



Innhold:

LEDER:

Allmennmedisinske kompromisser møter Tro, håp og kjærlighet.

Av HELEN BRANDSTØRP

1

Allmennmedisinske kompromisser

Allmennmedisinske kompromisser – dagliglivets hestehandel hos Dr. Streng Greiesen.

Av METTE BREKKE

3

Norges største trossamfunn.

Av PERNILLE NYLEHN

7

Ikkje kompromiss, men dilemma.

Av JOHN NESSA

11

Allmennmedisinske kompromisser.

Av SVERRE LUNDEVALL

15

Konsultationen som intermezzo.

Av LINA KLAAS HØRL, FELEB OG BETH ELVERDAM

20

Tro, håp og kjærlighet

Tro, håp og kjærlighet.

Av LAELA ARYOLA

28

Uetisk håp? Om avmakt, hjelpløshet og håpløshet vs. Livskraft, mestring og håp.

Av Siri Brelin

31

The boy who lived.

Av Siri Steine

34

Daniels Jul. Om tro, håp og kjærlighet i (allmenn-)praksis.

Av HARALD SUNDEY

39

Fotografiene. REGIN HJERTHOLM

44



FOTO: © REGIN HJERTHOLM

Allmennmedisinske kompromisser møter Tro, håp og kjærlighet

Dette julenummeret består av tekster med to forskjellige hovedtema, samt foto fra en kunstner og kollega. Bildene binder det hele sammen og tar oss forhåpentligvis med lenger ut fra tekstene og videre i tankene.



Hvorfor har vi valgt et så sprikende innhold og invitert så mange til å bidra?

Det er fordi begge overskriftene er spennende, og når de føres sammen blir det som et godt møte mellom ideal og det mulige, et veivalg og veien vi går, som møtet mellom liv og lære. Det er kraft i spennet og et ærlig møte kan være forløsende – forløsende for ny erkjennelse og ny undring.

Det er i tillegg fordi vi i redaksjonsarbeidet hele tiden har diskutert de store spørsmålene, kildene til mening, filosofi, etikk og moral og på samme tid forsøkt å fokusere på konkrete, kliniske pasientutfordringer, og lyttet til konkrete, velvillige allmennlegestemmer.

Og til sist er det fordi vi tror på en bredt sammensatt gruppens mulighet til å se mer av både «det hellige og det alminnelige».

Man kan også se valget av to ulike tema som et uttrykk for at redaksjonen ikke kunne enes om ett samlende valg. Vi har også inngått et kompromiss.

Er det så galt da? Er ikke det helt fint!?

Jo, vi synes det er helt fint. Etter fem år sammen ser vi fremdeles verden fra våre unike plasser, med våre forskjellige øyne. Impulser skaper ulik gjenklang i den enkelte.

Og vi vet at møter mellom mennesker har i seg skapende energi, likesom møtet i oss selv, der legelivet møter læren.

Det er ikke i enigheten at nye ting oppstår, det er når to steiner slås mot hverandre at man kan få gnister til ild. Frikasjonen, den gode utfordringen gjør at man strekker seg litt lenger, at man tester nye tanker, vekkes opp fra en komfortabel hvile og får frem en drivende vilje.

Best brenner det kanskje der det er trygg tro, godt håp og ekte kjærlighet.

Ytterligere innhold til denne klassiske triologien lar vi andre kolleger gi, side ved side med utdypinger fra allmennmedisinens møysommelige hverdag.



Det er jul og det er tiden da det hektiske møter det høytidelige. Mange stopper opp og tar seg tid til å tenke seg langsomt om. Noen kjenner etter på uvanlige steder, andre ser seg om med litt nye øyne. I det herværende fellesskapet har vi alle en viktig plass, vår plass. I den store sammenhengen er vi kun som et vindpust.

Ars longa, vita brevis. Livet er kort, men kunsten er lang.

Lucius Annaeus Seneca
(4 f.Kr – 65 e.Kr)

Vi ønsker alle leserne en riktig god jul og et godt nytt år!

Helen Brandstorp



FOTO: © REGIN HJERTHOLM

Allmennmedisinske kompromisser

– dagliglivets hestehandel hos Dr. Streng Greiesen

AV METTE BREKKE

Kompromisser? I *min* praksis??

Problemer: ja! Dilemmaer: absolutt. Konflikter: rett som

det er. Feil og mangler: i rikt monn.

Men *kompromisser*?

Slik jeg oppfatter ordet, betyr kompromiss det at to parter har forskjellig syn på noe, at det foregår en form for forhandling, at begge gir og får, at det blir fattet en beslutning og at begge kan leve med løsningen, selv om den ikke blir slik noen av dem aller helst hadde ønsket. Da jeg slo opp i synonymordboka, var det til og med beskrevet som *hestehandel*.

Jeg hadde i grunnen ikke tenkt på om noe slikt preger min hverdag som fastlege i Oslo sentrum. Jeg hadde vel heller hatt den oppfatning at det er jeg som bestemmer.

Derfor: da Utposten-redaksjonen spurte om jeg kunne skrive noe om dette med allmennmedisinske kompromisser, kunne jeg ikke det. Det måtte forskning til, eller i hvert fall «forskning». Jeg foretok følgende (kanskje ikke helt vitenskapelig sett stuerene, men dog) undersøkelse:

Kliniske kompromisser i allmennpraksis sommeren 2007

BAKGRUNN: Jeg ønsket å finne ut hvorvidt og i hvilken grad jeg inngår kompromisser i min jobb som fastlege. Hypotese: Det er jeg som bestemmer og kompromisser er svært sjeldne.

MATERIALE: Mine konsultasjoner i løpet av 19 påfølgende praksisdager i perioden 12.06.–20.07.2007 ved Kurbadet legesenter, Akersgaten 74 i Oslo. Gjennomsnittlig antall konsultasjoner per dag var 23.

METODE: (Den er ikke validert, men må vel kunne kalles kvalitativ.) På slutten av hver arbeidsdag satte jeg meg ned, kikket igjennom timelista og stilte meg selv spørsmålet: «Har jeg inngått noen kompromisser i dag, og i tilfelle hvilke?»



Mette Brekke

Fastlege ved Kurbadet legesenter i Oslo
Førsteamanuensis ved Institutt for allmenn-
og samfunnsmedisin. Universitetet i Oslo

FEILKILDER: Ofte var jeg trøtt og hadde lavt blodsukker på det tidspunkt forskningsspørsmålet ble stilt, eller jeg hadde det travelt, eller jeg ville ut i sola. Antall registrerte kompromisser må derfor anses som et minimumstall. Særlig fordi de bare omfatter kontorkonsultasjoner og ikke telefoner eller indirekte henvendelser.

På den annen side: Registreringsperioden var midt på sommeren, slik at et uvanlig høyt antall pasienter tilhørte mine tre kolleger, som var på ferie en stor del av tiden. Dette kan i hvert fall tenkes å øke muligheten for uenighet noe. Jeg registrerte ikke kompromisser i forhold til NAV, hjemmesykepleie, sosialkontor, bydelsadministrasjon etc.

RESULTATER: På fem av de 19 dagene klarte jeg ikke å registrere noe kompromiss – se over under Feilkilder. I løpet av de resterende 14 dagene ble følgende kompromisser inngått – noen av dem flere ganger (se tabell 1 på neste side):

Diskusjon:

Mye eller lite?

For meg var dette i hvert fall mer enn ventet. Jeg trodde det var jeg som bestemte og at kompromisser ville forekomme rent unntaksvise. Denne hypotesen måtte altså forkastes. Om disse 16 kompromissene i løpet av 19 praksisdager objektivt sett er mye eller lite, vet jeg ikke – det falt dessverre utenfor rammen av denne sommerlige undersøkelsen å foreta et litteratursøk. (Og antagelsen her er at det neppe er gjort mye kvantitativ forskning om temaet).

Det er imidlertid påfallende at denne dagligdagse hestehandelen foregikk uten at jeg hadde en bevisst opplevelse av

Pasientens ønske	Mitt ønske	Kompromiss
B-preparat mot angst eller søvnloshet (n = 2)	Unngå vanedannende medisin hos yngre pasient	Skriver ut minstepakning
B-preparat mens fastlegen er på ferie (n = 2)	Unngå å skrive dette ut til folk jeg ikke kjenner	Skriver ut minstepakning
Sykmelding grunnet konflikt med sjefen	Unngå sykmelding til person som ikke er syk	Skriver kort sykmelding
Langvarig og full sykmelding grunnet privat vold og trusler	Mer aktiv mestringsstrategi fra pasientens side	Skriver kortere enn pasienten ber om, men mer enn jeg selv er bekrevet med
Legen skal få overvektig senn til å skjerpe kostholdet og begynne å trenre	Unngå å trenge meg på person som ikke selv ber om hjelp	Tar helsejekk på sønnen og informerer om tilbud
Legen skal la være å nevne røyking og overvekt i konsultasjonene (pasient med KOLS, hjertesvikt og diabetes)	Si at uten røykeslutt og total omlegging av livsstilen er den medisinske behandlingen bortkastet	Ytter forsiktig fram på, og ikke hver gang.
Henvisning til IVF, uten noe mer om og men	Ikke bidra til at alvorlig psykisk syk person får barn	Henviser, men er åpen om mine betenklinger overfor pasient og sykehus. Skyver dermed ansvaret over på den som mottar henvisningen og som ikke kjenner pasienten så godt som jeg gjør
Akutthenvisning til sykehus grunnet egen oppfatning av å ha alvorlig sjeldent sykdom, fastlegen på ferie	Be pasienten dra hjem, da dette er ren innbilning	Skriver henvisning og ber om vurdering, men ikke akutt
Full utredning og oppfølging av ikke-akutte tilstander mens fastlegen er på ferie (n = 2)	Be pasienten vente til fastlegen er tilbake	Gjør en foreløpig vurdering, setter opp kontroll hos fastlegen
Full utredning uten timebestilling, siden han er en gammel mann	Be pasienten dra hjem og komme igjen når han har fått bestilt time	Gjør en kort og overflatisk vurdering, setter opp time en annen dag
Full utredning på akutttime fredag ettermiddag for magesmerter som har vart i to år	Be pasienten dra hjem og komme på vanlig time	Gjør en kort og overflatisk vurdering, henviser til videre undersøkelser. Kjeftet på sekretæren
Skaffe plass på sykehuset til undersøkelse av kul i brystet denne uken siden pas. skal på ferie til Trøndelag neste uke når hun har fått time	Si tvert nei	Skriver brev som pasienten får med seg, ber henne kontakte sykehuset selv
Frisk, men noe glemesk mann på snart 90, påvist høy SR på «sjekk» hos annen lege. Datter innstilt på full utredning	Si at så gamle mennesker ikke har noe på helsejekk å gjøre	Gjør halvhjertet utredning, unngår invasive prosedyrer

TABELL 1

den. Det betyr antakelig at det å inngå slike forløpende kliniske kompromisser er en så innarbeidet og naturlig del av praksishverdagen at det går av seg selv. Det er ikke noe jeg opplever som belastende eller frustrerende. Kanskje var pasientene mer frustrert over å ikke få det som hun/han ville? I liten grad, tror jeg. I registreringen holdt jeg meg strengt til definisjonen av kompromiss – nemlig at ingen er helt fornøyd, men begge kan leve med løsningen. Ingen føler seg overkjørt eller ydmyket og det var ikke nødvendig med kjefting og slamring med dører i disse konsultasjonene, verken fra pasientens eller min side (unntak: ett tilfelle av kjefting på sekretær).

Bra eller dårlig?

I den grad de lot seg gruppere, utspant mine hestehandler seg på følgende områder:

- B-preparater
- sykmelding
- få legen til å intervenere overfor tredjeperson (pårørende)
- slippe fram utenom køen – hos fastlegen eller på sykehus

Kun to tilfeller faller utenom: pasienten som ønsket å slippe livsstilsfokus og den psykisk syke pasienten som ønsket IVF.

Er så kompromissene gode, slik at de resulterer i faglig sett fornuftige og forsvarlige tiltak? Et forsøk på objektiv vurdering her gir følgende resultat: Rent medisinskfaglig ville det vært bedre at legen hadde bestemt. Så hvorfor blir det ikke slik?

Alternativer?

La oss tenke oss at jeg i disse 16 tilfellene hadde vært kompromissløs – hva hadde skjedd da? Gråt? Sinne? Utskjelling? Bytting av fastlege? Klaging til fylkeslegen? Ja – i noen tilfeller, antakeligvis. Slik opplever vi også, men langt fra daglig. Daglige doser av slikt ville raskt tappet en middelaldrende fastlege for krefter.

La oss så tenke oss at jeg tvert imot hadde støttet pasientene fullt ut i alle ønsker, slik at kompromisser ikke hadde blitt nødvendig. Da hadde jeg vel etter kort tid drevet en selvbetjent B-preparat- og sykmeldingskiosk og hatt uforut-

sigbare arbeidsdager, fordi folk kom når det passet dem. Utbrenhet høres ut som en sannsynlig konsekvens.

Dr Steng Greiesen alias Grei Strengesen

Er altså den nærmest daglige og ubevisste hestehandelen en nødvendig metode for å overleve og faktisk trives i praksis år etter år? Ja, sannsynligvis. Og er det slik at vi alle befinner oss et sted på en kontinuerlig skala mellom dr Grei (gjør alt på pasientens premisser) til dr Steng (den kompromissløse som holder seg til regelverket)? Ja, sannsynligvis.

Jeg tror det er vanskelig å leve godt og lenge som fastlege på det ene eller det andre ytterpunktet på skalaen. I løpet av de første arbeidsårene prøver vi oss fram, får oss noen trøkker og riper i lakkene, mister noen illusjoner og oppgir noen kjepphester. Vi blir vår egen unike blanding av legene Steng og Grei. Vi tenker sjeldent over det, men det fungerer. Og det er jo det kompromisser er til for.

Evt. spørsmål og kommentarer kan rettes til: mette.brekke@medisin.uio.no



FOTO: © REGIN HJERTHOLM

Norges største trossamfunn

AV PERNILLE NYLEHN

Statskirka har 83 prosent av befolkningen som medlemmer. Helsevesenet har oss alle. Vi danker ut kirka på alle områder: De har 8000 ansatte, vi har 300 000. Det er 6,7 millioner besøk på gudstjenestene omkring i landet. Haha: bare fastlegene har 21 millioner henvendelser pr. år!

Det har ikke alltid vært sånn. Rundt 1920 var det ca. 1300 leger, og 800 prester. Nå er det hhv 19 000 og 1300. Besøkstallene fra den tid lar seg ikke oppdrive, men sannsynligvis lå kirka godt foran, med obligatorisk gudstjeneste hver søndag.

Vi har 27 leger per prest. I en del katolske land er forskjellen mye mindre, i en del u-land nærmer det seg 1:1. Selvfølgelig. De har jo for få leger. Men kanskje vi har for få prester?

Sammenligningen er selvfølgelig søkt. Teologi handler om tro, medisin om kunnskap. Men det har ikke alltid vært slik.

Graver vi bakover i medisinens historie finner vi mindre og mindre vitenskap og kunnskap, mer og mer ritualer og magisk tenkning. Den deskriptive makroanatomien var tidlig langt framme (det er relativt lett å skjære opp mennesker og se hva som er inni) mens fysiologi, biokemi og mikrobiologi er mer nymoderne. Enda seinere kom reell kunnskap om diagnostikk og behandling, for ikke å si holdbare forskningsmetoder som kan vise at noe virker. Fortsatt vet vi ofte ikke *hvorfor* det virker.

Det tidlige medisinske kunnskapsgrunnlaget var bl.a. teorien om kroppsvæskene – flegma, blod, gul galle og svart galle – som årsak til de fleste sykdommer. Mesmers dyriske magnetisme, homeopati (Hahnemann var lege) og Stahls animisme, bare for å nevne noen få. Behandlingen kunne være årelating, isbad, tarmskylling, og tilførsel av bl.a. brom, arsenikk, antimon og kvikksølv. Hvis noe tilsynelatende virket for én sykdom, prøvde man det ut på *alt*. Anatomien hadde gjort store framsteg, men kirurgene lot seg



Pernille Nylehn

Cand.med fra Bergen 1998. Spesialist i allmennmedisin. Sideutdannelse i gynækologi, psykologi og nordisk. Fastlege ved Orstad legekontor i Klepp. Webredaktør Af, NFA og KUP. Praksislærer ved universitetet i Bergen.

ikke affisere av det. De fortsatte som før. Helte kokende olje i sår, for eksempel.

Han døde, det er sant, men Febren ham forlod. (Holberg)

Noe av dette er ikke veldig lenge siden. Årelating var en vanlig behandling i Norge langt ut på 1800-tallet. Både teori og evidens for behandlingen var fraværende. Men man trodde. Både legene og pasientene *trodde*. Det var først på 1900-tallet den kliniske medisin begynte å bli et noenlunde vitenskapelig fag. Litt lobotomi på 50-tallet, men skitt.

Dette er ikke enestående for medisinens, bevares. Andre akademiske fag har gått gjennom en lignende utvikling. Ulike teorier – eller trosretninger, om man vil – har avløst hverandre, og det har vært blodige strider om hvem som hadde den rette viten. Man kunne bli henrettet for å mene noe annet enn yppersteprestene, enten de var religiøse eller vitenskapelige. Lenge var de to ett, i den forstand at vitenskapen måtte føye seg inn under teologiens lover.

Men medisinens er et fag som har tradisjon å utvikle seg langsomt og motvillig. Et påfallende trekk er tilnærmet fravær av fagkritikk. Man bruker forsvinnende lite tid i grunnopplæringen på å diskutere fagets vitenskapsgrunnlag, styrker og begrensninger. Naturvitenskapens fortreflelighet blir tatt for gitt. Kan det finnes noen annen sannhet? Det er riktignok noe diskusjon om premisser og kunnskapsgrunnlag. Det finnes antydning til tvil om at dobbeltblindte randomiserte case-kontrollstudier kan gi endelige svar som faktisk er til nytte, men den diskusjonen er for-

holdsvis spak. Og mange medisinere praktiserer fremdeles etter andekdote- og tradisjonsmetoden, og kaster ikke bort tida med å trekke sannheten i tvil.

Vi tror jo ikke på magi lenger. Ikke sånn. Nå tror vi at bare vi trenger langt nok inn i detaljene, cellene, reseptorene, finner vi sannheten. Bare vi lager studier som er store og stringente nok vil vi kunne bevise hva som er rett og galt. Men den forvokste hjernen, som rommer alle slags tanker og forestillinger og drømmer, forstår vi fremdeles lite av. Hva er det egentlig som forårsaker depresjon? Noe med receptorer. Serotonininnvær. Arv. Men hvorfor får noen kluss med den serotonininen mens andre går fri? For hver gang vi har trengt et stykke til innover i materien finner vi et nytt spørsmål. Cellene, molekylene, atomene er som universet: Like uendelige, like usfatbare.

Vi årelater fremdeles, ikke for å kurere, men for å ta prøver. Og selv om vi burde vite hvor mye usikkerhet og målfel til som hefter ved prøvene, krysser vi i vei på skjemaene og sender dem inn. De aller fleste prøver, både i allmennpraksis og på sykehus, er mer rituelle enn nyttige ... men det føles godt å gjøre noe. Og pasientene er gladere jo flere prøver vi tar, for da blir de *skikkelig undersøkt*. Vi tar 10 000 «rumatismeprøver» årlig, for å finne 100 personer med lediggikt. Ofte tas prøvene mange ganger av samme person, ofte etter ønske fra pasienten: «kanskje de slår ut nå?». De ønsker å komme inn i folden blant dem som har noe skikkelig, noe naturvitenskapelig påviselig. Selv om det verken fører til frelse eller helbredelse.

De beste ritualene er i sykehusene. Innkomstjournalen! Pasientene ligger i lange køer i mottaket og venter på en ung og sliten lege som spør og lytter (på hjertet, altså) og klemmer og banker. Pasienten årelates og skysses videre. Etterpå sitter legen i en krok og mumler latinske remser inn i en diktafon: *Det er ikke exantem, glandelsvulst eller icterus. Memento mori. Sonor perkusjonslyd. Mea culpa. Egale pupiller.* Neste morgen resiteres journalen for kollegiet.

