

# Utt posten

Blad for allmenn- og samfunnsmedisin

NR. 8 - 2011 • ÅRGANG 40

## INNHold:

LEDER: Møter som berører oss. AV TOM SUNDAR	1
Celina og Magne. Fire møter. AV DAGFINN HAARR	2
Kald jul for Muhammed. AV HARALD SUNDBY	6
Trigeminiusneuralgi. AV JOHN NESSA	10
Godhet. AV LIV WALSETH	12
Møte på den andre siden av grensen. AV AINO SNELLMAN	15
De gales hus. AV PERNILLE NYLEHN	17
Ei ånd fangar deg og du fell ned - om hmon, møte og moderne medisin. AV LISBETH HOMLONG	23
Ridderfaktoren. AV PÅL GULBRANDSEN	26
Revelegen. AV PER FUGELLI	29
På den andre siden av veggen. AV OLAV GUNNAR BALLO	31
Legevakten og døden. AV ANN KRISTIN STOKKE	34



## **Ésther Díaz Perez**

Født i 1985 i Madrid. Studerte både jus og journalistikk ved Universidad Carlos III i samme by fra 2003 til 2009. Etter ett år i Roma med Erasmus-programet tok hun en Master i Internasjonale Forhold i Madrid igjen i 2010. Hennes lidenskap er å vise verden slik hun ser den både gjennom artikler og bilder, og hun har derfor også vært med flere fotografikurs både i Spania og i Mexico, hvor hun nå arbeider som redaktør i avisen Reforma. Bildene vi har i dette nummeret av Utposten er tatt av Esther i forskjellige verdensdeler og vil vise flere typer moter, som er temaet for julenummeret i år.

WEB: <http://www.wix.com/estherdiaz/photos>



## **Ida Myklebust Sundar**

Ida er født i 1990 og bor i Oslo. Hun tar bilder for å formidle til andre det hun opplever, og for å spare på gode minner og opplevelser. Til daglig er Ida student ved Høgskolen i Oslo og Akershus, hvor hun tar en Bachelorgrad i Medier og kommunikasjon. Ved siden av studiene jobber hun som fotofrilanser i Budstikka, lokalavis for Asker og Bærum. Tidligere har Ida gått foto- og friluftslivslinje på Øytun Folkehøgskole i Alta. Her vokste interessen for foto og formidling.

FORSIDEBILDE: Ida Myklebust Sundar

DESIGN/OMBREKNING:

Morten Hernæs, 07 Gruppen AS

REPRO OG TRYKK:  
07 Gruppen AS

07



# Møter som berører oss

På medisinstudiet for mange år siden var jeg med på gruppeundervisning ved osloykehusene, ledet av erfarne leger. Vi fulgte våre veiledere fra den ene pasientstuen til den andre, og møtte personer med ulike sykdommer og helseplager – noen alvorlige, andre mindre alvorlige. Som studenter syntes vi at enkelte av veilederne var overmåte kvikke i sitt håndlag med pasientene. Jeg unnskyldte dem med at tiden var knapp og at de måtte være effektive. Vi skulle jo «videre til neste». Det var så mange pasienter å se. Så mye å lære i indremedisin.

Iblant gikk det galt og situasjonen ble mer pinlig enn pedagogisk; slik det var med professoren som uten unntak stilte seg opp ved fotenden av pasientens seng. Han håndhilste sjeldent, og snakket mer om de syke enn med de syke. Han kunne virke brysk, nesten hoverende – men dessverre var han ikke alene om det.

Andre lærere gjorde et bedre inntrykk. De håndhilste i det minste. Men én av mine mentorer glemmer jeg aldri: Bestandig satte han seg ned – «bed side» – og tok et godt grep om pasientens hånd. Han innledet samtalen med å takke for at vedkommende hadde sagt seg villig å stille opp til undervisning – og la seg

bli beglodd og undersøkt av en hærskare medisinstudenter. Denne legen valgte å eksponere færre pasienter for oss, men desto mer prioriterte og verdsatte han tiden som vi brukte på hver enkelt av dem.

Gang på gang ble jeg forundret over hvordan hans enkle, men faste og varme håndtrykk var i stand til å forvandle apatiske, ofte maktesløse blikk hos syke og sengeliggende personer til levende og håpefulle ansiktsuttrykk. Ikke bare fikk han god kontakt med pasientene. Gjennom disse øyeblikkene av berøring løftet han frem det beste i oss alle, studenter så vel som pasienter: Det var som om disse små øyeblikkene frigjorde en uforløst kraft i møtet mellom lege og pasient; en kraft som traff våre hjertestrenger og som hyllet oss inn i et meningsfullt nærvær – og som endret våre roller fra å være kjølige observatører til lyttende medmennesker.

Da semesteret var over, sa vår kloke lærer: «En god del av det dere har lært vil naturligvis gå i glemmeboken, men lov meg å huske én ting: Ta på pasientene. Hils på dem. Gjør det med et godt håndtrykk. Berøring er viktigere og mer helsebringende enn det dere er klar over.»

I Utpostens julenummer har vi bedt kolleger reflektere over møter som på en eller annen måte har berørt dem, gitt en aha-opplevelse eller skapt et vendepunkt; møter som de bærer med seg videre. Legene beretter om møter med pasienter, kolleger, situasjoner, livsfaser og ulike kulturer. Det handler om fornuft og følelser, skam og erkjennelse, sannhet og skjønnhet, oppturer og nedture, tvil og tro, erfaring og lærdom.

I en travel arbeidshverdag kan mas og tidspress drepe våre fineste innskytelser, kvele våre sanselige inntrykk og frata oss muligheten til å dvele ved minneverdige møter. Iblant trenger vi tid og ro til å være ærlige mot oss selv og reflektere over livets viderverdigheter, over de små og store samtalene, erfaringene og hendelsene som former og elter oss, og gjør oss til dem vi er.

Bruk fridagene i juletiden til lese bidragene fra Per Fugelli, Pål Gulbrandsen, Dagfinn Haarr, Lisbeth Homlong, John Nessa, Pernille Nylehn, Aino Snellman, Ann Kristin Stokke, Harald Sundby, Liv Walseth, Per Fugelli og Olav Gunnar Ballo.

La deg inspirere, engasjere, overraske – og berøre.

Tom Sundar





# Celina og Magne

## Fire møter

■ DAGFINN HAARR *fastlege og assisterende kommuneoverlege Kristiansand kommune*

### 13. juni 2003

Misbrukerteamet har førstehjelpsopplæring i Wergelandsparken og jeg vaksinerer mot hepatitt. Vi serverer kaffe og bløtkake. I utkanten står Magne. Han ser stor og farlig ut, uflidd, skitten og han har med seg en stor, svart hund. Jeg slår meg ned hos Magne og får meg en skikkelig overhaling. Magne kan ikke fordra leger og vil være i fred. «Alle leger er kvakksalvere!» Men jeg vet at Magne ruser seg mye og er i en vanskelig situasjon. Jeg vet også at han har vært til stor hjelp og beskyttelse for en dame som er pasient hos meg. Etter at jeg har fått mitt pass påskrevet med all mulig tydelighet, tilbyr jeg Magne å stikke innom på legesenteret vårt en dag det passer ham.

Noen dager senere står Magne i døra, like stor, farlig og uflidd som før. Han vil undersøke om jeg har noe å tilby. Jeg gir ham min vanlige førstegangsmottakelse. Her er det jeg som styrer, og jeg stiller bare lukkede spørsmål. Jeg kartlegger mest mulig av tidligere livshistorie, rushistorie, sykehistorie, kriminalhistorie, sosiale forhold og nettverk. Det jeg får vite, skjærer meg i hjertet: Magne har vært i fem barnehjem, like mange fosterhjem, han har hatt kontakt med et tresifret antall konsulenter, kuratorer og barnevernsarbeidere, og han er drittlei av å fortelle sin livshistorie. Han har ingen kontakt med sin familie. Han har ikke noe rusfritt nettverk. Han hadde en sosialkurator han stoler på, men Terje har skiftet jobb og er ikke lengre tilgjengelig for Magne. Tennene er elendige, enda Magne bare så vidt har passert 30 år. Han lever på sosialhjelp og har ikke bolig. Heldigvis har Magne først og fremst et opioidproblem, og jeg tilbyr ham ventekvote på Temgesic i påvente av at vi skal få igjennom en LAR-søknad. Magne synes dette høres brukbart ut til tross for sin skepsis mot leger i sin alminnelighet.

I det Magne skal gå ut av kontoret, snur han seg plutselig og setter øynene i meg: «Et spørsmål til slutt: Kan jeg stole på deg?» Jeg har åndsnærværelse nok til å svare: «Nei, det kan du ikke! Fylkeslegen kan komme og ta meg, jeg kan få en takstein i hodet eller kælve på sykkelen eller bli overkjørt av trikken, men bortsett fra det, kan du stole på meg.» Siden den eneste trikken i Kristiansand er Kardemommetrikken i Dyreparken, er svaret godt nok for Magne, og vi starter et samarbeid som hittil har resultert i 640 journalnotater og 35 ansvarsgruppemøter.

Det går langsomt framover. Magne får lov til å bli boende i den kommunale rønna han har slått seg til i, han klarer å få startet opp LAR-behandlingen på fjerde forsøk. Han får startet tannbehandling, han får ung uførepensjon, han får utredet sine leddgiktplager og sin hepatitt C og han bruker mindre og mindre ulovlige stoffer ved siden av metadonen.

Hjemmesykepleierne synes at Magne og hans bolig er skumle. De tør ikke gi ham metadon hjemme. Derfor har to hjemmesykepleiere og Magne daglige stevnemøter på vårt legesenter. Det er nok sikrest å være to på slik en farlig pasient. Denne ordningen tar en brå slutt når sommervikarene reagerer, mannen er jo ufarlig til tross for sitt utseende. Deretter er det kun en sykepleier som leverer metadonen hjemme hos Magne. Jeg savner de daglige møtene der han satt på venterommet vårt, presis som en klokke, og med kaffe og skolebrød til frokost.

Magne får erstatning for tapt barndom, og han klarer å la være å søle bort alle pengene som så mange andre av mine pasienter har gjort. Han planlegger kjøp av egen bolig etter hvert.

Bjørnar blir sosialfaglig oppfølger for Magne. Bjørnar er voksen, erfaren, trygg og stabil og finner fort tonen sammen med

Magne. Magnes drømmer om et godt, borgerlig liv kommer litt nærmere for hvert ansvarsgruppemøte. Men Magne har fortsatt hele sitt nettverk i rusmiljøet og det er vanskelig å bli helt rusfri.

Den store svarte hunden, som slett ikke var farlig, måtte avlives 27. april 2010. Magne var veldig lei seg, men han gjorde ingen dumheter.

### 26. april 2010

Celina sitter sammen med sin stefar utenfor døren til kontoret mitt, ille tilredt, med blåmerker både på halsen og på resten av kroppen. De forteller at sambøeren har dengt henne opp. Hun står ikke på fastlegelista mi, og jeg har det travelt. Jeg burde sende henne videre til hennes fastlege. Men jeg har ventet i mange år på Celina. Helt siden jeg vaksinerte henne mot hepatitt på slutten av 1990-tallet har jeg visst om henne. Jeg vet at hun har bodd sammen med en LAR-pasient de senere årene. Hun har epilepsi og har fått Xanor og Rivotril av sin fastlege og i tillegg brukt metadon illegalt. Av en eller annen grunn har hun ikke ønsket å gå inn i LAR. Kanskje var det alle ryktene om strenge regimer og ubehagelige ansvarsgruppemøter og sjøer av urinprøver som holdt henne tilbake? Celina har nå levd på sosialhjelp i tretten år.

Celina og stefaren får komme inn på kontoret. Hun er medtatt, redd og begynner å bli abstinert. Vi blir enige om at jeg fra nå av skal være fastlegen hennes selv om lista mi er full. Jeg får øyeblikkelig av sted en henvisning til avgiftning og LAR-behandling og anbefaler en rask nedtrapping på Xanor og Rivotril. Vi trapper ut Xanor i løpet av ett par uker. Jeg starter på egen hånd opp metadonbehandling og lar henne beholde Rivotril til hun i juli går gjennom avgiftning og videreføring av metadonbehandlingen innenfor LAR-systemet. Celina bruker tiden til å etablere en trygg tilværelse. Hun får leid seg en bolig privat og hun holder tett kontakt med mor og stefar. Det kommer ikke flere epileptiske anfall. Vi møtes ukentlig, og jeg er mektig imponert over jobben Celina gjør for å få ryddet opp i livet sitt og rusingen sin. Og ikke minst at hun har fått tro på at LAR-teamet og jeg vil henne vel. Men hun er livredd for sin tidligere sambøer og sliter med benzoabstinenanser.

### 15. juni 2010

Celina og Magne sitter sammen utenfor døra på kontoret. De kan fortelle at de er blitt kjærestere 18. mai. Jeg får bange anelser. De fleste parene med rusproblemer i min praksis er ikke akkurat til hjelp for hverandre. Men de insisterer på at dette skal gå bra. De har be-

stemt seg for å kutte ut all illegal rusing, til og med cannabis. Bjørnar påtar seg å bli oppfølger for Celina også, selv om dette er utenom reglementet.

Fra den ene dagen til den andre skjer en dramatisk endring i Magnes utseende. Ikke bare har han fått nye tenner, men han er nyklipt, ren og velstelt i tøyet. Jeg er litt misunnelig fordi han har bedre smak i klesveien enn jeg har. Magne sier tørt: «Celina har gitt meg renslighet og jeg har gitt henne trygghet». I tillegg er begge to mye mer levende og tilstedeværende enn før. De har nemlig klart å kutte ut alle illegale stoffer. De får små mengder Sobril av meg, vi møtes hver uke og lager et langsiktig nedtrappingsopplegg som de følger til punkt og prikke. Alle urinprøver er rene. Vi løser små og store problemer etter hvert som de oppstår. Celina virker trygg og får vist den styrken som bor i henne. Hun er en flott dame.

Slik går nå ukene og månedene. Kjærligheten blomstrer og alle hjerter gleder seg. Celina og Magne holder seg helt unna rusmiljøet. I oktober 2010 forlover de seg. De er mye sammen med Celinas familie og kan rapportere om mange hyggelige familietreff, dagsturer til Danmark og andre aktiviteter som vanlige mennesker bedriver. Men Magne bor fortsatt i den kommunale rønna, og den egner seg dårlig for turtelduer. Kåken skal totalrenoveres; Magne klarte å stoppe et vedtak om riving. Magne må flytte ut. Celina og Magne bestemmer seg for å flytte sammen offisielt. Vi er spent på hvor kommunen vil plassere dem. Det er mange belastede kommunale boliger i byen. Boligkontoret stoler på rapportene fra Bjørnar og meg, og de får tildele en bolig i et dannet strøk litt utenfor byen og flytter dit i mars 2011.

### 19. juli 2011

Bjørnar og jeg er invitert til ansvarsgruppemøte hos Celina og Magne i deres hjem. De bor i enebolig, hagen er minst like velstelt som naboenes. I uthuset har Magne fått det verkstedet han alltid har ønsket seg. Innendørs er hjemmet innredet med sikker stilsans. Ikke et støvkorn i krokene. Det er røykeforbud innendørs, selv om både Celina og Magne fortsatt bruker nikotin. Naturligvis er det filtknotter på beina til møblene. Traktelementet er upåklagelig. Celina og Magne forteller at de nylig har deltatt i dugnad sammen med de andre naboene i veien, og de opplevde til sin store fryd å bli behandlet som vanlige mennesker.

Vi oppsummerer det som er skjedd hittil, og jeg konkluderer med at undrenes tid ikke er forbi, men denne type undere kommer ikke dalende ned fra himmelen. Det aller vik-



tigste underet er at Celina og Magne har våget å tro at livet har kunnet by dem noe til tross for alle nederlag og alle brutte relasjoner, og at de har hatt tillit til at vi som hjelpere ville og kunne gå sammen med dem på veien. Magne sier: «Det viste seg at jeg kunne stole på dere.»

Sjelden har jeg følt at Hjalmar Söderbergs dikt fra «Doktor Glas» har vært mer treffende:



ILLUSTRASJONSFOTO: DA MINKELBUST SIN

Man vill bli älskad  
 I brist derpå beundrad  
 I brist derpå fruktad  
 I brist derpå avskydd og föraktad.

Man vill ingiva människorna nogen slags känsla  
 Själen ryser för tomrummet og vill kontakt för  
 vad pris som helst.

Celina og Magne har klatret hele veien opp  
 fra forakt til kjærlighet. Jeg er glad og stolt  
 over å kjenne Celina og Magne og gleder

meg til møtene som venter oss i årene fram-  
 over, selv om de nå står svært så støtt på egne  
 bein.

AVSLUTTENDE KOMMENTAR: Celina og Magne  
 har selv valgt sine alias. Celina fordi det er  
 det vakreste navnet hun vet, Magne fordi det  
 er det styggeste navnet han vet. Begge har  
 vært aktivt med i arbeidet med denne artik-  
 kelen.

[dagfinn.haarr@sentrum-legesenter.no](mailto:dagfinn.haarr@sentrum-legesenter.no)

# Kald jul for Muhammed

*Rapport fra et møte med svart og hvit magi*

■ HARALD SUNDBY *fastlege, Trondheim*

Med en viss rett må man kunne si at han kom fra det svarteste Afrika. Han fortalte at han var asylsøker fra Niger. Jeg merket at det pirret min nysgjerrighet. Det å være fastlege for folk fra forskjellige deler av verden er et privilegium synes jeg, og en slags orkesterplass for innsyn i hva som rører seg der ute. Og selv i en global utkant som Trondheim har jeg et-

ter hvert en lang liste av nasjonaliteter som jeg har møtt på legekontoret. Niger stod ikke på den lista. Det var en av de første tingene jeg fortalte Gazanfar. At jeg derfor syntes det var litt spesielt artig at han hadde havnet på min fastlegeliste.

Han ble først litt vantro og brydd. Han sa at han

kunne forstå at jeg synes dette var vanskelig.

