

Revet løs

AV PÅL GULBRANDSEN



Nokså motvillig forlot jeg det sydende konferansemiljøet for å sette meg på en lokal buss fra Miami Beach og inn til handlestrøket for å finne noe å ta med hjem. En brysk bus-sjåfør avkrevde meg nøyaktig to dollarsedler ved å peke på en maskin. En femmer var uinteressant. Spredt omkring i bussen satt middelaldrende og eldre, hovedsakelig loslitte fargede mennesker. Verken vennlighet eller fiendtlighet var å spore. Vel nede i setet, alene, kjente jeg meg løsevet. Sårbar og derfor påtrengende til stede, levende. Sist jeg hadde den samme følelsen, var på venterommet hos fastlegen.

På bussen i USA kunne jeg vende opplevelsen til en refleksjon over hvor usikker fremtiden er for mange amerikanere. At det å leve der er forbundet med en daglig reell sårbarhet, et spørsmål om å klare seg, på godt og vondt. «Anything can happen», som lokale konferansekolleger sa når de kunne bekrefte observasjonen. Uløselig bundet til sårbarheten er spenningen og forventningen til at dette kan

«Physicians must remain apart from the enervating morass of the patient's problems, viewing them detachedly yet interestedly»

ARING, JAMA 1958

bli en god dag. Det skal ikke romantiseres. Drosjesjåføren fra Haiti kunne fortelle om ti år i Miami med halvårige, korte besøk hjemme hos familien. «In Haiti, I had no money, but if I found a job I had money. Here I work day and night, and still I have no money.» Likevel: Skandinavisk trygghet har en bivirkning – sårbarheten vår kommer i skyggen, det å leve er selvfølgelig, umerkelig.



Pål Gulbrandsen, f. 1955. Cand. med. Bergen 1979, dr. med. Oslo 1998. Spes. i samfunnsmedisin 1992 og allmennmedisin 1991–2001. Nå seniorforsker ved HØKH, Akershus Universitetssykehus og førsteamanuensis ved Univ. i Oslo. I hovedsak allmenn- og samfunnsmedisiner til 1994, rev meg løs fra pasientene og har drevet med helsetjenesteforskning siden, avbrutt av noen år som med. redaktør i Tidsskriftet. Savner pasienthistoriene, men ikke blodtrykksmålinger.

Godt da at det finnes venterom. Det er litt ubehagelig hver gang. Fastlegen viste seg å ha tatt permisjon, og jeg kunne vente meg en vikar. Selv hadde jeg hostet og kremtet og harket ekle ting i fem til seks uker og kunne ikke lenger overse symptomene. En litt rar følelse i venstre halvdel av brystet også. En slags ekstra lyd eller ralling. Ikke-røyker, ellers frisk, eller, litt slapp og energifattig – kanskje? Jo, slapp også. Litt dumt å gå til legen for noe så lite, jeg kunne jo bare stukket ned og fått min radiologkollega til å fikse et bilde. Men så var det strupen. Det kjentes som det kom derfra. Mest forklarte jeg det for meg selv med en langvarig ikke så kraftig bihulebetennelse. Det liknet jo ikke egentlig, men... Hvordan ville nå denne vikaren være? Og så var det dette andre, den store påkjenningen jeg hadde vært gjennom, ville jeg komme til å si noe om den?

Det gikk med meg som med de fleste som går til legen. De fysiske symptomene ble revet løs fra meg og ivaretatt. Jeg ble lyttet til – hva angikk symptombeskrivelsen, lyttet på og måtte gape og si «a». Det ble tatt blodprøve, formodentlig CRP. Vikaren trodde ikke det var nødvendig med bilder, men signaliserte at om jeg var utrygg kunne han rekvirere det. Jeg sa det var unødvendig, selv om jeg var utrygg. Indirekte laryngoskopi ble ikke utført. Det ble ikke til at jeg sa noe mer.

Jeg fikk fantasier om at jeg kunne bli revet løs fra alle jeg betyr noe for, men disse tankene dominerte ikke livet. Symptomene vedvarte. Tre måneder senere var jeg ikke lenger utrygg, bare plaget, og stakk innom både øre-nese-hals-kollega og radiolog og ble undersøkt. Intet galt. Som-

merferien kom, symptomene ble gradvis borte. Andre dag på jobb var de tilbake for fullt. Inneklimaet! Jeg jobber i brakke på åttende året, det siste året har de revet gamle-sykehuset nærmest rett under føttene på oss. God forklaring, men umulig å påvise årsakssammenheng.

