

MENTORGRUPPER FOR MEDISINSTUDENTER:

– et bidrag til personlig modning fram mot legeyrket?

Noen erfaringer med studentgrupper ved norske universiteter

AV ELI BERG OG CATHRIN NICOLAISEN

Professor Christian Borchgrevink tok initiativet til frivillige gruppesamlinger for medisinstudenter i Oslo for mange år siden. Allmennpraktikere var mentorer, og studentene var fra ett og samme kull. Iallfall én av disse gruppene fortsetter den dag i dag, mange år etter at denne ordningen opphørte og de selv var ferdig utdannede leger.

Etter noen års pause tok så professor Borghild Roald – den gang prodekan undervisning - opp igjen idéen om mentorordning og fikk i 2002 til et samarbeid mellom Osloavdelingen av Norsk Medisinstudentforening (NMF) og Oslo legeforening. NMF organiserer gruppene, og legeforeningen står for rekrutteringen av kolleger til ordningen. Hver gruppe har studenter fra flere kull. (<http://www.medisinstudent.no/index.gan?id=14038&subid=0>).

I Bergen har det også vært gruppevirksomhet for medisinstudenter i flere år, men her som en tilpliktet del av studiet (1). Det har vært arrangert henholdsvis temagrupper og selvutviklingsgrupper i 3. studieår. Blant annet pga. at gruppetilhørigheten var obligatorisk, ønsket ikke studentene denne ordningen videreført. I 2006 har så NMF i Bergen tatt initiativ til en tilsvarende frivillig ordning som UiO har praktisert de siste årene.

Professor Tom Andersen (1936–2007) tok i sin tid initiativet til de såkalte interaksjonseminarene for medisinstudentene i Tromsø. Fra 1974 av ble det organisert som et velstrukturert gruppeopplegg i de første to årene i studiet. Fokus var både på studenten som person i legerollen og mer spesifikt på samhandlingen med andre. Omlegginger underveis og motvilje blant studentene mot en obligatorisk gruppedeltakelse bidro til at ordningen ble nedlagt etter 25 års drift i 1999.

Høsten 2004 inviterte førsteamanuensis Eli Berg til frivillige studentgrupper for første års medisinstudenter i Tromsø. 40 prosent av kullet meldte seg. Høsten 2005 var mer enn 70 prosent av de nye studentene interessert i grup-



Eli Berg

Spesialist i allmennmedisin, dr. med.
overlege Senter for helsefremmende arbeid
Akershus universitetssykehus
og førsteamanuensis UiO



Cathrin Nikolaisen

Amanuensis ved revmatologisk avdeling,
Universitetet i Tromsø.

petilhørighet – på fritiden. Eldre kull kom etter hvert med spørsmålet om hvorfor ikke også de kunne få muligheten til å bli med i en mentorgruppe på sine kull. Studieåret 2005–06 var 16 grupper i virksomhet, ledet av mentorer fra både allmennpraksis, universitetet og universitetssykehuset.

Hvorfor etablere grupper i Tromsø nok en gang?

Flere studentartikler i Tidsskriftet hadde løftet fram behovet for et større fokus på personen legen, både i forhold til personlig modning (2), dette å møte sårbarheten i menneskelivet i det daglige arbeid som lege (3) og det å la seg berøre som yrkesutøver (4). Dessuten har studenter i Tromsø – spesielt på 6. året – uttrykt overfor førsteforfatter at de føler seg dårlig ivaretatt som personer gjennom studiet i forhold til et framtidig yrke som lege.

En ytterligere begrunnelse for initiativet var momenter som var kommet fram i et nylig gjennomført forskningsarbeid (5). Prosjektets informanter, tidligere pasienter, ble spurt

om hva som var vesentlig for dem i møtet med leger. De fortalte at de både ønsket å bli tatt på alvor når de søkte lege, å få tid nok, å bli sett som hel person, å få lagt alle kortene på bordet, å kunne få sette ord på selv skam- og skyldbelagte forhold, samt å kunne få reflektere sammen med en kompetent fagperson. Mange ønsket utfordringer, og de ville ikke bli fratatt ansvaret for egne beslutninger og eget liv.

Dette er forhold vi har hørt om mange ganger. Og så kommer det de la vekt på med stort alvor: De ønsket primært å møte et menneske, en person som er autentisk, som våger å vise hvem de selv er, men uten å bli privat. En person som kan vise følelser midt i sin faglige tyngde som godt skolert helsearbeider. Den faglige kompetansen tok de for gitt i norsk helsevesen. Det som ble avgjørende for dem var hvordan de ble møtt. «Menneske først, så lege», var utfordringen fra personer som har hatt kontakt med helsevesenet over mange år.