Tolken fanget opp misforståelsen. Jeg reformulerte litt og la inn «bien venue». Litt fransk har man da snappet opp. Da brøt det fram et veldig bredt smil i Gazanfars åpne, mørke ansikt. Isen var brutt.





**ESC**

Kortversjonen av det han fortalte, var som følger:

Han var fra en mindre landsby i Niger, der familien hadde to lastebiler og drev i transport. Han hadde kone og to jentebarn på to og fire år. Det var konflikter mellom ham og hans onkel, fars bror. Det dreide seg så vidt



ESUSNASONGA/ISTOCK (ÅRZ PAKI) / SHAKIRI/ISTOCK. (DA MIKELIUSI SUNGDA)

jeg forsto om eiendomsforholdene til lastebilene. Onkel hadde, igjen slik Gazanfar la det fram, et tett forhold til det lokale maktapparatet i landsbyen: landsbyhøvdingen og den lokale heksedoktoren. Gazanfars far døde plutselig for noen år siden. Gazanfar var ikke i tvil om at dette skyldtes svart magi utført fra heksedoktoren, som ganske riktig stadig truet med slik ganning.

Dertil kom et annet problematisk forhold: Hans døtre skulle, slik ritualene påbød, omskjæres. Gazanfar hadde selv hatt en søster som døde etter slik kjønnslemlestelse, og hadde satt seg i mot at dette ritualet skulle gjennomføres.

Han havnet derfor etter hvert i betydelig unåde i landsbyen. Det ble farlig for ham. Etter tips fra en venn kom han seg unna. Frykten han opplevde tilsa at han måtte komme seg langt vekk. Via kontakter, og ved hjelp av en del oppsparte penger ble det arrangert slik at han ble smuglet om bord i en lastebåt i Lomé, hovedstaden i Togo. Gazanfar holdt seg, slik instruksjonen var, skjult om bord i tre uker. Da han gav seg til kjenne var båten i en europeisk havn. Han havnet til slutt på asylmottak i Trondheim.

Han hadde sørget for at kona og ungene også fikk flyktet og fant dekning i hovedstaden i Niger, Niamey.

**Svart magi med hvor lang rekkevidde?**

Hva Gazanfars ærend på legekantoret var? Diverse symptomer: hodepine, urolig mage, hyppig vannlating, tidvis kvalme, sønnavnsker. Ganske lett for meg å kjenne igjen som stressymptomer. Men hva så han for seg selv? Spurte jeg, pasientsentrert. Det han så for seg som en dystre, men dessverre sannsynlig forklaring på plagene var at den svarte magien ikke kjente noen grenser hva rekkevidde angikk. Sånn sett så han på symptomene som bekymringsfulle, for ikke å si alarmerende. Det ble en interessant dialog. Jeg forsøkte å være tydelig på at slik jeg oppfattet hekseriet han fortalte om, liknet dette på det vi på vår kant vanligvis kaller «psykologisk krigføring». Gazanfar aksepterte min posisjon. Men hans far var falt plutselig død om, uten at sykehuset etterpå fant noe galt. Det var mye beviskraft i akkurat det, syntes han, på at dette måtte være sterkere krefter enn bare å spille på frykten.

Men så han for seg at jeg, med mitt vestlige perspektiv, ville kunne påvise og eventuelt gjøre noe med slik ganning? Ville han kunne dra nytte av min analyse og mine undersøkelser? Spurte jeg, og Gazanfar var tydelig på at han gjerne ville utredes på min måte.

Litt nytt terreng for fastlegen, men jeg merket likevel ingen veldig stor avmakt. For noe i dialogen bar bud om en gjensidig respekt og tillit. Og det var tydelig veldig godt for også denne mannen fra en Niger-landsby å få luften sine bekymringer i et terapirom. Selv om det var trønderisk og jeg åpenbart manglet kompetanse i fagfeltet svart magi.

**Med plikt til å avverge**

Dette mitt første møte med Gazanfar var i 2004. Mye vann har rent i både elva Niger, og i Nidelven siden det. Jeg og Gazanfar hadde tre til fire møter den våren, og jeg utarbeidet bl.a. helseuttalelser til bruk i asylsaken hans. Jeg så ikke mer til ham inntil han dukket opp igjen over to år senere. Han hadde fått seg jobb på et lakseoppdrett ved kysten, og hadde bodd der. Asylsøknaden var avslått, men nå kunne han fortelle om en stor og fantastisk nyhet. En dag hadde han fått en telefon fra en Røde Kors funksjonær på et asylmottak i Troms, som hadde fått i oppdrag å forsøke å spore ham opp. Fra Fatima, kona hans.

«Du vil ikke tro det, Doktor, men nå er kona mi og jentene mine her! De måtte flykte fra Niger, de også. Fatima var sikker på at jeg ikke lenger levde, men situasjonen var blitt for farlig for dem. De havnet i Nord-Norge. Og så greidde de å spore meg opp. Jeg reiste straks nordover. Det må være Allahs vilje at vi fant hverandre igjen. Og nå har vi kommet oss hit til Trondheim, så jeg kan fortsette å jobbe.»

Det var sant at jeg syntes dette hørt temmelig fantastisk ut. Men nokså snart etter materialiserte både Fatima og de to jentene seg på kontoret, og jeg var blitt familielege for en hel liten familie fra en landsby i Niger med tilhold i en firesengs-campinghytte på et asylmottak utenfor byen. Og etter hvert som jeg ble kjent med dem, falt det meg stadig vanskeligere å **ikke** tro dem.

Fatima hadde fremmet sin egen asylsøknad. Som hovedårsak til flukten hadde også hun fremmet frykten for at jentene ville utsettes for kjønnslemlestelse.

### Når tvilen rår, søk samarbeid

Tre dager etter mitt første møte med Fatima og jentene fikk jeg en ny veileder i posten. Jeg synes det kan bli vel mange av dem, veilederne, men denne viste seg nyttig. Den dreide seg om hvordan helsearbeidere skal forholde seg til nettopp situasjoner med risiko for kjønnslemlestelse. Her ble både varslingsplikt til barnevern poengtert, på lav indikasjon, og dessuten avvergeplikt, og eventuelt varsling til Politiet hvis risikoen ble vurdert som mer enn 50 prosent. Unnlattelse av avvergeplikten kunne straffes med bøter eller fengsel inntil 1 år, leste jeg.

Jeg kjente på tvilrådighet. Her forelå noen krevende dilemmaer.

Det gikk et par år med venting, avslag på asylsøknadene og ankesak. En tøff tid og usikker tid for en liten familie. De slet. Barna var stresset. Fastlegens rådvillhet ble ikke mindre.

Og når tvilen rår, søk samarbeid. Et slikt samarbeid ble etter hvert etablert med to barnepsykologer i BUP, en helsesøster og en psykiatrisk sykepleier ved Flyktningehelseteamet, og en psykolog fra det regionale senteret for traumer og vold, som alle fulgte familien. Det viste seg dessuten at kommunen hadde en egen konsulent for kjønnslemlestelsesproblematikk. Hun var en sykepleier, opprinnelig fra Kenya. Hennes analyser virket spesielt kompetente, og hun støttet meg og de andre i en vurdering om at her forelå det en høy klinisk troverdighet i familiens fortelling. Det mente altså ikke UDI (Utlendingsdirektoratet). De hadde på sin side aldri møtt dem. Jeg mente at kriterier for avvergeplikt muligens forelå, men et forslag fra min side om et dialogbasert samarbeid mellom Utlendingsnemnda og helsepersonell ble ikke besvart. En tilsvarende forespørsel fra advokat om at Fatima og Gazanfar måtte få framstille saken sin ved personlig fram møte ble vurdert som ikke formålstjenlig, og ble avvist.

### Fastlegen vs. Heksedoktoren 4-3 (etter ekstraomganger)

Så nå var avmakten til å ta og føle på for familien. Det å vente i månedsvis i frykt for brev fra Utlendingsnemnda er i seg selv en prøvelse, og en helsebelastning. Og Gazanfar følte fortsatt mulighetene for pågående ganning og svart magi som en tilleggstrussel. Slik angstskapende avmakt hos pasienter er ikke så lett å forholde seg til for fastleger heller, aller minst når unger er involvert. Jeg vred hodet for å komme opp med noe som kunne lindre litt. Jeg fant overraskende god veiledning i Etsiske regler for leger §1. Den om menneskerettigheter og rettferdighet. Slik jeg tolket den paragrafen, var det i alle fall grunnlag for

å utstede ett dokument: Skriftlig uforbeholden oppholdstillatelse på asyl Kalvskinnets Legesenter for hele familien, så lenge de var i byen og trengte legehjelp. Med stempel.

Dessuten kom jeg på at jeg muligens var i besittelse av litt hvit-magiske virkemidler. Den svarte magiens kjennetegn var, slik Gazanfar så det, at den virket ved negative energier, med mulig global utstrekning. Og hensikten var å bryte ned mottaker, gjerne uten at det kunne merkes direkte. Jeg oppdaget at jeg med like stor global rekkevidde kunne nå min pasient, hvor enn han befant seg, med positive energier, og med klar hensikt i å bygge opp og støtte. Og han ville alltid få varsel når magien var i bruk.

Hver fredag i noen uker sendte jeg Gazanfar en SMS med teksten: «God helg til dere. Take care. Mvh. Fastlegen». Det tok bare ett minutt. Gazanfar kunne fortelle at en slik legehilsen betydde mye. Han fikk ro og styrke av det.

«Og hvor lenge virker dette?» spurte jeg.

«I fire dager» svarte Gazanfar. Deretter, de siste tre av ukens dager, hadde uroen lett for å sige på igjen.

Jeg valgte å tolke dette dit hen at vi muligens hadde et lite overtak.

### Asyl Kalvskinn

Men det kom tilbakeslag. Endelig avslag på anke. Anmodning om å forlate landet. Fatima var høygravid. Vi bekymret oss for belastningen dette ville være for henne, men hun lot seg støtte og oppmuntre. Snart etter fødte hun en sønn, Muhammed. Tre måneder gammel fikk han et eget brev om at han også måtte forlate landet snarlig. Jeg gjorde meg noen global-filosofiske tanker om dette brevet. Sånn sett et krav om en lang reise for denne gutten, og en maksimal nedrykning. Fra Norge, på solid første plass i FN's sosioøkonomiske første divisjon, til Niger, på sjetteplass i bunndivisjonen. Uten beskyttelsesbehov.

Av alle akutthenvendelser jeg har fått i fanget som lege gjennom årene tror jeg at jeg alltid vil huske denne, fra trettende dag jul i 2011, det som etter ortodoks kristen kalender er selveste julaften.

Vinterkulden hadde virkelig bitt seg fatt i landsdelen, vi noterte 22–23 kuldegrader. Vel inne i legekontorvarmen igjen etter en tur over gata for å handle lunsjmat, møtte en av legesekretærene meg på venterommet:

«Hun fra Niger er her med barnet sitt. De gikk rett inn og satte seg på kontoret ditt».

Og ganske riktig, der satt Fatima med Muhammed. Hun var i morgenkåpe og tøfler, han i pysj med ullteppe rundt seg. Hun var i en panikktilstand. Det tok litt tid å få oversikt i situasjonen. Vårt legesenter er lokalisert i

samme bygning som det kommunale tolkekontoret, og lykkeligvis var vår fantastiske, faste franske tolk inne, og ledig. Fatima lot seg roe litt ned og fortalte:

Hun hadde vært en snartur innom naboen og så en politibil kjøre inn i oppkjørselen. Politibetjentene tok seg opp trappa til deres leilighet. Fatima flyktet, først med buss fire holdeplasser, deretter tøffel-løpende en snau kilometer langs Nidelven til legesenteret.

Hun hadde altså tatt oppholdstillatelsen på alvor.

Jeg liker egentlig godt de forskjellige tillits-erklæringer som våre pasienter av og til viser oss, men for denne situasjonen manglet det retningslinjer. Skjønt kanskje ikke. Nok en gang var legeetikkenes paragrafer til god hjelp. Sprengkulda var en klar helsetrussel for Muhammed og Fatima. Våre første tiltak ble klinisk varme; en kopp te på skifestuen, og forsikringer om at det var fint og helt greit at hun hadde kommet til oss. Tolken viste seg igjen fra sin fleksible side og hjalp til med å ta en del nødvendige telefoner. Jentene ble om- dirigert til legesenteret etter skole og barnehage. Vi lyktes også med å få tak i Gazanfar etter hvert. Han hadde tatt i mot Politiet hjemme, hadde snakket med dem, og de var dratt derfra. Han dukket også opp på legekontoret, voldsomt stresset, men med varme klær til kona og sønnen. De tok flere telefoner, blant annet med sin advokat, og ved kontortidens slutt besluttet de at de ikke hadde stort annet å gjøre enn å reise hjem igjen.

### Å se avmakten i hvitøyet

Det var Muhammeds heller *uortodokse* «julefeiring» på vårt legesenter. Familien har faktisk levd i fred for Politiet siden dette, uten jeg vet hvorfor. Fatima sover riktignok med mobiltelefonen i handa. Det gir henne en viss trygghet. Hun har fortalt at hun har tre nødnummer lagret, «hvis noe skjer». Det er fastlegens, tolkens og barnepsykologens nummer. Jeg vet ikke hva jeg for min del vil kunne gjøre, hvis hun ringer. Men jeg har lang og solid erfaring for at den typen symbolsk preget trygghet er virksom.

Nå i julen 2010 har Fatima og jentene vært fem år i landet. Gazanfar i sju år. De har presede og usikre livsbetingelser, og det går ikke så bra med dem. Jentene er nok allerede varig skadet av utryggheten? Men jeg tror det kunne gått mye verre. For om svart magi og tærende strukturell kulde har satt dem i langvarig og helseskadelig frykt og avmakt, finnes det mye av den nærende kliniske varmen i både helse- og skolesystemet de har med å gjøre. Det er min løfterike erfaring fra det tverrfaglige samarbeidet rundt familien. Ikke minst er jeg imponert over inkluderingsinn-

satsen fra skolen sin side. Den fortøner seg sterk og kompromissløs. På et møte der forleden ble vi enige om en viktig konklusjon: at om avmakten kan oppleves overveldende, også for oss på hjelpesiden, er første skritt på vei ut av avmakten å erkjenne og identifisere den tydelig, og ikke la seg skremme. For så å dele den. I det ligger et potensial, og liten kime til motmakt. Kall den gjerne hvitmagisk.

Det familien knytter sitt håp til nå foran

sin femte jul i landet, er en omgjøringsbegjæring fra i vår knyttet opp mot barnas «tilknytning til riket». Det er utenfor min og helsevesenets mandat å vurdere denne tilknytningen i juridisk forstand. Men uansett om det går slik eller sånn, tilknytningen til legesenteret mener jeg må fortsette. Det definerer jeg som et etisk privilegium. Om enn noen ganger litt utmattende.

Så får vi se hvordan dette går. Av og til er det tålmodighet som varer lengst.

har-su2@online.no



# Trigeminusnevralgi

■ JOHN NESSA *fastlege, Fister*

Eg var ung. Nyutdanna. Flink. Eg kunne mitt fag. Sjølvtiliten var det ikkje noko gale med. Sjølvkritikken var kanskje litt dårlegare utvikla. Eg meinte å kunne min neurologi. Det vi ikkje visste om hovudpine etter å ha vore studentar hos professor Sjaastad på Rikshospitalet var ikkje verdt å vite. Sjaastad hadde lært oss kunsten å diagnostisere. Sjaastad hadde lært oss skilnaden på migrene og cluster hovudpine, spenningshovudpine og hjernevulst. Det var før vi hadde CT og MR. Men vi hadde alle algoritmene. Alle veikarta skulle følge for å få den rette diagnosen.

Det var berre eit problem som ny doktor. Kartet stemte ikkje med terrenget. Dei reine tilstandane vi las om i læreboka, dukka ikkje opp på kontoret. Dei subaraknoidalblødningane som blei meldt med blålys til det lokale sjukehuset, viste seg å vere noko meir trivielt, kanskje i retning migrene eller spenningshovudpine. Ikkje noko presist å finne verken ved spinalpunksjon eller klinisk undersøking.

Heilt til Sunniva dukka opp. Sunniva var ikkje nokon kven som helst. Som det mest attraktive avkommet i det største handelshuset i denne småborgarlege vestlandsbyen visste alle kven Sunniva var. Og mange kunne tenke seg ein aksje i Sunniva. Av mange grunnar. Av lett synlege grunnar. Men aksjeposten var ikkje ledig. Sunniva var for lengst etablert i stabilt ekteskap med tre småungar.

Sunniva dukka opp på kontoret til den nye striktslegevikaren. For Sunniva hadde fått hovudpine. Distriktslegevikaren hadde som nemnt eit stort og kanskje litt oppblåst sjølvbilet. Likevel kjende han seg i enkelte situasjonar slik som Karen Horney beskriv den nevrotiske mannen: kjenner du deg som ein idiot, er det greitt å kompensere og la folk få inntrykk av at du er eit geni. Stilt overfor oppgåva å diagnostisere Sunnivas hovudpine kjende John Nessa seg som ein idiot. Det var så vakt det heile. Stemde ikkje med noko han hadde lært. Lite å gripe tak i både ved fri utspørring og klinisk undersøking. Men igjen kom professor Sjaastad til hjelp. Hovudpine-manualen lå der på skrivepulten og skreik etter å bli tatt i bruk. Det var berre å begynne å spørje. Strukturert. Systematisk.

Vondt i hovudet lenge? Nei  
Nyoppstått? Ja  
Kraftige anfall? Ja  
Einsidig – tosidig? Ja, unnskyld, einsidig  
Kvalme, oppkast? Nei  
Paracet hjelper? Nei  
Kortvarig – langvarig? Kortvarig (svar avgitt etter lett nøling og god hjelp frå utspørrar)  
I ansiktet? Ja  
Rundt kjeveleddet? Ja, også der.