«Detachment is necessary to accurately observe and predict patients' emotional state»

BLUMGART, NEJM 1964

Jeg er ganske rasjonell, og mener selv jeg har sterk psyke. De gangene jeg har hatt fysiske symptomer over tilstrekkelig tid til å stusse over dem, har jeg oppsøkt lege – som leger flest kanskje heller litt sent enn for tidlig. Jeg har ikke hatt farlige sykdommer, men det jeg er behandlet for har ikke vært bagatellmessig. Fastlegene jeg har møtt har vært elskverdige, høflige, og har tatt symptomene mine på alvor – men ingen av dem har noen gang spurt meg om hvilken betydning symptomene har hatt for meg, eller hvordan jeg har tolket dem. Ingen har spurt om jeg har familie, om arbeidssituasjonen min, eller om det var noe mer jeg hadde på hjertet. Når jeg nevner dette for kolleger, er forklaringen uten unntak at det har de ikke tid til. Enkelte legger gjerne til: «Og slipper jeg følelsene til, bryter timeplanen helt sammen.»

Enda litteraturen viser at det ikke er slik. Jeg tror forklaringen er en annen: Legene vet ikke hvordan de skal gjøre det, eller hvordan de skal håndtere ting som kommer opp der de ikke har behandling å tilby. Legene har rett nok tatt over sjamanenes rolle. Men den medisinske kulturen har vaktet seg vel for å gå inn i religionens rolle. I religiøse fellesskap finner folk trøst og glede ved å være sammen i motgang, lidelse og sorg. I den medisinske kulturen tar vi menneskene imot én og én, river dem løs fra verden rundt og behandler i dølgsmål, bundet av taushetsplikten. Sykdom er en privatsak, må vite.

Mon det. På venterommet slår det meg at jeg ikke kjenner noen av de åtte til ti andre som sitter der, enda de bor nok i området. Kunne vært hyggelig å snakke med dem, ikke nødvendigvis om det som plager meg – ikke med en gang i hvert fall – men liksom bare prate litt. Småprat om løst og fast, relasjonsbygging. Kanskje noen har noen erfaringer å by på? Kanskje kan jeg en gang lufte min usikkerhet og

med det lette en annens? Men her er alle innelåst bak dameblader og friluftsmagasiner, og det ene barnet pusler stille med noe duplo. En gang i min tid som allmennlege, etter å ha behandlet den ørtende ryggsmertepasienten med passivt levesett, slo det meg hva jeg burde gjøre: Samle dem alle og ta dem med på tur på skauen hver onsdag kl 09.00. Jeg gjorde det aldri og angret ennå. Takstsystemet stod i veien. Turgåingen var i mitt hode ikke det viktigste – det viktigste var fellesskapet. Hvorfor i all verden bruker vi ikke mer felleskonsultasjoner, slik at pasientene kan bygge nettverk og knytte bånd? Det er forsøkt med hell enkelte steder. Legen er en leder, hvorfor lede bare en av gangen? Noe nytt må vi uansett finne på for å holde helseutgiftene i sjakk.

Det er så flaut å trenge hjelp! Nesten litt skammelig, noen ganger. Noen kunne komme til å tenke at jeg ikke mestrer, tenk å gå til legen for noe sånt! Eller om det var alvor: Å bli invalid, uten verdi. Med virkelig høy risiko for å bli revet løs. Fra arbeidslivet og til ørkesløst hjemmeliv eller til det faste bordet på kjøpesenterkafeen. Fra fastlegen til et labyrintliv preget av vaklende hengebroer mellom spesialister, institusjoner og hjemmesykepleiere. Hvorfor spør vi ikke hvordan folk har det med sykdommene sine, eller hvorfor de kommer med symptomene? Hva de tenker på? Hva de forventer? Legen og forskeren Kirsti Malterud har for lengst vist oss at det fungerer – rett nok i sin studie av kvinnelige pasienter. Svarene sitter enda lenger inne hos menn, men de er der!

