Med gata som læremester

– en betraktning om en helbredelse, en faglig utfordring og en påfallende taushet

AV JON HENRIK GULBRANDSEN

For noen måneder siden ble jeg helbredet av min fastlege. En uke tidligere hadde jeg skallet hodet i en dørkarm. Da mener jeg ikke vanlig skalling, som skjer fra tid til annen. Dette var personlig rekord. Med stor kraft skallet jeg inn i en (altfor lav) dørkarm med den følge at det knaket både i hode, nakke og rygg. Etter en uke måtte jeg kaste inn håndkleet. Selv etter et par dager i senga var det fremdeles like vondt, og jeg hadde store og alvorlige fantasier om varig uførhet knyttet til nakkesleng. Som det pleier å være, var det ikke lenger like vondt i det øyeblikket jeg trådte inn på legens venteværelse, men vondt nok til å opprettholde fantasiene. Min fastlege møtte meg på sin vanlige, litt tilbakelente måte. Med ordene «Det var rett å ta kontakt med din fastlege», beroliget han min smule bekymring for ikke å bli tatt på alvor. Deretter ba han meg fortelle, noe jeg gjorde villig vekk. Så var det undersøkelsen. Han satte seg tilbake i stolen. Jeg ventet. Så sa han: «Du har ikke fått en nakkeslengskade. Du kommer til å bli helt bra igjen.» I samme øyeblikk kjente jeg at jeg var frisk. Det er sant. Jeg følte meg frisk. Jeg betalte min egenandel, forlot legekontoret og gikk rett på jobben. Det var en uvant og merkelig erfaring. Jeg er ikke den som lettest bøyer meg for autoriteter, og jeg tar ikke en påstand uten videre for en sannhet. Men min fastleges troverdige autoritet i øyeblikket, kombinert med et grunnleggende tillitsforhold gjorde at jeg regnet meg som frisk. Etter kort tid var også siste rest av smerte borte.

Min fastlege er ikke bare en god lege når det gjelder behandling av pasienter. Han reflekterer også over sosialpolitiske spørsmål knyttet til sitt arbeid. I etterkant av helbredelsen bad han meg skrive et vedlegg til et brev han var i ferd med å sende til et lokalt trygdekontor. Brevet gjaldt enkelte klienters manglende evne til å betale egenandel ved konsultasjoner. Dette er en problemstilling jeg kjenner godt fra mitt arbeid som gateprest i Kirkens Bymisjon. Kirkens Bymisjon i Trondheim driver oppsøkende arbeid blant rusmisbrukere på gateplan i Trondheim sentrum. Mange av dem vi kommer i kontakt med har dårlig betalingsevne. Man kan gjerne si at dette for en god del er selvforskyldt, men vel så viktig er det å gjenkjenne dette som en

Jon Henrik Gulbrandsen
(f. 1958)
Studentprest i Bergen 1987–98
Gateprest i Kirkens Bymisjon
i Trondheim 98-

del av rusens vesen. Den manglende betalingsevnen får store konsekvenser for den enkeltes helsetilstand og behandlingsmuligheter. Den medfører bl.a. at et vesentlig antall ikke oppsøker fastlegen til tross for at behovene er åpenbare. I andre tilfeller møter pasienten til en første konsultasjon, men vegrer seg for å følge opp videre behandling eller kontroll fordi giroen fra første konsultasjon ligger ubetalt. Mange vegrer seg også for å kontakte legevakta ved akutt sykdom. Jevnlig møter vi derfor rusmisbrukere med udiagnostiserte og/eller ubehandlede skader og sykdommer. Videre synes det åpenbart at manglende betaling av egenandel påvirker den enkelte leges holdning til pasientene. Vi erfarer at leger vegrer seg mot å ta imot pasienter med rusproblematikk eller i liten grad klarer å forholde seg til denne pasientgruppen på en relevant måte. Årsaken er selvfølgelig sammensatt. Men det må være grunn til å tro at i noe av dette ligger et rasjonale som sannsynligvis mer sitter i ryggmargen enn framstår som et resultat av en gjennomreflektert holdning: «Jeg behandler ikke den som ikke vil betale for seg.» Jeg tror ikke dette kan løses på noen annen måte enn gjennom en endring av regelverket rundt egenandeler. Også her er det «penga som rår». Men dette krever at legene kommer mer på banen. For pasientenes skyld. Vi snakker her om noen av de mest behandlingstrengende og samtidig vanskeligst stilte.

Gjennom problemstillingen knyttet til egenandeler berører vi også et større problemkompleks, nemlig den kompetanse den enkelte lege har i møte med det rusmisbrukende mennesket. I stor grad er pasientrollen en rolle som rusmisbrukeren ikke passer inn i. Ikke betaler de egenandel, ikke møter de (tidsnok) til avtalt time, ikke følger de opp avtaler om