Imens går pasienten sin kanossagang mellom røntgenundersøkelser og gastrokopier og korridorsengen, skrives så ut med noen flere medisiner og et uleselig skriv i handa. Friskere? Tja. Men ritualene var det ingenting å si på. PC Jersilds Babels hus (enda en bibelsk allusjon) kom ut i 1978. Den er like aktuell nå.

Selv om vi faktisk står hjelpelese overfor mange av lidelsene vi møter finner forskningen stadig nye potensielle sykdommer, flere grupper som bør inn i Helsevesenets trygge favn. Tabloidene slår det veldig opp på førstesiden: Man kan ha uerkjent nyresvikt, uerkjent prostatakreft, uerkjent diabe-

tes, hemmelig hypothyreose og latent depresjon. En studie har faktisk vist at mange babyer lider av depresjon.

Sykdom, skader og usikkerhet er neppe det første du tenker på før studiestart i utlandet. Det burde det være. (Dagbladet)

Det er gode grunner til at tabloidene elsker helsestoff. Det er nemlig ikke bare helsepersonell som tror på helsevesenet. Alle gjør det. Alle vil vi gjøre det vi kan for å sikre oss evig liv ... neida, ikke sånn direkte. Men likevel.

Det er også gode grunner til at tabloidene ikke lager overskrifter som dette: «Åtte av ti synder uten å vite om det». De fleste ville smilt. Ingen ville bestilt ØH-time hos presten.

Trenger vi absolvasjon kan vi få det hos legen: Nei, du har ikke kreft ... men du røyker. Sier legen med et mildt irettesettende blikk (ikke fordommende, for vi vet at kjødet er skropelig). Gå hjem og synd ikke mer, be tre Ave Maria i kveld, ta denne brosjyren om KOLS.

Pasienten går lykkelig hjem og fortsetter å røyke. Helvetet, altså sykdom og død, er utsatt inntil videre. Ny bekjennelse, unnskyld, kontroll, om tre måneder.

Kirkedepartementet er blitt tannløst, og driver mest med fotball og lotterier. Det er Helse- og omsorgsdepartementet som har tatt over evangeliet, og sprer det glade budskap i form av smittevern, rusreformer, «raskere tilbake» og ernæringskampanjer. Den rådende katekismen er at alt skal løses ved helsetiltak: Fedme, depresjon, overgrep og feilernæring. Vi lager nasjonale strategier og handlingsplaner. Ta denne sproyten. Ta denne pillen. Ta denne kalk. Kom til kompetansesenteret.

Før sendte vi misjonærer. Nå er det helsepersonell som skal befri de fattige og uvitende fra lidelse og vanstro, unnskyld, tankhelse. At det er mer grunnleggende politiske strukturer som ligger til grunn for lidelsene er en annen skål.

Vi sysler fremdeles medgifter, om ikke så ille som antimon og kvikksølv. Statiner til alle, helst stor dose. Albyl-E til folket. En stund lå frelsen i cox2-hemmere, takket være dyktige emissærer fra legemiddelindustrien. Helt til syndefallet kom.

Alle livets vanskeligheter finnes det medisinske forklaringer på. I hvert fall medisinske navn. Før fantes *weltschmertz*, som betyr «tristhet over livets elendighet». Et vakkert ord. Nå heter det F33.2: *Tilbakevendende depressiv lidelse, aktuell episode alvorlig, uten psykotiske symptomer*. Takke meg til *weltschmertz*.

Mennesket er et religiøst vesen. Det hjelper ikke å nekte på det, alle kulturer har en eller annen form for religion. Det må være en grunn til det. Vi finner den ikke i DNAs basepar, men kanskje er religion en biologisk nødvendighet, for å få oss til å holde ut elendigheten.

Religionene fokuserer på noe annet, noe hinsides, og håper om evig lykke bare man ber til de riktige tidene og følger ritualer og regler. Det er ikke lett: Vi er ansvarlige for eget liv og frelse, men samtidig utsyrt med drifter og egenskaper som gjør det nesten umulig å etterleve reglene. Og selv om vi klarer det, er vi ikke sikret, for bakom sitter Gud og har uransakelig det siste ord.

Religion er – ofte med rette – beskyldt for å holde mennesker knuget i sin fattigdom, sykdom og undertrykkelse. Budskapet er, i siste instans, at menneskets lodd er å avfinne seg med skjebnen og håpe på et hinsidig liv uten smerte. Det er jo en mestring det også: vokser man opp i slummen og mor dør av AIDS før man er fem og man må plukke maten i de rikes bosslunker, er det forståelig at man lengter mot en annen verden. Det vil neppe hjelpe å slå i bordet og forlange rent vann og ytringsfrihet. Da tar man heller en tur i kirka og synger ut sin sorg og sinne.

Den vestnorske pietismen var også godt tilpasset sin tid: bøndene slet og strevde og sultet. Like greit å tro at jo verre man hadde det her, jo mer ville man bli lønnet i himmelen. Like greit å forby glede, den var knapt oppnåelig lell.

Troen på vitenskapen og helsevesenet er kanskje like lamende. Vi tror på noe utenfor oss. Noen som kan reparere og lindre. Vi håper på et dennesidig liv uten smerte, bare vi følger budene og går til pres... *legen* med jevne mellomrom. Da kommer vi til helschimmelen. Kanskje. Bryter vi bøndene havner vi i helsehelvetet. Kanskje. Men man kan få kreft selv om man har levd helseuklanderlig. Røykere kan leve til de blir nitti. Fanden sitter bakom og har siste ord. Vi må altså også avfinne oss med vår skjebne. Vi klarer ikke kontrollere livets iboende djævelskap. Vi kan be litt: Frels vårt legeme. Led oss ikke ut i fristelse, og fri oss fra nikotinen.

Hvis vi forutsetter at tilliten til helsevesenet til en viss grad er avhengig av tro, begynner vi å få et alvorlig problem.

Budskapet er blitt så relativistisk og fragmentert at vi knapt vet selv hva som er riktig. Yppersteprestene slåss som aldri før, og budskapene endres for hver uke. Ikke en gang kolesterol er de enige om. Hvordan skal man oppnå frelse under slike forhold?

Det er flere og flere tivilere som søker seg til andre trosretninger – homeopati, kinesiologi, healing, akupunktur, fotsoneterapi. Hvordan i all verden kan opplyste mennesker fornekte naturvitenskapen og gå tilbake til førmedisinske retninger?

Alternativbevegelsene er smarte: De tilbyr få, men slagkraftige budskap, og panacea: en forklaring for alt, og en kur for alt. Meridianene dine er i ulage, det løser vi ved å stikke her. Immunforsvaret ditt er svakt, ta denne pillen som er så fortynnet at den aldri gir bivirkninger og samtidig så forsterket at den virker som den skal. Jeg ser på føttene dine at det er noe galt med leveren din, det løser vi ved å trykke her. Det kan vi smile av. Vi med våre serotoninreceptorer, som vi knapt forstår selv.

Vi har jo oppnådd mye. Vi har taket på infeksjonssykdommer, hjertesykdom, en del kreftformer. Levealderen øker jevnt. Men lidelsens sum synes å være konstant: Nå har vi vondt i kroppen og vondt i sjelen. Stadig kommer det urovekkende rapporter om økende antall psykisk syke. Visstnok har 20 prosent av barn og ungdom til en hver tid en psykisk lidelse.

Man kan diskutere tallene, hvordan studien er konstruert, om man skiller tilstrekkelig mellom lettere og alvorligere psykiske lidelser, om man skiller mellom livets smerte og «ekte» psychiatrisk sykdom.

Men si at det stemmer at så mange er psykisk syke, etter nåtidens definisjon. Er det et medisinsk problem? Er det kanskje uttrykk for en normaltilstand? De fleste mennesker lider under noe, om det er fattigdom eller undertrykkelse eller epidemier. Vi har det så godt at det eneste vi har igjen er den indre smerten. Weltsmertz.

Jeg har ofte denne drømmen: Jeg gråter lenge i mørket, men så letter det, jeg kjenner at det fins redning. Jeg vandrer opp over fjellet og sorglast utfor stupet. (Aksel Sandemose)

Evt. spørsmål og kommentarer kan rettes til: pernille.nylehn@isf.uib.no



FOTO: © REGIN HERTHOLM

Ikkje kompromiss, men dilemma

AV JOHN NESSA

Kanskje har eg forstått oppdraget feil. Den overordna overskrifta er allmennmedisinske kompromiss, kva no det måtte bety. Eg er medviten om ordbruk, og merka fort at eg ikkje likte den overskrifta. Språk avslører og tilslører på same tid, omgrep definerer noko og skjuler samstundes noko anna. Eg likar ikkje omgrepet «kompromiss» som overskrift på vårt fag, for eg trur ikkje det er noko sentralt eller presist stikkord for det vi driv på med. Politikarane driv med kompromiss. Det er jobben deira. Dei har eit ideelt program, ein «gullstandard» å forhalde seg til, som så skal tilpassast andre sine like ideelle program. Då skal, bør og må ein kompromisse. Men når kirurgen opererer og oppdagar at akkurat denne pasienten avvik noko frå standard anatomi, er det ikkje eit kompromiss kirurgen gjennomfører nå han tilpassar seg dette. Slik er det også med allmennlegen. Det er den enkelte pasienten, ikkje ulike ideelle retningslinjer som er norm for god medisinsk behandling. Når ein må tredoble dosen for å få blodtrykket ned, er det ikkje eit kompromiss ein går inn på. For målet vårt et til sjuande og sist eit forsvarleg blodtrykk, ikkje Felleskatalogens retningslinjer.

Ordet kompromiss er eit stikkord som vanlegvis assosierast med noko negativt og defensivt. Å kompromisse er å slå av på noko, gå med på noko ein helst ville unngått, å sluke kamelar, om enn medhårs. Å kompromisse er å gi avkall på den ideale fordring. Å behandle den individuelle pasienten etter akkurat denne individuelle pasientens behov, er å følge den ideale fordring. Allmennmedisin er å tilpasse ei stor og uoversiktleg kunnskapsmengde til den enkelte pasient, å justere den generelle kunnskapen mot det spesifikke behandlingsmålet.

Allmennmedisin er eit praktisk og handlingsretta fag. Ein handlar heile dagen, styrer og bestemmer, tar avgjelder i stort og smått. Ofte er desse handlingane basert på eit usikert handlingsgrunnlag, sunt skjønn, ei samla vurdering der og då om kva som er haurast gjere. Ein kan ha ti eller hundre parameter å belyse problemstillinga opp mot, likevel kan ein aldri vere sikker på om den dyspnoen, den brystsmerten, den takykardien er lungeemboli eller noko helt



John Nessa

Fastlege Hjelmeland/amanuensis Bergen

anna. Den situasjonen legen då står i, vil eg beskrive som eit dilemma: Ulike omsyn drar i ulik retning, ein må likevel bestemme seg for kva ein skal gjere. Det er noko ganske anna enn eit kompromiss. Ved eit kompromiss veit ein på førehand kva som ideelt sett ville vore rett å gjøre. Ved eit dilemma veit ein anten ikkje dette i det hele, eller ein finn det ut først i ettertid. Eit dilemma er eit dilemma fordi det er livet sjølv som pådyltar ein det, ein kan ikkje unngå å komme i eit dilemma, og det finst ingen partiprogram eller gullstandard som kan befri ein frå dilemmaet.

Kvardagen er full av allmennmedisinske dilemma. Difor er det også utfordrande og stimulerande for sjølvstendige menneske å jobbe i allmennmedisin. På eit overordna plan er det to store dilemma, som eg vil betegne med stikkorda *medikaliseringsdilemmaet* og *moraliseringsdilemmaet* som pregar vårt fag.

Medikaliseringsdilemmaet

I Lipidforum 2007 er det eit tandemintervju med Terje Pedersen, professor i kardiologi og Steinar Westin, professor i sosialmedisin. Begge er høgt respekterte medisinske ekspertar, og begge svarer nok rett og i tråd med kva som er vanleg haldning i deira fag på dei spørsmål dei blir stilte. Poenget er at dei svarer heilt ulikt og til dels diametralt motsett på same spørsmål. Er det rett å tilrå stadig lågare behandlingsmål for LDL og totalkolesterol? Terje Pedersen: Ja. Det er både ønskeleg og mogeleg. Steinar Westin: Nei. Det er ikkje ønskeleg, sjølv om det er mogeleg.

Det er ein kultur i allmennmedisin for å tenke at spesialisten er fasiten for kva som er rett å gjøre. Det er mykje fornuft i dette. Her har vi to spesialistar, begge tett involvert i

klinisk medisin, dei eine attpå til deltids allmennlege. Og begge har rikeleg av den vitskaplege legitimitet det er vanleg å dekke seg bak i vår tid. Kven skal ein høyre på, kven skal ein lytte til? Svaret mitt er at ein skal lytte til begge. For begge har rett. Terje P har rett i at skal ein redusere hjarte/kar sjukdom, er det å senke lipider eit effektivt tiltak. Og eg trur få allmennleggar er uenig i at det er eit høgverdig behandlingsmål å redusere hjarte/kar sjukdom i befolkninga. Men Steinar W har nok også rett. Skal ein redde den eine, må ein behandle mest alle, og ende opp med å gjøre mest alle, om lag 90 prosent av folk over 50 år til pasientar «bare på grunnlag av blodtrykk og kolesterol alene». Allmennlegen er i ein tredje posisjon. Han/ho er verken kardiolog eller sosialmedisinar, men skal ta stilling til hr. Hansens lipidprofil, hr. Hansens ønske og hr. Hansens livssituasjon. Allmennlegen må velge, fordi allmennleggen er premissleverandør for hr. Hansen: «Eg veit ikkje eg, det er du som er lege». Allmennlegen er privatpraktiserande etikar, anten ho vil eller ikkje, legg ho verdimesseige føringar for samfunnet generelt og hr. Hansen spesielt. Det same gjer både Terje P og Steinar W. Kva rett har allmennleggen til å medikalisere hr. Hansen slik at han stiller noko sterke i hjarte/kar lotteriet? Omvendt: kva rett har allmennleggen til å «spare» hr. Hansen frå medikamenta? Kven har pålagt allmennleggen eit mandat til å forhindre medikalisering? Er ikkje medikalisering eit av dei viktigaste verkemidla vi har for å gjøre jobben vår som allmennleggar? Finst det noko øvre grense for kor mange det er rimeleg å gjøre til pasientar når vi snakkar om førebyggande medisin? Kunne ikkje alle hatt nytte av ein kosthalds- eller livsstilskonsultasjon frå tid til annan? Er primerprofylaksen eit bannord, bør folk først bli «verdig sjuke» før dei får komme til oss? Det er ein del slike spørsmål ein bør reflektere over før ein for motstandslaus adopterer ein politisk korrekt anti-medikaliseringsretorikk. «Noen må få slippe ut av legekontorene våre uten et varsel om tidlig død» seier Steinar W. Javisst. Men er råd om statinbruk identisk med varsel om tidleg død? Eller er det som Terje P påstår, rettare å forstå statiner som eit slags kosttilskot, like naturleg som vitaminer og tannkrem?

Det prinsipielle dilemmaet for oss som allmennleggar er at vi kan neppe gjøre noko for folk på individnivå utan at vi gjør folk til pasientar først. Men vi kan sjølv sagt skifte yrke, og bli politikarar eller helsepedagogar.

Kan ein bli deprimert av mindre?

I 1763 publiserte Sauvages den metodiske sjukdomslæra, *Nosologia methodica*. Medisinen var ei begynnande vekstnæring. Sauvages systematiserte og klassifiserte alle kjente sjukdommar den gongen. Han konkluderte med 2400 diagnostar. WHO's internasjonale sjukdomsklassifikasjon

ICD-10 opererer med over 45 000 sjukdomskodar og om lag 17 000 sjukdommar. Ein av dei diagnosane som har størst vekstpotensiale i vår tid, er diagnosen depresjon. Kanskje ikkje fordi folk er meir deprimerte no enn tidlegare. Det er i alle fall ikkje nokon openberr grunn til at dei skulle vere det. Grunnen er truleg at sjukdommen definerast annleis no enn før, og at tilgangen på diagnostisar (ikkje heilt det same som frisørar) er større enn før. Kanskje var tilstanden tidlegare underdiagnostisert, kanskje er tilstanden no overdiagnostisert, om slike omgrep i det hele tatt er meiningsfulle. I alle høve står allmennleggen kvar dag overfor det klassiske dilemmaet: Er alt som er trist, depresjon? Kva oppnår ein ved å seie at du er frisk, men trist? Kva oppnår ein ved det motsette, å gi folk diagnosen depresjon når symptomata styrer dei mot legekontoret? Igjen står legen foran eit dilemma. Dilemmaet er at legen ikkje har nokon gullstandard å støtte seg på, ikkje nokon test som kan måle sikkert om pasienten er deprimert. Valide spørjeskjema og kliniske kriterier er bra, til sjua og sist er det likevel legens eigen livskjensle, hennar eigen sårbarheit og dommekraft som veg tyngst når pasientens tilstand skal fortolkast.

Dynamikken bak auka depresjonalisering er at stadig større deler av livet vårt ikkje lenger er privat, men blir profesjonalisert. Når folk søker helsehjelp for sorg, samliv, sovnlyse og livshavari, må det på eit eller anna vis kategorisera som eit helseproblem for å behandles. Kategoriseringa er lik diagnostiseringa som igjen er første steg på veien mot behandling. Ein kan ikkje ha eit helsevesen utan diagnosar, ein kan ikkje ha auka aktivitet i helsevesenet utan samstundes å medikalsiere i konkret eller overført betydning. Kanskje det er ei lykke for samfunnet og oss alle at heile befolkninga snart er pasientar. Dilemmaet er at eg som allmennlege intervenerer i ein kultur eg samstundes er del av som er svært ambivalent og tvetydig til alt som har med sjukdom og helse å gjøre: Eg ser eg treng hjelp, og vil gjerne nytte meg av støtteordningane. Men eg er ikkje sjuk. I auka grad bed enkeltmenneske om hjelp. Men fellesskapet og storsamfunnet er ikkje i same grad klar til å ta inn over seg at folk faktisk er sjuke i betydningen hjelpetrengande. Ei befolkning av deprimerte stemmer dårleg med det bildet vi gjerne vil ha av oss sjølv i arbeids- og samfunnsliv.

Moralismedilemmaet

Noko av det mest positive som har skjedd i norsk helsevesen dei siste åra er at vi har fått eit formalisert ansvar for rusmisbrukarane. Det skulle då også berre mangle at vi ikkje skulle ha eit tungt ansvar for ei av dei gruppene i samfunnet som har størst helseproblem på mange plan, og som viser størst dystre tal i statistikken. Rusmisbrukarane aktualiserte moralismedilemmaet: Offisielle standardarar for kva som er bra og ikkje bra for dei fleste pasientar kan i enkelt-

tilfelle komme i så sterkt konflikt med enkeltpasientars hjelpebehov at dei kan bli frårøva forsvarleg pasientbehandling. Tju tablettar paralgin forte dagleg er som regel dårleg medisin, men kan i prinsippet tenkast å redde liv i ein konkret nødssituasjon. Rusmisbrukande pasientar byr på spesielle utfordringar. Dei har som regel utvikla talentet for å lokke, smigre, lyge og bedra betre enn dei fleste av oss andre. Dei utfordrar våre verdiar, dei utfordrar vårt behov for kontroll og forutsigbarhet, dei utfordrar våre førestillingar om kva som er best for pasienten. Med sitt liv dokumenterer dei at det gjerne går til h... dersom dei ikkje får det som dei vil. At det gjerne også går dit om dei får det som dei vil, er ei anna sak. Det er vanskeleg å slåss med feiaren utan å bli skitten sjølv, spesielt dersom ein har kvit frakk. Dilemmaet i møtet med misbrukaren er at den ideelle behandlingsrøynda og den konkrete røynda ikkje går i hop. Det ideelle er å vere fri frå rusmisbruk. Men dei er våre pasientar nettopp fordi dei ikkje klarer det. For dei aller fleste pasientane

er det rimeleg enkelt å bli samde om at målet er å begrense eller unngå vanedannande medisin. Men dersom behandlingsmålet ikkje er rusfridom, men skadereduksjon og forebygging av somatisk sjukdom og tidleg død, er det i enkelte situasjoner ein annan logikk som er like innlysande: Opiatmisbruk behandlast mest effektivt med å gi store dosar opiat legalt. Dilemmaet er at dersom allmennlegen blir privatpraktiserande etter desse retningslinjene, kjem ein straks i konflikt med statsautoriserte retningslinjer, uavhengig av evidens og etikk. Stor honnor til dei kollegane som vågar å sjå og ta inn over seg dette dilemmaet.