Labyrintliv? Det høres jo ille ut, å være i en labyrint som hjelpetrengende. Men sannelig: Ikke er det mye lettere å arbeide i den. I de siste par årene har vi gjennomført en stor undersøkelse ved Ahus. Et 70-talls leger har fått kurs i klinisk kommunikasjon og vi har studert om de endret atferd gjennom videoopptak av konsultasjoner. Antropologen Ellen Kristvik fulgte legene gjennom kurset. Hva brakte det frem hos deltakerne? Her er noen sitater:

«Det er første gang siden studietiden at jeg har opplevd å få ordentlig feedback på utøvelsen av legerollen.»

«Man er veldig alene som lege. Vi tar lite hånd om hverandre.»

«Jeg husker min første vakt som turnuskandidat på et distrikts-sykehus. Vi fikk inn tre hjertepasienter den natta. Og alle døde. Jeg ble helt overlatt til meg selv og var helt shaky etterpå, men når morgenen kom og de andre kom på vakt, ble jeg bare møtt med en konstatering av at jeg nå hadde fått prøvd meg litt.»

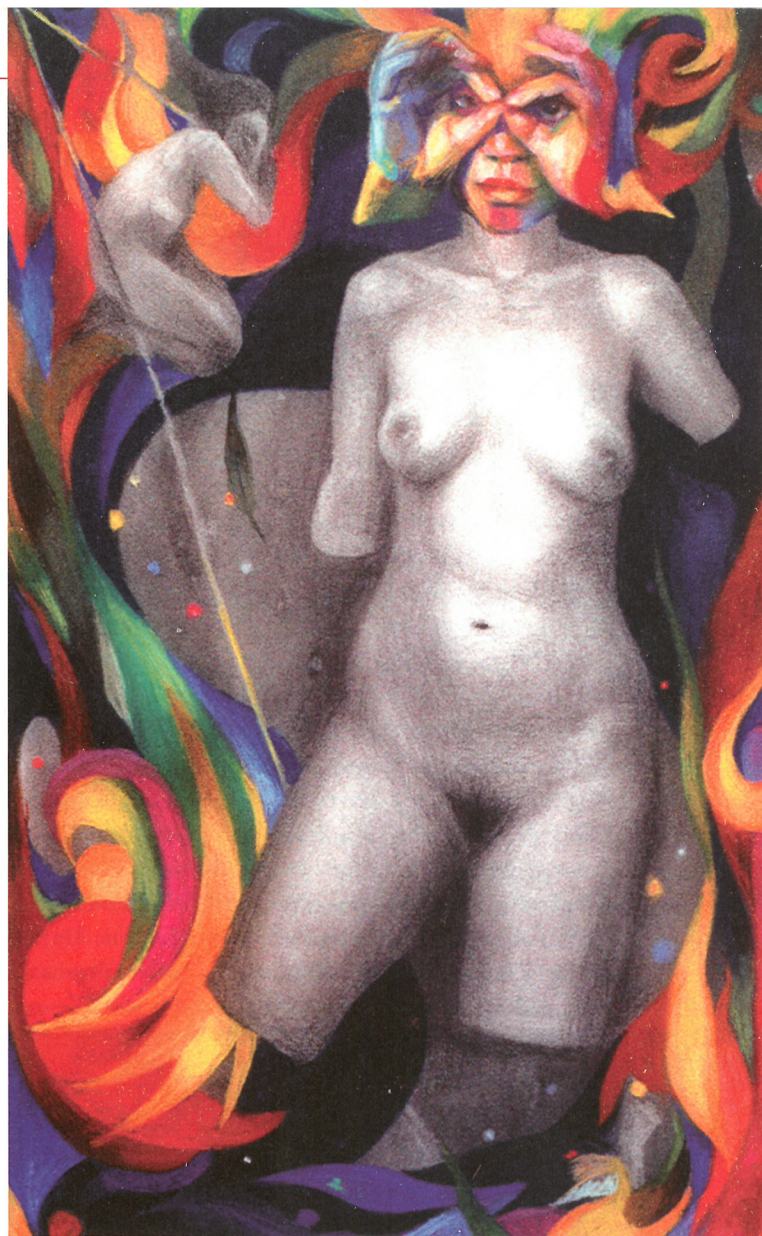
«Når det går galt hos oss på fødeavdelingen, opplever vi den ultimate krisen. Og står da på bar bakke. Jordmødrene og sykepleierne har et godt innarbeidet system for slike situasjoner. De tar vare på hverandre og har en grundig debriefing etter slike episoder. Men vi, vi må bare gå videre som best vi kan.»