behandling. Dessuten hender det ikke sjelden at de har en historie som vitner imot dem, fører et upassende språk, blir sinte eller stiller krav som legen opplever som urimelige. For å nevne noe. Dette fører til mange konfrontasjoner, med avvisning og manglende behandling og oppfølging som resultat. Det er ikke vanskelig å forstå at dette kan oppleves som – og er – et problem. Det er likevel viktig å ta høyde for at alt dette er en del av det som er selve hovedproblemet – rusmisbruket. Denne type adferd er en adferd som langvarig rusmisbruk fører med seg. Det blir gjerne sagt at det første en rusmisbruker mister er verdigheten. Mye er sant i det. Men ut fra min erfaring vil jeg vri litt på utsagnet og si: Det første en rusmisbruker mister er ferdigheten: Ferdigheten til å leve. Ferdigheten til å forholde seg konstruktivt til problemer og utfordringer. Ferdigheten til å forholde seg til fastlegen på en måte som fremmer tillit. Rusmisbruk gjør noe med menneskers adferd. Denne adferden er ikke noe man må trenge gjennom eller forbigå for å komme til kjernen. Adferden er en del av kjernen. Klarer ikke fastlegen å forholde seg til denne adferden på en relevant måte, er det også umulig å forholde seg til pasienten og de mer teknisk-medisinske problemstillingen på en relevant måte. Hvordan få dette til? Jeg har ingen skråsikre svar å komme med, men jeg tror mange fastleger kan ha noe å hente gjennom å tre ut av sin på mange måter ensomme rolle. De aller fleste rusmisbrukere har formelle og/eller uformelle relasjoner til andre i hjelpeapparatet. I dette ligger det en mulig ressurs for fastlegen. Gjennom en aktiv bruk av pasientens nettverk (min erfaring er at de aller fleste rusmisbrukere samtykker til dette), kan fastlegen danne seg et ennå bedre grunnlag for de vurderinger som må gjøres. Videre kan nettverket bidra til å realitetsorientere pasienten og motivere til alternative løsninger der det er nødvendig.

Jeg har vært prest på gata i Trondheim i snart åtte år. Jeg har sett mye. Forhåpentligvis har jeg også lært noe av det jeg har sett. Jeg tror likevel ikke at jeg er den eneste som ser. Tvert i mot. Jeg har etter hvert kommet til den erkjennelse at de som ser mest er fastlegene. Det finnes få av de jeg kjenner fra gata som ikke har vært i kontakt med minst tre-fire leger de siste årene. Flere har også innleggelser på sykehus bak seg. Mange har også etter hvert kontakt med legen sin gjennom legens deltakelse i ansvarsgruppe. Tilbud om legemiddelassistert rehabilitering har også i stor grad skapt en mer aktiv relasjon mellom fastlegen og noen av de rusmisbrukende pasientene. Leger ser mye. Leger har viktige erfaringer knyttet til arbeid med noen av de mest vanskeligstilte i samfunnet vårt. Leger har mye å melde. Hvorfor kommer det da så få meldinger i de offentlige rom? Jeg opplever en forbløffende taushet fra legehold når det gjelder sosialpolitiske utfordringer knyttet til disse pasientgruppene. Hvor er legene når diskusjonen dreier seg om satsene for sosiale stønader? Dette får da konsekvenser for helsetilstanden! Hvor er legene i den offentlige debatten rundt bruk av sprøyterom og tildeling av såkalte «kvoter»? Påligger det ikke legene et moralsk ansvar å dele erfaringer med offentligheten? Hvor er den lege som reiser en debatt rundt liberalisering av reglene for tildeling av metadon og subutex? Hvor er den lege som med et kritisk blikk deltar aktivt i å kvalitetssikre LAR-behandlingen? Kanskje gjør jeg mange urett. Kanskje deltar jeg ikke i de rette fora. Men sett fra mitt ståsted, gata, er legene ganske usynlige i den offentlige debatt. Hvis dette er riktig, får det store konsekvenser. Myndighetene og offentligheten går glipp av mange viktige erfaringer. Pasienter får ikke ivaretatt sine rettigheter.

Det er forskjell på det å være gateprest og det å være fastlege. Som gateprest er jeg i den privilegerte situasjon at jeg hverken har noe å lokke eller true med. Jeg disponerer ingen goder som det er (livs)viktig å få tak i. Dette gir muligheter for en relasjonsbygging der maktforholdene er annerledes enn ellers i hjelpeapparatet. Vi kan skape steder der vi kan bryte med de tilvante rollene som hjelper og hjelpetrengende. I tråd med dette har vi sett behovet for å skape «behandlingsfrie soner». Derfor sier vi til våre frivillige i gatearbeidet: «Her hjelper vi ingen. I stedet gjør vi noe annet. Vi snakker sammen, spiser sammen og feirer gudstjeneste sammen. Vi er sammen i et fellesskap og bekrefter hverandre som mennesker.»

Men om forskjellene er store på gatepresten og fastlegen, er det også likhetstrekk. Den danske filosofen Knud E. Løgstrup er en mann som ofte siteres. Et av de mest siterte utsagnene er dette: *«Den enkelte har aldri med et annet menneske å gjøre, uten at han holder noe av dets liv i sin hånd.»*

I et sånn perspektiv er det utfordrende å være prest på gata – og fantastisk fint. Det kan ikke være særlig annerledes å være fastlege.

Har du kommentarer, reaksjoner eller spørsmål om artikkelen? Inspirerer den deg til å skrive noe selv? Ansvarlig redaktør for denne artikkelen har vært Gunhild Felde. Kontakt henne på **gunhild.felde@online.no**

FOTO: © REGIN HJERTHOLM