I tråd med overskrifta har eg ingen konklusjon. Men det eg gjekk glipp av i kveld då eg skreiv dette innlegget, var Migrapolis på NRK1. Eg fekk berre med meg ein frittståande replikk frå den unge irakiske menneskerettsaktivisten: Eg kan ikkje kompromissets kunst. Og eg har ikkje tenkt å lære den heller.

Evt. spørsmål og kommentarer kan rettes til: john.nessa@isf.uib.no

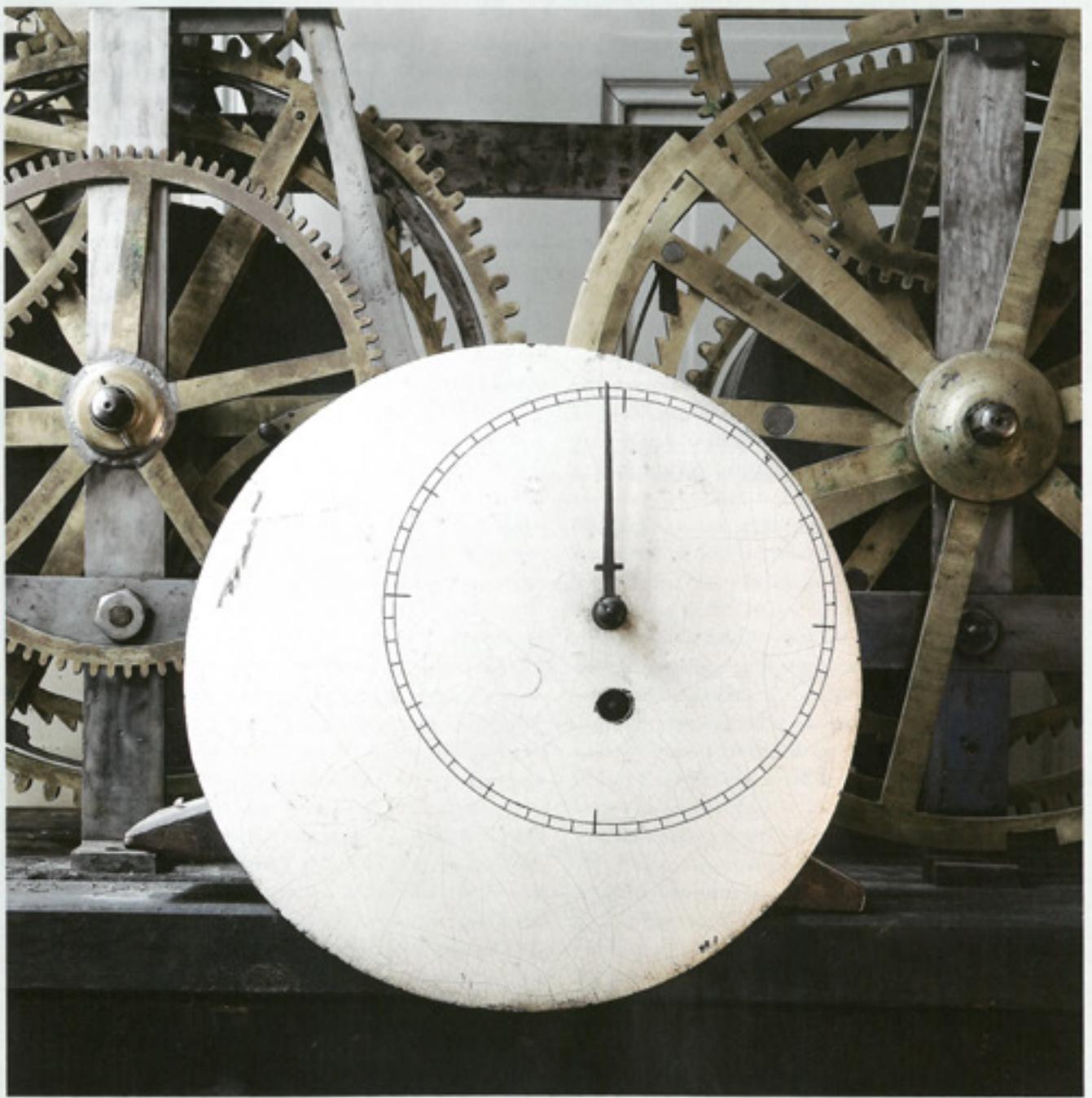


FOTO: © REGIN HJERTHOLM

Allmennmedisinske kompromisser

AV SVERRE LUNDEVALL

Er kompromisser en del av allmennmedisinens egenart? Er kompromissløs allmennpraksis noe mål? Jeg vil undersøke dette ved hjelp av noen kompromissløse kollegjer jeg har funnet opp, de har fått etternavnet Brandsen etter Ibsens Brand.

Vi har

Dr Evidens Brandsen som aldri vil gå på akkord med sin faglige overbevisning, og bygger sin praksis på etterprøvbar forskning.

Dr Lydia Brandsen som har sin lojalitet til lover, regler og retningslinjer. Disse vil hun etterleve.

Dr Balint Brandsen som er humanist og ser pasientperspektivet som det primære. Han vier all oppmerksomhet til den pasienten som sitter i konsultasjon med ham og er opptatt av empati, kognitiv terapi og pasientens egne ressurser.

Heldigvis samarbeider disse tre med **dr Bente Slomsen** som ser pragmatisk på tingene.

Over til første pasient som er **Sohaila**, en somalisk jente på 20 år. Hun er nettopp ferdig med videregående skole og vil gjerne flytte hjemmefra og komme i gang med voksenlivet sitt. Men hun har kastet opp daglig i to måneder, og har derfor ikke greid å ta noen butikkjobb. Uten jobb ingen penger, og uten penger ingen egen bolig. Hun er gastroskopert, hadde ikke noe ulcus men er helicobakter positiv. Gastroenterologen har foreskrevet trippelkur som hun ikke har tatt på riktig måte, og en ny trippelkur som hun muligens har tatt litt riktigere. Hun kastet opp mindre den uken hun tok pillene men så ble hun verre igjen og en ny pusteprøve viste fortsatt helicobakter. Dessuten har hun stikninger nedentil og er redd det er noe med underlivet.

Dr Lydia Brandsen møter henne med sin egen agenda. Hun har tenkt på denne familien i hele sommer. Sohaila er den eldste av barna. Lydia er opptatt av helsepersonellets plikter i forhold til mulig kjønnslemlestelse av barn og griper tak i det Sohaila sa om stikninger i underlivet: Kan du være gravid? SOHAILA LER: Jeg er jomfru. Og hvordan har debatten om omskjæring av jenter virket på deg? Sohaila rister på hodet og trekker på skuldrene, uutgrunnelig. Kan hun være omskjæret



Sverre Lundevall

57 år, fastlege på Fagerborglegene i Oslo, sammen med gode kollegjer og medarbeidere. En av de fire veilederkoordinatorene i Legeforeningen

tenker Lydia og foreslår GU. Når Sohaila ligger på benken ser Lydia en litt uvanlig vulva. Kan det være adheranser? Lydia bestemmer seg for at hun tror dette er en variant av normal anatomi hos en som er jomfru, og bestemmer seg for å nøye seg med den utvendige inspeksjonen. Hva skulle hun gjort hvis hun hadde ment at jenta var omskjæret? Meldt familiien til politiet? (Lydia innser at hun ikke har sett noen tilfeller av omskjæring av kvinner og at det er en mulighet for at hun tar feil nå. Men hun kan sin jus og vet at hun i så fall blir skyldig i en «absolutt villfarelse», nemlig å bedømme anatomiske forhold feil. Derimot bryter hun ingen rettsregler.)

SOHAILA SIER PLUTSELIG: Jeg skulle ønske jeg hadde større pupper, min venninne har nettopp fått silikon, kan jeg også få det, jeg får jo psykologiske problemer fordi puppene mine er så små?

Dr Balint Brandsen overtar:

Det er nok vanskelig å få støtte til silikon. Men hvis du fikk større pupper, hva ville bli annerledes da? Alt, sier Sohaila, hva med hormoner sånn som Espen Ester Pirelli Benestad har tatt?

Balint strever. Han vil gjerne få fram hennes perspektiv men blir forstyrret av sitt eget: Han synes jenta er nydelig og skulle bare ønske hun kunne se det selv. Kanskje han kunne få henne tilbake en dag til en lang samtale med løsningsorienterte spørsmål?

Dr Evidens Brandsen er opptatt av kontaktårsaken oppkast: Hva sier forskningen om behandling av helicobacter ved non-ulcus-dyspepsi? Hvor sannsynlig er det at sympto-

mene blir borte hvis helicobakterne blir borte? NEL har jo ni ulike oppskrifter på trippelkurer ved helicobakter, skal han prøve en av de andre? Han ringer sykehuset for å få tak i gastroenterologen som har signert den siste pusteproven. Forhåpentligvis har de ikke bare tatt en prøve men også snakket med pasienten og foretatt en gastroenterologisk vurdering av årsaker til plagene hennes. Etter ti minutters telefonarbeid får han tak i en annen gastroenterolog som klarer å finne journalen og sier at Sohaila kun hadde fått tatt en pusteprov, ingen konsultasjon eller vurdering. Hvorfor er det sånn underer Evidens. Jeg sendte jo en henvisning for å få en vurdering? Vel, jeg får finne ut av dette selv. Jeg får prøve via Helsebiblioteket i kveld.

Bente Slomsen har fått en ide og avslutter konsultasjonen vennlig men bestemt: Jeg vil ikke gi sånne hormoner til en ung jente som deg. Men med hensyn til din kvalme og oppkast så synes jeg vi skal prøve i fire uker med Omeprazol, det er en av de medisinene du tok i den siste trippelkuren. Jeg tror det er den som gjorde at du var bedre i den uken. Kanskje vi nå kan bryte en ond sirkel, også kommer du tilbake om fire uker! Sohaila går takknemlig ut. O skjonne ungdom tenker Bente sentimental.

Så kommer **Gina** 57 år som fikk diagnosen diabetes for et halvt år siden, av dr Balint. Hun hadde da fastende blodsukker på 11,5 og HbA1c på 8,2. Hun var lett overvektig med BMI på 27 og hadde kolesterol på 6,7 og LDL på 4,7 og HDL på 1,0. Fastende triglycerider var 2,17 og blodtrykket var 150/85.

Evidens gnir seg i hendene. Dette er en pasient etter hans hjerte! Han ergrer seg over at Balint som vanlig har slurvet med prøvetaking, og hverken tatt fastende C-peptid eller anti-GAD slik at han strengt tatt ikke vet om dette er diabetes type I (i så fall en LADA) eller II. På den annen side, med debutalder 57 år og to tanter med diabetes II er sannsynligheten overveiende for at hun har en klassisk diabetes II med insulinresistens. Og viktigere: Balint har gitt pasienten en god og motiverende kostholdsveiledning, og startet med Amaryl, nå økt til 4 mg daglig, og Centyl for blodtrykket.

Dagens målinger er: HbA1c 6,6 og fastende blodsukker 8,8. Kolesterol er nede i 5,6 og LDL er 3,6. Triglyceridene er 1,9. HDL er fortsatt 1,0. De positive forandringsene med lipidene er resultat av kostomleggingen. Men blodtrykket er 150/95 tross Centyl. Gina sier hun blir uvel av Amaryl etter den siste doseøkningen.

Hva skal Evidens gjøre nå? Hvilke supplerende undersøkelser trengs? Balint deltar i overveielsen. Skal de nå ta de manglende prøvene: Fastende C-peptid. Anti GAD. Mikroalbumin i urinen. Vekt på nytt. Midjemål? Balint

mener dette vil gjøre dagens konsultasjon altfor kompleks, og dessuten kan veiing og måling av mageområdet virke litt påtrengende nå. Hun har jo vært flink med kosten!

Evidens resignerer, og går over til å tenke på den medikamentelle behandling: Blodtrykket må ned! Og hun skal vel settes på simvastatin også? Gina er mer opptatt av at det fastende blodsukkeret om morgen fortsetter å være for høyt, og er ikke helt fornøyd med Amaryl.

Evidens ser i Legemiddelhåndboken at det står «behandlingsmålet for mange er fastende blodsukker mellom 4,5 og 7 mmol/l». Han er likevel usikker på om det er forskningsmessig grunnlag for å si at diabetikere med tilfredsstillende HbA1c får flere komplikasjoner dersom fastende blodsukker er litt forhøyet enn hvis også dette er normalt. Han blir handlingslammet.

Lydia griper inn: I blodtrykksbehandlinga må vi følge retningslinjene fra Legemiddelverket! Normalt plikter vi å prøve ut tiazider og betablokkere først. Muligens er det lempet på det med betablokkere, i hvert fall for diabetikere. Men må vi ikke i hvert fall først øke Centyl fra 2,5 mg til 5 mg og se på effekten av det etter tre uker? På internetsiden Legemiddelverket.no finner Lydia det hun antar er siste nytt i saken, nemlig at tiazid er foretrukket legemiddel som første valg og at ACE-hemmer kan legges til hvis tiazid ikke er nok. Det er ikke nærmere detaljer om doseutprøvingen, så Lydia tar sjansen på at Renitec comp vil være i tråd med retningslinjene.

Bente avslutter: Da får du ny blodtrykksmedisin nå, og vi gjør ikke andre endringer i dag enn å redusere dosen Amaryl litt, og antar at du fra neste gang heller får Glucofag i tillegg for å få fastende blodsukker enda litt bedre. Så sees vi om 14 dager!

20 minutter forsinket tar vi inn neste pasient, Eva på 46, hun gråter: Nå må du hjelpe meg. Jeg er daglig leder av det populære spisestedet «Freddys Hjørne» og nå orker jeg ikke mer. Jeg er utslikt av personalansvar, av å motta sykmeldinger, finne vikarer, ringe og godsnakke med langtidssykmeldte og jobbe ekstra. Og eieren Freddy Lurifaks selv er for det meste i Sverige. Men i går kom han innom og jeg ba ham om at jeg måtte få en assistert ledet som kan avlaste meg! Vet du hva han svarte? Du må strukturere deg, Eva, med de oppgavene du har så burde du egentlig ha tid nok!! Etter alt jeg har gjort for ham og arbeidsplassen! Strukturere deg, Eva!! Dette er mobbing, mannen er psykopat! Jeg setter ikke min ben der mer!!»

Lydia har sluttet å lytte. Hun har for lengst forstått at Eva vil be om sykmelding for noe som ikke er en sykdom men en konflikt på arbeidsplassen, og hun gruer seg for den konfrontasjonen som må komme når hun forklarer Eva at hun

ikke kan gi henne sykmelding på dette grunnlaget. Men hun vil ikke la seg presse til å sykmelde selv om hun synes synd på Eva. Mens Lydia kjenner på dette ubehaget lar vi Balint få ordet: Jeg vil gjerne hjelpe deg. Kan du si litt mer om hva oppgavene dine går ut på?

EVA SER TAKKNEMLIG PÅ HAM: Jeg har hatt denne jobben i fire år. Jeg er den som alle kommer til hvis det er problemer. Hvis noen har kjærlighetssorg, hvis det er konflikter blant personale, hvis en ansatt trenger fri for å ordne noe, hvis det er en maskin som går i stykker på kjøkkenet. Så har jeg ansvaret for lønn, sykepenger, kontakt med regnskapsbyrået, og mattsynet, jeg tror ikke Freddy forstår hvor mye jeg har å gjøre.

BALINT: Nei det høres ikke slik ut, og nå hadde du håpet at han ville være enig i ditt forslag om en assisterende leder... **EVA:** Han lot meg overhodet ikke snakke ut, og virket veldig stresset...

Balint innser at dette blir nok en lang samtale, men er bestemt på å være helt til stede for Eva, så får det ta den tiden det tar...

Derimot Evidens er blitt utålmodig:

Hvordan var det egentlig du tenkte at jeg kunne hjelpe deg?

EVA: Jeg får ikke sove, du må gi meg innsovningsmedisin. Og så trenger jeg noe muskelavslappende, jeg fikk noe en gang av din kollega, var det Somadril det het?

EVIDENS: Det finnes ikke noen ideell sovemedisin, men hvis du tenker på noe du bare trenger en kort tid så vil jeg foreslå Imovane. Når det gjelder Somadril derimot så har det ingen dokumentert muskelavslappende effekt og jeg kan ikke forsvere å skrive det ut.

EVA: Hva skal jeg gjøre da?

EVIDENS: Det er dokumentert at Yoga hjelper mot anspente muskler, kunne du ikke skaffe deg en DVD med avslappings-yoga?

EVA: Alt går rundt for meg nå, du må i hvert fall sykmelde meg i 14 dager så jeg får tatt meg litt inn.

EVIDENS: Du vet sikkert at vi leger er under overvåking fra trygdekontoret hvis vi sykmelder folk for noe som egentlig burde vært løst på arbeidsplassen. Vi løser ikke noe ved å kamuflere slike konflikter. Og hva slags diagnose skulle det stå på sykmeldingen?

EVA: Det blir ditt problem, jeg går ikke tilbake til den jobben. Jeg blir kvalm bare jeg tenker på den. Evidens synker ettertenksomt sammen og er svært glad for at Bente overtar.

Bente

Jeg forstår at du er i psykisk ubalanse etter den skuffende samtalen med arbeidsgiveren din og at dette medfører søvnloshet og anspennhet. Du får en ukes sykmelding med diagnosen P02 Situasjonsbetinget ubalanse. Mer enn en uke kan jeg ikke gi deg.

EVA (ØYNER ET HÅP): Men da kan jeg vel få en ny avtale med deg om en uke?

BENTE: OK, men nå må vi ta inn lille Ludvig.

Ludvig er grei, han er halvannet år og har vært varm og hostet men er bedre nå, og mor og far lar seg berolige når Bente har lyttet på ham, lyst inn i ørene og fått 1/10 sekunds motvillig glimt av svelget. Dette er en av de tredve virusinfeksjonene han skal gjennom før han fyller tre år, sier Bente oppmuntrende, og dette går bra, vi trenger ikke plage ham med noen CRP-blodprøve.

MOR: Med det samme vi er her så har Ludvig fra han var ett år sluttet å drikke melk, vi har prøvd alt, youghurt, og ost også. På helsestasjonen sa de vi kunne prøve parmesanost, men han vil ikke ha det heller. Så sa de at vi måtte gå til fastlegen og få tatt en blodprøve på calcium og vitamin D for å finne ut om han manglet noe. Kan vi få gjort det nå? Bente blir overrumplet og tilkaller Evidens.

EVIDENS: Hvis vi tar blodprøver så får vi svar. Jeg tar aldri prøver hvis jeg ikke har en klar plan for hva jeg skal gjøre ved de ulike svaralternativene. Vitamin D finnes i tran. Tar han det? Mor ryster på hodet mens Ludvig går bort til et skap og trekker fornøyd i noen skuffer.

Nei, og vi får ikke i ham noen andre vitaminer heller. Kan han ikke få rakitt eller benskjørhet eller hva det heter?