Som ein ropar i skogen, får ein svar. Utspørringa fortsette. Og stemninga steig. For dette kunne gå mot tolv rette. Ein lottotrekning mange år før spelet var oppfunne, der pasienten kunne vinne det store loddet og få ein «verkeleg» sjukdom. Ikkje berre dette vanlege surret med vondt i hovudet og finnikkje-noko-gale og er nok stress og har det nok for travelt og må nok lære å ta vare på meg sjølv. Nei, pasienten kvalifiserte for ein aktverdige sjukdom som berre den kunne oppdage som hadde kompetanse til slikt.

Sunniva hadde trigeminusnevralgi. Så fulgte ein rask monolog om tilstandens natur. Ein svært plagsom tilstand, oftast hos kvinner. Det var ei ansiktsnerve som slo krøll på seg. God, og livslang behandling: Tegretol i hestedosar.

At tilstanden er klart hyppigast hos eldre menneske, fann ikkje legen det verdt å nemne. Det passa ikkje heilt inn i fasiten. Og ein må ha lov å selektere litt kva ein vil formidle.

Sunniva var ikkje berre rik, klok, vakker og sympatisk. Ho var også sosialt kompetent og spela på lag med legen. Ho var takksam for at ho endeleg hadde truffe ein lege som forstod henne og tok hennar hovudpine på alvor. No hadde ho fått vite kva som faktisk feila henne.

Tegretol 200 mg x 3. Ha det bra. Men legen hadde det ikkje bra særleg lenge. Rus over eigen fagleg suksess er ein svært kortvarig rus. Spesielt når den byggjer på eit falskt grunnlag. Etertanken og sjølvkritikken melde seg. Kunne det tenkast at diagnosen var feil? Var det ikkje mangt ein ikkje hadde kartlagt? Er det ikkje framleis slik at det vanlegaste er det mest vanlege? Kva med prevalens? Er det særleg sannsynleg at Sun-

niva er ein av dei 10 000 blant oss som skal ha denne diagnosen? Bør ikkje trigeminusnevralgi vere ein eksklusjonsdiagnose etter fleire rundar hos neurolog? Kva med å dømme ei ung kvinne til 600 mg karbamazepin resten av livet? Sjølv distriktslegevikaren forstod at det var noko som skurra her. Og han innsåg at han måtte gjere noko med det.

Men han slapp å ta noko initiativ sjølv. For to veker etterpå dukka Sunniva opp igjen. Som om ingenting hadde hendt tidlegare dukka ho no opp med ein føflekk ho ville ha vurdert. Og føflekken kunne ein gjere raskt unna. Slik at legen kunne nærme seg det litt meir kjenslevare temaet hovudpine igjen. Han bestemte seg for for ein gongs skuld å vise ørlite sivilt mot, våge å tape ansikt, våge å innrømme feil, seie det som det var: ho hadde nok ikkje trigeminusnevralgi likevel. Konklusjonen var forhasta. Det var synd viss ho måtte betale i dyre dommar for ein medisin som truleg ikkje ville gi henne noko anna enn plagsomme biverknader.

Reaksjonen frå Sunniva overraska ein smule. Som alltid før var Sunniva overstrøymande vennleg og raus. Eg trong ikkje beklage noko som helst. For ho hadde sjølsagt ikkje prøvd denne medisinen. Ho hadde alltid visst at ho hadde den same hovudpina som mora hadde. Og den gjekk det godt an å leve med. Når ho hadde søkt lege var det no først og fremst for å finne ut av den nye distriktslegen. Og då var det greitt å komme med noko ho visste kva var. Resepten hadde ho lagt i eit skap på kjøkkenet der ho alltid la frå seg ting ho visste ho aldri ville få bruk for. Ho takka igjen for ein flott konsultasjon og vona ho fekk lov til å komme tilbake.

På vegen heim frå jobb den dagen passerte eg tannlegekontoret. Og eg sende ein stille takk til Vårherre for at han ikkje hadde utdanna meg til tannlege. For då hadde eg nok rotfylt med ein gong. Og gått glipp av ei god historie.

John.nessa@isf.uib.no

# Godhet

■ LIV TVEIT WALTSETH *Spesialist i allmennmedisin, stipendiat tilknyttet AFE Bergen/Forskningsgruppe for allmennmedisin, ISF, UiB, lege i spesialisering i psykiatri*

Jeg vil her fortelle om et møte som har betydd mye for meg, og som har gitt opphav til mange tanker og følelser. Nå er det vel slik at alle møter har betydning: Ved flyktige møter med tilfeldig forbigående kan kjente ansikts-trekk og gester vekke minner og følelser, og blikk preget av varme, kulde eller likegyldighet setter i forbifarten sitt avtrykk på oss og gir oss en følelse av verdi eller verdiløshet. Lengre møter kan ha enda mer påtrengende betydning, på godt og vondt. Det jeg vil skrive om her dreier seg om møtet med et menneske som definitivt hadde det med seg at han satte gode avtrykk hos mennesker rundt seg. Til tross for bare noen timers bekjentskap gjorde han et uutslettelig og forstyrrende inntrykk, og gav meg tanker om hva slags avtrykk jeg selv setter på dem jeg møter.

For 15–20 år siden reiste jeg sammen med en god venninne og kollega til Seoul på en stor konferanse for allmennpraktikere, tilsvarende et asiatiske WONCA. En fin varm kveld gikk vi opp på en skogkledd ås midt i byen der det var en tårn-restaurant med flott utsikt. Tilfeldigvis traff vi der seks–sju asiatiske allmennpraktikere fra samme konferanse, avslørt for hverandre av navneskilt og samme konferanse-vesker. Vi kom i prat, og det ble til at vi satte sammen to bord på restauranten for å spise middag sammen. Middagen ble en unik opplevelse, med god mat og drikke og gode samtaler. Vi var fra flere ulike nasjoner, men hadde en åpenhet og et felleskap som slett ikke er en selvfølge mellom fremmede mennesker. Kanskje felles allmennpraktikerbakgrunn med erfaring fra å møte alle slags mennesker i ulike livssituasjoner bidro til fellesskapet? Samtalen ble nær og personlig, og utviklet seg etter hvert til at vi på en åpen og respektfull måte søkte å forstå hverandres religiøse overbevisning. En sjelden opplevelse, og uendelig godt å erfare at det faktisk går an å snakke om religion uten at noen går i «skyttergraver».

Med denne samtalen som bakteppe ble jeg mer og mer oppmerksom på en kollega som satt ved siden av meg. Det var en mann på rundt 60 år fra Malaysia. Han hadde fine milde indiske ansiktstrekk, og en sterk utstråling av godhet. Det var rett og slett godt og

trygt å være i hans nærvær. Mannen arbeidet som allmennpraktiker i slummen i Kuala Lumpur. Han fortalte om minst tolv timers arbeidsdager blant de fattigste av de fattige, og stor nød. Arbeidsforholdene var selvsagt elendige, og arbeidsoppgavene uendelige. Den virkeligheten han til daglig stod i stod på ingen måte i forhold til hans gode rolige utstråling.

Jeg satt og tenkte på hvordan vi i Norge får et oppjaget og anstrengt uttrykk av langt mindre stress og påkjenninger i vår allmennpraktikerhverdag, et uttrykk det ofte skal mer enn en konferanse og god middag til for å få til å forsvinne. Åpenheten og velviljen rundt bordet gav meg mot og grunnlag for å påpeke dette paradokset mellom hans utstråling og hans opplagt svært krevende liv. Mannen svarte med mildhet og åpenhet: Han følte seg overhodet ikke stresset. Han opplevde åpenbart at han hadde et godt givende liv. Jeg ble mer og mer nysgjerrig på hvordan dette kunne være mulig. Han svarte at hans kilde til godhet og ro var at han levde i konstant bønn. Kontinuerlig. Dette stemte veldig godt med hvordan han framstod; med en mildhet og en godhet som sant og si ikke helt så ut til å høre denne verden til, og i hvertfall ikke i den verdenen der han hadde sitt daglige virke.

Møtet gjorde et enormt inntrykk på meg. Jeg har sett for meg mannens ansikt mange ganger i årene som er gått. Sånn går det altså an å ha det, og sånn går det altså an å framstå, og et sånt avtrykk på andre mennesker går det altså an å sette, midt i påkjenninger, stress og nød. Ufattelig. Møtet har vært en påminner, i positiv forstand, om at det faktisk går an å utstråle noe godt. Men møtet har også plaget meg, siden jeg til stadighet opplever at det er så langt fra hva jeg selv klarer å formidle til mennesker rundt meg, og spesielt til pasienter i en travel hverdag. Dette har gitt opphav til noen tanker og refleksjoner over yrkesutøvelsen vår.

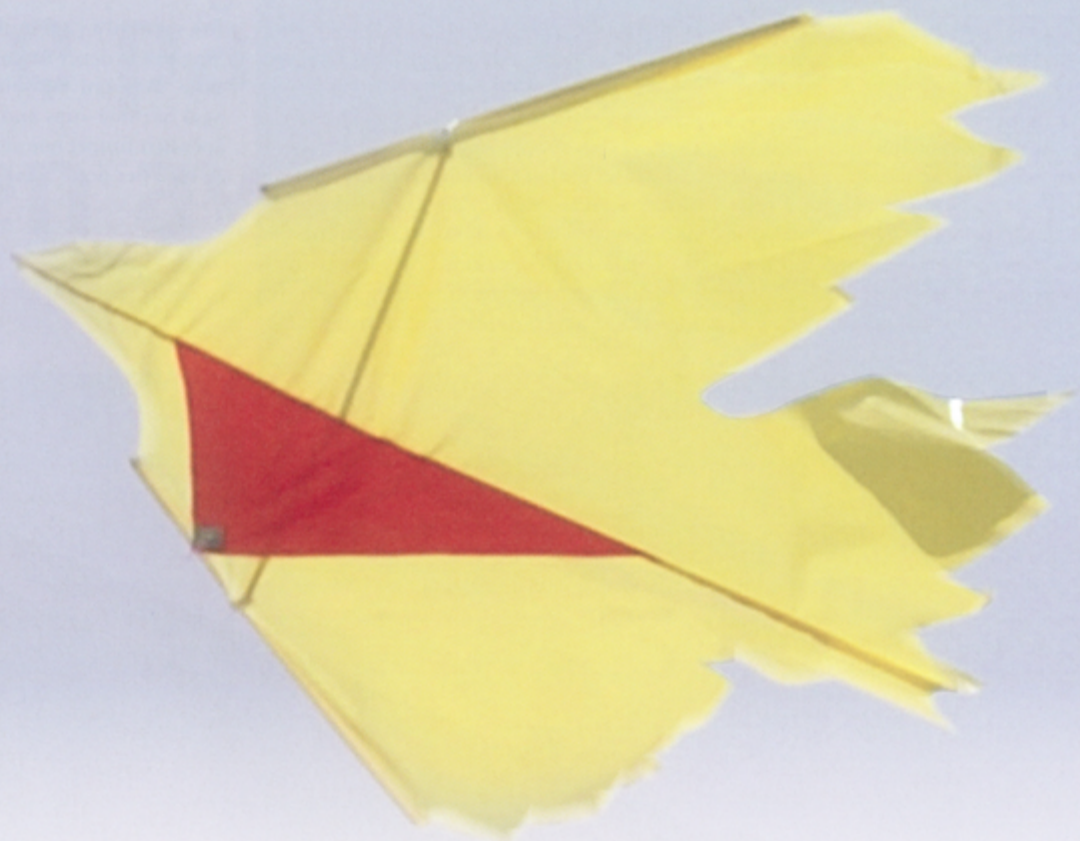
I legers etiske regler står det at vi som leger skal behandle pasienten med barmhjertighet og omsorg, altså godhet. Det skal faktisk være en del av arbeidet vårt! Men gjør vi det? Holder vi fast på det gode når sårbare trengende mennesker i sin nød og fortvilelse opp-

søker oss, som pasient nummer 20 den dagen, etter 19 andre mer eller mindre trengende mennesker? Svaret for de fleste av oss vil være at «Det hender», men på det jevne så er det kanskje ikke det vi utstråler mest. Jeg vil tro ord som autoritet, effektivitet, faglig dyktighet og profesjonalitet er mer fremtredende hvis pasienter skal beskrive vår utstråling. Men kanskje er en utstråling av ro og godhet minst like viktig som dette? Jeg har det siste halvannet året vært både pasient og pårørende, og jeg har kjent sterkt på kroppen hvordan det er å være i en sårbar situasjon. Jeg og mine har hatt et stort behov for godhet, – så uendelig vondt når det har vært fraværende, og så uendelig godt når det har vært tilstede! Samtaler med og uten denne ufattelig viktige ingrediensen med leger, sykepleiere og byråkrater i NAV og kommune har vært himmelvidt forskjellige. Tenk om vi som leger kunne stoppe opp litt, gå tilbake til de etiske reglene og ha som målsetting å utstråle godhet, barmhjertighet og omsorg? Jeg vil rett og slett komme med følgende påstand: *I det ligger det mye helse!*

Motforestillingene hagler, fra meg og andre: Lett sagt at vi skal vise godhet, når på entene, telefonene, reseptene, epikrisene, prøvesvarene, de gule lappene og en voksende papirbunke med krav om ymse legeerklæringer og dokumentasjon ruser på. Samtidig som familien venter og kravene er skyhøye fra alle kanter. Men, da må vi stoppe litt opp her: Det går visst faktisk an! Når en allmennpraktiker i slummen i Kuala Lumpur kan klare det, burde vel vi, i verdens rikeste land, finne muligheter til å formidle dette fundamentale som mennesker i nød trenger: godhet, barmhjertighet og omsorg?

Hvilke muligheter har vi for å få til noe sånt?

Hva om vi nå her kan gjøre litt slik vi gjorde rundt middagsbordet i tårnrestauranten i Seoul den kvelden, og legge til side ulike religiøse, og ikke-religiøse, forestillinger, og se på hva vi kan enes om. De fleste av oss vil være enig i at det finnes noe godt i verden. Hva om vi nå tenker på hans kontinuerlige bønn som en kontinuerlig oppmerksomhet mot det gode, mot kjærligheten?



Egil Lothe (Buddhistforbundet) skriver i Aftenposten 27. august følgende kloke ord: «...for å kunne gi kjærlighet må man elske seg selv. Man må ha kontakt med seg selv.» Vi trenger altså kontakt med oss selv. Kontinuerlig. Midt i hverdagen. Midt i stresset. Når det koker som verst. Kanskje vi kan arbeide med oss selv og søke å ha en kontinuerlig kontakt med det gode i oss, som noen kanskje også ser i sammenheng med noe universelt godt? Ja, vi har en krevende jobb. Det er massevis av muligheter for å bli forstyrret i våre gode forsetter. Men det er også massevis av muligheter for å ta tilbake en kontroll over hverdagen vår og skape noe godt. Jeg vil her nevne tre stikkord som kan synes som farbare veier mot en kontakt med oss selv og det gode, nemlig struktur, refleksivitet og oppmerksomt nærvær.

Vi kan faktisk ta grep og strukturere timeplaner og papirarbeid og tid til faglig oppdatering og tid til å trekke pusten og slå av en prat med kollegaer slik at dagen blir levelig og vi ikke blir overmannet på grunn av noe så banalt som dårlig planlegging. Vi kan også ta oss på tak og protestere høylydt mot en struktur av helsevesenet som stjeler tid og energi fra det aller viktigste, nemlig pasientarbeidet.

Dette gjelder i økende grad både på sykehus og i allmennpraksis.

I pasient-sentrert medisin er refleksivitet et viktig redskap. Dette innebærer at vi er oppmerksom på hvordan det som skjer rundt oss påvirker oss, og søker å forstå hvorfor vi reagerer som vi gjør. Bare når vi forstår hva som skjer inne i oss selv og er var for egne følelser og reaksjoner kan vi gi pasientene det de trenger; en raus deling av vår medisinske kunnskap, en raus vilje til å forstå dem, og et raust tilbud om å være medmenneske og formidle godhet. Refleksivitet kan øves opp og læres. La oss bruke hverandre. La oss være åpne og dele med hverandre våre reaksjoner og følelser i løpet av arbeidsdagen og i smågrupper. Kanskje Balintgrupper trenger en renessanse, før frustrasjon over voksende arbeidsmengder tar overhånd og skygger for kontakten med oss selv og godheten som vi skal formidle til pasientene? Vi kan skape arenaer som ligger der klar til å brukes, også i løpet av arbeidsdagen, slik at når vi kjenner at når en pasient gir oss en følelse av irritasjon så kan vi stoppe opp sammen med kollegaer og se nærmere på hva som skjer. Kanskje vi kan få innspill til å se pasienten i et nytt lys og forstå hva som går galt. Antagelig er pasienter med en

belastende væremåte egentlig ekstra sårbare, de har vært utsatt for belastninger som har gjort dem slik. Ingen ønsker vel å opptre på en ubehagelig måte. Vi som leger bør vel være så profesjonelle at vi ser forbi dette, og jobbe med å ikke formidle stress og irritasjon men heller, ja, sette et avtrykk av godhet! Vi skal formidle empati og omsorg og by på en god relasjon; kjernepunkter i pasientsentrert medisin, og utøvelse av vårt yrke på sitt beste!

Der er også andre midler for å øke refleksiviteten. På en konferanse i Dubrovnik for et par år siden snakket jeg med en kollega fra England. Hun var veileder for unge leger som skulle bli allmennpraktikere. Hun la stor vekt på refleksivitet og fortalte at hun pleide å ta dem med på kulturelle begivenheter som utstillinger og konserter. Etterpå snakket de om hva bildene eller musikken gjorde med dem. Dette var for å øve opp refleksiviteten, øve opp en varhet for at vi påvirkes av det vi opplever og at det finnes ord for det. Kunst altså. Kanskje kunst i alle former er en vei å gå, for å øve opp refleksiviteten og møte mennesker på en ryddig og bevisst måte og gi dem det de trenger?

Kontakten med oss selv kan intensiveres ytterligere. De siste årene har det vært økende

fokus på å ha et oppmerksomt nærvær i situasjonen. Vi kan kanskje si at vi ved oppmerksomt nærvær utøver en intens refleksivitet. Kanskje kan kurs i mindfulness og meditasjon hjelpe oss til å bevare kontakten med oss selv og den konkrete situasjonen. Dette er også redskaper som vi kan bruke for å rette oppmerksomheten mot det gode, kjenne på at det finnes, og konsentrere oss om å formidle dette til pasienten. Midt i en travel hverdag. Med godhet som overordnet målsetting har vi

mulighet for sette gode avtrykk hos pasientene, gi dem en følelse av verdi og trygghet. Dette vil nok også ha stor betydning for oss selv; for hvordan vi har det, og hvordan vi praktisk legger opp dagen vår.

