

Studentundervisningen i samfunnsmedisin: Vennligst forstyrr!

Michael 2016; 13: 152–156.

De medisinske fakultetene i Norge har valgt forskjellige modeller for undervisning i samfunnsmedisin. Ved NTNU er det 11. semesteret (semester IIIC) i sin helhet viet samfunns- og allmennmedisin. I løpet av semesteret opptrer de to fagene i tett samspill med hverandre. I tillegg til ordinær undervisning inkluderer semesteret en utplasseringsperiode der alle studentene tilbringer seks uker på fastlegekontor. Studentene skal også levere skriftlige oppgaver som omhandler samfunnsmedisinske forhold i utplasseringskommunen. Artikkelen forfatter fullførte medisinstudiet ved NTNU i 2014, og formidler personlige erfaringer fra undervisningen i samfunns- og allmennmedisin, med vekt på hvordan fagene oppleves under studietiden og hvordan undervisningen påvirker egen praksis i løpet av turnustjenesten.

Et av de mest forlokkende aspektene ved medisinen er fagets tilsynelatende krystallklare idéverden. Mystiske, uklare symptomer og funn hos pasienten kan skilles fra hverandre, analyseres via laboratorieundersøkelser, beskrives i patologien, forklares gjennom fysiologien. Gjennom de første fem årene ved medisinstudiet på NTNU blir kroppens indre logikk brettet ut og synliggjort. Studenten trenes opp i diagnostiske tankerekker som fortøner seg som de mest delikate fortolkninger; sykehuspasientene og kasuistikkene er ofte valgt ut for å illustrere finurlige poeng. Pasient A har magesmerter, pasient B har magesmerter, pasient C har magesmerter, men gjennom anamnese og mønstrene på leverenzymprøvene – cholestase? hepatitt? alkoholisk eller autoimmun? – skilles sykdommene elegant fra hverandre. Når diagnosen foreligger, vil den riktige behandlingen åpenbare seg.

I løpet av studieår 3, 4 og 5 ved NTNU legges det vekt på utplassering i sykehus, hvor alle funksjoner og systemer er innrettet mot dette idealforløpet, fra utredning til diagnose, behandling og utskrivelse. Det er et impo-

nerende system der mennesker kan fjernes fra sine hverdagsmiljø, repareres og leveres tilbake igjen.

Den samfunnsmedisinske forstyrrelsen

Innenfor denne oversiktlige strukturen utgjør samfunnsmedisinen og allmennmedisinen en forstyrrelse. Mens sykehusspesialitetene tilsynelatende langt på vei lykkes i sitt prosjekt om å sette diagnosen i fokus, snur samfunnsmedisinen det hele på hodet. Individuelle sykdomsprosesser løftes ut av laboratoriet og plasseres tilbake i en kontekst der de fremstår som enkeltledd i et langt videre relasjonsnettverk. Da John Snow (1813–58) kartla Londons kolerautbrudd i 1854 – for øvrig noe av det første NTNU-studentene eksponeres for av samfunnsmedisin i praksis – ante han ingenting om koleraens årsak eller smitteveier. Ved å følge sporene utover i samfunnet, heller enn innover i kroppen, stilte han sin geografiske diagnose; vannpumpen i Broad Street var sykdomskilden.

For en medisinstudent av i dag er en tilsvarende tankegang fremmed. Patologien har forklart så uendelig mye. Den individuelle kroppen oppleves som avgrensbar, tilgjengelig som den er for et visst antall definerte analysemetoder. «Samfunnet» fortoner seg som noe langt mer ubegripelig. Sykehuspraksis lærer oss å dechiffrere koder som ligger nedfelt i kroppen, lede-trådene som fører mot riktig diagnose; for å nøste opp i ledetrådene utenfor kroppen kreves det kunnskap og erfaring i fagområder det ikke undervises i på medisinstudiet – økonomi, politikk, utdanning, boforhold, sosial diskriminering. Det er lett å se for seg hva en kardiolog forventes å beherske og behandle, men hvor skal en samfunnsmedisiner sette stetoskopet sitt?