Evidens har laget seg noen spørsmål i hodet:

Hvor lang tid tar det hos en ellers frisk gutt på halvannet år før et kosthold uten melkeprodukter får konsekvenser for benbygningen? Det er neppe noen randomiserte kontrollerte forsøk om dette. På hva slags grunnlag kan jeg mene noe da? Videre: Vil en blodprøve på calcium si noe om situasjonen i skjelettet hans? Kan det eller bør det foretas en bentetthetsmåling på et så lite barn? Hvis vitamin D i blodet er lavt kan man vel si at han bør ta vitamin D, men det vet vi vel uten noen blodprøve?

I det han skal til å forklare hvorfor det ikke skal tas noen slik blodprøve av Ludvig overtar Balint: For en frisk og aktiv gutt dere har! Ooops Ludvig, du skal vel ikke klatre opp i skuffen? Til foreldrene: Det er åpenbart at kostholdet hans ikke har gått ut over allmenntilstanden hans til nå. Det er dumt at han for tiden er sær når det gjelder melkeprodukter. Jeg tror ikke vi blir så mye klokere av å ta en blodprøve nå.

FAR AVBRYTER: Kan vi ikke gjøre det likevel siden helsestasjonen foreslo det?

BALINT (FORSTÅR AT HAN LIKE GODT KAN GI SEG): I så fall får vi ta det på barneavdelingens laboratorium, og han kan lime på en bedøvende lapp på huden en time i forveien så det

ikke gjør vondt. Hvis D-vitaminet ligger normalt så er det jo bra. Hvis det er lavt må vi snakke mer om hvordan vi kan få i ham D-vitaminer og kalk på en eller annen måte.

MOR: Hvis han ikke tåler melk må han få noe som erstatter det, jeg har hørt at barn kan få det på blå resept.

Lydia: Det gjelder ved immunologisk betinget melkeallergi som er meget sjeldent, jeg tror ikke reglene åpner for det i Ludvigs tilfelle.

FAR: Det kan da ikke være så stivbeinte regler? Hvis gutten ikke tåler melk må vi da ha krav på støtte? Det må da være rom for å bruke skjønn?

Bente griper inn: La oss ta en ting av gangen. Det er åpenbart viktig for dere at den blodprøven som helsestasjonen har foreslatt blir tatt. Så da gjør vi det. Da kan vi samtidig sjekke om han har melkeallergi. Så kommer dere tilbake om to uker så snakker vi om resultatet og hva som kan gjøres. Det kan hende vi må sende en forespørsel til en kostholdsekspert som er tilknyttet barneavdelingen. Derfor vil jeg at dere skal lage en detaljert skriftlig oversikt over kostholdet hans siden ammingen sluttet for et halvt år siden. Skriv opp hvilke melkeprodukter dere har forsøkt å gi ham, hvor lenge dere forsøkte, og hvordan det har gått.

Etterpå har legene et møte på lunsjrommet. **Bente Slomsen** ber om råd. Hun har fått brev fra NAV der hun blir bedt om å forklare hvorfor hun har skrevet ut Aerius i stedenfor førstegenerasjons antihistamin til en pasient.

LYDIA: Hvordan kunne du? Innrøm feilen og lov at du aldri skal gjøre det mer! Det er viktig at vi husholderer med fellesskapets penger. Det er bra at Legemiddelverket har tatt tak i dette.

EVIDENS: Kunnskapssenteret har sett på effektene og ikke funnet forskjell. Så da så.

BENTE: Men nå har jeg sett i Felleskatalogen at Aerius er billigere enn Cetirizin!

DE TRE ANDRE I KOR: Hva??

BENTE: Så nå lurer jeg på hvorfor de opprettholder denne regelen...

LYDIA: Det må være en grunn, det er flinke folk i Legemiddelverket.

BALINT OG EVIDENS: Hallo! Vi må da også få tenke selv. Hvor lenge skal vi etterleve en ordning som er dyrere for fellesskapet? Og hvor lenge skal kontrollører i NAV bruke tid på å følge opp dette tapsprosjektet?

Men Lydia gir seg ikke. Hun sender epost til Legemiddelverket og får vite at det er noe som heter trinnpris. Cetirizin er på trinnpris, og 100 tabl koster kr 91 mens 100 Aerius koster kr 378. Prisene i Felleskatalogen er misvisende i denne sammenheng, det samme gjelder prisene i Legemiddelverkets egen prisdatabase. Dermed er tilliten til regelverket gjenopprettet, men alle fire synes at Legemiddelverket burde forklare dette med trinnpris samtidig med at de

kommer med sine påbud, og vise med priskeempler hva fellesskapet sparer.

Jeg vender tilbake til utgangspunktet om allmennmedisinske kompromisser. Mine oppdiktede leger begynte å leve sitt eget liv når de møtte pasienter. Ingen av de tre kompromissløse greide fullt ut å stå i rollen. De ble heller ikke, som Ibsens Brand, til fare for seg selv og andre. Kanskje fordi de avløste hverandre og samarbeidet så bra? Og ble berget av den pragmatiske og kompromissvillige Bente Slomsen. Trolig er alle disse fire legene stemmer i min indre samtale.

Ettertanke

Kompromisser er avveininger mellom ulike hensyn. For eksempel hensynet til faglig rasjonalitet, norsk lov og fornuftig ressursbruk.

Oftest vil våre kompromisser være mellom noe av dette og pasientens ønsker eller forventninger. Av og til kan det virke som spesialister og myndigheter som ikke møter pasienten i førstelinjen forventer at vi allmennleger kompromissløst skal etterleve nettopp deres retningslinjer. Altså uten å veie dem mot andre hensyn. Men det må være legitimt også å ta hensyn til pasientens ønsker og forventninger. Samtidig merker vi hvordan pasientenes egne bestillinger slår imot oss med voldsom kraft i helsevesenet nå. Og jeg tenker av og til på en därlig dag: «Jeg er ekspeditor i helsevesenets supermarket. Pasienten ønsker MR. Fysioterapeuten har foreslatt MR. MR skal bli!... Who am I to blow against the wind?»

En slik resignasjon kan føre til at jeg ikke lenger inngår kompromisser, men ensidig etterkommer pasientens ønske. Da kan klare retningslinjer være nytlig som motvekt.

I de nye nasjonale kliniske retningslinjer Korsryggsmerter står det: Billediagnostikk anbefales ikke ved akutte, subakutte eller langvarige korsryggsmerter, eller initialt ved nerverotsaftfeksjon uten røde flagg. Og det følger med en fin pasientbrosyre som forklarer dette nærmere. Takk!

Konklusjon

Allmennmedisinske kompromisser er nødvendige avveininger mellom ulike hensyn. Kompromissløs etterlevelse av ett sett regler eller retningslinjer vil ikke gi et optimalt helsetilstand. Jo mer velbegrunnede og klare og forståelige retningslinjer er, jo lettere vil det være å ta hensyn til dem ved avveininger vi foretar sammen med pasienten.

Evt. spørsmål og kommentarer kan rettes til:
sverre.lundevall@legeforeningen.no



FOTO: © REGIN HUERTHOLM

Konsultationen som intermezzo

AF LINA KLARA HOEL FELDE OG BETH ELVERDAM

Claus har været hos sin praktiserende læge. De har talt om forhøjet kolesterol og behandling. Claus fortæller:

Da sagde han [lægen], jeg havde for højt kolesterol. Og så sagde han: »Ved du hvad, jeg bestiller nogen piller.« Så sagde jeg: »Gør du det.« Og så gik jeg over og hentede dem, og så lagde jeg dem hjemme i skuffen. (...) Jeg tror ikke det stiger [kolesteroltallet], for jeg lever, som jeg altid har gjort. Og jeg vil leve, som jeg altid har gjort.

Claus' beslutning omkring håndtering af det høje kolesterol og medicintagning hverken starter eller stopper i læge-patient-mødet – konsultationen kan anskues som et intermezzo i personens hverdagsliv. Claus' behandlingsbeslutning starter ikke i konsultationen – han kommer ind i konsultationen med egne eksisterende modeller om krop og sygdom – modeller, der er forankret i hans livshistorie og hans levede dynamiske hverdagsliv. Han er ikke et »tomt kar«, der i mødet med lægen skal »fyldes« med information, som vil medføre, at han automatisk begynder at tage medicin. Tværtimod er læge-patient-mødet et kulturmøde, hvor patientens modeller møder og udfordrer lægens modeller. Hans behandlingsbeslutning stopper heller ikke i konsultationen – der sker en transformation fra Claus sidder i mødet med lægen til Claus kommer hjem. Her tolkes mødet med lægen ind i en hverdagspraksis, som består af multiple situationer, hvor læge-patient-mødet er én af dem. Behandlingsbeslutningen er en kontinuerlig beslutningsproces indpasset i biografi og hverdagsliv. Behandlingsbeslutningen er ikke definitiv, den forhandles i kontekster over tid. For Claus ville medicintagning bryde ind i hans stabile hverdagsliv. I stedet opretholder han hverdagslivets flow og orden ved ikke at tage medicinen og ved at » leve, som han altid har gjort ». Det er det rationelle for ham.

Claus udfordrer en medicinsk universel-rationel måde at tænke på. Set fra et biomedicinsk ståsted lyder spørgsmålet gerne sådan: Hvorfor tager Claus ikke den kolesterol-sænkende medicin, han og lægen er »blevet enige om«? Den normative understrøm og den epistemologiske lukning i dette spørgsmål kan udfordres – vi vender spørgsmålet på hovedet: Hvordan skulle Claus kunne tage medicin for no-



Lina Klara Hoel Felde

Ph.D.-stipendiat, cand.med., bachelor i socio-
logi, Forskningsenheden for Almen Praksis –
Syddansk Universitet og Danmarks Pædagogiske
Universitetsskole – Aarhus Universitet.



Beth Elverdam

lektor, antropolog, Almen Medicin – Institut
for Sundhedstjenesteforskning – Syddansk
Universitet

get, han ikke mærker? Hvordan skulle han kunne tage medicin for at sænke kolesteroltallet (en biomedicinsk-defineret risiko), som blot måske kan udvikle sig til »noget« (fx en blodprop i hjertet) en gang i fremtiden?

Risikoens forbundet med højt kolesterol er et eksempel på en biomedicinsk-estableret fikseret kategori, forankret i en klassisk universel rationalitet, som læger, i en naturvidenskabelig tradition, er skolet til at tænke med. For den enkelte, ligesom Claus, er den personlige risikohåndtering dog snarere forankret i en *kontekstuel erfaringsbaseret og praksisorienteret* (Wynne 1994) rationalitet, frem for universalitet. »Risiko« eksemplificerer, hvordan menneskers daglige kontinuerlige konstruktioner af begreber og modeller nuancerer og adskiller sig fra statiske og universelle biomedicinsk konstruerede begreber. Det biomedicinsk forankrede risikobegreb og det voksende fokus på risici indenfor medicinen afspejler det risikosamfund, som sociologen Ulrich Beck beskriver i sin teori om risikosamfundet (Beck 1992). Biomedicinens risikokonstruktion og Becks teori udtrykker et taget-for-givet fikseret risikobegreb og instrumentelt-kalkulativt handlende enkeltindivider. Denne universel-rationelle tilgang til risiko implicerer, at alle handlinger baseres på komplette og konsistente præferencer og viden og er rettet mod et klart og givet mål via et uni-

verselt-rationelt valg (Elster 1983), sådan som vi genfinder det i utilitarisme og økonomi. Og denne risikotilgang differencierer ikke mellem, hvad der sker på samfunds niveau og hvordan den enkelte skaber mening i interaktion med andre. Der overses, hvordan identitet, handling og mening etableres socialt i samspillet mellem mennesker (Mead 1934, Garfinkel 1967, Goffman 1974, Schutz 1970) – hvordan handling og mening forankres og indpasses i den enkeltes biografiske erfaringer og dynamiske hverdagspraksis er fraværende.

Patientens hverdagsliv

Claus lever ikke i risiko i sit hverdagsliv eller i risiko i relation til fremtiden. Han kan godt leve *med*, italesætte og anerkende, at der er en generel (universel) risiko, men parallelt både etablerer han sin egen personlige risiko og håndterer den med sin egen (situationelle) strategi: Han tager ikke piller og spiser og lever sådan, »som han altid har gjort«. Han placerer risikoen væk fra hverdagslivet. Kropsligt erfaret sygdom ville, som et pejlemærke, bryde hverdagslivets flow og stabilitet og gøre risiko synlig og central i hans liv. Når kroppen går fra at være fraværende til at blive nærværende (Leder 1990), fra noget, han er, til noget, han *har*, bliver risikoen, som bevæger sig i en kontinuerlig proces, flyttet fra periferi til centrum – og der skal nye strategier til for at flytte risikoen tilbage til periferien. Risikoen gives mening igennem den enkeltes situerede praksis. Risikoen er ikke statisk, og den håndteres ikke universelt, men er i en situationel-kontekstuel bevægelse på et kontinuum mellem periferi og centrum af livet – på et kontinuum mellem brud og flow i hverdagslivet.

I medicinsk litteratur og praksis tænkes der ofte lineart og algoritmisk – der søges efter en trin-for-trin-recept, med henblik på fx at ændre patienters livsstil: Patienten gives information – patienten får viden, der ændrer patientens holdning, som ændrer patientens adfærd. De biomedicinske modeller bliver de »rigtige«, mens patientens modeller reduceres. I det daglige håndterer den enkelte ikke den biomedicinsk-definerede risiko på en universel-rationel måde i enhver hverdagssituation (der er ikke muligt at tænke kalkulativt i enhver situation), men forankrer etableringen og håndteringen af risikoen i hverdagspraksis og biografi. Det er netop de situationelle variationer i handling og mening, der giver en overordnet logisk sammenhæng for Claus, ikke et universelt handlingsmønster. I sit kontinuerlige arbejde med egen identitet og etablering af mening (»webs of significance«) (Geertz 1973), bruger Claus egne modeller og erfaringer fra sin *hverdagskundskab* – en kundskab, som er erfaringsbaseret, »tavs« og tages for givet (*naturlig indstilling*) (Schutz 1970). Hverdagskundskaben er del af en *fjelles* realitet og samtidig situationelt og elastisk re-

digeret af den enkelte. Claus gör brug af denne hverdagskundskab, når han organiserer sit daglige sociale liv og konstruerer en meningsfuld og ordnet social verden i samspillet med andre. Claus trækker på erfaringsforankrede *klassificeringsskemaer*, når han møder nye situationer, fx i forhold til det høje kolesterol, og han trækker på *praktiske opskrifter*, som gør det muligt at håndtere dette fænomen, højt kolesterol, der udspiller sig i hans *intersubjektive verden* (Schutz 1970). Han lever i og bærer med sig en fælles kultur, fx fælles diskurser omkring risiko, samtidig som han producerer sin egen lokale kultur, idet han skaber sine egne risikokurser, redigerer dem og håndterer et højt kolesterol med egne strategier.

At se konsultationen som et intermezzo i patientens liv betyder, at patienten i konsultationen trækker på erfaring og modeller fra før læge-patient-mødet og indpasser læge-patient-mødet og forstælserne derfra i allerede eksisterende sammenhænge, modeller og hverdagspraksis i aldrig afsluttede processer.

Når den praktiserende læge aktivt inddrager patientens kontekst

Praktiserende læger bruger aktivt viden om patienternes liv. De går, nok uden altid at reflektere videre over det, ind i det konkrete hverdagsliv for at få viden. Almen praksis er tæt på hverdagslivet – der møder hverdagslivet sundhedsvesenet (norsk: helsevesenet). Det er i almen praksis, at rummet åbnes for udfoldelsen af patienters biografi og hverdagsliv, og det er i almen praksis, *betydningen* af at åbne for patienters biografi og hverdagsliv tydeliggøres. Der *tales* i almen praksis, og talen er det afgørende »redskab«. At talen tager udgangspunkt i livshistorie og hverdagsliv er afgørende, for at patient og læge sammen konstruerer den viden, der er central for den praktiserende læge. Det indebærer kompleksitet, men giver nødvendig viden.

Observationer af konsultationer i almen praksis, hvor forældre kommer sammen med deres småbørn, viser, hvordan hverdagssituationen er central for den praktiserende læges etablering af viden: Ved at anerkende det levede hverdagsslivs plads i konsultationen, spørge ind til hverdagsslivet og parallelt analysere moderens og faderens konkrete hverdagssituation, etablerer lægen viden om, hvordan barnet har det, om, hvordan relationen er mellem forældre og barn, og om det er et friskt og raskt barn. Et analytisk spørgsmål om, hvordan barnet har det, er rettet mod et analytisk svar, som »godt« eller »dårligt«, hvilket ikke nødvendigvis betyder det samme for lægen som for pa-

forts. s. 24





tienten – de har forskellige modeller. Det analytiske spørgsmål kan lukke dialogen, epistemologisk, og umuliggøre en fælles viden om, hvordan barnet har det. Derimod: At stimulere til en udfoldelse af patientens hverdagslivsfortælling åbner et refleksionsrum i konsultationen, hvor lægen og patienten sammen etablerer viden i en aktiv proces.

Parallelt med, at lægen her undersøger barnets hofte, ledes samtalen ind på, hvordan barnet får føde i hverdagen:

MODEREN: Hun [barnet på fem måneder] får faktisk kun [mad, mælk] ved mig. Det var jeg sådan lidt flov over at skulle sige til dig. (...) Sundhedsplejersken [norsk: helseøster], hun sagde, at der var ingen grund til at skynde sig, fordi hun trivedes så godt og sådan noget, og så...

LEGEN: Det synes jeg heller ikke, at der er.

MODEREN: Nej, men altså, hun skal [have andet end modermaelk]. Jeg har købt det, det står klar på køkkenbordet. Jeg tænkte faktisk, at jeg må hellere gå i gang, inden jeg skal herop. (...) Men det er altså, fordi det går fint, og hun sover fint om natten.

LEGEN: Jeg ville da synes, det var skide hyggeligt [at der ammes] for at sige det rent ud. Jeg ville da ikke have spor imod, om du ammede, om så de blev tre år.

Igennem den konkrete fortælling fra hverdagslivet etableres der viden om, hvordan barnet har det – igennem hvordan det spiser og hvordan sønnen er – og noget om, hvordan moderen har det. Moderens og lægens modeller mødes i et epistemologisk åbent rum. Lægen formidler, igennem dialogen, sin model om, at amning er fremragende, men anerkender samtidig moderens modeller omkring mad og amning.

Mening etableres i samspillet mellem mennesker, mellem læge og patient. Det afgørende bliver, at lægen analyserer patientens handlinger i hverdagslivet (sådan som de rekonstrueres i konsultationen) og derigennem får viden om den meningsetablering, der er knyttet til handlingerne. Lægen arbejder på den måde i et analytisk rum – i et rum mellem, hvordan en konkret levet verden ser ud for patienten, og, hvordan patienten igennem beskrivelsen af hverdagspraksis fremstiller, producerer og giver sin verden mening (Gubrium & Holstein 1997). På denne måde reduceres den praktiserende læges viden ikke til en viden, der tager udgangspunkt i biomedicinske modeller. Ved aktivt at analysere og bruge patientens hverdagslivsmodeller *udvides* lægens viden. Det er der en særlig mulighed for i almen praksis.

At være ansvarlig overfor patient og konsultation er ikke nødvendigvis at styre konsultationen igennem bestemte faser og spørgsmål, frem imod et bestemt endemål. Det ansvarlige kan være at slippe los og anskue konsultationen som en pågående proces, et *fællesskab* mellem læge og patient, en samtale, der lever sit eget liv. At håndtere konsultationen er ikke at kontrollere den. Det er netop ansvarligt,

når der åbnes for patientens *sammenhængende hverdagslivsfortælling* – konsultationens muligheder udvides. At slippe los indebærer ikke, at patienten »taler om, hvad som helst«. Patienten »taler netop ikke om, hvad som helst« i konsultationen – de formidler sine eksisterende forklaringsmodeller, fortalt igennem, hvordan de lever med krop og sygdom i hverdagslivet. Ved at indlede en konsultation med »Fortæl« og derefter, uden afbrydelser, lytte til patientens fremstilling af, hvordan »problemet« udspiller sig i hverdagslivet, åbnes et fantastisk analytisk rum, der giver en afgørende viden om patientens modeller og hvad, »problemet« består i – det er ansvarligt. Dialogen reduceres ikke til en skindialog, der foregår på lægens præmisser, begrænset til biomedicincens krops- og sygdomskategorier. En reel dialog er på begges præmisser.