Dette er tanker som kan synes svevende og altfor idealistiske. Men det er bare det at jeg har denne milde gode allmennpraktikeren fra Kuala Lumpurs slum brent inn på netthinnen. Møtet har satt uutslettelige spor. Jeg klarer ikke å fri meg fra tanken om at det fak-

tisk ser ut til å være mulig. Jeg kan ikke dekke meg bak at det er utopisk, «far off» det realistiske. Selv om jeg selvsagt skjønner at han også har sine «ups and downs» så hadde han åpenbart funnet noe vesentlig

Hva sier dere? Skal vi satse?

 liv@walseth.no





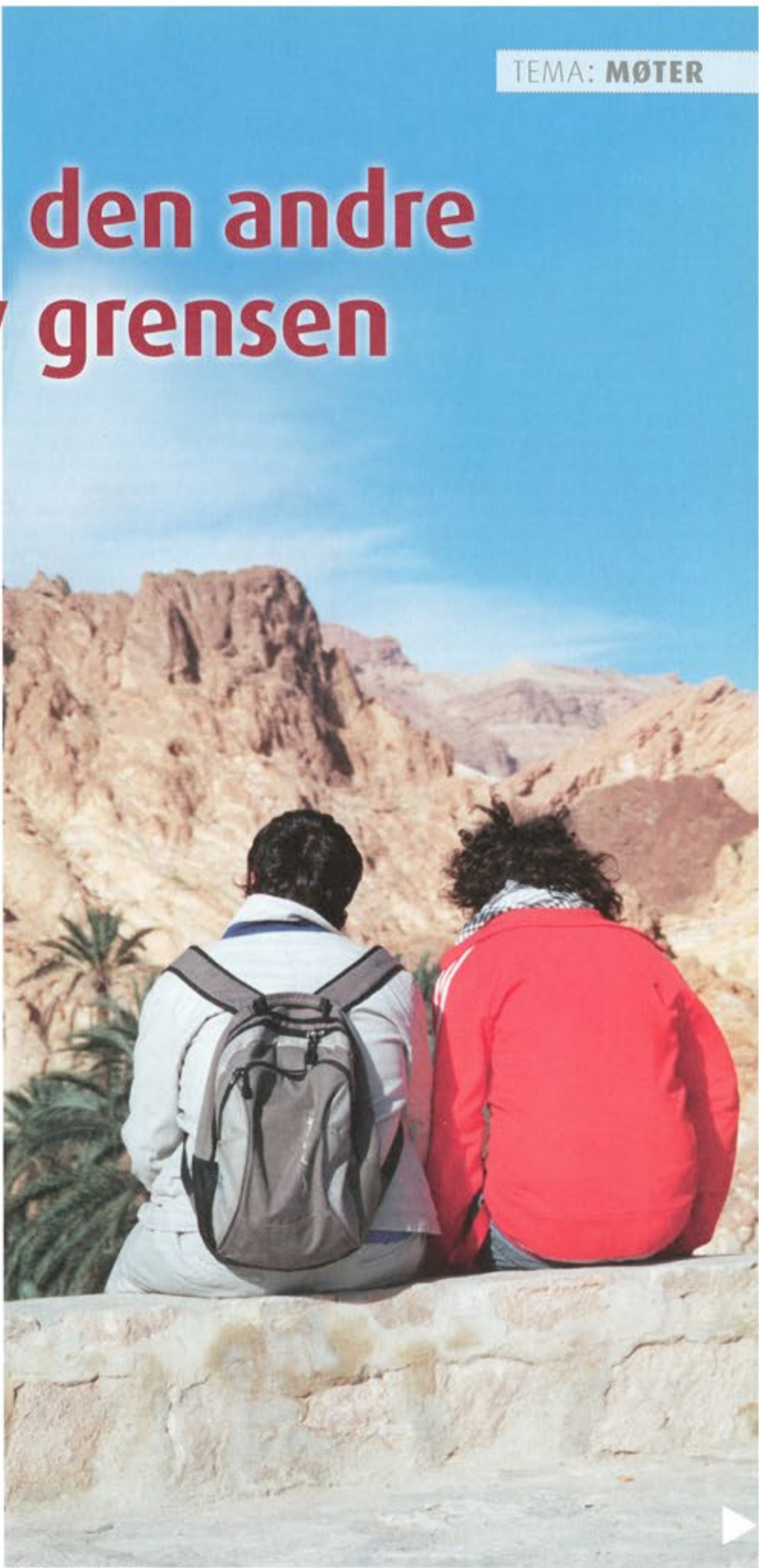
# Møte på den andre siden av grensen

■ AINO SNELLMAN *fastlege i Tana*

Det er en vakker aprildag år 1984 i Tanadalen. Jeg jobber femte år som kommunelege, alenelege i Utsjok, den eneste kommunen i Finland med samisk flertall. Jeg har blitt engasjert i å forstå bedre den samiske pasienten og lærer samisk for å kunne kommunisere orientlig med mine pasienter. Nå er jeg på tur til Karasjok med min kollega som vikarierer for meg i min svangerskapspermisjon, og min fire måneder gamle sønn er pakket med i bilen. Veien på finsk side opp Tanadalen har blitt ferdig året før, og tiden er moden for å kjøre litt lengre enn 10 mil til mitt utekontor i Karigasniemi. Det er nesten ti år til det bygges Samelandsbru over grenselven Tanaelva i Utsjok.

Riksgrensen er mystisk sterk, den skiller. Selv om jeg har bodd ved grensen i flere år har jeg ikke vært på norsk side annet enn når jeg har kjøpt margarin og mel i Polmak handel ved grensen. Jeg kjenner ingen på andre siden av grensen og Tanaelva. Men nu, nu har jeg hørt om at det skulle startes en samisk legeförening, og dette høres ytterst interessant ut. Finnes det samiske leger? Mitt kjennskap til samisk helsepersonell gjelder bare et par hjelpepleiere. Etter å ha fått tak på telefonnummeret til en samisk lege på Kirkenes sykehus, Knut, har jeg tatt en utenlandstelefon dit med bankende hjerte – det er langt fra vanlig å ringe utenlands, nesten litt skummelt. Til min glede mente denne kollegaen at jeg godt kunne komme med på møtet i Karasjok, hvor det var mening å etablere en samisk legeförening.

På veien opp Tanadalen hører vi en kassett av norsk språk til finske som kan svensk, for å kanskje kunne forstå noe av det som blir sagt på møtet. Vi har hørt at det ikke bare skulle kommuniseres på samisk. Mitt skolesvensk hadde nesten aldri vært i bruk i praksis. Det er spenning i luften. Selv om han Knut hadde sagt at vi var velkommen, kan jeg ikke føle meg helt trygg. Vi har hørt fortellinger om hvordan en finsk kvinne som hadde samekofte på i Karasjok hadde fått skåret koftens sin med samekniv. Jeg har ikke kofte på men skulle prøve å snakke samisk. Hvordan tas dette imot? Men vi er to ekstra modige kvinner som ikke bryr oss. Vi skal til Karasjok.



ILLUSTRASJON: ESTHER DAL PEREZ

Til vår store overraskelse er vi mange på møtet og stemningen er historisk. Jeg har ikke visst at det finnes så mange samiske leger, og enda mer. Den andre overraskelsen er at vi får så varm hjertelig velkomst uten skepsis mot utlendinger. At vi også blir medlemmer i den nye Sámi Doaktáriid Searvi, Samisk Legeforening, forstår jeg ikke der og da. Jeg tror «medlem» eller «miellahttu» er noe lignende støttelem. Men fullt medlemskap blir det, og svært aktivt.

En helt ny verden åpner for meg. Plutselig er jeg blant hyggelige kolleger som prater samisk og er interessert i den samiske pasienten og ting som jeg selv er interessert i. Etter dette møtet føler jeg meg ikke mere som alenelege. Det finnes kolleger som forstår uten vansker med en gang når jeg forteller om min situasjon med en samisktalende befolkning i kommunen. Og plutselig forstår jeg at min nærmeste kollega ikke er i hjemlandet 17 mil borte i Ivalo, men Tanalegen Sigrun i Hilla-gurra bare fem mil fra meg om vinteren med isvei over elva, om sommeren noe lengre. Nu vet jeg hvem det er naturlig å prate med når det oppstår problemer med mine samiske pasienter. De er så mange og det blir stadig flere samiske leger. Jeg får en følelse av felleskap, både faglig og sosialt.

Etableringen av Samisk Legeforening blir for den unge uerfarne legen en inngangsport i samisk helsefaglig diskusjon. Raskt forstår jeg menneskerettighetsaspektet – tidligere hadde jeg konsentrert meg om å prøve å forstå bedre og å kunne kommunisere bedre

med enkeltpasienter, lære språket bedre. Med Samisk legeforening kommer jeg faktisk med i en politisk prosess. Vi jobber for å få til bedre helsetjenester for samer, for å få til barne- og ungdomspsykiatriske tjenester og somatiske spesialisthelsetjenester for samer. Hele tiden lærer vi mere om flerkulturellhet og flerspråk-lighet.

Kontakten med samiske leger i Norge gir etterhvert en åpning til kontakter til hele Sameland over landegrensene. Det blir utallige møter og konferanser, og fokus utvides fra samiske spørsmål også til urfolksmedisin generelt. Plutselig er mitt interessefelt ikke bare Tanadalen, ikke bare Nordisk, men også russisk Sameland og etterhvert hele urfolksverden på alle kontinenter. Språkmessig blir det også utfordringer. En tidlig konklusjon i samiske kretser blir at for å kunne kommunisere med samiske leger er det ikke nok å kunne bare samisk. Jeg må lære norsk. Dette skjer på herlige kurser i Svanvik i Sør-Varanger. Jeg må og ta i bruk fra glemmeboksen et språk opplært i studietiden i Helsinki, et språk som jeg trodde jeg aldri mere skulle ha behov for nordpå, russisk. Kontakten med russiske samer, samiske leger inkludert, begynner lenge før jernteppets nedfall, og samiske leger er aktive.

Med samiske møtepunkter over grensen blir det automatisk også norske kontakter. Norsk språk er etterhvert ikke mere så hindrende fremmed. Etter å iherdig sitte på det ene møtet og konferanse etter det andre forstår jeg av det norske språket mer og mer. Jeg

begynner også å bli kjent med nabolandet, noe som ikke var en selvfølge. Jeg kunne ha blitt en utkantslege i ytterste utkant mot det ukjente. Men med et omfangsområde over grensen, om ikke så lenge opplever jeg å faktisk bo veldig sentralt: det er fire flyplasser innom 20 miles radius og lett tilgang til tre regionale hovedsteder og universitetbyer i tre forskjellige land: Rovaniemi, Tromsø, Murmansk. Og det blir en mangfold av interessante medisinske kurser i Norge, selv om jeg fortsetter å arbeide i Finland. Muligheten å komme med på en norsk givende veiledningsgruppe i allmenntilleggsmedisin gir vesentlig faglig påfyll og kjennskap med mange flotte norske allmenntilleggskolleger. Jeg kunne godt ha beholdt fokus bare på utkant-Utsjok – det var ju nok å gjøre der – og utvidet karriere-rettet fokus etterhvert sørover som vanlig med Rovaniemi, Helsinki og Brüssel. Men nu blir det tett kontakt med Karasjok istedenfor Ivalo, Tromsø istedenfor universitetsbyen Oulu, Oslo istedenfor Helsinki og byer i verden med urfolkspreg i stedet for Brüssel.

Etableringsmøtet av Samisk Legeforening våren 1984 ble i mitt legeliv et vendepunkt som startet en helt ny fase i karrieren. Den unge noe folkeskye ensomme utkantskommunelegen begynte sin utvikling mot en erfarne språkmektig Sámedoavttir som lærer å se over grenser.

ainosnellman@hotmail.com



# De gales hus

■ PERNILLE NYLEHN *fastlege*

Dette handler om mitt første møte med helsevesenet – og således et møte med flere mennesker. Jeg var ekstravakt på et psykiatrisk sykehus noen år før jeg begynte å studere. Det var lett å få jobben: Jeg ringte over-  
 sykepleieren og spurte om de trengte folk. – Ja, kan du begynne i morgen? Lød hennes svar.

Jeg visste absolutt ingenting om psykiatri eller hva som var ventet av meg, men jeg kjente andre som var ekstravakter og tenkte: «Dette må vel gå bra». (NB: Jeg vil bruke en del politisk ukorrekte ord i denne artikkelen, så som galskap, sinnslidende og åndssvak. På den tiden jeg beskriver var det fremdeles lov å si slikt. Derfor er det noe kunstig å bruke nåtidens eufemismer). Jeg kunne ha sagt mye om systemet, men det var møtet med pasientene som satte spor, og som jeg vil fortelle om<sup>1</sup>.

## En skjermet verden

Avdelingen jeg ble fast gjest på – Post F – var ikke blant de moderne. Den lå i et eldre murhus, med høyde under taket, i et vakkert og landlig område. Jeg har aldri vent meg til at nyere psykiatriske avdelinger er inne på sykehusområder, selv om jeg ser poenget med at de skal være en likeverdig del av helsetjenesten – og ikke et særrområde som gjemmes vekk på landet. Men når man skal være innlagt over tid, har jeg tro på den gamle asyltankegangen; at man skal være skjermet fra verden og ha tilgang på lys og luft og natur.

Ofte pasientene på F-posten var der lenge. Det var stort sett godt voksne folk, og mange av dem hadde vært innlagt siden ungdommen – i 20, 30, 40 år. De fleste hadde aldri hatt noe normalt voksenliv. Det var ytterst få som fikk besøk, eller en hilsen til jul eller fødselsdager. De hadde nok vært familiens store skam den gangen på 1950–60-tallet da de ble syke. Så ble de innlagt på psykiatrisk avdeling, og ofte

<sup>1</sup> Jeg har skrevet om navnene og endret på historiene deres, så de ikke blir gjenkjent.

glemt. I praksis var det personalet som var familien deres: F-posten var hjemmet deres.

Det var en broget forsamling: en del utbrente schizofrene, noen bipolare, et par på sikringsdom, en som var hjerneskadd etter en trafikkulykke, og en som neppe kan kalles annet enn åndssvak. De hadde blitt plassert, eller feilplassert. Og så ble de der.

Det ble mitt første møte med sinnslidende – et usminket møte. Jeg fikk ganske fort plukket av meg forestillinger som at «de gale har det godt», eller at de gale var misforståtte genier som var ofre for intoleranse og konformitetspress. F-posten var befolket av tragedier. Og av alvorlig syke mennesker.

Kanskje hadde de ikke trengt å bli fullt så syke hvis de hadde blitt møtt annerledes den gangen det begynte å bikke for dem. Selvfølgelig burde de ikke blitt værende på institusjon hele livet. Kanskje hadde de hatt det bedre om de hadde fått nyere antipsykotika (bortsett fra at sådanne ikke fantes på den tida) i stedet for store doser Nozinan og Haldol. Kanskje hadde de faktisk blitt syke av å være innlagt i tre år. Ingen vet. Men syke var de, enten årsaken var sønn eller slik.

Men det var en forsamling av høyst ulike personligheter som ingen Nozinan kunne ta bort.

## Opp- og nedturer

Den første manisk-depressive jeg møtte i mitt liv var Olav. Jeg har aldri seinere møtt noen som er så klassisk: Han var i femtiårene, og hadde visstnok debutert seint. Eller kanskje hadde han fungert med sykdommen sin til han kom til et visst punkt. Han var gift, og en av de få på avdelingen som fikk besøk. Olav var temmelig overvektig og røkte som en skorstein (som de fleste på F-posten gjorde; tåka lå lavt i stua). 90 prosent av tida satt han på i en stol, kjederøkte, og gjentok refrenget: «Jeg er ingenting» – sikkert 20 ganger i timen. Noen ganger varierte han med å utbryte: «Jeg kan like godt dø.»

Uansett hva vi sa til ham, fikk vi samme svar. Det var temmelig enerverende, og etter ei kveldsvakt med Olavs «hakk i plata»-utsagn var jeg nesten deprimert sjøl. Men så, fra den ene dagen til den andre, kviknet han til; begynte å snakke om vanlige ting, kle seg pent, vaske seg uten at vi maste. Etter et par

dager kom tversoversløyfa på plass. Da var saken klar: Han var i manisk fase.

Han var utrolig sjarmerende når han var manisk: pratet med alle, flørtet, fortalte vitser, hjalp til i avdelingen. Den store kroppen beveget seg plutselig lett og ledig. Så begynte han å arrangere. Han skulle ha fest for alle vennene sine, satte i gang med å sende invitasjoner, kommanderte kona til å vaske huset, pusse sølvtøyet, bestille mat til femti mann (for så mange venner hadde han plutselig). Kona hadde nok vært med på det før – og visste hvordan det ville ende – men hadde ikke hjerte til å stoppe ham. Ikke at han hadde latt seg stoppe...

Etter et par uker hang sløyfa mer og mer på skeiva, øynene fikk et glassaktig uttrykk, og han begynte å se dradd ut. Han sov bare to til tre timer hver natt i disse fasene, og det satte sine spor. Men så, et par dager før den store festen, gikk lufta ut av ballongen: Neste gang jeg kom på jobb satt han i den vante stolen sin, mer nedtrykt enn noen gang, og sa at han «var ingenting». Nå hadde han fått enda en grunn til å være deprimert: Festen måtte avlyses, kona var rasende, cateringfirmaet forlangte at han betalte for maten likevel. Det ble et nytt, sviende nederlag.

