

Nok et liv...

En kveld satt jeg ved sengen til en døende kvinne. Hørte henne puste, jevnt en stund og så kanskje en kort pause, hjertet mitt i halsen i en evighet av et halvt sekund før brystkassen hennes beveget seg igjen og jeg pustet ut med høy puls. Pulsen hennes var svak noen ganger, så sterkere, jevnt en stund, så ujevn. Kvinnen som lå der og ikke lenger ensatt omgivelsene, hadde levd et liv. Hun hadde vært et barn som lekte og falt og slo seg, en jente som forelsket seg og ble såret, hun var en mor og bestemor. Hun hadde levd. Nå hadde hun bare nok liv i seg til at kroppen greide å puste og hjertet slå. Så vidt.

Da de andre pleierne begynte å snakke om henne på min første kveld på sommerjobb, ble jeg interessert. «Har du sett noen dø?» sa sykepleieren. Det var en del av livet jeg ikke hadde sett før. «Da kan du sette deg inn hos henne. Så kan du få se når hun puster ut siste gang. Synes du det er ekkelt?» Entusiastisk ble jeg med sykepleieren inn til kvinnen, som lå nesten urørlig i sengen.

Det er bare noen få år siden ordet «død» ville gitt meg frysninger nedover ryggen. Et annet sånt ord var «kreft». Assosiasjonene mine var fryktelige. Det var noe fremmed og ukjent. Noe trist og forferdelig. Nå er det vanlige ord i vokabularet mitt. De brukes ofte. Og de er blitt nøytrale. Denne typen kreft er så og så vanlig. Så og så mange dør av den. Greit, tenker jeg, og noterer flittig. Like følelsesløst reagerte jeg da mamma kom fra jobb og fortalte om mannen til en kollega. Han hadde fått blodkreft, det var visst ingenting de kunne gjøre. Han fikk dra hjem for å dø. «Å ja,» sa jeg. «Hvilken type blodkreft er det?» Min mor ble rystet og forestilte seg det samme skje med henne – hun er jo like gammel. Jeg reagerte ikke særlig. Nok en historie om sykdom. Alvorlig sykdom. Død. Jeg har hørt dem før. De når ikke inn lenger.

Men i begynnelsen nådde de faktisk inn. Min første pasient. Jeg var førsteårsstudent og var for første gang i allmennpraksis. En gammel mann satte seg i stolen. Jeg kunne ingenting, men spurte likevel hva jeg kunne hjelpe med. Han fortalte om alle plagene sine. Ikke få. Men den største plagen var savnet av konen, som døde et år tidligere. Han gråt. Jeg ville gråte med, men husket at sånt gjør man ikke. Man skal ikke involvere seg for mye. Empati er viktig, sette seg inn i pasientens situasjon, hva han tenker og føler. Men ikke for mye. Da ødelegger man seg selv. Jeg kjempet tappert med å være det jeg hadde lært var profesjonelt. Saklig, viser litt medfølelse, men ikke for mye.

Etter hvert ble jeg flinkere til å være profesjonell. Lot ikke følelsene bli med. PBL-oppgavene presenterte alvorlige sykehistorier på rekke og rad. Psykososiale faktorer skal være med. Ja, selvfølgelig er det trist og tragisk, men la oss se på den fysiologiske prosessen. La oss se på det som er interessant. For etter hvert har man hørt historiene så mange ganger. Om paret som får syke barn. Om tenåringer med spiseproblemer. Om 40-åringen med hjerteinfarkt. Om 80-åringen med hjertesvikt. Vi har hørt om de små plagene og de alvorlige sykdommene. Og etter hvert orker man ikke å sette seg i pasientens situasjon lenger. Selvfølgelig er det en fæl situasjon for pasienten, selvfølgelig. Så videre til det som virkelig er interessant. Forelesere og læringsmiljøet fremelsker nemlig en oppfatning av at det er fysiologien, reseptorene og biokjemien som er den *virkelige* medisinen. Det er det det skal handle om. Til tross for lovord i studie-håndboken om helhetstenkning og pasienten i sentrum blir vi studenter mest opptatt av det som for pasienten er usynlig. Celler. Kjemiske signaler. Kanaler og pumper. Aksjonspotensial og transmittersubstanser. Arteria tibialis posterior og vena cava inferior. Vi lærer et nytt språk av begreper og navn på det «usynlige». Det som kan sies med det gamle, vanlige språket blir uinteressant. Det som pasienten forstår.

Pasienten blir redusert til en kropp. Og kroppen blir redusert til prosesser. Redusert til små strukturer med rare navn. Kjemiske stoffer som reagerer med hverandre. Ligan- der som binder til reseptorer. Vi graver oss ned i mikrokosmos, en egen liten verden. Det er nesten som i Trond Viggos berømte program om kroppen, da han gikk inne i svelget og mellomøret og da han løp mot en eggcelle med en bunt sædceller under armen. Vi er også der nede. I detaljenes verden. Men vi er enda lenger nede. Det er i mikrokosmos vi trives best! Vi løper ut og inn av cellene og svinger oss rundt DNA-molekylet. Aha! Her er mutasjonen som gjorde at cellene løp løpsk! Hvilke tanker som farer rundt i hodet på pasienten, er mindre viktig. Selvfølgelig er det tragisk. Selvfølgelig.