At lytte til patientens modeller

At *lytte* til patientens *etablering* af sin verden udfordrer den biomedicinske verdensdefinition. I stedet for, at verden i almen praksis anskues som objektiv, universel, singular, definitiv og uafhængig, kan verden beskrives som multidimensional, partikular, bevægelig, fleksibel og elastisk (Law 2004).

Patientens »problem« kan ikke reduceres til fikserede tagen-for-givne biomedicinske kategorier. Der er flere parallelle konstruktioner af krop og sygdom i spil i konsultationen. I medicinen tages betydningen af begreber ofte for givet, og grænserne mellem kategorier er fikserede. Hvad højt kolesterol er eller hvad amning er, kan tages for givet, hvis verden på forhånd er defineret som en definitiv verden uden anerkendelse af andre(s) definitioner. Men det kan ikke tages for givet, at læge og patient lægger den samme betydning i begreber og kategorier. Det er afgørende, at lægen ikke tager betydningen af de begreber, som patienter bruger, for givet. Det er afgørende, at lægen udfordrer og twister egne kategorier og begreber, og gør grænserne mellem kendte kategorier redigerbare, bevægelige og elastiske. Det implicerer en kritisk refleksion over grænserne for gyldighed i egen diskurs (De Cuzzani 2003). Åbne spørgsmål lader netop patienterne *etablere* begreber og kategorier igennem deres hverdagslivsfortælling. I det følgende møde mellem Nora og lægen udtrykkes betydningen af, at Nora selv *etablerer* et begreb. Hvis lægen kun havde hørt ordet »utæt« og der ikke var åbnet for Noras beskrivelse af hverdagslivet og hendes forklaringsmodeller i relation til begrebet, ville betydningen i »utæt« for lægen været reduceret til en, for lægen tagen-for-given, betydning (ses i slutningen af det følgende citat). Noras beskrivelse giver lægen en bredere viden om, hvad Noras strabadser er, en viden, som konstrueres i samspillet mellem lægen og Nora:

NORA: Jeg er blevet lidt utæt.

LEGEN: Hvad mener du med det, helt præcist?

NORA: Ja, at holde på vandet.

LEGEN: Hm.

NORA: Om natten.

LEGEN: Ja.

NORA: Jeg kan sommetider stå op en tre-fire gange, ikke, og skal ud, og skal af med noget, jeg kan godt gå om dagen i flere timer, der er ikke noget. Okay, hvis jeg er i nærheden af et toilet, ikke, for ellers så... om det er noget psykisk, det ved jeg ikke, jeg skal meget på wc, ikke, men jeg drikker også meget. Jeg drikker meget vand. (...) Men nogen gange, i nat, der kunne jeg sove i seks timer, uden at jeg har været oppe, ikke, men sommetider, der var en nat, der var særligt slæm, der var jeg oppe hver halve time. Ja, der kommer altså også noget ud, det er det mest mærkværdige, det er ikke bare en træng, vel, der kommer virkelig noget ud.

LEGEN: Nej. Hvad har du tænkt kunne være grundene til det?

NORA: Jeg ved det ikke rigtigt, jeg har så småt tænkt på, om det har noget med mit hjerte at gøre.

LEGEN: Ja.

NORA: For jeg kan huske en af de gange, jeg var inde og blive undersøgt, at jeg sagde, at jeg skal tisse meget, når jeg får de der hjerte... oh... kunner, ikke... (...) jeg har altid skullet meget på wc. Inden jeg gik hjemmefra og når jeg kom tilbage igen, og så, om det bare er noget, jeg, hvad skal jeg sige, noget psykisk noget, at man synes, at nu skal man lige tømme sig ud, ikke. (...) Men jeg har også lagt mærke til, at hvis jeg for eksempel skal ud og vaske op, ikke. Der har ikke været noget inden, jeg gik ud, men bare fordi jeg står og røder med noget vand, så kommer trangen, og så må jeg bare smide, hvad jeg har i hænderne, for så skal jeg virkelig, ikke.

LEGEN: Jeg skal igen forstå. Du er utæt... det første, jeg tænkte, da du sagde det, det var, at du gik og dryppede i bukserne, for eksempel.

NORA: Nej, det gør jeg ikke.

En reel åbning for patientens modeller, tolket ud fra patientens hverdagslivsfortælling, hindrer, at lægen forbliver i egne kategorier, og hindrer, at den viden, der ligger i analysen af patientens hverdagspraksis, forbliver skjult. Det kræver, at udgangspunktet ikke er den biomedicinske kategorisering af krop og sygdom, der reducerer vidensetableringen, men at udgangspunktet forskydes til et *symmetrisk møde* mellem patientens hverdagslivsfortælling og de biomedicinske modeller. Det implicerer, at lægen ser personen for patienten. Lægen udfylder således ikke allerede eksisterende, fikserede og reducerende biomedicinske kategorier for krop og sygdom – lægen lytter til og analyserer, hvordan patienten *etablerer sine* modeller, og anerkender dem som ligeværdige blandt multiple modeller af krop og sygdom. Denne pluralistiske tilgang implicerer en reel udfordring af de biomedicinske modeller som værende objektive, singulære og de eneste gyldige forklaringsmodeller – og understreger en reel udfordring af den universelle rationalitet som værende den eneste sande fornuft. Patient og læge skal

ikke blive enige om sygdommen eller tilstanden – de har forskellige modeller, som de trækker på i etableringen og klassificeringen af krop og sygdom. Det, de kan blive enige om, er, hvad der skal ske for at afhjælpe det, patienten søger til læge for.

Parallelt med, at patientens hverdagslivsfortælling åbner op for afgørende viden for den praktiserende læge, forankrer også den praktiserende læge refleksioner og handlinger i en »tavs«, erfaringsbaseret og kontekstsensitiv rationalitet – ligesom vi har set, at Claus bruger denne situerede praksisforankrede rationalitet i hverdagslivet. At gøre brug af denne bevægelige erfaringsbaserede rationalitet er et potentiale, en nødvendig færdighed og et udtryk for ansvarlighed i almen praksis. Når lægen taler med Claus om fx det høje kolesterol, gør lægen biomedicinsk kundskab elastisk, bruger »det kliniske blik« og den erfaring, han eller hun har om Claus' kontekst – lægen er situationssensitiv for at begribe patienten »der, hvor personen er«, ud fra patientens hverdagslivsfortælling.

Når »landkortet udvides«

At »udvide landkortet« (norsk: kart over landskapet) i konsultationen, så der udspilles en dialogspiral på både lægens og patientens præmisser, hvor lægens og patientens gennemgåede anerkendte modeller reelt kommer i spil med hinanden, giver en udvidet større viden og bryder den »modelmagt« (Bråten 2004) – magtposition – som lægen ellers har. En epistemologisk lukning hindres. Hvis ikke patientens modeller også reelt inddrages, reproduceres asymmetri i læge-patient-relationen, og den viden, der ellers kunne etableres, forbliver skjult eller tabes. Muligheder åbnes ved at dyrke åbne spørgsmål, hvor der spørges ind til et konkret hverdagssliv – et hverdagssliv, som er fyldt med lægerelevant viden. Viden i almen praksis tydeliggøres og gøres robust igennem patienternes fortælling fra deres levede hverdagssliv.

Citaterne og empirien stammer fra Beths observationer i almen praksis og Lina Klaras dybdeinterviews med personer, der har højt colesterol, begge materialer fra Danmark.

Litteratur

Beck, U. (1992) *Risk Society: Towards a New Modernity*. London: Sage.

Bråten, S. (2004) *Kommunikasjon og samspill – fra fødsel til alderdom*. Oslo: Universitetsforlaget.

De Cuzzani, P. (2003) *Å lese medisinen – Normalitet og patologi i den franske medicinfilosofi*. Oslo: Spartacus Forlag.

Elster, J. (1983) *Spur Grapes: Studies in the Subversion of Rationality*. Cambridge: Cambridge University Press.

Garfinkel, H. (1967) *Studies in Ethnomethodology*. Englewood Cliffs, NY: Prentice-Hall.

- Gertz, C. (1973) *The interpretation of cultures*. London: Fontana Press.
- Goffman, E. (1974) *Frame Analysis*. New York: Harper & Row.
- Gubrium, J.F. and Holstein, J.A. (1997) *The New Language of Qualitative Method*. New York: Oxford University Press.
- Law, J. (2004) *After Method – Mess in social science research*. London: Routledge.
- Leder, D. (1990) *The absent body*. Chicago: The University of Chicago Press.
- Mead, G.H. (1934) *Mind, Self, & Society*. Chicago: The University of Chicago Press.
- Schutz, A. (1970) *Collected papers, Studies in Phenomenological Philosophy III*. The Hague: Martinus Nijhoff.
- Wynne, B. (1996) *May the shape safely graze? A reflexive view of the expert-lay knowledge divide*. In Lash, S., Szerszinski, B. and Wynne, B. (eds) *Risk, Environment and Modernity: Towards a New Ecology*. London: Sage.

Evt. spørsmål og kommentarer kan rettes til: elverdam@health.sdu.dk / lkhf@dpu.dk



FOTO: © REGIN HJERTHOLM

Tro, håp og kjærlighet

AV LAILA ARVOLA

Tro, håp og kjærlighet. Som et hjul, – en pil fra tro til håp til kjærlighet, en pil fra kjærlighet til tro, fra kjærlighet til håp, piler kombinerer dem. Og hver pil går i begge retninger, fram og tilbake. Som et hjul, som er loddent, varmt dyr som biter seg selv i halen, som ruller rundt, nå denne veien, nå den andre.

Kunne man se på helsevesenet på samme måte? Et stort, pustende dyr med bankende varm puls? Vi gir tro, vi gir håp og etter beste evne også kjærlighet til de som kommer inn og trenger oss. En gang iblant er det vi selv som trenger noe. Iblant trenger vi hjelp til troen. Iblant sliter vi med håpet. Iblant har vi gitt opp kjærligheten. Det varme dyret som er helsevesenet kommer og samler oss opp. – Kom her, vennen min, pruster dyret. – Her finnes en vei. Du skal få venner. Du skal få føle at det er bruk for deg, at du er flink til noe. Her finner du noen som er som deg. Tro, håp og kjærlighet.

Pasientene kommer inn med hver sin historie, hver sin skjebne. Vi som jobber her har hver vår historie, hver vår skjebne, vi også. Som i kveld, på dette tilfeldige vaktrømmet: I kveld er «hun», «han», «de» og «jeg» på vakt.

«Hun» har hatt yngstesonnen på mange og tjue på besøk. Hun skjønner at noe er galt. Han bor så langt unna. Mannen som mista jobben, – det er det som er grunnen til at hun er her. Hun kan jobbe som en gal og tjene mye penger og ta med hjem til familien. Jobbe mye, og så mye fri, – slik gjør man det. Slik er kodden. Hun håper og tror dette kan være måten å holde familien oppe. At dette skal gi rom for overskudd til å støtte lilleputten som ikke er så liten lenger. At hun og mannen skal holde sammen.

«Han» står på. Tre uker borte hjemmefra. Fleiper med pasientene, har alltid en aura av energi som smitter over på dem han måtte ha rundt seg. Han tar formiddagsvakta i dag, nattevakta i kveld og ettermiddagsvakta i morgen. – Vi ses sier han. Tro, håp og kjærlighet. – Ses i morgen. Hjemme klarer de to tenåringsbarna seg bra. Han beholdt huset i byen for barnas skyld. Men det koster. Han står på og



Laila Arvola

f. 1963, 3 barn: 14, 11 og 5 år.
Medisinsk embedseksam fra Universitetet i Tromsø 1990.
Generell kirurgi 4–5 år med praksis fra Diakonhjemmets sykehus, Oslo, Oslo Kommunale Legevakt og Kirkenes Sykehus.

De siste årene i allmennpraksis ved Kirkenes Legesenter.

Dr.med 2006, eksperimentelt arbeid innen Hjertefysiologi i samarbeid mellom Universitetet i Tromsø og Helse Finnmark / Klinik Kirkenes Hunderkjører og friluftsliventusiast, og har da altid ei bok i sekken.

jobber, tjener penger for å betale huset han beholdt for å lette kontakten med barna.

«De» skal reise langt bort, lenge. Det ligger kart utover stuebordet hjemme. På kjøkkenet ligger guidebøkene de kikka på i går kveld når de satt og la planer. – Dette skal bli gøy. Første mål er Galapagos. God ide å ta det vikariatet, få inn litt ekstra. Hele påska her inne, men pytt, det går til en god sak.

Og «jeg?» «Jeg» greier ikke å la være å kikke på det bildet. Kenner meg helt tom, føler på den ekte, vonde kjærlighets-sorgen. Jammen sa jeg tro. Jammen sa jeg håp. Og noen kjærlighet er det tydeligvis ikke bruk for. Jeg melder meg til den vakansvakta like oppunder jul. Jeg håper den blir travel, at denne deilige, uforutsette arbeidsøkten lar meg gli inn i en transe av trottethet. Sånn like før jul må da folk være masse syk? Det burde gå. Jeg skulle vel brukt tiden hjemme, pusset solvtoyt, skrevet julekort til gamle tanter. Jeg er glad i tantene. Men alle skjønner jo at noen er nødt til å ta den vakta. Jeg skulle selvsagt mye heller sittet hjemme og vasket komfyren enn å sitte her og ta meg av de syke, men noen må jo bare gjøre det. Alle skjønner det. Jeg tuller med pasientene, forsøker å få dem glade. Får det til, de blir glade. Og jeg blir gladere. I hvertfall blir jeg trøtt og sover godt uten å tenke på noen ting når jeg kommer hjem.

Denne vakta på et lite vaktmottak i Finnmark; – kunne den vært hvor som helst? Denne vakta var før jul, men kunne den

vært når som helst? Har vi ikke gjort det slik i alle år? Helsearbeidermåten. Høst, vinter, vår, sommer. Som denne vakre sommerkvelden, – fjorden ligger blankstille, midnattsola henger rød over landet og måsen vråler kåte sommergaul. De andre er ute på fjorden og spiser reker. Vi sitter her sammen på jobb. Vakttelefonen ringer, lillejenta har feber og paracet virker ikke. Ambulansen må ut på hastetur til gubben som våkna med brystsmerter. Samtalen går på fire språk, men fellesskapet i bunnens er der. Et tidløst, internasjonalt fellesskap. Satt ikke Florence Nightingale også på en Stein i fjæra der på Krimhalvøya, tror dere? Rundt henne sitter trette medarbeidere. De kikker utover et blankstille Svartehav. Venter de på neste ladning med lemlestede soldater? Eller nyter de bare en stille kveldsstund etter en travle dag? Hvilket språk snakker de ved Svartehavet tro? Ikke engelsk hvertfall. Jeg tipper at samtalen der i fjæra på Krimhalvøya var like internasjonal som den kan være en vanlig vaktkveld ved et lite Finnmarks-sykehus. Helsevesendyret strekker seg og brummer fornøyd. Det er som det skal være, vi er en stor, tidløs, internasjonal familie.

Det kan være lett å se hva vi i helsevesenet gir til pasientene. Vi helbreder, lindrer, troster, om enn med varierende grad av vellykkethet. Men hva gjør pasientene med oss?

I møte med sykdom og død henter mange mennesker fram ekstreme kvaliteter. Noen er selvsentrert, ikke mottakelig for tro, håp eller kjærighet. Noen blir sjenerøse, kloke, er mer oppatt av å gi enn å få. Det kan være en gave å få oppleve alt dette. Motivet for å være mye på jobb er slett ikke alltid penger. Kan det være slik at disse opplevelsene pasientene gir oss er så verdifulle at vi ikke greier eller ikke vil slutte å jobbe så mye? Er det så ufattelig tilfredsstillende å være der at vi nesten blir avhengige. «Helsearbeidsaddicted,» kan det være oss? – Hvor er det blitt av Tore? – Jo, sørgetlige greier... han er på avrusningklinikken for helse-arbeidsavhengige. Det går bra med han, sier de. Etter forholdene bra.

Tro, håp og kjærighet. Er det ikke trist å måtte ta inn over seg alle de triste menneskeskjebnene? Spør en. Trist? Jo,

kanskje. Jeg skjønner hva han mener. Men med fare for å være smilig kan det også være litt fint. Man får sett med egne øyne at livet kan føre ubarmhjertig hardt fram med enkelte. Man får sine egne bekymringer i perspektiv: Har jeg egentlig så mye å klage over når jeg ser hva denne kvinnan har å stri med? Det rare er at kanskje tenker hun slik hun også... Tro håp og kjærighet. Hun tenker at hun er heldig sett i forhold til vedkommende i stolen der borte.

Vi gjør noe med pasientene, pasientene gjør noe med oss. Og hva gjør vi med hverandre? Det finnes en kode. Koden for oss som jobber lørdager. Som jobber sondager. Koden for oss som har vakt enten julafoten eller nyttårsaften. Vi stønner litt når vi skjønner at siden vi i år ufattelig nok slapp vakt både julafoten og nyttårsaften, og attpå til ungenes bursdag, må vi bare tro til i påska. Likevel er det delig å være del av et fellesskap med en egen kode. Dette fellesskapet er en god motvekt til savnene i privatlivet. Til familien som bor så langt unna. Til familien man aldri fikk. Et godt fellesskap, et fellesskap, med så mye kvalitet, at andre kan virke utilstrekkelige. Koden vår i helsevesenet er slik. Vi går til byen på kafe sammen den lørdagen vi har fri. Vi lager fester for hverandre, – for hvem andre er det som gider å feste sammen med oss, og hvem har vi anledning til å feste sammen med? Riktig nok flytter denne helsevesenfamilien vår tiden, det er et slit. Men det kommer nye som kjenner koden. Vi er vår egen lille stat i staten. Vårt eget språk, våre egne symboler, vårt eget hierarki.

Tro, håp og kjærighet kunne være som et hjul som triller, snart den ene veien, snart den andre veien. Som et dyr som biter seg selv i halen. Et varmt, loddent, omsorgsfullt dyr. Og helsevesenet, det varme dyret, som biter seg selv i halen, triller snart den ene veien, snart den andre veien. Vi mikses sammen, vi som havner i dette hjulet. Mange skjebner mikses sammen. De fleste er andres. Men minst en av dem er vår egen. Mennesket i det store helsedyret. Mennesket reddes av det store helsedyret. Mennesket redder det store helsedyret. Tro håp og kjærighet.

Evt. spørsmål og kommentarer kan rettes til: laila.arvola@fagmed.uit.no



FOTO: © REGIN HJERTHOLM

Uetisk håp?

*Om Avmakt, hjelpe løshet og håpløshet
vs. Livskraft, mestring og håp*

AV SIRI BRELIN

«Legene tok fra meg håpet» kan man høre fra tid til annen fra kreftpasienter som har fått «dødsdommen». Dette er ofte et uttrykk for pasientens opplevelse av en beskjed om at man ikke lenger befinner seg i en kurativ behandlingsituasjon, men er kommet over i en palliativ situasjon hvor håpet om helbredelse ikke lenger er realistisk.

Hva er så dette «håpet», – dette tynne halmstrået vi mennesker klamrer oss til, gjennom livets mange prøvelser? Og, har det egentlig noen funksjon?

For de fleste av oss innebefører «håp» en følelse av å ha grunn til å tro på at det vil skje noe godt i fremtiden. Dette gjør igjen at vi får øket livsvilje og gå-på-humor. Som oftest vil vi mene at vi har en ganske realistisk bakgrunn for de håpene vi har, ellers blir det ikke særlig mening i håpene våre. Men gjelder det samme for den alvorlig syke?

I helsevesenet er det viktig at håpet er realistisk. Som leger vil vi ofte definere håpet ut fra en statistisk mulighet for en positiv effekt av medisinsk behandling. De fleste av oss vil se det som uetisk å støtte kreftsyke i håpet om overlevelse når vi ikke lenger har noen kurativ behandling å tilby.