Det var hjerteskjærende. Når han var på vei opp fikk vi et glimt av den flotte mannen han sikkert hadde vært. Og selv om vi visste at de oppstemte fasene også var utslag av sykdom, var det vanskelig ikke å bli smittet av entusiasmen hans. Men jeg så konas fortvilelse, både når han var nede og oppe, og lærte min første lekse om hva alvorlig psykisk sykdom gjør med familien. Det var ikke bare Olav som var rammet – kona og barna ble dratt med i den infernalske runddans.

## Sex i stakkato

En annen som berørte meg var Carl Victor. Han var relativt ung, kanskje i tredeårene, men hadde vært innlagt siden han var 20. Han var en av de – etter mitt skjønn – åpenbart feilplasserte. Han hadde ikke noen psykiatrisk sykdom, men hadde vært i en stygg bilulykke som hadde gjort ham delvis lam, dels spatisk, og ganske mentalt forandret. Han satt i rullestol, og skjønt han hadde en viss funksjon i beina var det svært sjelden noen tok seg bryet med å trene med ham eller

Til vår store overraskelse er vi mange på møtet og stemningen er historisk. Jeg har ikke visst at det finnes så mange samiske leger, og enda mer. Den andre overraskelsen er at vi får så varm hjertelig velkomst uten skepsis mot utlendinger. At vi også blir medlemmer i den nye Sámi Doaktáriid Searvi, Samisk Legeforening, forstår jeg ikke der og da. Jeg tror «medlem» eller «miellahttu» er noe lignende støtte-medlem. Men fullt medlemskap blir det, og svært aktivt.

En helt ny verden åpner for meg. Plutselig er jeg blant hyggelige kolleger som prater samisk og er interessert i den samiske pasienten og ting som jeg selv er interessert i. Etter dette møtet føler jeg meg ikke mere som alenelege. Det finnes kolleger som forstår uten vansker med en gang når jeg forteller om min situasjon med en samisktalende befolkning i kommunen. Og plutselig forstår jeg at min nærmeste kollega ikke er i hjemlandet 17 mil borte i Ivalo, men Tanalegen Sigrun i Hilla-gurra bare fem mil fra meg om vinteren med isvei over elva, om sommeren noe lengre. Nu vet jeg hvem det er naturlig å prate med når det oppstår problemer med mine samiske pasienter. De er så mange og det blir stadig flere samiske leger. Jeg får en følelse av felleskap, både faglig og sosialt.

Etableringen av Samisk Legeforening blir for den unge uerfarne legen en inngangsport i samisk helsefaglig diskusjon. Raskt forstår jeg menneskerettighetsaspektet – tidligere hadde jeg konsentrert meg om å prøve å forstå bedre og å kunne kommunisere bedre

med enkeltpasienter, lære språket bedre. Med Samisk legeforening kommer jeg faktisk med i en politisk prosess. Vi jobber for å få til bedre helsetjenester for samer, for å få til barne- og ungdomspsykiatriske tjenester og somatiske spesialisthelsetjenester for samer. Hele tiden lærer vi mere om flerkulturellhet og flerspråk-lighet.

Kontakten med samiske leger i Norge gir etterhvert en åpning til kontakter til hele Sameland over landegrenser. Det blir utallige møter og konferanser, og fokus utvides fra samiske spørsmål også til urfolksmedisin generelt. Plutselig er mitt interessefelt ikke bare Tanadalen, ikke bare Nordisk, men også russisk Sameland og etterhvert hele urfolksverden på alle kontinenter. Språkmessig blir det også utfordringer. En tidlig konklusjon i samiske kretser blir at for å kunne kommunisere med samiske leger er det ikke nok å kunne bare samisk. Jeg må lære norsk. Dette skjer på herlige kurser i Svanvik i Sør-Varanger. Jeg må og ta i bruk fra glemmeboksen et språk opplært i studietiden i Helsinki, et språk som jeg trodde jeg aldri mere skulle ha behov for nordpå, russisk. Kontakten med russiske samer, samiske leger inkludert, begynner lenge før jernteppets nedfall, og samiske leger er aktive.

Med samiske møtepunkter over grensen blir det automatisk også norske kontakter. Norsk språk er etterhvert ikke mere så hindrende fremmed. Etter å iherdig sitte på det ene møtet og konferanse etter det andre forstår jeg av det norske språket mer og mer. Jeg

begynner også å bli kjent med nabolandet, noe som ikke var en selvfølge. Jeg kunne ha blitt en utkantslege i ytterste utkant mot det ukjente. Men med et omgangsrområde over grensen, om ikke så lenge opplever jeg å faktisk bo veldig sentralt: det er fire flyplasser innom 20 miles radius og lett tilgang til tre regionale hovedsteder og universitetsbyer i tre forskjellige land: Rovaniemi, Tromsø, Murmansk. Og det blir en mangfold av interessante medisinske kurser i Norge, selv om jeg fortsetter å arbeide i Finland. Muligheten å komme med på en norsk givende veiledningsgruppe i allmennmedisin gir vesentlig faglig påfyll og kjennskap med mange flotte norske allmennlegekolleger. Jeg kunne godt ha beholdt fokus bare på utkant-Utsjok – det var ju nok å gjøre der – og utvidet karriere-rettet fokus etterhvert sørover som vanlig med Rovaniemi, Helsinki og Brüssel. Men nu blir det tett kontakt med Karasjok istedenfor Ivalo, Tromsø istedenfor universitetsbyen Oulu, Oslo istedenfor Helsinki og byer i verden med urfolkspreg i stedenfor Brüssel.

Etableringsmøtet av Samisk Legeforening våren 1984 ble i mitt legeliv et vendepunkt som startet en helt ny fase i karrieren. Den unge noe folkeskye ensomme utkantskommunelegen begynte sin utvikling mot en erfarne språkmektig Sámedoavttir som lærer å se over grenser.

 ainosnellman@hotmail.com



# De gales hus

■ PERNILLE NYLEHN *fastlege*

Dette handler om mitt første møte med helsevesenet – og således et møte med flere mennesker. Jeg var ekstravakt på et psykiatrisk sykehus noen år før jeg begynte å studere. Det var lett å få jobben: Jeg ringte over-  
 sykepleieren og spurte om de trengte folk. – Ja, kan du begynne i morgen? lød hennes svar.

Jeg visste absolutt ingenting om psykiatri eller hva som var ventet av meg, men jeg kjente andre som var ekstravakter og tenkte: «Dette må vel gå bra». (NB: Jeg vil bruke en del politisk ukorrekte ord i denne artikkelen, så som galskap, sinnslidende og åndssvak. På den tiden jeg beskriver var det fremdeles lov å si slikt. Derfor er det noe kunstig å bruke nåtidens eufemismer). Jeg kunne ha sagt mye om systemet, men det var møtet med pasientene som satte spor, og som jeg vil fortelle om<sup>1</sup>.

## En skjermet verden

Avdelingen jeg ble fast gjest på – Post F – var ikke blant de moderne. Den lå i et eldre murhus, med høyde under taket, i et vakkert og landlig område. Jeg har aldri vent meg til at nyere psykiatriske avdelinger er inne på sykehusområder, selv om jeg ser poenget med at de skal være en likeverdig del av helsetjenesten – og ikke et særrområde som gjemmes vekk på landet. Men når man skal være innlagt over tid, har jeg tro på den gamle asyltankegangen; at man skal være skjermet fra verden og ha tilgang på lys og luft og natur.

Og pasientene på F-posten var der lenge. Det var stort sett godt voksne folk, og mange av dem hadde vært innlagt siden ungdommen – i 20, 30, 40 år. De fleste hadde aldri hatt noe normalt voksenliv. Det var ytterst få som fikk besøk, eller en hilsen til jul eller fødselsdager. De hadde nok vært familiens store skam den gangen på 1950–60-tallet da de ble syke. Så ble de innlagt på psykiatrisk avdeling, og ofte

glemte. I praksis var det personalet som var familien deres: F-posten var hjemmet deres.

Det var en broget forsamling: en del utbrente schizofrene, noen bipolare, et par på sikringsdom, en som var hjerneskadde etter en trafikkulykke, og en som neppe kan kalles annet enn åndssvak. De hadde blitt plassert, eller feilplassert. Og så ble de der.

Det ble mitt første møte med sinnslidende – et usminket møte. Jeg fikk ganske fort plukket av meg forestillinger som at «de gale har det godt», eller at de gale var misforståtte genier som var ofre for intoleranse og konformitetspress. F-posten var befolket av tragedier. Og av alvorlig syke mennesker.

Kanskje hadde de ikke trengt å bli fullt så syke hvis de hadde blitt møtt annerledes den gangen det begynte å bikke for dem. Selvfølgelig burde de ikke blitt værende på institusjon hele livet. Kanskje hadde de hatt det bedre om de hadde fått nyere antipsykotika (bortsett fra at sådanne ikke fantes på den tida) i stedet for store doser Nozinan og Haldol. Kanskje hadde de faktisk *blitt* syke av å være innlagt i tre år. Ingen vet. Men syke var de, enten årsaken var sånn eller slik.

Men det var en forsamling av høyst ulike personligheter som ingen Nozinan kunne ta bort.

## Opp- og nedturer

Den første manisk-depressive jeg møtte i mitt liv var **Olav**. Jeg har aldri seinere møtt noen som er så klassisk: Han var i femtiårene, og hadde visstnok debutert seint. Eller kanskje hadde han fungert med sykdommen sin til han kom til et visst punkt. Han var gift, og en av de få på avdelingen som fikk besøk. Olav var temmelig overvektig og røykte som en skorstein (som de fleste på F-posten gjorde; tåka lå lavt i stua). 90 prosent av tida satt han på i en stol, kjederøykte, og gjentok refrenget: «Jeg er ingenting» – sikkert 20 ganger i timen. Noen ganger varierte han med å utbryte: «Jeg kan like godt dø.»

Uansett hva vi sa til ham, fikk vi samme svar. Det var temmelig enerverende, og etter ei kveldsvakt med Olavs «hakk i plata»-utsegn var jeg nesten deprimerert sjøl. Men så, fra den ene dagen til den andre, kviknet han til; begynte å snakke om vanlige ting, kle seg pent, vaske seg uten at vi maste. Etter et par

dager kom tversoversløyfa på plass. Da var saken klar: Han var i manisk fase.

Han var utrolig sjarmerende når han var manisk: pratet med alle, flørtet, fortalte vitser, hjalp til i avdelingen. Den store kroppen beveget seg plutselig lett og ledig. Så begynte han å arrangere. Han skulle ha fest for alle vennene sine, satte i gang med å sende invitasjoner, kommanderte kona til å vaske huset, pusse sølvtoyet, bestille mat til femti mann (for *så* mange venner hadde han plutselig). Kona hadde nok vært med på det før – og visste hvordan det ville ende – men hadde ikke hjerte til å stoppe ham. Ikke at han hadde latt seg stoppe...

Etter et par uker hang sløyfa mer og mer på skeiva, øynene fikk et glassaktig uttrykk, og han begynte å se dradd ut. Han sov bare to til tre timer hver natt i disse fasene, og det satte sine spor. Men så, et par dager før den store festen, gikk lufta ut av ballongen: Neste gang jeg kom på jobb satt han i den vante stolen sin, mer nedtrykt enn noen gang, og sa at han «var ingenting». Nå hadde han fått enda en grunn til å være deprimeret: Festen måtte avlyses, kona var rasende, cateringfirmaet forlangte at han betalte for maten likevel. Det ble et nytt, sviende nederlag.

Det var hjerteskjærende. Når han var på vei opp fikk vi et glimt av den flotte mannen han sikkert hadde vært. Og selv om vi visste at de oppstemte fasene også var utslag av sykdom, var det vanskelig ikke å bli smittet av entusiasmen hans. Men jeg så konas fortvilelse, både når han var nede og oppe, og lærte min første lekse om hva alvorlig psykisk sykdom gjør med familien. Det var ikke bare Olav som var rammet – kona og barna ble dratt med i den infernalske runddans.

## Sex i stakkato

En annen som berørte meg var **Carl Victor**. Han var relativt ung, kanskje i tredveårene, men hadde vært innlagt siden han var 20. Han var en av de – etter mitt skjønn – åpenbart feilplasserte. Han hadde ikke noen psykiatrisk sykdom, men hadde vært i en stygg bilulykke som hadde gjort ham delvis lam, dels spastisk, og ganske mentalt forandret. Han satt i rullestol, og skjønt han hadde en viss funksjon i beina var det svært sjelden noen tok seg bryet med å trene med ham eller

<sup>1</sup> Jeg har skrevet om navnene og endret på historiene deres, så de ikke blir gjenkjent.

tøye ut musklene. F-posten hadde ikke tradisjon for å prøve å rehabilitere folk. Han var stygt skadet i hodet: den ene delen av ansiktet var trykket inn, øyet gikk sine egne veier, og det var skjedd en feilkobling av noen kanaler – så det som burde kommet ut av nesa kom ut av øyet i stedet. Han var, kort sagt, intet vakert syn. Men han var klar og orientert. Og han kunne snakke, om enn litt stakkato. Problemet var at han bare var interessert i å snakke om én ting: sex. Grisepraten rant ut av ham, og han kom ofte med ganske tvilsomme forslag overfor det kvinnelige personalet.

Jeg hadde tilsvarende gnagsår i ørene etter å ha tilbrakt ei vakt med ham som jeg hadde etter ei vakt med Olav. Jeg innrømmer at jeg hadde lyst til å smøre til ham noen ganger når han ble for frekk og nærgående, men jeg klarer å huske at han faktisk var syk, og at tålmodighet var en del av jobbinstruksjonen min.

Carl Victor var plassert på «skjermet avdeling», som i praksis var en avdeling for dem som trengte hjelp til stell og mating. Så der satt han, en evig tenåringsgutt uten filter, sammen med fire tungt medisinerede gubber som alle kunne ha vært faren hans. Kanskje ikke så rart at han fantaserte om jenter? Jeg hørte heller aldri noe om hans familie. De satt vel et sted og knep igjen øynene og håpet han hadde det bra.

### Lykkelig gal

Og så var det Sigurd: Han var i femtiårene. Innlagt siden han var 20. Visstnok var det noe med ei jente som hadde brutt med ham, så hadde han gått av hengslene, blitt innlagt, og så – blitt der. Antagelig var det mer som feilte ham enn heftig kjærlighetssorg. Trolig en gryende schizofreni som slo ut i full blomst da han kom i en krise. Jeg vet ikke...

Det som var spesielt med Sigurd var at han virket så lite syk. Eller jo, han sa mye rart og hadde sine underlige ideer, men man satt med en vag følelse av at han spilte en rolle; at han i sitt stille sinn lo litt av oss velmenende pleiere. Han vandret stort sett rundt i gangene med et smil, og var alltid grei å ha med å gjøre. Og han var pratsom, så lenge han fikk styre praten, som stort sett besto av hans egne standardfraser. Han kunne sette seg ned ved siden av en pleier, snuse litt ut i lufta og si: «Dæven, som det lukter bensin av deg, frøken Fryd!»

Han kalte alle, kvinner som menn, for frøken Fryd, evt. bare «frøken». En annen gjengang var: «Så fint smil du har, frøken. Er du fra Brasil?» Oftest pratet han i vei med seg selv: Det gikk på regler og rim og talemåter. Det var ikke psykotisk snakk, men mer tullprat – dog ikke uten intelligens og snert.

Sigurd var kanskje det nærmeste man kan komme myten om «den lykkelige gale».

Jeg kan aldri huske å ha sett ham fortvilet eller urolig. Han gikk bare der og sullet og pratet. Vi diskuterte noen ganger oss imellom om han kanskje virkelig spilte, om han syntes det var så bekvemt å være på asyl og få alt opp i hendene, at han hadde gått inn i rollen som gal. Men som en av hjelpepleierene lakonisk bemerket: «Hvis han har spilt gal i 30 år, da kan han ikke være riktig frisk.»

Det er nok mer sannsynlig at han brukte praten og frasene til å holde avstand. Han pratet i vei og fikk oss til å le, men ingen kom forbi ordflommen. Ingen visste hva som var der inne, og han vocket hemmelighetene sine godt. Jeg lurte fremdeles på hva som egentlig bodde i Sigurd.

### Med sløyfa på skeive

Hva var det de gjorde med meg, disse forhuttede menneskene, som var definert vekk fra den virkeligheten vi andre lever i – og som trolig aldri ville komme ut av det lille nøtteskallet av en verden som F-posten utgjorde?

De lærte meg at psykiatriske pasienter – uansett hvor syke de er – bare er folk. Det er jo banalt nok, men ingen selvfølge: Forestillingen om at psykiatriske pasienter er noe vesensforskjellig fra oss andre, lever i beste velgående, uansett hvor mye vi prater om åpenhet og toleranse. Hvis en drapsmann viser seg å ha hatt noe med psykiatrien å gjøre, tenker vi: «Det forklarer saken». Men de fleste drapsmenn er ikke sinnslidende. Og de færreste sinnslidende er drapsmenn.

Jeg lærte at det er mye som ikke kan kureres, noen ganger knapt nok lindres, men at alle trenger trøst og respekt. Også det er en banal sannhet, men noe man kanskje ikke forstår fullt ut før man har fått virkeligheten smurt inn i fjeset.

Og jeg fikk en egen plass i hjertet for de skakke og skeive, de vrang og de rare, som av ulike grunner ikke passer inn i rammene; de som aldri fikk en ganske alminnelig skjebne. Ingenting galt sagt om vanlige mennesker med rene klær og pensjonsforsikring, men jeg liker best de som har sløyfa på skeive.

pernille.nylehn@kleppnett.no











# Ei ånd fangar deg

*- om hmong, møte og moderne medisin*



# g og du fell ned



■ LISBETH HOMLONG *redaktør og stipendiat ved Institutt for helse og samfunn*

Ein arbeidsdag på legesenteret er full av møte. Før eg har kome så langt, er møtet med kaffikoppen på kjøkkenbenken eit nødvendig og kjærkome møte. Dessutan eit altfor kort møte med dagens avis. Møtet med borna når dei står opp og eg skal få dei av garde i barnehagen. Krangling om påkledning, tannpuss og innhaldet i matpakken. Møte med vëret, årstidene. På sommarstid ofte lågt skydekke, regn og 15 grader, men av og til møter eg ei lun, kjærteiknande sommarsol idet eg opnar ytterdøra. Om vinteren eit ublidt møte med kulden, og ein nedsnøva eller nedisa bil. På legesenteret treff eg personalet, men ikkje alltid kollegane. Dei er gjerne i gang med dagens dont. Timeboka møter meg når eg opnar Infodoc – her står det allereie 15–20 namn som eg veit eg skal møte, andlet til andlet, i løpet av dagen. Menneske i ulike aldrar, born, kvinner, menn, etnisk norske, nordlendingar, sørlendingar, bergenserar, irakiske kurdarar, somaliske kvinner, statslause palestinarar, pakistanarar, uigurar frå Kina, kanskje ein svenske og ein sjeldan gong også ein amerikanar. Innimellom telefonmøter med heimesjukepleien, sosialtenesta, NAV. Av og til dialogmøter og samarbeidsmøter. Sjukebesøket hos den sjuke gamle. Pasienten sitt territorium. Her møter eg ein heim, dei pårørande. Den unike lukta av det private, av og til framand, andre gongar merkeleg kjent.