Og de tidligere pasientene i forskningsprosjektet sa mer: De håpet å møte en person med et ærlig engasjement, som de fornemmet at ville dem vel, en person som genuint ønsker et bedre liv for den som er syk, redd, fortvilet eller som aner at livet går mot slutten.

Studentgrupper, et sted for refleksjon

Invitasjonen til studentene i Tromsø gikk ut på at de kunne få komme sammen i grupper, for eksempel en gang i måneden, på kveldstid og utenfor «campus», et sted for refleksjon over det som de til enhver tid måtte være opptatt av når det gjaldt dem selv og faget medisin. Initiativtaker uttrykte at målet blant annet var at hver og en måtte bli så kjent med seg selv og sine personlige utfordringer at de kunne få et godt og langt yrkesliv som lege.

Gruppesamtale



FOTO: KARIN FRYDENBERG

Studentene bærer med seg sitt eget levde liv inn i studiet, – opplevelser og erfaringer, kort sagt deres livsverden. Denne er unik for hver enkelt. Det er ikke alle forunt å ha «gått strake vegen» gjennom oppveksten. Noen studenter har destruktive erfaringer i bagasjen. Dette er ikke nødvendigvis en negativ ballast å ta med seg inn i yrket som lege. Kanskje tvert om i mange tilfeller. De har støtt på noen utfordringer i livet som kan bidra til større forståelse for noen av de pasientene de vil komme til å møte i yrket.

Å tematisere at den personen man er faktisk er bra nok, kan være et svært vesentlig tema blant medisinere. Samtidig er det ønskelig for alle med en vekst og modning som menneske, slik at de kan forene kunnskapstilegnelse og person til et autentisk hele for utøvelsen av legeyrket, at de i gruppene kan få reflektere over det moralske prosjektet det er å utdanne seg til en hjelper for andre (6).

For etikk og moral kan ikke plasseres kun hos spesielt interesserte kolleger. Om ikke etikken ligger i bunnen for alt vi gjør som leger, vil vi kunne ende opp som distanserte teknikere. I verste fall kan det medføre at pasienter kan bli utsatt for unødige eller til dels feilaktige medisinske tiltak.

Medisin som et moralsk prosjekt

Filosofen Emmanuel Levinas (1906–1995) har ikke omtalt lege-pasientforholdet spesielt, men er likevel verd å lytte til. Han er en fransk-litauisk filosof som utfordrer Vestens tenkning. Han sier selv om arbeidet sitt at det er en første-filosofi han søker å formidle, en etikk som må ligge til grunn for all tenkning og handling mennesker imellom. Han beskriver ikke kjøreregler for moralsk handling, men en filosofi som viser til etikkens mening.

I Vesten er vi opptatt av og opplært til å tenke at humanismen finner vi i menneskets autonomi, i stoltheten. Levinas viser til at det for det første ikke handler om min humanisme, men om den andres. Og videre at humanismen er å finne i sårbarheten, – her finner vi grunnlaget for det genuint menneskelige (7).

Å møte et annet menneske er å holdes våken av en gåte, framhever Levinas. Det handler ikke om kontroll, men om å komme ut av fatning. Når den andre henvender seg til meg, blir jeg rammet, overrumplet. Jeg er ikke forberedt. Henvendelsen fordrer et tilsvarende ansvar. Og dette ansvaret settes jeg under før jeg har fått tenkt meg om, før jeg har fått vurdert om jeg ønsker å ta dette ansvaret eller ikke.

Det er ansiktet som taler. Ansiktet er ikke det jeg ser, men appellen jeg hører. Ansiktet er sårbart, nakent, det mest nakne på et menneske. Det innbyr til vold, samtidig som det



Gruppesamtale

forbyr meg å krenke. I stedet kommer jeg i et ansvar for å verne den andre, en fordring som i ytterste konsekvens gir meg ansvaret for den andres liv.

Det er ikke snakk om å temme, få kontroll, å innlemme den andre innenfor allerede kjente rammer for forståelse. Nei, det er å gå ut av forståelsen og over i det gode ønsket for den andre. Det er den andre som er min oppdragsgiver i møtet. Jeg er den andres tjener. Levinas viser til at i møtet med den andre blir jeg sub-ject – både meg og underkastet. Jeg har altså et oppdrag, og dette gir mening og retning for livet, – også som lege.