Men kan man egentlig snakke om realistisk håp? Håp er et relativt begrep. Trenger håp da å ha noe med realisme å gjøre? Kreftsyke pasienter, selv de mest realistiske av dem, uttrykker ofte betydelig mer håp enn helsepersonell. Det at mange kreftsyke lever lenger enn forventet, og at enkelte uventet blir friske, viser at realisme også er et elastisk begrep. Dette gir grunn til varsomhet i vår tro på egen evne til spådommer.

Desperasjon, fra latin de-esperatus, betyr av-håpet. Som helsepersonell møter vi ofte mennesker som befinner seg i en tilstand av desperasjon. For noen er dette en forbigående fase, de kan finne håpet igjen. Det er smertefullt å være vitne til desperasjon, særlig ille er det når desperasjonen er utløst av det vi selv har formidlet, på bakgrunn av vår medisinske innsikt.



Siri Brelin

fastlege i Halden. Hun har vært engasjert i arbeid med alvorlig syke og døende i mange år. Hun har nylig avsluttet et prosjekt for Kreftforeningen for å fremme allmennlegers kompetanse i palliativ medisin.

Hvordan mennesker takler møtet med døden kan ha sammenheng med hvordan vi har mestret våre liv. Vi vet fra studier at det er sammenheng mellom mestring og håp. Italieneren S. Carlo, har vist at håp er positivt korrelert med livskvalitet, selvtillit, mestring og sykdomstilpasning. Ikke uventet fant han at der det var håp, var det mindre angst og depresjon. Tiden siden diagnosen ble stilt, sykdomsstadium og hviken behandling man hadde fått, korrelerte ikke med grad av håp.

Den medisinske sosiologen Aaron Antonowsky har utviklet en mestringsteori som knytter mestring til begrepet «opplevelse av sammenheng» (OAS) som består av tre komponenter; – begripelighet, håndterbarhet og meningsfullhet.

Begripelighet handler om at det som skjer, er kognitivt forståelig og forklarbart. Kan det settes inn i en sammenheng, og fremstå som strukturert og tydelig, eller er det kaotisk og uforståelig?

Håndterbarhet innebefører en følelse av at utfordringer kan håndteres. Det står mestringsressurser til rådighet, ressurser som en selv har kontroll over eller som kontrolleres av en annen som man stoler på og har tillit til. En person som har en sterk følelse av håndterbarhet føler seg ikke som offer og ser ikke livet som urettferdig.

Meningsfullhet er den av de tre komponentene som anses som mest betydningsfull. Den omhandler viktigheten av å være deltagende og engasjert i sitt eget liv, og i de prosesser som former ens egen skjebne. Livet har innhold og verdi, det oppleves som meningsfullt og forståelig, og det søkes

mening også i død og lidelse. En vil da ta det som skjer som utfordringer, og gjøre sitt beste for å klare seg igjennom det. Dersom man har høy grad av opplevelse av sammenheng, vil man også ha høy grad av autonomi. Dette gjør at man vil forsøke, og være åpen for, ny kunnskap.

Noen kaster seg da ut i den alternativmedisinske jungelen og skal forsøke alt, uten at de har begreper om hva de begir seg ut på. Enkelte kan finne noe der ute et sted som hjelper dem ut av resignasjonen, mens andre kan bli ofre for tvilsomme hjelpercere. Alternativmedisinere spiller i stor grad på pasientenes håp, mange vil nok si at pasientene gis et urealistisk og kanskje til og med falskt håp. Vi kan imidlertid ikke se bort ifra at dette kan bidra til en opplevelse av bedret livskvalitet, i alle fall en periode. Hvorvidt dette er etisk høyverdig eller ikke kan selvsagt diskuteres.

En gammel myte er at det er sammenheng mellom psykisk tilstand og prognose, men dette har ikke støtte i dokumentasjon. Goodwin et al. har faktisk vist det motsatte, nemlig at det ikke er korrelasjon mellom stemningsleie og prognose. Dette er nyttig kunnskap idet vi kan frita pasienter for et «ansvar» for sykdomsutviklingen fordi de ikke er riktig så glade og positive som de «burde» være, for å bedre sin prognose.

De fleste vil nok mene at håp er viktig for opplevelse av god livskvalitet. Håp kan bidra til å mobilisere livskraft, og når valget står mellom å tro det verste eller å leve i håpet, velger mennesker som regel det siste. Håp gir et bedre liv, uansett om personen blir frisk eller ikke. Selv når pasienten er døende må det være rom for håp. Innholdet i håpet vil imidlertid være i dynamisk endring og forskyves, avhengig av hva som til enhver tid oppfattes som realistisk.

Håp kan omtales på to ulike måter; som «et håp» altså en substans, eller det man faktisk håper på, f.eks. en plass på en palliativ enhet. Eller «å håpe», en prosess som foregår over tid, en livsinnstilling.

Håp kan være så mangt; det kan være å håpe at man får oppleve sin datters konfirmasjon om fire måneder, at man får se sitt lille barnebarn før man dør, at morgendagen blir litt mindre smertefull, eller at man skal klare å være våken, når kveldsbesøket kommer. Håp er viktig i en håpløs situasjon, og håp vekkes faktisk av dramatiske hendelser i livet. Å slutte å håpe er ensbetydende med å gi seg over og do.

Vår oppgave som leger blir da å fremme det «etiske håp». Når vi vet at håp og mestring er viktig for opplevd livskvalitet, blir det sentralt å gi pasienten en følelse av handlingsrom og medbestemmelse, selv i ellers ganske rigide behandlingsopplegg.

«Når andre bestemmer alt for os – når de definerer oppgaven, oppstiller reglene og styrer utfaldet – og vi ikke har noget vi skulle have sagt, reduseres vi til objekter. Hvis vi opplever, at vores handlinger ikke har noen virkninger i verden, mister den mening for oss.» (Antonowsky 2000, Helbredets mysterium, s. 108).

Det er nok en gjengs oppfatning blant leger i dag at overlevlesstatistikk ikke er egnet til å kommunisere håp til den enkelte pasient. Når pasient eller pårørende spør oss direkte, vil vi svare så skånsomt som mulig uten å være uærige. Hvis vi spurres om forventet levetid vil vi angi i intervaller som måneder-til-år, uker-til-måneder, dager-til-uker, eller timer-til-dager. Og dette gjør vi, mer eller mindre bevisst, for å gi pasienten en mulighet til å bevare et håp. Et sant håp. Et realistisk håp. Det kreves varhet, empati, ja rett og slett legekunst, for å vite hvor mye pasienten etterspor for å kunne gjøre seg opp en riktig oppfatning om hva som kan ventes i et sykdomsforløp. Det er den etterspurte kunnskap som skal gi en mestringsmulighet. Det er vårt vanskelige privilegium å bistå pasienten i arbeidet for å snu avmaktsfølelse til livskraft, hjelpebosset til mestringsopplevelse, og håpløshet til håp.

Kilder

Antonowsky, Helbredets mysterium

Goodwin, P.J. (New England Journal of Medicin 2001)

Carlo, Roma PMID: 17006108 [PubMed – indexed for MEDLINE]

Else Egeland, Foredrag Kreftforeningen

Evt. spørsmål og kommentarer kan rettes til: siri.brelin@gmail.com

The boy who lived

AV SIRI STEINE

Overgangen fra hastende handling til total passivitet var brå, og etterlot ham på toppen av adrenalinkurven. Rommet var som et vakuum av skaimøbler, plakattrrykk og bilige potteplanter. Etterpå kunne han ikke ha beskrevet noe av dette, om så livet hans hadde vært avhengig av det.

Mannen som var døpt Mikkel, var høy og tynn med en kroppslig ubekvemhet og indre dissens, som om de forskjellige delene av ham stadig var reiseklare, men ikke kunne bli enige seg i mellom, om hvor i all verden de skulle hen.

Med jevne mellomrom i livet, ble noen i hans nærhet truffet av uroen hans og spurte, om han ikke bare kunne sette seg ned, slappe av, ta det litt med ro en liten stund?

For en med så lang skrittlangde som ham, var det nesten som å be ham hente ned et stykke av månen. Han hadde forsøkt forskjellige strategier opp i gjennom tidene. Noen absolutt mindre hensiktmessige enn andre, og han kjente skamfølelsen bre seg som en ubehagelig smak i svelget når han tenkte på det.

Men ikke nå lenger. Det hadde han lovet, og lovet flere enn seg selv.

Tanken fikk ham til å stoppe vandringen fra vegg til vegg, og blikket falt på plastrammen rundt speilet over porselensvasken ved siden av døren. Speilbildet hans fanget. Han så for jævlig ut. Fortsatt litt brun etter sommeren, gudskjelov, men blå under øynene av mangel på sovn. Den gamle vanen med å dra hånden gjennom håret, hadde fått luggen til å stå skjevt tilværs på en utrolig fijollete måte. Han bøyde seg over vasken, satte vannet på fullt og nærmest badet ansiktet i det kalde vannet. Uten å bry seg med å tørke seg løftet han hendene mot håret som for å ruske det på plass, men ble stående frosset halvveis i bevegelsen. Som styrt av usynlige hender utenfra, la han først den ene hånden, så den andre forsiktig inn mot ansiktet sitt.

Minnet kom langt borte fra, og hadde vært bortgjemt i årevis. Erindringen om henne var blitt vagere med tiden, men nå var hun der for ham, likeså klar og tydelig som da han så



Siri Steine

f. 1952. Medisinsk embeteksamen i Tyskland i 1979, spesialist i allmennmedisin i 1989, medisinsk doktorgrad 1994, utdannet veileder i klinisk kommunikasjon fra The American Academy for Physician and Patient (USA, 2000). Arbeider som fastlege ved Markveien legesenter i Oslo. Hun er engasjert i undervisning og veiledning, spesielt rundt lege-pasient-forholdet og kommunikasjon. Beveger seg gjerne i skjæringspunktet mellom kunst og medisin. I tillegg til noveller har hun også laget kort-filmer og undervisningsprogram.

henne første gangen, i kroken på venterommet, et annet sted, en annen tid, et annet liv.

«Selv da, Petra», tenkte han nå.

Han hadde visst det med en gang han møtte blikket hennes første gang. At hun var der av en grunn. At det betydd noe. At hun var der på grunn av ham.

At hun var der for å hjelpe ham, hadde han ikke skjønt da. Det var kommet senere.

Det første han hadde sett hadde vært flettene hennes. Og da hun litt senere reiste seg og hilste på moren hans og ham, hvor liten hun var av vekst. Nesten som en liten jente, hadde han tenkt. Før han ble kjent med ansiktet hennes. Han så ikke så mye selv, da. Men Petra hadde øyne som fulgte ham ufravikelig.

Det hun hadde sett den dagen, noddet ham med ett som et flombelyst tablå, og han satte seg rett ned på den nærmeste stolen for at bildet skulle bli der litt til. Ikke blekne og bli borte, slik det ofte hadde for vane, når det var noe han gjerne ville beholde.

Hun forstod, med en gang hun så dem i døra på helsestasjonen, hvem de var, og i samme sekund, at bekymringsmeldingen hadde hold, og så, i neste, at dette barnet, denne gutten, allerede bar tegnet, som et permanent kastemerke i pannen, uutslettelig, upåvirkelig, hardt og synlig.

Mikkel slapp taket i bagen mellom ham og moren straks de var innenfor døra, og strenet i neste øyeblikk inn i rommet,



FOTO: © REGINI HÜERTHOLM

hvor han rørte med rastløse hender på leker og stoler, strok over stellemattene på benken ved kortveggen, kastet et par hastige blikk i hennes retning, før han bøyde seg inn mot fanget til den fremmede kvinnen som satt med tvillingvogn nærmest døra. Petra hørte ham si dette mantraet som hun skulle høre mange ganger siden, i et delvis monoton og repetitivt leie, men også med et fnugg av uoppnåelig håp;

«Bli med deg hjem? Får jeg bli med deg hjem?»

Morens håndtrykk var bløtt og fargeløst og Petra merket hvordan hun skjerpet sansene, som en anleggsarbeider før dynamittsmellet «Varsku her!». Likevel ble hun rystet i møtet med det hun hadde trodd var et sovende barn der nede, begravd under tepper og morens svulmende brune ytterjakke. Hun hadde sett skittent tøy og uvaskede barn før. Men aldri dette. En slik utrykkslös mager resignasjon, skulle bare finnes på bilder, av kreftsyke på dødsleiet, eller i svart – hvite ansikter bak piggtråd, i øyeblikket før befrielsen. Men aldri, aldri, aldri i det våkne, tomme blikket hos et tre måneder gammelt spedbarn, ubevegelig, lydlos, her blant alt det pludrende og friske.

Etterpå hadde hun sagt til seg selv at de hadde gjort alt de kunne. Satt i gang tiltak umiddelbart. Skaffet hjemmehjelp, involvert helseøster, lege, varslet saken i nemnda for barnevern. Hun selv prioriterte søskensparet som sin absolut viktigste sak. Satte ting i gang, fulgte opp, var på utsalige hjemmebesøk.

I begynnelsen var tiltakene frukter. Den minste virket mindre apatisk og huset renere. Men tryggere? Hun lurte på hvor mye av informasjonen om flaskekoking, melkeblanding, hudkontakt og døgnrytmer som faktisk gikk inn. Det var noe i morens bortvendte blick, og i farens litt hjelpelös aggressive kroppsspråk, som bekrefte det hun hadde visst fra starten. Ettersom tiden gikk og motstanden manifesterde seg og tok form, ble opplevelsen av glatt, grå teflon sterkere og tydeligere. Oftere og oftere møtte hun en stengt dør når hun kom på avtalte besøk.

Kun Mikkel var glad for å se henne, og fulgte henne som en skygge fra hun kom til hun satte seg i sin gamle Ford Fiesta, for å dra hjem til sin eget varme og sikre. Han var alltid der, som en hvilelös tilstedevarsel i periferien av synsfeltet, når hun snakket med farens eller forklarte for moren. Hun bestrebte seg på å finne det riktige inngangsnivået til deres verden. Brukte enkle ord og korte setninger. Forklarte igjen og igjen.

«Som til et barn» grep hun seg i å tenke. Og forstod det hun ubevisst hadde ant lenge. Erkjennelsen skjerpet synet og gjorde henne i stand til å se sporene hun hadde vært blind for tidligere. Halvtomme tåteflasker på gulmvivå, og bleiesnipper ubevegelig knyttet. Da Mikkel en dag løftet lillesøsteren fra

fanget til moren, med et grep som lignet på hennes eget, og samtidig røpet lang erfaring, slo det henne med full styrke.

«Herregud,» tenkte hun, «jeg er i ferd med å utdanne ham til en fem år gammel støttekontakt.»

Det var som å synke ned i et mørkt hull. Hun så på hans bortvendte ansikt og var for en gangs skyld glad for at han ikke hadde blikket på henne. Opplevelsen av nederlag og svik satt i kjeven og låste henne til stolen hun satt på.

Hun så seg rundt i rommet. På den store, overvektige moren som satt tungt i sofaen og aldri rørte sonen sin, og kun ubevegelig håndterte datteren. På halvfulle askebegrene og store, tunge ølglass blant rot og rask i bokhyllene. Med en synkende følelse i magen så hun, i et øyeblikks absolut klarsyn, utfallet av det berammende møtet om omsorgsovertagelse. Hun måtte rapportere om bedringen, det var ingen vei utenom.

«Kan jeg bli med deg hjem?» Han smålo ved siden av henne ut til bilen, mens han sin vane tro rettet ordene mot sjostøvlene som han hadde stukket de nakne føttene ned i, og mot luften og trærne og regnet rundt dem. Hun stakk de knyttede hendene i lommen, og fant en halvspist pakke med tyggegummi, noen småmynter, et krollete lommeturkle og en beslutning. Vinduet på førersiden av bilen hadde grå flekker av sålesprut. Mens hun koncentrert og omhyggelig spytet på lommeturklet og begynt å gni bort flekkene, så hun lavt men tydelig inn i ruta;

«Av og til er det min jobb å finne andre foreldre til barn som ikke har det godt. Vi kaller det fosterhjem.»

Han ble stående helt stille tett inn til henne mens han fulgte bevegelsene hennes mot bilsiden med stiv konsentrasjon og hun tenkte;

«Dette er ikke nytt for ham, han har hørt dette før.»

De neste ordene var vanskeligere, men nå var Petra i svevet, og mens hun mentalt huket seg ned for å treffe akkurat riktig, akkurat når det gjaldt, fortsatte hun med uttalt trykk på hvert ord; «Jeg må fortelle de som bestemmer om alt som er galt. Jeg må se det. Og så skriver jeg det opp i en liten bok. For at barn skal få det bedre.»

«Å», sa han, og så, «kommer du igjen i morgen?»

«Ja», svarte hun mens hun i tankene avlyste alt hun hadde tenkt å gjøre neste dag, «ja, jeg kommer igjen i morgen.»

«Ikke gi dem noen ting å spille på», hadde advokaten fortalt foreldrene hans.

«Generelle inntrykk kommer de ikke særlig langt med, så det er viktig at dere til punkt og prikke folger opp alle de pålegg dere har fått, og ikke gir dem noe konkret som de kan ta dere på.»

Og han hadde fortalt. Litt. Så godt han kunne. Ord var ikke hans sterke side, men hun kjente ham godt og visste når hun kunne spørre, og når han trengte å være i fred. Fortellingen hadde kommet i stykker og biter som deler av et lappeteppe som hun med utholdenhets og tålmodighet hadde samlet sammen og satt i hop. Det var begynt å gå opp for ham at bildene i ham var deler av en samlet historie som hang sammen, hans historie.

Noe hadde det vært mulig å fortelle.

Hvor syk han hadde vært, første dagen i det nye hjemmet. At sengetøyet på rommet hans hadde hatt bilder av biler og traktorer. Trodde han. Men han husket hva han hadde sagt til den nye fostermoren sin, som hadde sittet på sengekanten og gitt ham eplesaft i små doser med skje;

«Kan jeg sove nå?»

Han smilte for seg selv. Noe var det greit å tenke på. Som fosterfaren litt famlende omsorg med badehåndkleet da han var blitt hysterisk under forsøk på å lære å svømme. Og sinnet hans som plutselig ute av det blå kunne forvirre dem alle. «Jaja», sa fostermoren da, «det går nok over. Med tiden». Og Søster som stadig kalte ham den beste storebroren i hele verden.

Kvinnen i hvitt sto i døråpningen og gjorde tegn til at han skulle bli med, og han spratt opp av stolen og rettet ryggen som etter en lang natt, selv om armbåndsuret rundt håndleddet viste at det hadde gått mindre enn en time.

Han kjente sin egen spenst og at det var godt å gå der han fulgte etter nedover korridoren. Plutselig kom han på hva konen hans pleide å kalle ham når hun ville si ham noe godt. «The boy who lived». Gutten som overlevde. «At jeg kom på det nå», tenkte han og smilte til seg selv.

Den hvitkledde smilte tilbake i det hun åpnet døren.

«Nå lar jeg dere være alene en liten stund», sa hun og forsvant.

Hans kvinne lå på siden med ryggen mot vinduet og barnet ved siden av seg. Under fregnene var huden blålig blek, håret lå bustet og flatt i tinningene, leppene var sprukne og i den ene munnvinkelen lå det rester av tørket spitt. Han hadde aldri sett henne vakrere.

«Ikke si noe morsomt for da gjør det vondt i stingene», sa hun med et svakt smil, mens hun gjorde tegn til ham med armen at han skulle løfte opp datteren sin.

Han kjente hjertet pulsere i hele seg og åpnet munnen som for å si noe, noe om dette, om henne, om seg og om dem, men ingenting kom, og for å vinne tid strok han den ene hånden gjennom håret så luggen ble stående rett opp, på en aldeles fyllete måte.