Som allmennelege møter du sjuke, friske, plaga, engstelege, deprimerte, trøyte, slappe, febrile. Brystmerter, magesmerter, hoste, snue, utflod, utslett, kløe, fotvorter og føflekkar. Det er krav og behov. Av og til kan det vere overveldande, du jobbar motstraums og slit med å halde hovudet over vatnet. Andre gongar går det unna, du er effektiv, ting vert gjort, du flyter. Av og til kan det vere magisk, det slår gneistar, det er som usynlege kraftlinjer i lufta.

Ein møter også seg sjølv. Og ein kan møte seg sjølv i døra. For legen er møtet med kvar pasient eit av mange – for pasienten er møtet unikt. Det må vi hugse på. Som fastlege er det ikkje lett å vere på topp alltid, mange har sikkert vandra skuffa ut av kontordøra mi, møtet har ikkje svart til forventningane. Ei anna sak er mange vonbrotne pasientar som etter lang ventetid endeleg har kome til hos spesialist. Dei har hatt store forhåpningar, men har fått lite tid og ikkje følt seg sett. Ofte bestiller dei time hos meg i etterkant for å få svar på

kva spesialisten egentleg fann ut, dei har ikkje fått det med seg. Studiar har vist at i løpet av legestudiet, så vert studentane mindre empatiske enn dei var i utgangspunktet.

I ei fersk doktorgrad frå Universitetet i Tromsø, har forskaren Kari Agledahl funne at legen i møtet med pasienten systematisk lukkar vekk det personlege, det menneskelege. Legane er høflege og hyggelege, men dei objektifiserer pasienten. Er legane klar over at dette er eit moralsk overtramp, undrar Agledahl? Er det kanskje ein meistringsstrategi?

Boka «*The spirit catches you and you fall down*» av den amerikanske forfattaren Anne Fadiman handlar om eit møte mellom amerikansk, høgteknologisk helsevesen og eit barn med alvorleg epilepsi. Dette barnet og familien hennar tilhøyrer hmong-folket, ei folkegruppe som i hundrevis av år har halde til i fjellområde i sørlege delar av Kina, i Laos, Thailand og Vietnam. Mange lever framleis under primitive forhold i avsidesliggjande fjellandsbyar, dei bur i hytter med jordgolv og livnær seg delvis ved å drive eige jordbruk.

Gjennom historia har dei stadig opplevd forfølging og folkevandring. Under Vietnamkrigen vart menn frå Hmong-folket i Laos trent som geriljasoldatar i ein hemmeleg aksjon i regi av CIA og brukt i kampen mot dei nord-vietnamske styrkane. Meir enn 100 000 menneske frå hmong-folket mista livet. Då krigen slutta og Laos vart overteke av eit kommunistisk styresett, måtte dei flykte frå landet og mange hamna som flyktingar i USA. Fram til slutten av 90-talet nekta amerikanske styresmakter framleis for at denne hemmelege operasjonen hadde gått føre seg. Boka tek for seg historia til dette folket og følgjer spesielt ei stor gruppe hmong som er busette i byen Merced i California.

Lia Lee var nest yngst i ein syskenflokk på åtte (opprinneleg fjorten, seks born døyde før familien flykta frå Laos til USA). Lia var eit spesielt høgt elska barn, kanskje mest på grunn sjukdomen som ramma ho. Tre månader gammal fekk ho sitt første epileptiske krampeanföll. Dette var starten på ei lang, tung og alvorleg sjukehistorie som enda i ein tragedie. Både foreldra og legane som behandla Lia, ville det beste for barnet, men kanskje uoverstigelege barrierer i språk og kultur, gjorde det vanskeleg for alle partar.

I møtet med Fadiman si bok merka eg raskt at sympatien min lenge låg hos «mi» side av partane, nemleg helsevesenet. Som beinhard rasjonalist med beina kanskje for godt planta, om ikkje grodd fast, i jorda, er det vanskeleg for meg å forholde meg til forklaringsmodellar for sjukdom som handlar om tap av sjel og åtak frå vonde ånder. Hmong-folket sitt religiøse utgangspunkt er shamanistisk animisme og epilepsi vert kalla *quaug dab peg*, på norsk «ei ånd fangar deg og du fell ned». Mange av hmong-

folket trur at epileptikarar er spesielt utvalde, dei vert sett opp til og tillagt spesielle helbredande krefter. I behandling av sjukdom, bruker dei mykje urter, dessutan rituelle dyreofringar – dette er skikkar dei i større eller mindre grad også har tatt med seg til USA. Invasiv medisinsk behandling kan vere skremmande fordi dei fryktar at sjela går tapt under slike prosedyrer.

Etter kvart som historia vert fortalt og dei ulike perspektiva vist fram, merka eg at forståinga mi for den andre sida, Lia og familien hennar, steig, trass i at dei ikkje klarte å følgje opp medisineringa av barnet, noko som fekk katastrofale følgjer. Sjølv om legane på Merced Community Medical Center gjorde det som dei med sitt utgangspunkt trudde var det beste for barnet, viste det seg at dersom dei undervegs hadde tatt større omsyn til språkbarrieren og den enorme ulikskapen i forståingsmodellar, så hadde kanskje utfallet vorte annleis.

Arthur Kleinman, psykiater og medisinsk antropolog ved Harvard Medical School har gitt oss ei liste med åtte spørsmål som er designa for å forstå kulturforskjellar og finne ut kor pasienten står når det gjeld forklaringsmodellar rundt helse og sjukdom, svara frå Lia sine foreldre i kursiv:

1. Kva kallar du problemet? *Quaug dab peg.*
2. Kva trur du har forårsaka problemet? *Tap av sjel.*
3. Kvifor trur du det starta når det gjorde? *Lia si syster smelte ei dør igjen, Lia si sjel vart redd og flykta frå kroppen hennar.*
4. Kva trur du sjukdomen fører til? Korleis virkar den? *Lia ristar og fell ned. Dette fordi ei ånd, dab, fangar henne.*
5. Kor alvorleg er sjukdomen? Vil den går over raskt eller vare lenge? Kvifor spør du om dette? *Dersom du er ein dyktig lege, veit du svaret sjølv.*
6. Kva type behandling meiner du pasienten bør få? Kva håper du vil vere det viktigaste resultatet av denne behandlinga? *Lia bør få ein medisin som ho kan ta i ei veke, ikkje lengre. Når ho vert frisk, kan ho slutte. Ho må også få urtemedisin og det må ofrust grisar og kyllingar. Vi ønskjer at Lia skal vere frisk, men vi er usikre på om vi bør stoppe ristinga for alltid, for dette gjer ho spesiell i vår kultur og kanskje kan ho bli sjaman når ho blir vakсен.*
7. Kva slags hovudproblem har sjukdomen forårsaka? *Det har gjort oss triste å sjå at Lia har det vondt, og vi har blitt sinte på helse-vesenet.*
8. Kva fryktar du mest ved sjukdomen? *At Lia si sjel aldri kjem tilbake.*

Poenget her er sjølvsagt ikkje at ein skal akseptere familien sin ståstad, men dersom ein ikkje innhentar informasjon om dette og heller ikkje sikrar seg at foreldra på nokon måte har forstått det moderne helsevesenet sin ståstad, så blir det kollisjon.

I vår norske kvardag er det vel sjeldan at kulturkollisjonen blir så dramatisk som i dette spesielle tilfellet, men i eit stadig meir multikulturelt samfunn, og også i møtet mellom menneske med tilsynelatande lik kulturbakgrunn, kan vi alle gå på ein smell. Kvar enkelt sjukdom er ikkje berre eit sett av patologiske funn, seier Arthur Kleinman, men ei personleg historie, eit narrativ. Her kan det passe å vende tilbake til Agledahl og hennar observasjonar av møte mellom lege og pasient, der alt kjenslemessig, eksistensielt og personleg blir lagt til side – i beste mening – for å hjelpe pasienten medisinsk.

Som fastlege kan ein håpe og tru at dette ikkje gjeld ein sjølv, men i kvardagen på lege-senteret med alle sine møter, der ein skal forsøke å nullstille seg for kvar pasient, vere empatisk, lyttande, lydhør – samtidig stillt diagnosar, behandle, lindre, trøyste. Det er mange ballar i lufta og ein kan vel vanskeleg lukkast kvar gong.

Anne Fadiman skildrar i starten av «*The spirit catches you and you fall down*» ein tradisjon der hmong-folket etter at borna deira er fødte, gravleggjer morkaka i jordgolvet i huset sitt. Ordet for morkake hos hmong-folket betyr jakke. Den er eins første og finaste klesplagg. Når ein hmong døyr, må sjela vandre tilbake, frå plass til plass, inntil ho finn staden der morkake-jakka er gravlagt og ta ho på. Dersom sjela ikkje finn igjen jakka, er ho dømd til å vandre rundt i all æve, naken og ålcene.

Etter å ha kome eit godt stykke på veg i Fadiman si bok, fornemma eg at det var noko merkeleg kjent med korleis hmong-folket vart skildra. Korleis dei framstod, klesdraktene, skildringa av levetilhøva deira i Sørøst-Asia. Eg hadde møtt dei sjølv! Tilbake midt på 90-talet reiste eg som backpacker rundt Asia. I Vietnam, besøkte eg fleire avsidesliggjande fjellandsbyar i nærleiken av byen SaPa nord i Vietnam. Til laurdagsmarknaden i SaPa kom hmong-folk ned frå fjella for å selje klede, smykker og kunsthåndverk til turistane. Eg hugsar godt dei primitive hyttene med jordgolv. Her budde spesielt vakre og stolte folk kledd i forseggjorte, broderte drakter. Og kanskje var det sjeler på vandring på veg til nettopp det jordgolvet eg stod på nær SaPa i Vietnam i 1996? Og kva er eigentleg viktigast; livet eller sjela? For meg kjem livet utan tvil først. Men slik er det ikkje for alle.

#### KJELDE

Fadiman, Anne: «*The Spirit Catches You and You Fall Down: A Hmong Child, Her American Doctors, and the Collision of Two Cultures*», Farrar, Straus and Giroux, New York, 1998.

[lisbeth.homlong@hotmail.com](mailto:lisbeth.homlong@hotmail.com)



# Ridderfaktoren

■ PÅL GULBRANDSEN professor ved Klinikk for helsetjenesteforskning og psykiatri, Ahus

Et møte, ba redaktørene: Skriv om et møte med en person eller en situasjon som har hatt betydning for meg – vært et vendepunkt. Jeg kan ikke det. Det finnes et hundretall møter som har gitt meg nye tanker. Men vendepunkt? Vendepunktene, de vil jeg ikke skrive om. Det har hver gang vært en kvinne.

Jeg byttet klinikkplass i Trondheim med plass i Bergen og ble dumpet to måneder etterpå. Jeg lagde ubetenksomt et barn som ledet til tjue års samliv, og flyttet fra mitt elskede vestland til snøen østpå. Enda en gang senere har en kvinne hatt avgjørende betydning for hvor skoene mine trækker, hvilket arbeid jeg har valgt, hva jeg bruker fritiden til.

Jeg må altså skrive om en kvinne. Det får bli Mai.

Jeg kjenner at jeg blir usikker. Kan jeg skrive om dette? Det må da være unormalt.

Men det å være unormal har aldri bekymret meg. Det er en stor frihet i meg, der. Jeg er ikke redd for hva folk mener om meg. Nå er det noe annet: Vil det jeg skriver overhodet kunne gjenkjennes? Om ingen gjør det, har stykket ikke verdi. Om det ikke gir innsikt, hvorfor meddele det til andre?

Dette er mer enn tjue år siden. Nå kan jeg fortelle:

Mai var bare en av alle pasientene mine, omtrent jevnaldrende med meg. Alenemor med ett barn. Førskolelærer. Pen. Hun hadde vært hos meg med slikt som unge kvinner går til lege med; underlivssjekk, hodepine, sykt barn. Denne gangen var det nakkesmerter som hun tilskrev at hun hadde malt et rom.

– Kanskje var det en viss taperhet å spørre? I alle fall, et sted fra dypet av meg, kom spørsmålet over alle spørsmål, nokså ureflektert: «Hvordan har du det, egentlig?»

Enhver lege vet at man bør ha god tid når man stiller det spørsmålet. Munnen hennes bevret, så kom gråten. Etter et par minutter hadde hun samlet seg. Det var ikke noe spesielt med historien hennes. Det spesielle gjaldt meg. Da hun gråt hadde jeg merket en bevegelse i underlivet. En antydning til ereksjon. Det overrumplet meg. Jeg satt jo der og jobbet. Erotikk var ikke i mine tanker. Hva var dette?

En lege utsettes for synet av mange helt eller delvis avkledder kvinner. Jeg hadde aldri

merket noe sånt. En gang hadde en halvfull kollega betrodde meg at han kneppet igjen frakken når han gjorde underlivsundersøkelser, fordi han var redd for at ereksjonen skulle synes. Slikt hadde jeg aldri merket. Ei heller ved undersøkelse av bryster eller neurologisk status.

Men altså ved gråt. Det var noe å tenke på.

Var det virkelig slik at jeg tente på at noen hadde det vondt? Jeg lette i private og kliniske erindringer. – Privat? Nei, aldri. Rett nok hadde jeg ikke alltid vært edru, så hukommelsen kunne spille meg et puss. Men det var virkelig ikke mulig å lete frem episoder der jeg var blitt antent av tristhet, smerte eller lidelse.

– Profesjonelt? Nei, ikke. Eller – vent nå litt: Var det noe der? Mitt mentale kartotek hadde noen nøkler, rett nok uten ereksjon. Det gikk opp for meg at jeg i konsultasjoner med kvinner hadde kjent en ørliten erotisk spenning av og til. I det minste en tiltrekning. Og alltid i gode samtaler, der jeg opplevde at mine råd og ideer var til hjelp. Ved nærmere ettertanke kunne jeg plukke frem en fire til fem av mine faste pasienter, der jeg nå kunne se at jeg likte dem veldig godt. Og hva verre var: De var alle i samme livsfase som meg, med mer eller mindre velfungerende samliv. Identifisering.

Jeg kunne se at jeg hadde en tendens til å tilby dem mer tid enn de strengt tatt trengte. Men jeg hadde aldri noensinne vært i nærheten av å tenke at det kunne vært fint med et forhold. Yrkesetikken reddet meg. Å utnytte en pasient, det var hinsides, så hinsides at innsikten jeg nå hadde oppnådd sjokkerte meg.

Til tross for innsikten fortsatte jeg å ta imot disse kvinnene, med et unntak: Greta hadde fått supre råd om å få sitt barn til å sove (det har jeg virkelig greie på, altså). Det avdekket noen samlivsutfordringer, en periode hadde hun dobbelttime annenhver uke. Så en gang kom hun ikke, og jeg oppdaget til min forskrekkelse at jeg savnet henne.

