



Koronastudentlivet

LEGELIVET

VICTORIA SCHEI

E-post: victoria.schei.92@gmail.com

Victoria Schei er femteårs medisinstudent ved Universitetet i Bergen.

Akutt digitalisering av undervisningen er på mange måter et løft for legeutdanningen. Men tapt praksislæring er en koronakostnad som lett går under radaren.



Foto: Sondre Hansmark

I pyjamasbukse, med en rykende kopp kaffe i hånden, logger jeg meg inn på Zoom-forelesningen. Skjermen fylles av foreleserens nybarberte hake sett nedenfra. Jeg er visst den første påloggede studenten. En mørkhåret gutt med piercinger entrer skjermbildet og peker: «For å dele skjermen trykker du der. Da kommer det sånn grønt rundt teksten der oppe, ser du?» Professoren rynker øyenbrynene og lener seg nærmere skjermen. «Der ja! Okei, så nå deler jeg skjermen? Vi kan jo spørre Victoria. Victoria, ser du skjermen vår? Bare svar i chatten.» Jeg skvetter til, og skriver at ja, skjermen deles. Far og sønn ser på hverandre og ler. «Ja, jeg får litt hjelp med det tekniske, skjønner du, Victoria.» Jeg må smile. Denne interaksjonen med underviseren er mer intim enn jeg er vant til.

Koronautbruddet i mars 2020 førte til en omveltning av hverdagen for de fleste, med overraskende lærerik nettundervisning. Jeg fryder meg over «myke fag», en agenda fylt av etiske diskusjoner, kunnskap om samfunnet og faglig refleksjon rundt politikernes håndtering av koronasituasjonen. Det fungerer supert på skjerm, med 80 studenter. Men all læring kan ikke digitaliseres, noe går tapt denne våren. For oss på femte året fjernes den lille praktiske erfaringen vi skulle hatt dette semesteret – morgenvisittene på kreftavdelingen, praksisen i samfunnsmedisin, dagene på palliativ avdeling hvor de aller sykeste tilbringer livets siste fase, den rettsmedisinske likundersøkelsen. Vårt kull skal lære å skrive dødsattest basert på en PowerPoint-presentasjon.

Vårt kull skal lære å skrive dødsattest basert på en PowerPoint-presentasjon

«Sjelden kurere, ofte lindre, alltid trøste», står det i Hippokrates ed. Disse ordene har stått svart på hvitt i 2 400 år for å minne oss om essensen i legegjerningen. Størstedelen av medisinstudiet handler om å *kurere*, om sykdommer og behandling. Men i dette semesteret

er også *lindre og trøste* i fokus. Som leger skal vi være der, så pårørende kan tillate seg å gå i oppløsning. Vi skal dokumentere og rapportere død, drap, barnemishandling. Vi skal trøste de døende. Vi skal tåle det utålelige når andre ikke klarer mer. Vi skal ta vanskelige beslutninger – når skal cellegiften avsluttes? Og hvordan skal vi huske at personen trenger lindring og trøst også mens vi ivrig strever med å kurere sykdommen? At en praksis er kort, betyr slett ikke at den er mindre viktig. Å treffe pasienter og leger på slagmarken er nødvendig for at vi nykommere skal utvikle oss og erfare hvordan man hjelper ved å være stødig og trygg i andres kriser. Er det ikke akkurat denne læringen som skal gjøre meg til lege? I stedet fokuserer vi, som så ofte før, på tall og teori – statistikker over femårs overlevelse av tykktarmskreft, omregning av morfindoser fra peroral til smertepumpe.

Fra et koronaperspektiv kan jeg forstå hvorfor det virket lurt å kutte praksisen. Færre kontakter, færre smittetilfeller. Men jeg er redd fakultetet dermed gjør både oss studenter og pasientene en bjørnetjeneste.

Fra mitt perspektiv som snart lege – og kanskje for mine pasienter – er det en pris å betale at jeg i fremtiden skal være faglig usikker på ting jeg skulle lært i praksis

Et land hvor studentene ikke mister sykehuspraksis under pandemien, er Sverige, annerledeslandet i koronakrisen. Mens de fleste europeiske samfunn har gått i *lockdown*, har det svenske samfunnet opprettholdt mange funksjoner. Jeg snakket med to medisinstudenter fra Universitetet i Bergen som er på utveksling i Gøteborg. Nina og Cecilia forteller at smittevern tas på alvor i Sverige, men uten så mange forbud og nedstenginger som i andre land. Medisinstudentene får lytte på barnehjeter, gjennomføre HLR-kurs og ta imot pasienter på barneakutten, såfremt ingen har feber eller luftveissymptomer. Sykehuset er koronapreget, men alt som må gjennomføres, gjennomføres – med antibac, uten håndhilsning. Smitteverntiltakene i Sverige er medisinsk begrunnet, ledet av statsepidemiolog Anders Tegnell, med Folkhälsomyndigheten i ryggen. Tross kritikk og høye dødstall har de svenske styresmaktene stolt på den medisinske ekspertisen – som har stolt på svensk ansvarlighet. WHO har nevnt Sveriges strategi som noe å lære av i en langvarig pandemi. Svenskene kan ende opp med mindre helseangst, høyere kronekurs, raskere flokkimmunitet og lavere økonomiske kostnader enn de fleste andre land. Nedstenging over tid koster, i form av konkurser, arbeidsledighet, kultur- og reiseliv på respirator og mental slitasje gjennom måneder med hjemmekontor, hjemmeskole og hjemmebarnehage i de tusen trykkokerhjem. Samt en smittefrykt hvor unødige strenge tiltak blant annet har rammet sårbare barn og unge (1).

I ettertid skal vi lære av dette. Da må vi legge sammen alle utgiftene i regnskapet, også de som ikke frontes av media. Jeg sitter på et konkret eksempel – legeutdanningen i Norge ble denne våren forringet på akkurat det lille feltet jeg har tilgang til. Fra mitt perspektiv som snart lege – og kanskje for mine pasienter – er det en pris å betale at jeg i fremtiden skal være faglig usikker på ting jeg skulle lært i praksis. Mine svenske kolleger har kommet bedre ut av koronakrisen – foreløpig. Men hva med de mange døde på sykehjemmene, er det prisen Sverige betaler? Tiden, tallene og ettertanken vil vise hvor klokt det svenske eksperimentet, med tillitsbasert smittevern, var. Men at svenskene har vist mot og selvstendighet – det skal de ha.

LITTERATUR:

1. Statusrapport. Utsatte barn og unges tjenestetilbud under Covid19 pandemien. Oslo: Bufdir, 2020. <https://www.regjeringen.no/contentassets/3f92f45f0b384e0daob2d89a9f5b7b6/2020-04-20-statusrapport-nr-1-fra-koordineringsgruppe-til-bfd-revidert.pdf> Lest 7.5.2020.