Så tok han mot til seg, knep leppene sammen i konsentrasjon, bøyde seg over den lille bylten og løftet henne varsomt opp i armene sine mens han trakk inn den velsignete lukten av gammel narkose og rent, nytt liv. Så satte han seg forsiktig ned på stolen tett inntil. Han holdt rundt barnet med hender merket av gamle arr, og forsøkte å smile mens en lammende fornemmelse tok kontroll over kroppen hans og det eneste han kjente var den taktfaste vibrasjonen mot underlaget under ham.

Så med ett åpnet barnet øynene sine rolig mot ham, og Mikkel tenkte, mens sekundene fylte rommet at nå, fra dypet av dette ubegripelige så ser hun meg, alt jeg er og ikke er, hele mitt feilbarlige jeg. Så seg øynene hennes igjen, barnet la seg liksom tett inntil, og noe inni ham steg opp og frem og kom barnet i møte, og han kjente hvordan hele han løste seg opp, fra linjene rundt øynene til kantene i nakken.

Tårene sto som en skjermende tåkevegg i synsfeltet og han lente seg tilbake og lot tiden stå stille.

Etter en stund skiftet han stilling. Uten egentlig å være seg det bevisst, løftet han barnet rolig opp mot brystkassen sin mens han vugget henne så hun kunne rape og falle til ro. Kvinnen i sengen så den lille bevegelsen mot brystlommen på skjorten og smilte. Hun kjente ham så godt.

«Ring henne», sa hun med lav stemme, «ring henne nå».

Mikkel så på henne og i et lite glimt for det gjennom hennes intenst slitne kropp en liten redd tanke, i møtet med dette hudløse og utildekte. Så var øyebløkket over og hun pustet igjen mens han nikket sakte og samtidig gjorde tegn til å gi henne barnet tilbake.

«The boy who lived», sa hun, «Du er så god. Jeg ligger best her og ser på dere».

Og så, som en ettertanke halvt til seg selv, mens han boyde hodet og med den ene hånden tastet seg frem til riktig navn på telefonen;

«The boy who loved».

Evt. spørsmål og kommentarer kan rettes til: siri.steine@samfunnsmed.uio.no

Og han hadde fortalt. Litt. Så godt han kunne. Ord var ikke hans sterke side, men hun kjente ham godt og visste når hun kunne spørre, og når han trengte å være i fred. Fortellingen hadde kommet i stykker og biter som deler av et lappeteppe som hun med utholdenhets og tålmodighet hadde samlet sammen og satt i hop. Det var begynt å gå opp for ham at bildene i ham var deler av en samlet historie som hang sammen, hans historie.

Noe hadde det vært mulig å fortelle.

Hvor syk han hadde vært, første dagen i det nye hjemmet. At sengetøyet på rommet hans hadde hatt bilder av biler og traktorer. Trodde han. Men han husket hva han hadde sagt til den nye fostermoren sin, som hadde sittet på sengekanten og gitt ham eplesaft i små doser med skje;

«Kan jeg sove nå?»

Han smilte for seg selv. Noe var det greit å tenke på. Som fosterforens litt famlende omsorg med badehåndkledd da han var blitt hysterisk under forsok på å lære å svømme. Og sinnet hans som plutselig ute av det blå kunne forvirre dem alle. «Jaja», sa fostermoren da, «det går nok over. Med tiden». Og Soster som stadig kalte ham den beste storebroren i hele verden.

Kvinnen i hvitt sto i døråpningen og gjorde tegn til at han skulle bli med, og han spratt opp av stolen og rettet ryggen som etter en lang natt, selv om armbåndsuret rundt håndleddet viste at det hadde gått mindre enn en time.

Han kjente sin egen spenst og at det var godt å gå der han fulgte etter nedover korridoren. Plutselig kom han på hva konen hans pleide å kalle ham når hun ville si ham noe godt. «The boy who lived». Gutten som overlevde. «At jeg kom på det nå», tenkte han og smilte til seg selv.

Den hvitkledde smilte tilbake i det hun åpnet døren.

«Nå lar jeg dere være alene en liten stund», sa hun og forsvant.

Hans kvinne lå på siden med ryggen mot vinduet og barnet ved siden av seg. Under fregnene var huden blålig blek, håret lå bustet og flatt i tinningene, leppene var sprukne og i den ene munnvinkelen lå det rester av tørket spitt. Han hadde aldri sett henne vakrere.

«Ikke si noe morsomt for da gjør det vondt i stingene», sa hun med et svakt smil, mens hun gjorde tegn til ham med armen at han skulle løfte opp datteren sin.

Han kjente hjertet pulsere i hele seg og åpnet munnen som for å si noe, noe om dette, om henne, om seg og om dem, men ingenting kom, og for å vinne tid strøk han den ene hånden gjennom håret så luggen ble stående rett opp, på en aldeles fyllete måte.

Så tok han mot til seg, knep leppene sammen i konsentrasjon, bøyde seg over den lille bylten og løftet henne varsomt opp i armene sine mens han trakk inn den velsignete lukten av gammel narkose og rent, nytt liv. Så satte han seg forsiktig ned på stolen tett inntil. Han holdt rundt barnet med hender merket av gamle arr, og forsøkte å smile mens en lammende fornemmelse tok kontroll over kroppen hans og det eneste han kjente var den taktfaste vibrasjonen mot underlaget under ham.

Så med ett åpnet barnet øynene sine rolig mot ham, og Mikkel tenkte, mens sekundene fylte rommet at nå, fra dypet av dette ubegripelige så ser hun meg, alt jeg er og ikke er, hele mitt feilbarlige jeg. Så seg øynene hennes igjen, barnet la seg liksom tett inntil, og noe inni ham steg opp og frem og kom barnet i møte, og han kjente hvordan hele han løste seg opp, fra linjene rundt øynene til kantene i nakken.

Tårene sto som en skjermende tåkevegg i synsfeltet og han lente seg tilbake og lot tiden stå stille.

Etter en stund skiftet han stilling. Uten egentlig å være seg det bevisst, løftet han barnet rolig opp mot brystkassen sin mens han vugget henne så hun kunne rape og falle til ro. Kvinnen i sengen så den lille bevegelsen mot brystlommen på skjorten og smilte. Hun kjente ham så godt.

«Ring henne», sa hun med lav stemme, «ring henne nå».

Mikkel så på henne og i et lite glimt for det gjennom hennes intenst slitne kropp en liten redd tanke, i møtet med dette hudløse og utildekte. Så var øyeblinket over og hun pustet igjen mens han nikket sakte og samtidig gjorde tegn til å gi henne barnet tilbake.

«The boy who lived», sa hun, «Du er så god. Jeg ligger best her og ser på dere».

Og så, som en ettertanke halvt til seg selv, mens han bøyde hodet og med den ene hånden tastet seg frem til riktig navn på telefonen;

«The boy who loved».



FOTO: ID-REGIN HJERTHOLM

Daniels Jul

Om tro, håp og kjærlighet i (allmenn-)praksis

AV HARALD SUNDBY

Det dro seg mot jul. En travel tid. Daniel sto midt i en julestri av det ekstraordinære slaget. Det dreidde seg om mer enn det å få syv sorter i boks, gavene innpakket og huset rengjort. Utover høsten var det blitt stadig tydeligere at dobbeltlivet hans ikke kunne fortsette lenger. Han var kommet i spagaten, og fotfestene hans fortsatte å gli fra hverandre. Påfyll av daglige 10–15 sobril, fra fastlegen, og opiater av forskjellige slag, fra gatemarkedet, gav ikke lenger den nødvendige lindring og stabilisering. Nå hadde han for alvor kurs mot en eller annen avgrunn. Så det var dette julestria bød på.

Kravet om en radikal kursendring.

Daniel R. Født i 1972 i en middels stor by i Norge. Normal oppvekst i en normal familie. Far jobbet i fabrikk, mor deltid i butikk. To søsken. Vilter som barn, ville prøve alt. Fulgte skolegang til videregående. Når begynte det å gå så galt? Og hvorfor? Noen har livshistorier og oppvekstbetingelser der rusing og destruktivitet virker som en slags logisk konsekvens. De fleste, er min erfaring, ikke så med Daniel. Egentlig ingen typiske prekære mangler i hans oppvekstbetingelser.

Hybris

Men det bar veldig galt av sted med Daniel. Det begynte med rusutprøving fra 17–18-årsalderen. Hjernen hans tente på disse kjemikaliene. Det viste seg å være lite bremsekraft. Det ble rus-veien. En kjemisk-logisk motorvei som på få år førte ham til hovedstaden, og til mange høydepunkter.



Harald Sundby

Utdannet universitetet i Trondheim, ferdig 1990, kommunelege i Selbu 1993–98, ass lege St.Olavs hospital 1998–2002, og fra 2002 spes. i allmennmedisin og fastlege for 1200 pas. ved Kalvskinnet Legesenter, i sentrum av Trondheim. Universitetslektor 40% med. fak. NTNU Gift, 4 barn.

Både rusmessig, men også identitetsmessig. Han skrudde av samvittigheten, og dette sammen med hans ganske skarpe sosiale hjerne gav muligheter. Han klatret raskt i det narko-kriminelle miljøet, og fikk innflytelsesrike venner der. Mye penger også. Torpedo-oppdragene ble stadig større, og bedre betalt. Rolex til 60 000 rundt den venstre armen. Det var nytt i hans familie. Hotellhelger. Damer. You name it. Dette var 90-tallet. Dette var opptur.

Aorta kamuflasje

Slike opturer tar slutt. Igjen med kjemisk-sosial logisk nødvendighet. Alle vet det. Det går ikke i lengden. Det ble tøffere etter årtusenskiftet. Vi tar de grove linjene. Daniels dobbeltliv: Med sin raske klatring i det narko-kriminelle miljø fikk Daniel krevende oppgaver, i et krevende arbeidsmiljø. Overraskende nok ble et av kravene etter hvert bl.a. avhold fra opiater. Slik misbruk var oppsigelsesgrunn. Og «oppsigelsesrutinene» var veldig konkrete og kompromissløse. Det visste han selv alt om. Så dette var et valg å ta. Daniel valgte torpedokarrieren. Men han greidde ikke å velge opiatene bort. Det ble et liv med mange og nødvendige løgner. Et dobbeltliv med høy risiko. Og, selv for Daniel: utmattende i lengden.

Daniels kropp: Blandingsmisbruk. Injeksjonsmisbruk. Hemmelige doser, abstinenser og avsløringsangst. Feber og svettetokter. Inn i all hast på sykehus i Sverige i 2001. Sepsis med endokarditt. Hjem til Norge med aortaklaff av metall. Og Marevantabletten resten av livet. Litt nedturaktig. For ikke å si kritisk. Hvordan Daniel kunne holde det gående likevel, i ennå mange år, synes jeg er gåtefullt, og på et vis svært imponerende.

Jeg ser et par betingelser som hjalp ham en stund: Hjerteoperasjonen gav medisinsk kamuflasje. Forkledd som litt hjertesyk gikk avsløringsrisikoen ned. Han fikk åpning for kliniske løgnhistorier som satte hans langt i fra naive kolleger, litt ut av spill. For om de i dette miljøet skjønte seg på mange kjemikalier og deres virkninger, var hjertemedisin bortebane for alle. Men der den kikkende metallklaffen i hjertet gav Daniel litt mer armslag når det gjaldt løgnene, er det lett å tenke seg at en annen gjest etter hvert hjemskjøte denne dobbeltagenten. Det jeg tenker på er ensomheten. Den viktigste overlevelsесfaktoren tror jeg derfor må ha vært Åse. Slik Daniel den gangen for fem år siden kan ha framstått som en overlevelsесfaktor for henne.

Trygge Daniel

Åse S. Et par år eldre enn Daniel. Oppvekst med alkoholisert og nervøs mor, og en far som sto for det stabile. To søsken, lite kontakt. Ganske havarerte familiebånd, der alt ble vanskeligere etter at mor fikk MS og havnet i rullestol. Far ble utslikt. Mange hensyn å ta for Åse. Ekteskapet hennes fra hun var 18 år havarerte også så det holdt. Og godt var det, for dette var et såkalt «dysfunksjonelt samliv». Mye vold og trusler i alt for mange år. Da hun omsider greidde å bryte ut av dette, var hun så nedkjørt at hun ikke så seg i stand til å stille opp for datter og stesønn på 11 og 14 år. De bodde videre med faren. Hun måtte gå i dekning de første månedene, men ble sporet opp. Truslene fortsatte. Åse torde ikke annet enn å holde kjøft om alt sammen. Så hun havnet ut i dobbeltliv hun også. Spilte ut en normal fasade, om enn nyskilt. Bak der et liv som voldsoffer – helvete rent følelsemessig. Selvbilde på størrelse med noe som får plass i en fyrtikkkeske. Vansklig da å stille opp i morsrollen. Slike triste veier kan det ta noen ganger. Men Åse holdt seg unna rus. Hun hadde god innsikt og erfaring i hvilket feilspor det ville være. Hun klamret seg til en jobb i butikk, og holdt det gående. Ikke til å undre seg over da, at møtet med Daniel ganske raskt utviklet seg til noe mer. Åse hadde sine udekte behov. Et av de største var mer tryghet i livet sitt. Der kunne faktisk Daniel levere. Det ble til ekteskap. Kanskje heller ikke til å undre seg over at det skulle ta mer enn fire års samliv før hun orket å innse fullt ut det hun nok kan ha hatt fornemmelse av likevel. At her var det noe som ikke riktig stemte.

Romjulsnemesis

Så nå vet vi litt mer om dette ekteparet. Allerede mye mer enn det jeg visste, da de sammen med en ruskonsulent fra kommunen dukket opp på legekontoret mitt i romjula 2005. Da framsto de som et par i en veldig dyp krise. Godt jeg hadde bra med tid, for her var det mildt sagt vanskelig å få oversikt. Jeg kjente ruskonsulenten fra tidligere godt samarbeid, og lot meg etter hvert overtale ut av min ganske negative utgangsposisjon. Jeg har hatt som en egen ledetråd

at mer enn fem pasienter med opiatmisbruk kan jeg ikke greie å stille opp for som fastlege. Daniel framsto som potensielt min ruspasient nr. 7, og jeg kjente ubehag ved å forlate mitt prinsipp. Det som talte for, utover at ruskonsulenten allerede var på plass, var også en ganske klar fornemmelse jeg fikk. For at denne karen og dette ekteparet trengte hjelp, og mente alvor.

Det gikk nesten to timer med kartlegging, og dette var situasjonen: Daniels dobbeltpill-strategi var sluttkjørt. Det var nylig blitt Helsetilsynets mening at B-preparat-foreskrivingen måtte nedtrappes og opphøre. Rett før jul hadde han innrømmet sitt opiatmisbruk for kona Åse, og for fastlegen. Daniel så ikke for seg at han ville greie å håndtere de kommende abstinensene. Det ble ordnet med meget rask innleggelse til avrusning, men lege og pasient ble enige om at deres samarbeid med dette var kommet til veis ende. På Avrusningsposten holdt Daniel ut i 6–7 dager, til han ble tatt for innsmugling av Dolcontin. Kastet ut derfra på lille julafaten. Mildt sagt en presset julehøytid. Slik jeg oppfattet det, var dette en kar som hadde kjørt livet sitt ganske langt ut i grøfta. Det var han helt enig i selv. Og var denne røverhistorien sann, hadde jeg å gjøre med midtnorsk toppelite i fusk og fanteri. (og *det* sier ikke så lite, vil nå mange ikke trøndere si). Det var Daniel også helt med på. Og han fortalte at han var utslikt av dette livet i løgn. Men nå hadde han lagt alle kortene på bordet, og ba om hjelp. Uten hjelp så han intet håp. Absolutt intet. Fortalte Daniel.

Tro og tvil

De fleste av oss har fått slike pasienter og slike kriser inn på kontoret. Jeg mente det kokte ned til et tydelig dilemma: Tror jeg på Daniel, og på denne røverhistorien, er det bare å sette i gang. Da kan vi bli enige og lage en plan.

Men jeg visste ikke riktig hva jeg skulle tro. Aortaklaffen klikket hørbart og metallisk, og talte for så vidt sitt eget språk. Men når kan man tro på en midtnorsk mester i løgn og dobbeltpill? Åse framsto også som litt gátfull for meg. Går det i det hele tatt an å være så blåsyd og lettluft som vi var enige om at hun hadde vært? Og hadde hun fortsatt noen som helst til-lit igjen til gubben sin, og til å fortsette dette samlivet?

Åse var tydelig. Hun hadde latt seg føre bak lyset, hun opplevde seg som bedratt og holdt for narr, men hun var glad i Daniel og visste at han var glad i henne. Hun ville la dette få en sjanse. Jeg så at Daniel krympet seg, og han lovte bot og bedring. Hvis han fikk sjansen igjen.

Så der var det igjen, et ikke uvanlig klinisk kjernespoermål slik jeg ser det: Hva risikerer vi egentlig ved å møte med til-lit som første utgangspunkt?

Jeg tok Daniel på ordet. Hva kunne jeg hjelpe ham med? Han opplevde opiatsoget som sin største fiende nå. Han ønsket seg metadon, men visst at veien dit ville bli lang.

Daniels desperasjon, rådwillhet og abstinensangst lå tykt utenpå ham. Jeg merket meg også et annet lite kjennetegn; en slags litt valpeaktig ordrevillighet.

«Jeg synes det ser ut som du mener alvor, Daniel, og jeg er enig med deg i at helsa di ikke tåler mer av dette. Det ser ut til at du trenger en *helsejef*. Vi får gå den veien sammen. Avtale?»

På mitt beste kan jeg av og til treffen ganske godt. Daniel lynte opp. Jeg mente da og jeg vet nå at det var mer enn abstinensspøkelset som forsant for en liten stund. Han folte seg nok trodd og forstått. Og fikk sin resept på 400 mg Dolcontin daglig.

«Har du fått igjen litt håp nå?» spurte jeg

«Ja, sjef!» var svaret. Den tittelen og det handtrykket har blitt vårt ritual siden den dagen.

Omtrent slik var det den dagen da jeg definerte Daniel som i behov av øyeblikkelig hjelp fastlegemodifisert LAR. Jeg var nok litt rask på reseptlabben. Lettere å se det i ettertid. Jeg snott Daniel for muligheten til å dokumentere sitt opiatmisbruk bedre. I det kommende året ble ikke Daniel og Åse trodd av noen andre deler av hjelpeapparatet enn oss. Den diagnostiske dokumentasjonen viste seg å bli vurdert som alt for tynn. Og det fikk alvorlige konsekvenser for Daniel. Mye av ansvaret for dette hviler på fastlegen hans. Det kan jeg leve med. Rusrehabilitering oppover evnen til å se litt stort på det. Jeg ser det sånn at det vi helt klart ikke kan leve med, er rusrehabilitatingsprogram uten tabbekvoter.

En del håndgrep hadde jeg likevel plukket opp, og Daniel ble fulgt opp med ansvarsgruppe og krav om urinprøver. Kontrollene ble hyppige, ikke minst pga. en ganske ustabil INR. De første ukene var virkelig løfterike. Vi tok noen dobbelttimer og han fortalte mye. Det var toffe saker fra et godt liv. Daniel fortalte om stor lettelse, og han så lettet ut. Det ble tillit, og jeg merket at tvilen på Daniels troverdigheit ble stadig mindre.

Åse fortalte om «en helt annen Daniel.» En nyansatt legesekretær hos oss, som tidligere hadde jobbet ved det legekontoret Daniel hadde brukt før, fortalte det samme. Familierelasjonene til Daniel lå i ruiner, og jeg utfordret både ham og Åse på å rydde i dette. Det ville de og det tok dem et halvår. Da jeg etter hvert inviterte Daniels foreldre til en samtale, dukket bare moren opp. Faren orket visst ikke slikt foreløpig. Mor fortalte om at hun så veldig posi-

tive forandringer hos sonnen, men hun hadde blitt skuffet noen ganger før, så hun tok forbehold. Daniel måtte opp å brekke seg over vasken to ganger under den samtalen. Det tolket jeg som enda et sikkert tegn på det jeg hadde fornemmet lenge. At Daniel hadde skrudd på samvittigheten igjen. Urinprøvene var reine. Søknad til LAR ble sendt. Jeg var forresten blitt fastlegen til Åse også. Hun hadde vært sykmeldt i månedsvise, men tok seg plutselig jobb. Artig å se folk gjenvinne helsa.