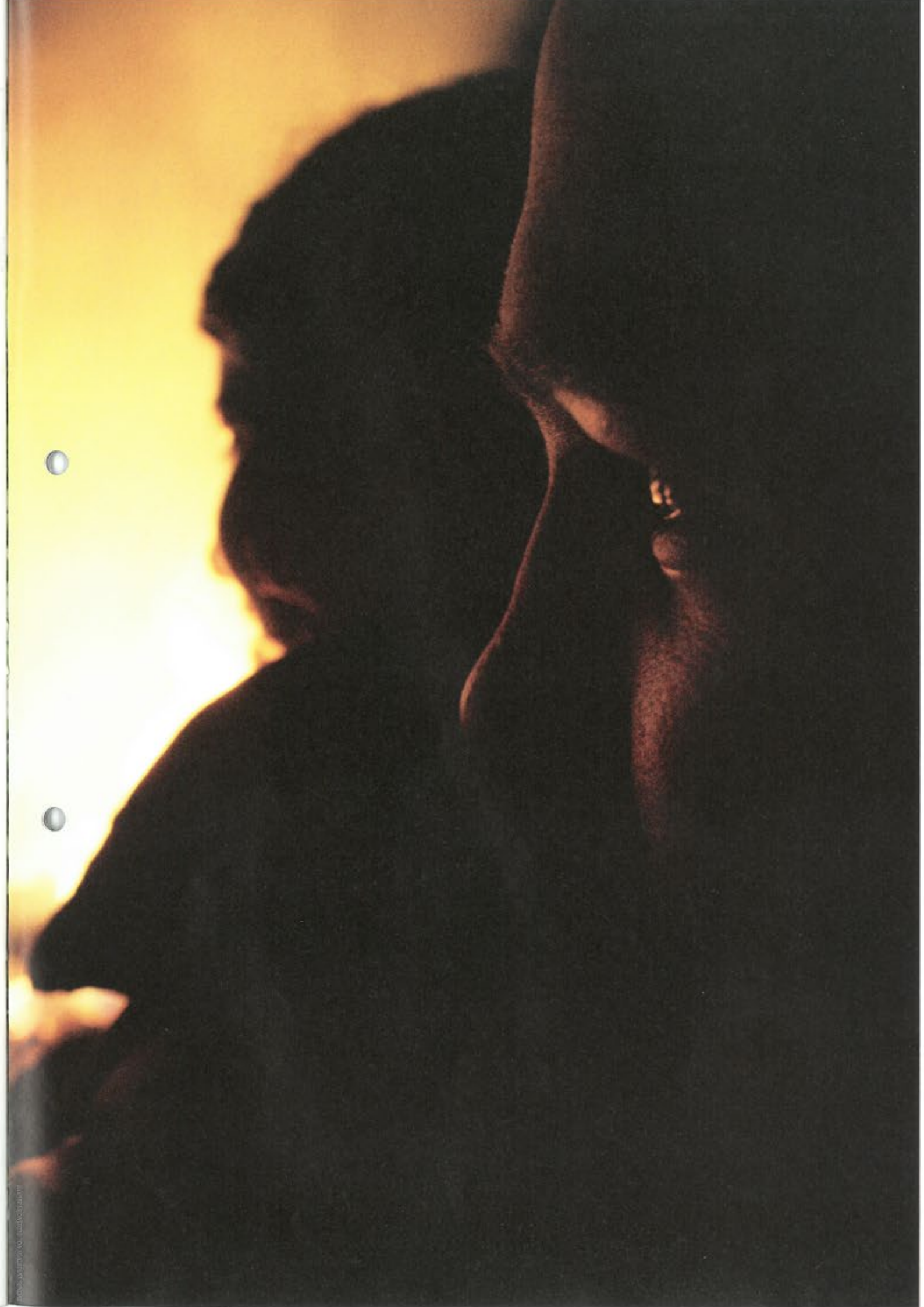
Det viste seg imidlertid at hun hadde bestilt ny time og kom uka etter, men da måtte jeg ta tyren ved hornene. Disse samtalen hadde strengt tatt ikke brakt henne videre, om de var aldri så hyggelige. Så jeg sa jeg hadde savnet henne, og da hun meget entusiastisk gjengjeldte utsagnet, skjønte jeg tegningen. Ved å tematisere relasjonen ble det ikke så vanskelig – verken for henne eller meg – å forstå at vi ikke kunne fortsette med dobbelttimene. Men jeg åpnet for at hun gjerne måtte komme tilbake for vanlige plager. I halvannet år hørte jeg ingenting fra henne, og jeg tenkte at kanskje var ikke avslutningen så bra som jeg hadde trodd. Men så kom hun, og da spurte jeg. Hun var klar og tydelig: Jeg hadde gjort helt rett, og samlivet hadde tatt seg godt opp. Det hadde altså ikke vært skadelig å snakke med en pasient om forbudte følelser i relasjonen.

Også Mai fikk komme igjen. Det er ikke uten skam jeg innrømmer at jeg også senere en og annen gang spurte henne om hvordan det gikk. Med gråt til følge – og klare forsikringer fra hennes side om at det ikke gjorde noe at jeg spurte. Takknemligheten varmet meg mer enn jeg burde tillate.

Jeg har hørt at kvinner foretrekker kvinnelige leger for å ha kvinne-til-kvinne-samtaler. Noen kaller det venninefaktoren. Jeg har sett videoer av slike konsultasjoner, det ser ut som lege og pasient har det fint, men det kan være litt vanskelig å få øye på hva som gjør det påkrevet at den ene er en lege.

– Kanskje finnes det også en ridderfaktor? Kan det være slik at om en kvinne treffer en mann som viser forståelse og evne til å hjelpe, så dukker varmere følelser opp? Ikke bare hos mannen? At konsultasjoner mellom mannlige leger og kvinnelige pasienter en og annen gang kan likne jomfru-i-nød-situasjoner? Ridder på hvit hest erstattet av mann i hvit frakk?

Skal jeg være ærlig, har jeg en følelse av at grunnen til at jeg likte disse kvinnene så godt,



var at de så tydelig likte meg. Spørsmålet er: Burde jeg avsluttet lege-pasient-forholdene? Litteraturen gir ulike svar. Jeg kunne gjøre det lett for meg å si: Du utnyttet dem jo aldri. Tvert imot fikk de god service og trygg, ikke grenseoverskridende behandling. Men jeg kjenner en nagende tvil: Hvilken betydning fikk deres relasjon til meg i deres liv? Hva med Mai? Var hun forelsket i meg? Stod det i veien for noe bedre?

En konsekvens har i alle fall møtet med henne fått. Jeg glemmer aldri å fortelle studentene om at også riktig gode følelser

mellom legen og pasienten kan være et problem. Helsetilsynet har årlig saker med utilbørlig atferd. Det er kanskje noen som er notoriske overgripere. Men de fleste, tror jeg, har bare ikke oppdaget ridderfaktoren i tide. Dette er ikke et forsøk på å unnskyld dem. Vi må virkelig holde yrkesetikken høyt i hevd. Men hormoner er uberegnelige saker. Jeg ber bare om en viss forståelse. Det er ikke det samme som å godta. God jul.

[pal.gulbrandsen@medisin.uio.no](mailto:pal.gulbrandsen@medisin.uio.no)





# Revelegen

■ PER FUGELLI professor i sosialmedisin, Universitetet i Oslo

Våren 2009 møtte jeg en kollega i Mali som gjorde evig inntrykk.

Revelegen heter Journeaux Radio Mali. Han er en fin, liten mann med svart ansikt, grått skjegg og blå kjole. Øynene er vennlige, men skarpe. De borer seg inn i dine som en drill. Kanskje har han røntgensyn?

Avis Radio Mali er fastlege for menneskene i landsbyene Banani Kokoro, Ireli og Tireli i Dogon i Indre Mali. Dogon har i tusener år vært kjent for å være det sted i verden som har størst åndetetthet.

Mange kan fortelle at Revelegen har beskyttet dem mot ulykker, skaffet regn til åkeren, helbredet sykdommer, men også hjulpet folk til å dø på godt vis.

Avis Radio Mali har legekontoret sitt oppe på et flatt fjell som er dekket av sand og busker.

«Hva kan jeg hjelpe deg med?» spør Revelegen pasienten sin. Så må den syke fortelle om problemene sine. Kanskje er det feber og utslett eller vondt i magen eller triste tanker og dårlig søvn? I Norge bruker legen instrumentene sine, måler feber, ser inn i øret, tar en blodprøve og slår opp i legeboken eller på PC'en for å finne ut hva som feiler pasienten. Doktor Avis Radio Mali har ingen bok eller datamaskin, men han har en lur rev. Reven vet alt, tror folk i Dogon. Reven kjenner menneskene og naturen bedre enn noe bibliotek eller universitet. Reven vet hva du feiler og hvilken behandling du skal ha.

Men hvordan får Doktor Avis Radio Mali greie på det reven vet? Det så jeg med mine egne øyne på legefjellet i Dogon: Når pasienten har fortalt sykehistorien sin, tegner Revelegen en firkant i sanden. Innenfor firkanten lager han små sirkler og trekanter og piler av steiner, pinner, nøtter og knuste knokler. Det er fin orden i mønstrene.

«Den ser litt trist og brun ut, denne journalen din,» sier jeg.

«Det er fordi de fleste sykdommer er vanlige og ikke farlige,» svarer han. «Men hvis det er alvorlig, har jeg en rød og en grønn fjær.»

Tegnene i sanden er et legebrev til reven. Tegnene forteller reven hva pasienten har fortalt om plagene sine. Reven vet alt, men han har det travelt, så det kan være greit med litt hjelp.

Tidlig om morgenen kommer reven til Legefjellet. Den er liten som en katt, gul og



brun med hvit hale som svaier som en stor S i luften. Reven leser legebrevet, tenker seg om og setter så små spor mellom sykdomstegnene i firkanten med poten. Av og til skriver den med en klo. Disse sporene er reven sine bokstaver.

Doktor Avis Radio Mali kan lese revens alfabet. Når solen står opp og setter lys på Legefjellet er Doktor Avis Radio Mali der sammen med pasienten sin. Han peker på sporene med en oksehale og forklarer den syke hva reven har sagt. For eksempel:

«Du har drukket for mye dårlig øl. Derfor er du blitt rød på øynene og har gul avføring. Du må drysse sommerfuglpulver på en colanøtt og tygge den tre ganger daglig i en uke.»

Revelegen kjenner sine pasienter. Han har møtt dem før på jakt, ved bålet, på jag-sjelen-ut-av-kroppen-plassen, på Legefjellet. Han og pasientene deler mytologi og virkelighet. De er av samme stamme, fortid og framtid. Revelegens fornemste instrument er nærhet over tid til de menneskene han skal hjelpe. Han får tillit og gir trygghet. Jeg innbiller meg at han og fastlegene i Norge forvalter noe av det evige grunnstoffet i legerollen.

Derfor anbefaler jeg en studiereise til den kloke kollega i Dogon for de 2644 engangsløse ved Oslo universitetssykehus.

## Kjernekräften i legerket

I 2009 og 2010 var jeg farlig syk av kreft i tykktarm og lunge (1). Jeg møtte 37 engangsleger som dannet en interessant kontrast til Revelegen i Dogon. 36 av legene hadde mistet eller gjemt sine antenner for den syke som åndsvesen og sosial skapning. Jeg møtte ikke, med ett unntak, leger som ga meg følelsen av å bry seg, av å ville meg vel ut over den medisinske mekanikk. Legene var på en fremmed planet, de var ikke på Jorden, ikke nær meg på denne onsdag.

Flere ganger gikk jeg hjem fra legebesøk og slo opp i Becketts *Malone dør* for å finne den setning som stemmer med min opplevelse av legen (2): «Forholde seg kald som marmor under lavastrømmen, det er da man viser at man har godt to i seg.»

Legene i sykehuset har abdisert som menneskebehandlere og forfalt til medisinske teknokrater. Det er synd for pasienten – og for legen. Vi kan undervise i humanistisk medisin og pasientsentrert metode til vi blir blå. Det hjelper lite så lenge selve systemet, selve strukturen umuliggjør nærkontakt med *Det syke mennesket*.

Det er ikke bare pasientene som taper på at legene forlater dem. Legene mister også verdier. Det menneskenære møtet med den syke

er kjernekraften i legeyrket. Det gir legen følelsen av å være et godt menneske. Det gir legen gleden av å legge hendene på selve livet og merke at også i medisinen gjelder Håvamål: Mennesket er menneskets glede. Det gir legen den fornemste av alle medisinske kompetanser: Å forstå seg på sykdom i det enestående og gåtefulle enkeltmennesket, å forstå at hver gang en diagnose lander i et menneske, oppstår en ny sykdom formet av dette menneskets historie, personlighet, livssituasjon og framtidshåp.

Syke folk er hunder etter mennesker som bryr seg, som viser medfølelse, ja som rett og slett er snille med deg. Slike leger finnes – i Mali og i Norge. Jeg møtte en lege her hjemme som minner godartet om Revelegen i Dogon.

Jeg vil gjerne klonе overlege Per Gerlyng

ved infeksjonsposten ved Lovisenberg sykehus. Jeg ble innlagt med feber. Mest sannsynlig skyldes den infeksjon. Men feberen kan også varsle begynnende spredning av kreftceller ut i lunger, lever eller andre vev. For å avklare disse alternativene blir jeg satt på intravenøs antibiotikakur. Etter noen dager blir det tatt nye blodprøver som viser at CRP har falt fra 300 til 8. Det er et nesten sikkert bevis på at det er infeksjon og ikke ny kreftutvikling som herjer i kroppen min. Dr. Gerlyng henter meg inn på samtalerommet for å fortelle den gode nyhet. Han peker på CRP 8, legger armen om skulderen min, og sier:

«Nå ble jeg glad!»

Asbjørn Aarnes framhever, inspirert av filosofen Levinas, hvor viktig «det gode ønske for nesten» er (3): «Det er noe som kalles effektiv hjelp, og den kan ikke unnværes, men

den er ikke i seg selv tilstrekkelig. Det gode ønske for nesten gjenoppretter den sykes integritet, løfter ham over inngrepet å bli hjulpet.» Dr. Gerlyng er en effektiv og dyktig medisinsk teknokrat. Men i tillegg vil han sine pasienter vel, han bryr seg om dem og følger med dem.

Han likner på Revelegen og – håper jeg – på fastleger flest i Norge.

REFERANSER

1. Fugelli P. Døden, skal vi danse? Oslo: Universitetsforlaget, 2010.
2. Beckett S. Malone dør. Oslo: Cappelen, 2006.
3. Aarnes A, Bjørnstad H. Ut av fatning. Oslo: Aschehoug, 2001.

per.fugelli@samfunnsmed.uio.no



# På den andre siden av veggen

■ OLAV GUNNAR BALLO

fastlege ved Nordlys legesenter, Alta

– Jeg gråter ofte med mine pasienter.

Gjorde hun det? Min kvinnelige kollega fortalte hvordan pasientenes sykdommer og livshistorier kunne gå så hardt inn på henne at det førte til at hun satt der, på kontoret sitt, og gråt sammen med dem.

Utsagnet førte til at det ble en livlig debatt under lunsjen mellom legene på kontoret, der vi satt med matpakkene våre rundt langbordet.

– Du kan da ikke det, Magda, du skal jo være den profesjonelle!

Men hun sto på sitt, smilte til og med lunt der hun satt. Hun virket så fast, så bestemt. Å gråte var det siste vi hadde trodd at hun drev med, der inne på kontoret.

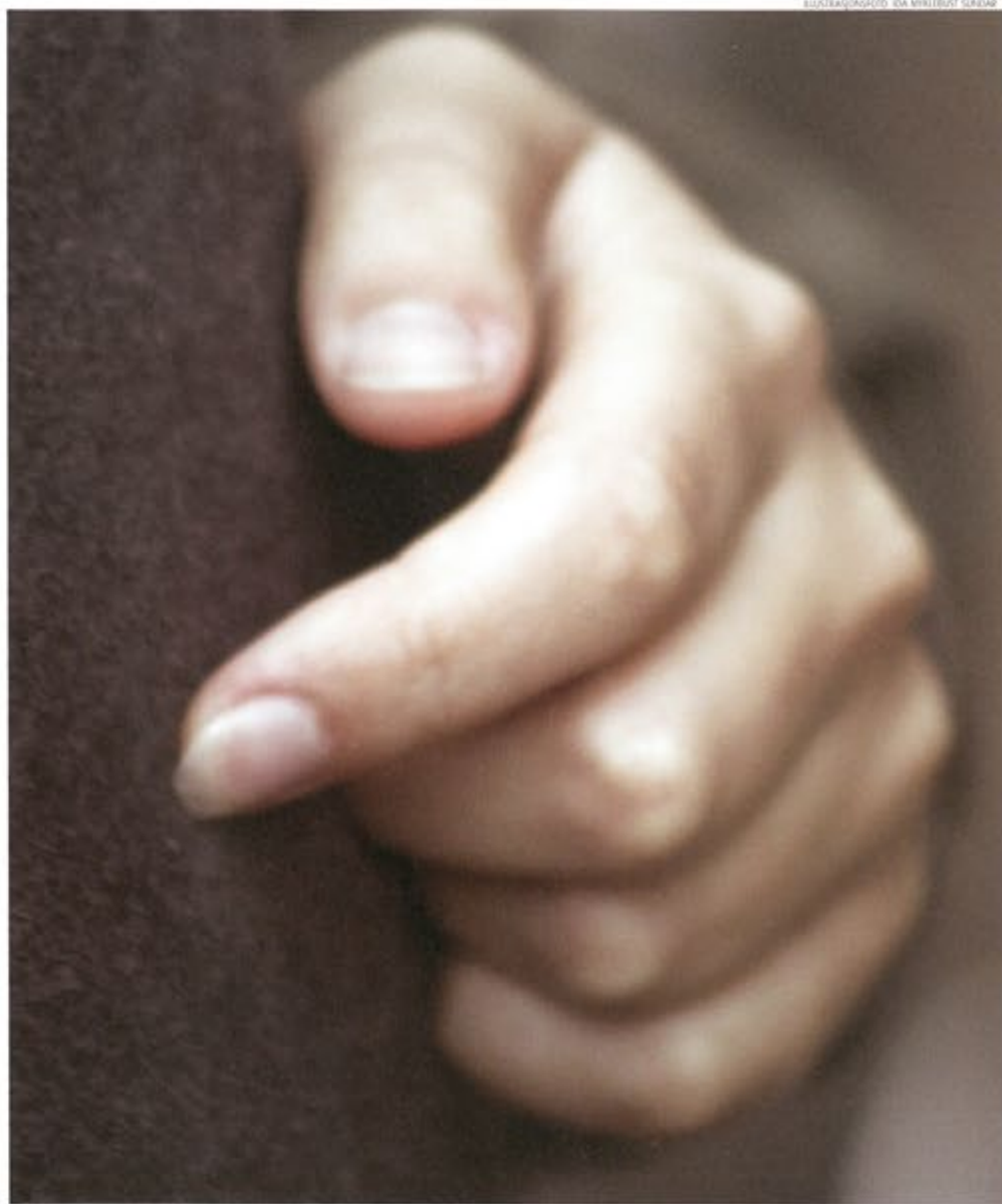
Da alarmen gikk hadde jeg akkurat nådd legevakten, tidlig på morgenen. Kvinnen fortalte, kort, hektisk, at naboene, foreldrene til barnet, hadde funnet datteren livløs i sengen da de skulle ta henne opp.

– Adressen? Jeg skjønner at det haster, men vi må ha adressen, ellers finner vi ikke fram.

Sammen med turnuslegen dro jeg av gårde med ambulansen med én gang. Kvinnen hadde sagt at to sykepleiere hadde startet gjenoppliving, og at hun straks gikk tilbake for å hjelpe dem.

På veien ut, det var tre mil å kjøre, hadde vi god tid til å gjennomgå utstyret. Jeg fant fram laryngoskopet, og det minste bladet, klikket det på plass og sjekket at lyskilden virket. Turnuslegen viste meg tubene, som lå som en bunt asparges i bunnen av førstehjelpskofferten. Han dro ut én av de tynneste. Han slo kofferten helt ut, og fant fram en sprøyte, som han festet til slangen på tuben. Han puttet arteriepinsetten i ytterlommen på jakken sin.