Bevisstheten om hvem som er vår oppdragsgiver stiller oss som helsearbeidere i en ydmyk posisjon, – samtidig som vi har en kompetanse som gjør oss sterke. Den andre – pasienten, pårørende, våre kolleger – er våre «sjefer» i møtet – høydemålet –. Og samtidig er de «svake» ved at de søker råd. Makt og styrke, avmakt og svakhet, er omfordelt i Levinas' filosofi sammenlignet med hvordan vi er vant til å tenke. Slik kan «freden» etableres, som han uttrykker det, – med andre ord å hindre «krigen».

Levinas' filosofi er ikke å forstå som det tradisjonelle 'kjærlighet til visdom' (8), men kanskje heller som kjærlighetens visdom.

Det er et grunnleggende forhold i menneskelivet at vi er avhengige av å bli tatt i mot i våre uttrykk, bli møtt som personer. Den danske filosofen Knud Eiler Løgstrup (1905–1981) beskriver dette inngående i boken *Den etiske fordring* (9). Han sier at vi har «aldri med et annet men-

neske å gjøre uten å holde noe av dette menneskets liv» i våre hender. «Det kan være svært lite, en forbigående stemning, en oppstemthet en vekker eller får til å visne, en tristhet en forsterker eller letter. Men det kan også være skremmende mye, slik at det simpelthen er opp til den enkelte om den andre lykkes med livet sitt eller ikke.» For –

– krenkelse kan gjøre krank –

et forhold som den norske professor i allmennmedisin Anna Luise Kirkengen har synliggjort både i sin omfattende forskning og i en nylig utgitt bok ved navn «Hvordan krenkede barn blir syke voksne» (10). På verdensbasis foreligger en solid forskning innenfor det som med en forkortelse kalles ACE-studien, Adverse Childhood Experiences, hvor bl.a. kollega V.J. Felitti er sentral (11). Forskerne viser til fulle at krenkelse kan gjøre krank – at negative erfaringer tidlig i livet kan bidra til lidelser innenfor hele spekteret av medisinske tilstander.

Om vi ikke respekterer pasienters urørlighetssone, som Løgstrup påpeker, kan vi også som helsearbeidere komme til å krenke (9).

Menneskets anatomi er eksistensiell

Den franske filosofen Maurice Merleau-Ponty (1908–1961) beskriver i sine verk at det er som kropp vi forstår, som kropp vi lever og bebor verden. Kort sagt er det som kropp vi er til, erfarer og søker å forstå vår tilværelse (12). Og kroppen husker, – det har de fleste av oss hverdags erfaringer i forhold til. Skillet kropp-sjel er med andre ord en konstruksjon. Pasienter ønsker å møte – og bli møtt – som hel person når de søker helsehjelp.

Hva mener vi så med hel person? Vår svenske kollega professor i allmennmedisin Carl Edvard Rudebeck har over lang tid studert og publisert innenfor temaet kroppsempati, om den eksistensielle anatomen vil alle er og har (13). Vi lever som kropp, forholder oss til verden som kropp, vi kan ikke tenke oss et liv uten nettopp i og gjennom vår kroppslige eksistens. Det gir oss som fagperson en mulighet for gjenkjenning, – en kroppsempati. I det skapende mellomrommet kan så pasient og lege finne fram til nye fortellinger, forståelse, fortolkning, mening som pasienten kan leve videre med. Kanskje vi her finner grunnlaget for legeskunsten, som Hippokrates så vakkert har vist oss for mer enn 2000 år siden (14).

Tromsøstudentenes vurdering av gruppevirksomheten

Både etter første og andre året med mentorgrupper ble studentene bedt om å skrive en anonym tilbakemelding til førsteforfatter om hva de opplevde som positivt, hhv. negativt, ved deltakelse i mentorgruppene.

I evalueringene har det kommet fram en rekke forhold av betydning for studentene, som

- at gruppene var lagt utenom campus og i fritiden
- at de fikk et sosialt og faglig nettverk tidlig i studietiden
- at de hadde et friområde med åpenhet innad og taushet utad
- at det var fritt fram for ethvert tema
- at det var rom for det uferdige
- at de fikk lufte sin eventuelle usikkerhet mht. yrkesvalg
- at de kunne få møte en erfaren kollega som kunne formidle noe av hva det vil si å være lege, – et utkikkstårn mot framtiden
- at de kunne få muligheten til å bli mer kjent med seg selv før de skal ut i yrket
- at de fikk inspirasjon.