Ved NTNU kommer denne samfunnsmedisinske forstyrrelsen i det 11. semesteret – eller som det heter innenfor universitetets noe eiendommelige tallsystem, semester IIIC. Selv husker jeg opplevelsen av å bli ferdig med 10. semester og det 5. året som enormt tilfredsstillende. Den spesifikke sykdomslæren var ferdig, sykehusutplasseringen overstått, og de medisinske brikkene begynte å falle på plass. Det siste, sjettede året skulle bli et slags oppsummeringsheat. Ved hjelp av gamle notater og et regneark satte jeg opp tidenes leseplan; alt skulle være systematisk gjennomgått på nytt og festet i minnet til den store, avsluttende embetseksamen sommeren 2014. En slags pliktoppfyllende, angstbitersk lang dags ferd mot norsk autorisasjon. Det ene, siste hinderet på veien var semester IIIC, samfunns- og allmennmedisin.

Selve undervisningen oppleves også som en forstyrrelse, i positiv forstand. Semesteret sparkes i gang med klare likhetstrekk til bachelorstudiet i drama og teater; forelesere underviser gjerne tre-fire sammen i dialogform, det

legges vekt på rollespill og historiefortelling, allmennleger siterer Kierkegaard og presenterer seg selv (med egne ord) som medisinenes bohemer. De oversiktlige PowerPoint'ene fra effektive hvitklede sykehusleger byttes ut med skannede fotokopier av Dagbladet-kronikker og eldre saker fra «Utposten», knapt lesbare selv på storskjerm. Også på det formelle planet skiller IIC seg ut fra de øvrige semestrene, med egen eksamen, obligatoriske oppgaveinnleveringer og videoevaluering. Beskjeden er effektiv: dette er annerledes. Dette er rotete. Sykehuskorridorens og laboratoriets renhet byttes ut med rutete skjorter og et virvar av problemstillinger som savner enkle, entydige svar.

For samfunnsmedisinen rommer mange dilemmaer, og det er kanskje hovedinntrykket man sitter igjen med som student etter at semesteret tar slutt. Det er som oftest lett å avgjøre hvilke resepter som skal skrives etter endt konsultasjon, men alt det omkringliggende er langt mer uklart. Samfunnsmedisinen representerer en bevegelse fra kontrollerbare kliniske miljøer til medisinenes randsoner, hvor man møter det uforutsigbare som ligger i det menneskelige. Skal pasienten sykmeldes? I hvilken grad og hvor lenge? Foreligger det risikofaktorer for sykdomsutvikling som kan være mål for forebyggende arbeid? Vil en eventuell sykdomsscreening forbedre fremtidig helse mer enn det forverrer nåværende helseangst?

Mye kan tyde på at denne samfunns- og allmennmedisinske forstyrrelsen i utdanningsløpet er en nødvendighet. Medisinstudenter går for å være en heller prektig og perfektjonistisk gruppe, med stor treningsiver og enda større angst for å gjøre feil. Praksisen med et studieopptak som kun baserer seg på karakterer fra videregående skole bidrar til å selektere kandidater med sterkt pliktoppfyllende og trolig også lett nevrotiske personlighetstrekk (1). Han lo godt, lungekreftpasienten som stilte opp på forelesning i vårt andre studieår, da han spurte hvem blant oss som røykte – og ikke én hånd i den fullsatte forelesningssalen strakk seg i været. Avstanden mellom fersk, autoritetstro lege og erfaren, tvilende pasient kan bli stor. Det kliniske medisinfagets oppbygging og daglige utøvelse med tidspress, faglig hierarki og standardiserte prosesser gjør lite for å motvirke dette.