«Andre grupper er langt bedre til å begrense egne arbeidsoppgaver. Fra et karrieremessig synspunkt er gruppeutvikling lite naturlig eller attraktivt for leger.»

Ensomhet. Revet løs fra hverandre. Ingen tilbakemelding på sentrale ferdigheter, ingen støtte etter ekstreme opplevelser, det er selvberging og autonomi opp og i mente. Jeg kan ikke skjønne annet enn at det fostrer utrygghet. Denne utryggheten, som vi knapt våger å slippe fra magen og opp mellom ørene, er som riset bak speilet: Helsetjenesten er ikke tuftet på kunnskap. Den er tuftet på angst. Legenes angst. Angst for å overse noe som helst. Angst for å møte og håndtere sterke følelser, hos pasienten, hos seg selv. Angst for å legge usikkerheten på bordet, vise frem uvitenhet eller uløselige dilemmaer. Angst for blottstillelse.

Visste dere, kjære allmennpraktikere, hvor ofte dere omtales i nedlatende vendinger mellom sykehusveggene? Har noen av dere noensinne opplevd å få en ærlig og redelig tilbakemelding på godt eller dårlig arbeid fra en sykehuskollega? Jeg har, og jeg har heget om den. Etter en alt for lettvinns innleggelse av en eldre pasient med litt høyt blodsukker, da jeg dagen etter ville legge inn en pasient jeg trodde hadde endokarditt: «Jeg var ærlig talt litt skuffet over deg i går, Gulbrandsen.» Vennlig tone, men tydelig tale. Utsagnet ble opphav til en kort, god samtale og han tok selvsagt imot min nye pasient. Hva gjorde kollegaen med sin likefremme ærlighet? Han knyttet et bånd til meg og gjorde meg bedre. Han kunne ha baksnakket meg, ødelagt min relasjon til lokalsykehuset, svekket min tro på meg selv og økt min ressursbruk. Revet meg løs.

Den er bevisst fragmentarisk, denne teksten, en metatekst så å si, et sett med løsrevne observasjoner limt inn etter hverandre slik at fugene synes. Er det mulig å skape helhet av delene? Kanskje, hvis vi åpner for et tilskudd av ånd. Det må være det som mangler i vestens medisin. Jeg har selv sett med misbilligelse og ikke så lite humor på kravet fra mange land om en ytterligere utvanning av WHO's helsedefinisjon: «En tilstand av fullkommen fysisk, psykisk, sosial og åndelig velvære, og ikke bare fravær av sykdom eller lidelse». Jo, definisjonen er absurd i sin utopi. Men påpekingen fra den ikke-vestlige sfære har noe ved seg. Som helsedefinisjon er både gjeldende og foreslått versjon lite verdt. Som rettesnor for arbeidet vårt gir endringsforslaget mening. Vi kan ikke utføre legearbeidet som kelnere, rørliggere eller ekspeditører. Vi må gjøre det annerledes.



I flere tiår nå er det terpet for oss: Vi må se hele mennesket, ikke bare sykdommen, og det har bare delvis hjulpet – skal jeg dømme etter egne erfaringer og hva jeg ser på våre videoopptak. Så la meg julehilse dere annerledes: Begynn det nye året med et åndelig nærvær i hvert eneste møte med pasienter og kolleger, en klar bevissthet om å knytte deg til pasienten, til kollegene og til din egen familie. Ikke bare se hele pasienten. Ikke bare lytt. Se og lytt med hele deg. Berør, og la deg berøre. Lykke til.

Evt. spørsmål og kommentarer kan rettes til:
pal.gulbrandsen@ahus.no

“The same detachment that enables medical students to dissect a cadaver without fear or disgust seemingly enables them to listen to patients without becoming emotionally involved”

FOX & LIEF, THE PSYCHOLOGICAL BASIS OF MEDICAL PRACTICE, 1963