Men alle som har drevet rusmisbruker-oppfølging vet det. At rusrehabilitering ikke er noen dans på roser. Nesten hver eneste konsultasjon bringer med seg minst ett eller oftest tre til fire dilemmaer å forholde seg til.

En av de vanskelige kliniske vurderingene var spørsmålet om dose. Jeg mente å se mye som tydet på at Daniel hadde mange opiatrezeptorer som skrek etter dekning. Og kona bekrefet at han hadde med seg full liten pose med full stor dose hver morgen fra apoteket. Daniel endte på 700 mg. Der sa jeg stopp. Det fant han seg i.

Og så var det dette med Daniels krisereaksjoner. Han hadde et stort sosialt fall bak seg. Fra høyt oppe i ett sosialt system, til langt nede, nærmest bunnen, i et annet. Han slet med kritisk mangel på selvrespekt. Jeg tror ikke engang fyrtikkeske er en egnet metafor. Like viktig som å substituere opiater, var det å dosere riktige doser med respekt. Som leger sitter vi med en del, kun i kraft av rollen. Strengt tatt er det bare å dele ut, så direkte som mulig.

«Jeg vet ikke riktig hva jeg skal si om det livet du har levd til nå, Daniel. Men jeg synes det står utrolig stor respekt av de valgene du har gjort siden jeg møtte deg.»

Dette falt det lett å si. For slik var det faktisk.

Tilbakeslag med jernstang

Så kom de store utfordringene. Vi var i «søknadsmøte» med LAR. Det var et utrivelig møte. Vi merket veldig stor skepsis, og LAR-representanten var tydelig på at hun mente Daniels historie virket lite troverdig. Så selv om det ikke ble sagt med rene ord, var det ganske klart for meg at hun mente Daniel fortsatt var en narko-kjeltring. Og at fastlegen hans var lettluert. Tre uker seinere kom avslaget. Opiatmisbruket var ikke tilstrekkelig dokumentert. Det manglet bl.a. urinprøver med opiater i. For meg var dette en ikke liten klinisk overraskelse. Til tross for opplevelsen på møtet hadde jeg faktisk ikke tenkt tanken at et slikt avslag var mulig, slik denne saken hadde utviklet seg. Men om overraskende for meg, var det et alvorlig sjokk for Daniel og Åse. Framgangen stoppet opp. Daniel fikk «tankekjør», og ba stadig oftere om Sobril. Hans INR ble jo-jo-preget.

Men han var ikke innstilt på å gi seg. Han møtte fortsatt like regelmessig. Åse fikk besvimelser og ble arbeidsufor. Det var ikke stort annet å gjøre enn å klage på avslaget. Til helsetilsynet.

Tilbakeslag nummer to var av det enda mer konkrete slaget. Fortiden innhentet Daniel. I bakhodet. En ettermiddag ble han overfalt og ble banket grundig opp med jernstang. Han hadde nok et og annet uoppkjørt i sitt gamle sosiale system. Han var ikke pen å se til da han dukket opp den dagen. Jernstangbanking lar seg dårlig kombinere med INR på over åtte. Jeg la ham rett inn. Ut igjen dagen etter. Ingenting var brukket. Men det var ikke slutt med dette. Det strømmet på med telefontrusler og SMS-drapstrusler i ukene som fulgte. Logisk nok, i alle fall med narko-kriminell logikk, ganske snart også på Åses telefon. Så både Daniel og hele opplegget vårt hadde fått seg en solid knekk likevel. Tankekjøret tok seg ytterligere opp i Daniels hode. Han hadde tatt meg mange ganger i handa på at han skulle holde seg unna dette miljøet. Nå holdt det hardt. Hevntankene brant i ham. Åse gikk ned for telling. Hun hadde levd med trusler før, og tålte dette dårlig. Hun torde ikke lenger gå ut og kunne ikke være lenge alene. Hun gikk ned åtte til ti kilo i vekt utover høsten. For Daniel var *det* det aller tyngste. At han nok engang bod på trøbbel for Åse. Jeg var nå i litt uvant landskap. Ekteparets helsetrusler var kommet ganske langt utenfor min medisinske kontroll og påvirkningskraft. Jeg forsøkte å introdusere noen pasifistiske grunnbegreper, men kunne merke at det virket litt tamt. Heldigvis var Åse også veldig klar på hvilken støtte hun nå ønsket, nemlig at Daniel forholdt seg passiv. Hennes synspunkter hadde noe større gjennomslagskraft. Og destabiliseringen til tross, jeg kunne fortsatt ikke se annet enn at de gjorde så godt de kunne. Behandlingsmessig virket det mer logisk å trappe opp støtten enn å trekke seg ut av samarbeidet.

Det var tøft med de daglige turene til apoteket for Daniel. Han så seg nødt til å hente opp «komiser» fra hovedstaden noen uker. De skyldte ham noen tjenester, og han trengte bodyguards. Det var blitt for farlig å gå ute alene for ham også.

Jeg foreslo at Daniel i alle fall droppet urinprøvene en stund. For bedre å kunne ta seg av Åse, og for å ha minst mulig behov for kontakt med disse livvaktene av det sannsynligvis heller tvilsomme slaget.

Grunn til bekymring

Apoteket hadde ringt meg et par ganger før, og de ringte igjen. Min pasient virket ruset og ustabil syntes de, og kom regelmessig i lag med andre åpenbart narkomane. «Nå må noen ta tak i dette», var deres vurdering, og de fortalte at

de så seg nødt til å sende sin bekymring videre i systemet. Ruskonsulenten var blitt sykmeldt. Daniel ble stadig mer destabilisert, og av og til delte jeg ut 25 sobril til ham. På grunn av tankekjøret, og fordi han sa at det gav en viss lindring for hevnlysten. Jeg registrerte at hans INR ble mer stabil den uken på sobril, men så det ellers som et klart tegn på at ekteparet og deres lege på mange måter stod med ryggen mot veggen nå. Da Helsetilsynets anmodning om redegjørelse for bekymringsfull foreskrivingspraksis dumpet inn i posthylla var det ingen stor overraskelse. Like fullt en ny utfordring, for jeg hadde ikke tidligere hatt noen slike henvendelser fra den kanten.

Om jeg i romjula året før hadde fått kompleks klinik i fanget, var det hele dessverre ikke så mye mer oversiktlig nå i romjula året etter. Kompleks klinik kan være vanskelig å gjøre rede for på overbevisende måter skriftlig. Det gikk et par romjulsdager foran Pe'en, med Fylkeslegen sittende på skulderen. Det røyk noen netter også, hvis jeg skal være helt ærlig. Jeg følte det slik at det på mange måter var hele min kliniske dømmedekraft som skulle under lupen. Jeg hvilte mye av mine vurderinger på min tiltro til pasienten. Han var også, eller hadde vært, i midtnorsk toppskikt mht. løgn og fanteri. Jeg følte meg på noe usikker is. Eller, som jeg tror Daniel ville ha sagt det: Det ble litt tankekjør.

Nord og ned med dømmedekrafen?

Om legen hadde følelse av litt tynn is, lå ekteparet allerede i sjøen. Hvis vi skal holde oss til den metaforen. Jeg så tegn til at kreftene deres begynte å ebbe ut. Håpet likeså. Jeg forsøkte en henvendelse til LAR-legen, ba om et råd, og fikk en foreslatt nedtrappingsplan for Dolcontin. Den begynte på 400 mg. Jeg lot planen ligge inntil videre. Vi ventet på helsetilsynets vurderinger.

Svaret på tilsynssaken kom først. Det var klar tale. Behandlingsopplegget var klart i strid med forsvarlig legepraksis. Samarbeidet med 2. linje hadde vært for dårlig. Journalføringen var mangefull. Dokumentasjonen likeså. Rimeeligvis ingenting om tabbekvoter.

Det som jeg merket rammet litt ekstra hardt var: «Dette er et godt eksempel på hvor galt det kan gå hvis man ikke holder seg strengere til de regler og retningslinjer som foreligger», og dessuten: «Beslutningen om å frita pasienten for plikt om urinprøver virker på oss fullstendig urimelig, all den tid han daglig likevel må hente medisiner.»

Det ble dårlige konsultasjoner resten av den dagen. Jeg oppfattet det slik at dømmedekrafen min var blitt domt noenlunde nord og ned. Hadde jeg kanskje tatt feil av hele situasjonen?

Da Daniel dukket opp for sin INR-test like før stengetid, tok jeg ham inn og formidlet hvordan denne saken nå sto. Jeg gav ham nedtrappingsplanen, og sa at den ville tre i kraft i løpet av en ukes tid. Daniel ble veldig blek.

«Vel. Sjef. Dette kommer jeg ikke til å greie. Dette kommer til å gå til helvete» sa han, tok arket med nedtrappingsplanen og gikk. Jeg oppfattet ingen trussel. Bare fortvilet resignasjon.

Så det var en tung dag på jobben. Tap av tillit til egen dømmemakt er ganske alvorlig for folk i mitt yrke. Og kanskje ennå verre var følelsen av å sende Daniel ut i kulda. Jeg visste jeg ville komme til å måtte tygge en stund på dette.

Dobbeltvedtak

Heldigvis ikke så lenge som jeg fryktet. Jeg har veldig trivlige og ivaretakende arbeidskolleger. Vi bryr oss om hverandre. Det tror jeg det er godt grunnlag for å hevde. Til lunsj dagen etter fikk jeg en fin blomsterbukett fra dem alle, med innskriften: «Du har vår fulle støtte!». Denne botaniske medisinen hjalp med umiddelbar effekt. Jeg gjenvant mye konsekvenser i løpet av den lunsjen. Og det var mer overraskende hjelp på vei. Posten kom i to-tiden. Der lå en ny stor konvolutt fra Helsetilsynet. Det var kopi av svaret til Daniel på anken om avslag i LAR. Han hadde fått medhold! Riktig nok «under meget sterkt tvil». Med et slikt medhold var vi på skinner igjen i denne havarerte rehabiliteringen. Daniel og Åse har hemmelig adresse, og jeg hadde tidligere erfart at det kunne ta inntil to til tre uker før de fikk post jeg hadde sendt dem. Jeg ringte Daniel umiddelbart, og ba ham stikke innom en tur igjen. Han kom som siste pasient den dagen. Fortsatt gråblek. Han fikk gode nyheter og gjenvant friskere hudfarge.

Jeg fortalte at jeg slik saken nå sto, selv sagt trakk tilbake nedtrappingsplanen fra i går. Daniel fortalte at han uansett ikke hadde hatt til hensikt å følge denne planen. Han hadde utarbeidet en helt annen tidsplan. Allerede på kvelden i går hadde han bestilt seg et stort parti heroin, som han skulle trappe ned med så smart muligheten bed seg. For godt. Han hadde ikke sett så mange andre alternativer. Håpet var ute. Han kunne ikke leve med det å skuffe Åse med å havne på kjøret igjen.

Jeg foreslo at han kansellerte heroinkjøpet. Det var han innstilt på å gjøre som en første ting. Men aller først ville han hjem å fortelle siste nytt til Åse.

Daniels tredje jul

Ting tar tid. Det drar seg mot den tredje julen med Daniel og Åse på pasientlisten min. Daniel gjennomførte sin avrusning: – «det er pinadø det verste jeg noen gang har vært med på.

Aldri igjen!» og ba faktisk om en ekstra uke på avrusningsposten – «for å bli sterk nok». Veldig gode kliniske tegn, slik jeg så det.

Jeg ba om et møte med Fylkeslegen, og fikk det. Han stilte med to saksbehandlere, så det var litt tre mot en. Det ble et bra møte. Vi var enige om at det var gjensidig læringsverdi. Jeg gav Helsetilsynet ros for det jeg oppfattet som et nyansett dobbeltvedtak, og syntes jeg møtte litt bedre forståelse for dette med tabbekvoter. Og Daniel hadde bedt meg hilse og takke. For at tvilen hadde kommet ham til gode.

Det ser ut til at Daniel har vært heldig med metadoneffekten; god lindring og lite bivirkninger. Og bare reine urinprøver. Så langt. Åse har også gradvis kommet seg litt mer på pluss-siden.

«Nå føler jeg meg helt trygg på at Daniel vil greie dette», forteller hun. Jeg har lært meg at Åse gjør gode vurderinger som er vel verdt å ta med seg. En av grunnene til at jeg stoler veldig godt på hennes skjønn, er at hun til de grader har feilvurdert situasjonen før.

Med plass i LAR fulgte også rett på rehabiliteringspenger, og således en noe mer stabilisert økonomi. Trodde både jeg og ekteparet. Men på trygdestønad viste det seg at boligstønaden fra kommunen falt bort. Der paret tidligere faktisk hadde fått dekket opp den ganske høye husleien i sin privat leidde leilighet, gjorde andre paragrafer seg gjeldende nå. Deres husleie var på 7500 kr, og det de fikk å leve for uten boligstønad, ble et sted mellom 500 og 1000 kr. Hver måned. Altså ikke til å leve for. Heller ikke mulig å betjene husleien. Husleicavtalen måtte sies opp. Det gikk mot hjemløshet. I denne situasjonen så ikke paret annen mulighet enn å ta ut separasjon. Sammen kunne de i alle fall ikke leve. Daniel fikk en liten kommunal nød-hybelleilighet til en månedspris av 8500 kr. Med mange tvilsomme nabover. Heia den norske velferdsmodellen.

Jeg så på dette som en ny kritisk destabilisering. Det gjorde ikke Daniel i samme grad.

«Dette er no' tull. Jeg blir så fly forbanna! Men dette ordner seg etter hvert.»

«Så du blir ikke fristet til å innkassere noen enkle narkopenger igjen?»

«Vel, i så fall har jeg skilsisse og ikke separasjon. Dessuten har jeg gitt deg mitt ord, og det vet du. Så den saken er ganske grei, sjef.»

Hjemløshet er en ting. Udekte opiatreceptorer noe annet. Med det siste problemet under noenlunde kontroll ser det ut til at han tåler andre utfordringer imponerende godt.

Og kanskje ordner det seg. Åse ble også forbanna og fokuseret. Hun fikk nok av klientrolle og byråkratiske snubletråder. Hun har tatt seg jobb igjen. Jeg tror at de finner ut av dette og flytter sammen igjen. Til et eller annet sted som ikke er kommunalt. Når Åse har fått en månedslønn eller tre.

Tro, håp og kjærlighet

Daniel og Åse mot sin tredje jul. Strengt tatt like hjemløse som ekteparet under betlehemsstjernen. Men heller litt *utskrevet* av manntallet, og nyseparert. Som fastlege er bekymringen likevel ikke lenger så stor. Med tanke på hva de

har vært igjennom, er det grunnlag for å mene at deres kjærlighet ser ut til å utholde alt. Bortsett fra nedtrappingsplaner.

Jeg vil ikke kalle det håpløst. Vi er dessuten enige om at ju-lefortellinger som dette må og bør sikres en løfterik utgang. Både Åse og Daniel har forsikret meg, og Utpostens leser, at de skal gjøre sitt beste for å få til det. En slik garanti holder lenge for meg. Jeg har fått troen på dette ekteparet. Så får Utpostens leser tro og håpe hva de vil.

God jul i alle hjem!

Evt. spørsmål og kommentarer kan rettes til: har-su2@online.no

Fotografiene

i dette temanummer av Utposten er et eget visuelt innlegg til temaet «Allmennmedisinske kompromisser» møter «Tro, håp og kjærlighet». Bildene står illustrerende til hver artikkel, men kan også sees i sammenheng uavhengig av tekst.



Regin Hjertholm

Utdannet ved universitetet i Bergen, ferdig 1986. Fastlege ved Eidsvåg legekontor i Bergen siden 1990. Fotografisk kunstner med første utstilling i 1979. Arbeidet i mange år med IKT i helsevesenet bl.a utvikling av elektronisk pasientjournal, kommunikasjon og sikkerhet.

MAIL: regin.hjertholm@isf.uib.no
WEB: www.reghjhjertholm.no

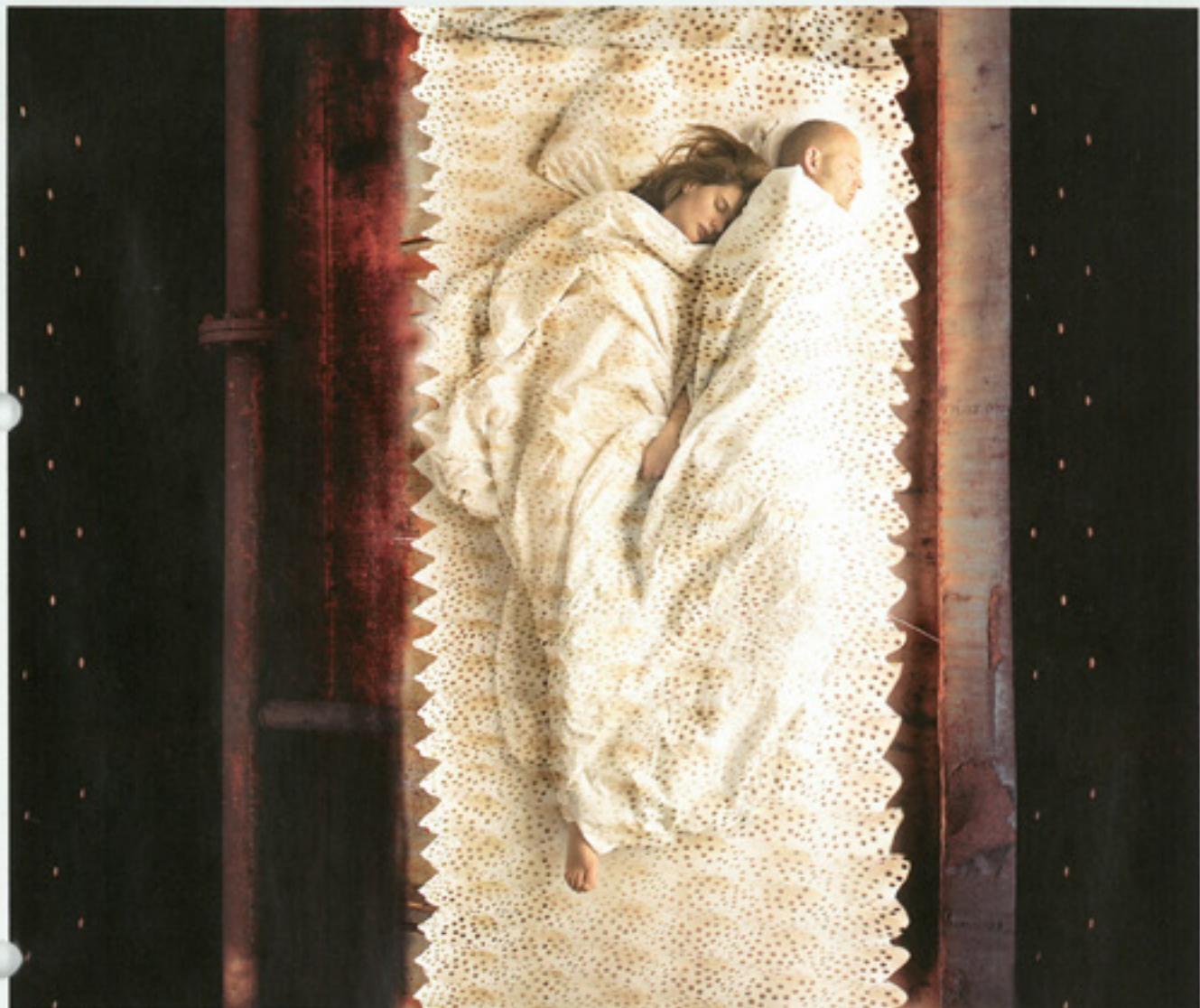


FOTO: © REGIN HJERTHOLM

elektroniske samhandlingsarena
helhetlig pasientforløp
sikret nettverk