Det samfunnsmedisinske perspektivet

Det er selvfølgelig mye praktisk nytte å hente ut av et samfunns- og allmennmedisinsk semester, også for oss som kommer rett ut av studiet og inn i turnustjenesten. Det blir langt lettere å delta på dialogmøter, gjøre avtaler om kommunale omsorgstilbud og føre en fornuftig samtale med barnevernet når man har lært seg noe om det kommunale språket. Det går raskere å fylle ut skjema om sykmelding når man har gjort det noen ganger

før, og man får bedre mulighet til å utforske alternativene sammen med pasienten. For min del ligger den vesentligste lærdommen likevel ikke i de praktiske oppgavene, men i det samfunnsmedisinske perspektivet. Med større forståelse for spillet mellom sykdom og samfunn får man også et bedre bilde av forebyggende arbeid, sykmeldingsutfordringer og screeningvirksomhet i kommunen der man har sitt arbeidssted. Med et helhetlig blikk som evner å betrakte de besøkende på legekantoret som en populasjon i en kontekst, ikke bare som private individer, blir det lettere å ta stilling til de mange daglige spørsmålene – for det blir etter hvert fryktelig mange – angående helse, omsorg og arbeid.

I løpet av turnustjenesten kjenner man nemlig ofte på konflikten mellom å gjøre det som føles rett for en bekymret og belastet pasient, og det som oppleves som korrekt i forhold til et effektivt, økonomisk motivert system. Når man er usikker på en beslutning, søker man gjerne trygg faglig grunn – spesielt som nyutdannet, når man ikke har så mye erfaring å basere seg på. Det ligger en besnærende maktfølelse i den tradisjonelle kliniske medisinen. Jeg er overrasket over hvor tilfredsstillende det er å stille rett diagnose, føre korrekt journalnotat, instruere pasienten i videre oppfølging og behandling. Det er når denne makten ikke strekker til, når diagnosen aldri blir klar eller behandlingen ikke fører til helbredelse, at lærdommen fra IIC gjør seg gjeldende. Når jeg kjenner på avmakt som lege, minnes jeg om pasientens avmakt, og det gir rom for å omgjøre legekonsultasjonen fra maktutøvelse til likemannsarbeid.

Medisin i ulendt terreng

Helse opptreer ikke i et vakuum. For en erfaren lege er det kanskje en selvfølge, men for medisinstudenter er det viktig lærdom langs veien, særlig for den som har lite førstehåndserfaring med sykdom og motstand. Legen omtales gjerne som portvokter, både for trygdeytelser og mer spesialisert medisinsk utredning og behandling. Det er lett å ta denne rollen bokstavelig, sette seg på et vaktårn bygd opp av medisinske referanseverk og både betrakte og bedømme pasienten fra et såkalt objektivt, vitenskapelig perspektiv. Har pasienten selv skyld i egen sykdom? Gjort alt i sin makt for å tilpasse seg produktivt arbeid? Fortjener han eller hun egentlig prioritert hjelp fra det offentlige – hjelp som vi mange ganger daglig er med på å fordele eller fornekte?

En slik nærgransking fanger fort både lege og pasient i uverdige roller. Vi som ikke arbeider som samfunnsmedisinere kan likevel bruke samfunnsmedisinsk kunnskap og tankesett til å puste ut og betrakte både den individuelle pasienten og oss selv som ledd i nettopp et større nettverk av rela-

sjoner og sosiale mønstre. Det er ikke tilfeldig at dette mennesket kom på kontoret mitt i dag, og det er heller ikke tilfeldig at jeg sitter der for å ta i mot. Forholdet vårt springer ut av økonomi og politikk, utdanning, sosiale forskjeller. Innsikt rundt disse forholdene letter trykket på begge parter i samtalen og gjør det mulig å møte hverandre ikke i trange, forhåndsdefinerte roller som gransker og gransket eller helper og hjulpet, men som samarbeidspartnere med gjensidig forståelse og bedre helse som et felles prosjekt. Så får heller de uleselige kopiene fra Dagbladet og Utposten, som jeg rev meg i håret over under forberedelsene til semestereksamen i IIIC, bli en påminnelse om at det er i ulendt terreng man gjør nye oppdagelser.

Litteratur

1. Rosander P. The importance of personality, IQ and learning approaches: Predicting academic performance. Doktoravhandling. Lund: Institutionen för psykologi, Lunds universitet, 2013.

*Knut Mork Skagen*¹
knut@theskaw.com
Turnuslege
Trondheim kommune

1 Forfatteren er for tiden turnuskandidat hos Steinar Westin ved Mathesongården legesenter i Trondheim