En annen historie som nådde inn. En dame i 40-årene blottet uoppfordret brystene sine. Ett helt vanlig bryst, det andre dobbelt så stort, svulmende av tumorer. «Hvis dette kan hjelpe dere til å bli bedre leger, er ingenting bedre. Hvis dette kan gjøre at mine døtre slipper å gjennomgå det jeg gjør,» sa kvinnen, som hadde opplevd en legetabbe.

Allmennlegen skyldte på overgangsalderen da det ene brystet ble større enn det andre. Nå var kreften kommet så langt at de visste ikke om de kunne få alt bort eller om den hadde spredd seg. Kvinnen stod foran en operasjon der utfallet kunne bli et langt liv eller et kort liv. Ingen visste, og aller minst hun selv.

Allerede på førsteåret på medisins oppdag- get jeg at jeg var blitt en autoritet. Jeg, som følte meg bitte liten i et nytt og uendelig stort fagfelt, ble sett på som en som kunne alt om kroppen. Plutselig begynte alle å spørre meg om alt mulig, fra brennesleutslett til livmorkreft. Jeg svarte så godt jeg kunne, men det var jo ikke så mye jeg kunne, så svarene var nok ikke alltid så gode. Men de ble tatt på alvor. Det tok ikke lang tid før jeg lærte å veie mine ord nøye før jeg serverte dem. En dame på den ene sommerjobben min fortalte at mannen har fått kreft i magen – hvor alvorlig er det? Vil han dø? Har han lenge igjen? Ethvert lite ord kunne gi håp eller fortvilelse hvis det ble sagt feil. Jeg ville jo gjerne si noe som kunne holde håpet oppe, men kanskje sa jeg noe helt feil som de ville klandre meg for senere. Kompisen min med brennesleutslettet smurte det med kløestil- lende salve og i tillegg litt av morens aloe vera-krem. Jeg hadde jo sagt at det kunne være lurt. Hva visste jeg om brennesler og utslett? Jeg var knapt gjennom mitt første år av studiet. Alle disse episodene er jo ganske uskyldige i forhold til den rollen jeg skal få senere som lege. Når jeg skal ha ansvar for andre menneskers helse. Når jeg skal ha ansvar for andre menneskers liv.

Men vil dette ansvaret tyng meg så mye? Jeg opplever allerede i dag at liv, sykdom og død er noe som blir mindre og mindre alvorlig. Liv, sykdom og død er noe vi lærer om, på samme måte som vi lærte matematikk og historie på skolen. Noe dagligdags som vi leser om og er interessert i, men ikke legger større vekt på. Det går ikke så inn på oss. Det bare er der.

Er det virkelig slik? Har vi et så distansert forhold til disse store tingene? Eller virker det bare sånn? Jeg tok meg et friår fra medisinstudiet og tok andre fag, og det var først da jeg oppdaget hvor stor del av identiteten min medisinstudenten var. Da folk spurte meg hva jeg studerte, klarte jeg ikke å si de fagene jeg faktisk tok, men stusset først en god stund og sa så: «Jo, altså... egentlig studerer jeg medisins, men jeg har permisjon fra det i år.»

Medisinstudiet er ikke bare en utdannelsingsprosess, men en modningsprosess. Vi

skal ikke bare lære noe som står i pensum og gjenprodusere det. Vi skal også lære å møte alle slags mennesker. Vi skal lære å konfrontere de store temaene: liv, sykdom, død. Mens andre studenter sitter i auditoriet eller på lesesalen, må vi i tillegg skjære i døde mennesker og møte levende mennesker i alle faser av livet. Det setter i gang mange tankeprosesser som preger oss. Jeg er ikke bare student. Jeg er *medisinstudent*. Det er en viktig del av meg. Og det som har gjort det til en viktig del av meg, er ikke pumpene og kanalene eller DNA-reparasjonsenzymene. Det er ikke Trond Viggos eller forelesernes mikrokosmos. Det er personen som donerte kroppen sin for at jeg og de andre medisinstudentene skulle få lære anatomi. Det er han som satt og gråt på min første konsultasjon. Det er hun som blottet brystene sine. Det er alle de menneskene jeg har møtt.

For de gikk visst innpå meg likevel. Slutten av første året mitt. Allmennpraksis. En gutt med et helt alminnelig somatisk problem, tilsynelatende. Det egentlige problemet var at han var homofil og ikke greide å fortelle vennene sine det. Klinikk første året. Gutt på rundt 13 år som hadde intelligens som en åtteåring. Han var blitt påkjørt noen år tidligere. Jeg kan ramse opp mange flere. Jeg husker hver enkelt forunderlig godt. Men jo nærmere de kommer i tid, desto dårligere husker jeg dem. Vil dette fortsette etter hvert som jeg møter flere og flere mennesker, flere og flere sykdomsbilder? Vil jeg slutte å la dem gå inn på meg? Vil jeg at de ikke skal gå inn på meg? Kan jeg klare at de skal gå inn på meg? Eller må jeg lukke av?

Den døende kvinnen døde mens vi holdt på med rapporten neste morgen. «Skal ikke noen sitte inne med henne?» var det en som sa. «Vi venter til vi er ferdig med rapporten,» var sykepleierens svar. Da vi gikk inn til henne, var hun død. Det var ikke mer liv igjen i den gamle damens kropp til å holde pusten og hjertet i gang. Et liv var over. Snart kom det en ny person på rommet hennes. Nok et liv.

Marte Jürgensen
martegu@stud.ntnu.no
Søndre Jonsgate 7a
7030 Trondheim

Vinner av Filosofisk poliklinikks essaykonkurranse for medisinstudenter 2001

Annonse