollene. Tidsskr Nor Lægeforen 1998; 118: 4770–3.
- Helmers K, Danoff D, Steinert Y, Leyton M, Young S. Stress and depressed mood in medical students, law students, and graduate students at McGill University. Acad Med 1997; 72: 708–14.
- Okasha A, Lotaif F, Sadek A. Prevalence of suicidal feelings in a sample of non-consulting medical students. Acta Psychiatr Scand 1981; 63: 409–15.
- Tyssen R, Vaglum G, Gronvold N, Ekeberg O. Suicidal ideation among students and young physicians: a nationwide study of prevalence and predictors. J Affect Disord 2001; 64: 69–79.
- Mehlum L. Suicidal ideation and sense of coherence in male conscripts. Acta Psychiatr Scand 1998; 98: 487–92.
- Shapiro S, Shapiro D, Schwartz G. Stress management in medical education: a review of the literature. Acad Med 2000; 75: 748–59.
- Firth-Cozens J. Predicting stress in general practitioners: 10 year follow up postal survey. BMJ 1997; 315: 34–5.
- Myers M. The well-being of physician relationships. West J Med 2001; 174: 30–3.

○