Ingen har så langt – på direkte spørsmål – foreslått nedleggelse av gruppevirksomheten. Og de ønsket gruppemuligheten gjennom hele studietiden. Gruppetilhørigheten kunne gi trening i å forholde seg åpen både for egne og andres erfaringer, noe som kan bidra til å oppøve en lydhørhet for den andres fortelling. Samtidig fikk de reflektere over egne holdninger og eget ståsted. De fikk i praksis erfare betydningen av et genuint engasjement, å svinge med på den andres banehalvdel. Og de fikk trening i å praktisere taushetsplikten.

Flere studenter så for seg behovet for å møte kolleger jevnlig også etter studietiden, ja, kanskje gjennom hele yrkeslivet. (Kfr. spesialister i allmennmedisin som har gruppesamlinger som obligatorisk aktivitet både i videre – og etterutdannelsen. <http://www.legeforeningen.no/index.gan?id=1124&subid=0>)

Studentene kommer til å bruke seg selv som den viktigste medisinen gjennom hele yrkeslivet som lege, på godt og vondt, enten de er seg dette bevisst eller ikke. Det er mange år siden vår britisk-ungarske kollega Michael Balint (1896–1970) proklamerte dette og tok konsekvensen av sin innsikt og inviterte til grupper for leger i England (15). Det medisinske fakultet i Tromsø er i gang med en revisjon av studieplanen for medisin. Etter tre års drift av mentorgrupper og et sterkt ønske fra studenter og mentorer om en fortsettelse, ser det dessverre ikke ut til at Det medisinske fakultet ønsker å innlemme mulighetene for mentorgrupper i sitt program framover.

Men NMF og Troms legeforening har tatt opp hansken og arbeider nå med en plan for videreføring av frivillige mentorgrupper for medisinstudenter i Tromsø. De ønskes lykke til!

Referanser

1. Biringer E, Stordal K, Johansen K, Aase K, Søvik DH, Kristiansen J, et al. Ni år med samtalegrupper for medisinstudenter i Bergen. Tidsskr Nor Lægeforen 2005 Aug 25;125(16):2219–20.
2. Søreide K. Om å fødes og modnes som student. Tidsskr Nor Lægeforen 2002 Mar 20;122(8):828–30.
3. Johansson KA, Ohldeick C, Aase M, Schei E. Skjebnezapping – medisinsk grunnopplæring, legestudenters dannelse og den etiske fordring. Tidsskr Nor Lægeforen 2001 May 20;121(13):1618–21.
4. Martinsen EH. [To be emotionally affected during medical education]. Tidsskr Nor Lægeforen 2000 Jan 30;120(3):374–6.
5. Berg E. Det skapende mellomrommet i møtet mellom pasient og lege. Tromsø: Institutt for samfunnsmedisin, Universitetet i Tromsø; 2004.
6. Vetlesen AJ. Profesjonell og personlig? Legerollen mellom vellykkethet og sårbarhet. Tidsskr Nor Lægeforen 2001 Mar 30;121(9):1118–21.
7. Levinas E. Den Annens humanisme. Oslo: Aschehoug, Thorleif Dahls kulturbibliotek; 1996.
8. Grøn A, Husted J, Lübcke P, Rasmussen SA, Sandøe P, Stefanzen NC. Politikens filosofi leksikon. København: Politikens Forlag AS; 2001.
9. Løgstrup KE. Den etiske fordring. Oslo: J.W.Cappelens Forlag AS; 2000.
10. Kirkengen AL. Hvordan krenkede barn blir syke voksne. Oslo: Universitetsforlaget; 2005.
11. Dube SR, Felitti VJ, Dong M, Giles WH, Anda RF. The impact of adverse childhood experiences on health problems: evidence from four birth cohorts dating back to 1900. Prev Med 2003 Sep;37(3):268–77.
12. Merleau-Ponty M. Kroppens fenomenologi. Oslo: Pax Forlag AS; 1994.
13. Rudebeck CE. Imagination and empathy in the consultation. Br J Gen Pract 2002 Jun;52(479):450–3.
14. Aggebo A. Hvorfor alltid den Hippokrates? Aarhus: Universitetsforlaget; 1964.
15. Balint M. Läkaren, patienten och sjukdomen. Lund: Studentlitteratur; 1964.

Evt. spørsmål og kommentarer kan rettes til:
eli.berg@ahus.no