Det ble kjørt fort, og vi måtte lukke kofferten for at utstyret ikke skulle falle ut. De første strimene av dag begynte å drive natten bort, mens det blafret blått langs brøytekanterne gjennom det melkehvite glasset i sideruten. Innimellom, når sjåføren nådde biler foran seg, lød sirenen, skingrende og intenst. Men vi var snart forbi, og da ble det stille igjen, bare det blå, blinkende lyset minnet oss om at det hastet.



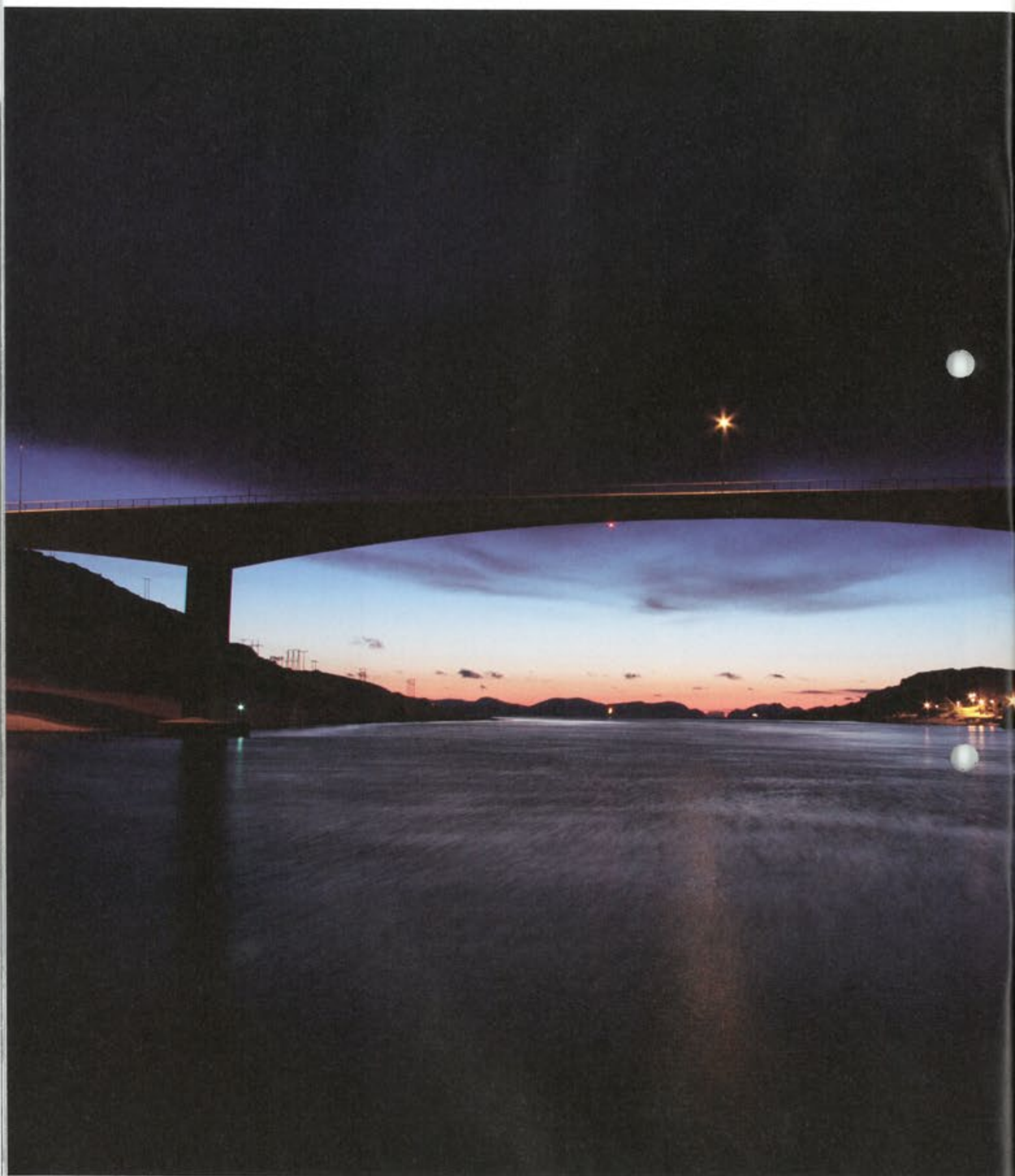
Det var ikke stort å si. Vi fikk se hva som ventet når vi nådde fram.

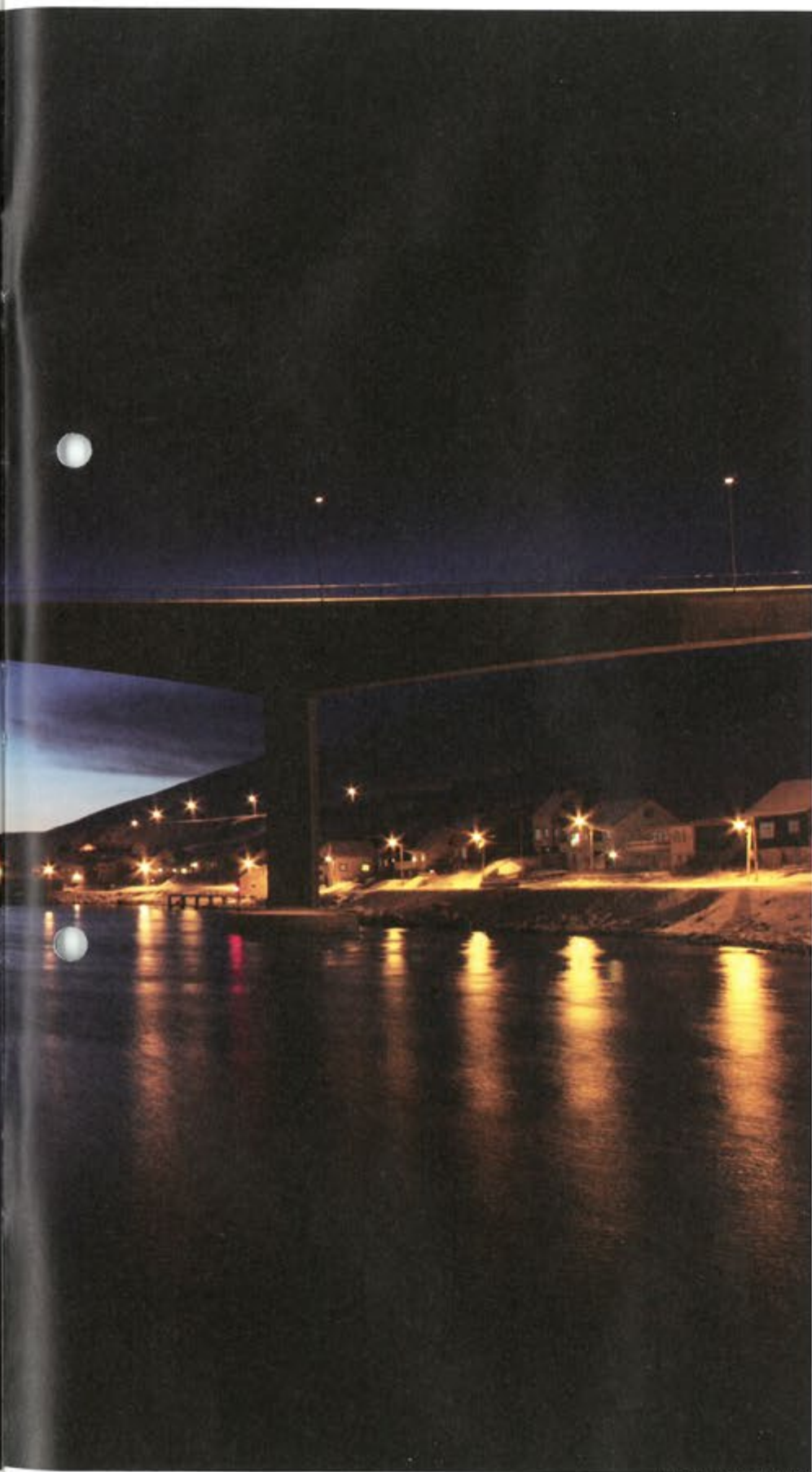
Ved oppkjørselen sto det en bil i grøften, med den ene døren revet opp. Noen hadde hatt det travelt da de ankom.

Vi løp inn i huset, mens ambulansepersonellet kom etter med kofferten og en bære. Oppe i andre etasje sto to kvinner bøyd over spisebordet. Mellom dem lå det et spebarn, naken bortsett fra bleien, ansiktet blått, leppene og fingrene også. Den ene kvinnen trykket fingrene mot brystkassen på barnet, mens den andre blåste luft inn i henne. De virket trente.

Turnuslegen satte laryngoskopbladet inn i munnen på henne, løftet håndtaket opp og kikket inn. Så satte han, raskt og resolutt, tuben ned i svelget, pumpet luft i ballongen, og satte arteriepinsetten fast på slangen så luften i ballongen holdt tuben fast i luftrøret hennes. Mens han festet bagen til tubehodet, og startet å blåse luft inn i henne, sjekket jeg med stetoskopet at tuben lå riktig. Joda, det kunne høres luft som strømmet ned i begge lunger for hvert klem han gjorde på bagen.

Rundt oss var det mange mennesker. Jeg kjente igjen foreldrene. De satt i sofaen, med det eldste barnet på morens fang. De holdt rundt hverandre. Jeg kunne høre snufsing.





ILLUSTRASJONSFOTO: IBA BRUNELLO SUZUKI

Mens ambulansesjåførene la henne på båren, fortsatte turnuslegen å gi innblåsninger med ventilasjonsbagen, mens jeg trykket fingrene på brystet hennes for å få hjertet til å pumpe blod.

De skulle komme etter, det var naboer som kunne kjøre dem, andre naboer kunne passe gutten.

Inne i bilen satte vi oss til, turnuslegen og jeg, han på klappsetet bak båren, jeg på knærne ved siden av den. Han ristet svakt på hodet mens han studerte de blå leppene, som bare delvis var skjult av tapen som holdt tuben på plass. «Vi fortsetter,» sa jeg.

Ambulansen stoppet med et rykk foran inngangen til legevakten. Turnuslegen så på meg igjen. Han løftet hånden hennes. Alle neglesengene var blå. Huden var hvit som et ark papir.

Vi løsnet tapen og arteriepinsetten, dro luften ut av ballongen, og tuben ut av luftrøret hennes. Vi foldet det hvite lakenet rundt henne før jeg bar henne inn.

Legekontorene ved legevakten hadde en skillevegg med et forheng. Det var praktisk når pasienter skulle undersøkes, for da var de skjermet fra innsyn hvis noen åpnet døren. Jeg la henne på benken innenfor skilleveggen, beholdt bleien på, prøvde å få lakenet brettet pent rundt henne. Så trakk jeg for forhenget, satte meg ved kontorpulten, og skrudde på PCen.

Det fantes et par notater om henne, en forkjølelse, en øyekatarr, det var alt. Jeg startet å skrive på journalnotatet mens jeg ventet. «Etter telefon fra nabo om at barnet er funnet livløs i sengen rykker vi umiddelbart ut med ambulanse.»

Telefonen ringte. «De er kommet,» sa vakthavende sykepleier.

Fra den åpne kontordøren kunne jeg se hele gangen. Og jeg kunne se dem der de kom gående, usikkert, nølende, mens de holdt hverandre i hendene. Aldri før hadde jeg sett håp og fortvilelse så tett knyttet sammen.

De satte seg på den lave benken foran meg, like ved døren. Jeg ble sittende mot dem, i den stolen der det vanligvis sitter en pasient.

– Hvor er hun?, spurte moren.

De ventet at jeg skulle si noe nå. Men jeg fikk ikke fram ordene. Mens de satt der, stille, og så på meg, begynte jeg å gråte.

«På den andre siden av veggen,» svarte jeg til slutt. «Hun er på den andre siden av veggen.»

ogballo@gmail.com



# Legevaktlegen og døden

■ ANN-KRISTIN STOKKE *sykehjemslege*  
Peer Gynt sykehjem og fastlege i Moss

Mars/april 1999. Etter en kort hyttetur med familien i starten av påsken, er jeg på vei i lånt bil til kjæresten min. Det er en fantastisk frihet å kjøre i vårsol langfredag fra Hardangervidda, gjennom Vest-Oppland til Mjøsa og opp til fjellgården han kommer fra. «Egen» bil – luksus for en tredje års medisinstudent! Med godt pålegg fra familiepåsken, ferskt brød fra Statoil – jeg kan stoppe der jeg vil og bruke den tiden jeg trenger og vil.

Jeg kommer frem i åtte-tiden, det ligger fortsatt snø i veien og det er glatt på tunet, selv om våren er på vei. Det lyser i stuevinduet på det toetasjes hovedhuset, men ellers er det stille. Moren og faren til Frank, kjæresten min, har laget kveldsmat. Vi vet at Frank skal dø, men det klarer vi ikke å snakke om. Han er blitt svakere den korte uken jeg har vært borte, enda tynnere slik at bena nesten ikke bærer. For noen dager siden falt han på vei over gulvet. Kreften sitter i hodet, i kjeven, på halsen. Den opererte kjeven gjør det vondt å snakke og vanskelig å spise. Han har flyttet ned fra rommet sitt i andre etasje og sover i naborommet til kjøkkenet, trappen er blitt for lang.

Fire av søsknene til Frank har vært hjemme noen dager i påsken, og tre av dem er der fortsatt. De er voksne, flyttet hjemmefra for lenge siden og bor i andre deler av landet. Jeg har knapt møtt dem før. Første påskedag skal nevøen til Frank døpes, det er over fem år siden den forrige dåpen i familien. Sølvskjeen til dåpsbarnet ligger pent innpakket, kortet skrevet, den hvite skjorten er nystroket. Frank ligger fortsatt når de andre drar til kirken, prøver å få i seg litt te og litt solo, i tillegg til to spiseskjeer yoghurt. Hvile seg til krefter som aldri kommer.

Skal jeg la han være i fred, la han ordne seg selv slik han alltid har gjort, eller forsøke å hjelpe ham? Hva tenker han – vil han dø på familiegården, eller bli innlagt på sykehus? Har han snakket med familien sin mens jeg har vært på fjellet? Har de andre snakket sammen? Jeg kjenner jo ikke Franks familie så godt, ikke snakket ordentlig med dem tidligere. Lurer på hva de tenker om meg og min

rolle oppi dette? Hvordan blir dagene, ukene – kanskje månedene framover? Er det noen av plagene han kan få hjelp til? Sondeernæring har vært nevnt tidligere, han vet ikke hva han vil. Når vi bare er oss to er det nesten en-

klere uten ordene som er så vanskelige å finne for begge, og for ham smertefulle og slit-somme å uttale i tillegg. Vi andre klarer bare å snakke sammen to og to, uroen sitter i veg-gene.

Frank orket ikke reise i dåpen. Enda en ting som kreftene ikke strakk til til.

To dager senere, etter en dagstur til foreldrene mine for å levere den lånte bilen kommer jeg tilbake til lyden av brødbaking, deig

ILLUSTRASJONSDI. ESTHER ØIAZ PERET





som bankes i bordet gang på gang på gang. Dunk, dunk, dunk. Moren klarer ikke sitte stille. Når hun ikke gjør husarbeid, tvinner hun tommer. Faren er i fjøset eller et annet sted ute og jobber.

Kjæresten min er blitt enda svakere og ligger bare i sengen. Mer smerter, mye kvalm. Blør lett, klarer ikke lenger stelle seg selv, så hjemmesykepleien hjelper til. Det er også hjemmesykepleien som den kvelden har ringt

legevakta. I åttetiden kommer vaktlegen, en mann i vanlige klær og med lege koffert. Han snakker først med Frank på rommet hans og undersøker ham. Jeg er med og svarer når det blir for smertefullt for Frank å prate. Det er ikke lange samtalen, men alle de vanskelige spørsmålene blir stilt og besvart. Etterpå prater legen med foreldrene hans alene, og når jeg kommer ut fra rommet til Frank litt senere, vet alle at det nærmer seg slutten. Dunkene fra brødeltingen er roligere, faren sitter inne sammen med oss andre. Etter uker og måneder med uvisshet, innleggelse i sykehus, frykt og smerter, har sju par skuldre senket seg og spenningen i huset forsvunnet i løpet av en kveldsstund. Mens legen enda er der planlegger vi å bytte på å se til han med jevne mellomrom gjennom natten, og det blir avtalt at hjemmesykepleien tar med morfin og kvalmestillende som jeg kan sette hvis han trenger det. Vaktlegen tilbyr å komme tilbake neste kveld, men vi blir enige om at han kan ringe og høre om det er nødvendig. Han ringer som avtalt, men trenger ikke komme.

Frank døde halvannet døgn senere, etter å ha vært våken bare korte perioder. De fleste av søsknene hans rakk å komme og var der da han sovnet inn, uten plager.

**DESEMBER 2011:** Opplevelsen av hvordan et sykebesøk av en tilfeldig legevaktlege snudde en svært vanskelig situasjon tolv år tilbake i tid sitter fortsatt i. Etter to år ut og inn på sykehusavdelinger, poliklinikker, mange ulike leger og en opplevelse av at en pasient som ikke kan hjelpes til å bli frisk er en byrde for helsevesenet, klarte legevaktlegen med en enkelt samtale å sette ord på og skape trygghet for hva som skulle skje. Han turte å spørre og fortelle, om alt vi rundt Frank ikke klarte å snakke om. Han var katalysatoren som fikk oss, kjæresten og familien, til å forholde oss til det vi visste skulle komme.

I tillegg til å hjelpe Frank og oss til en god avslutning på Franks liv der og da, tror jeg dette møtet også gjorde det litt lettere for meg å gjennomføre medisinstudiet og gå inn i legeyrket. Etter mange vonde møter med helsevesenet og fremtidige kollegaer fikk jeg se at det også var gode forbilder. Dette møtet med døden og legevaktlegen har satt dype spor i meg, og jeg tror også det har vært med på å forme meg som lege og menneske.

[annkristin\\_stokke@hotmail.com](mailto:annkristin_stokke@hotmail.com)

