

Utpostens  
dobbeltime

# ‘Har du nokon å snakke

Jørgen Roll-Hansen  
INTERVJUET AV LISBETH HOMLONG

**Jørgen Roll-Hansen kom til Ørsta som turnuskandidat i 1979. Og her, med sunnmørsalpane som næraste nabo, vart han verande. Med sykkel, snippsekk og rutete flanelleskjorte på sjukebesøk vart han nok sett på som ein utradisjonell doktor, i alle fall i starten, men etter kvart som bygdefolket lærte han å kjenne, gjekk det ikkje lang tid før han vart teken inn i varmen.**

– Dei første to julehøgtidene i Ørsta kørde eg legevakt, minnst den røynde allmennlegen, så då vart eg invitert heim til den lokale drosjesjåføren for å feire jul. Det var veldig sjarmerande!

Det ryktast at Ørsta kommune har brukt ei formue på drosjerekningar på Jørgen Roll-Hansen, for han ville ikkje ta sertifikat på bil. Til dagleg var sykkel framkomstmidlet, når han ikkje skulle over fjorden då, på legevakt og i sjukebesøk gjekk det i drosje. Ja, kommunen skal visstnok ha tilbydd seg å betale sertifikat for han, etter nokre år i Ørsta, men han takka nei. Han ler høgt og hjarteleg når eg tek opp dette:

Nei, det er nok ei myte! Men det er rett som du seier, eg tok aldri «lappen».

Etter vel 30 år som doktor i ei lita bygd, er det mange tankar og refleksjonar som gjer seg gjeldande, når 64-åringen ser tilbake. Han fortel at fagkulturen og miljøet på det lokale helsesenteret nok har endra seg mykje, men at folk sine helseplager stort sett er dei same som før. Roll-Hansen har spesielt vore opptatt av pasientar med langvarige, kompliserte og samansette lidningar; som kronisk smerteproblematikk, somatiseringssyndrom, fibromyalgi og andre såkalla funksjonelle lidningar.

Det var spesielt tankevekkande å ta del i eit kveldsmøte på det lokale sjukehuset tilbake på 80-talet, då fibromyalgi var ei omstridd di-

agnose. Spesialistane klaga over alle tilvisingane dei fekk. Det vart derfor vedteke at fibromyalgi ikkje lenger skulle vere eit felt for spesialistar. For meg var det eit tankekors, at det som vi såg på som vanskeleg, det skulle ikkje sjukehuset ha noko med å gjere. Dette er ei av årsakene til at eg vart særleg opptatt av desse pasientane.

## **Håp, mening og menneskeverd**

Sidan 1997 har intervjuobjektet jobba 50 prosent som fastlege ved Ørsta legesenter og 50 prosent som lege ved Psykiatrisk poliklinikk i Volda. Dette er ein kombinasjon han trivst med, nettopp på grunn av arbeidet med pasientar med kompliserte, samansette lidningar. Han søkte seg til psykiatrien for å prøve å finne svar, forstå meir av problemstillingar som han syntest var uforståelege. Til dømes pasientar med smerter over alt. Han ønskte dessutan å lære meir om samtalen som helsefremjande metode.

– Ja, det har kanskje vore mitt hovudinteressefelt gjennom alle desse åra; samtalen, og det narrative perspektiv. Nokre gongar kan det vere vel så viktig å få tilgang til pasienten si historie, som ei kostbar MR-maskin. Men menneska generelt let seg nok imponere meir av teknologien enn ei narrativ utgreiing.

– «Har du nokon å snakke med om



FOTO: LISBETH HOMLONG

dette?» spør eg regelmessig pasientar om, og nei er ofte svaret eg får. Dette har eg undra meg over, at vi lever i ein kultur der det er tabu å setje ord på livsrøynsler. At menneska ikkje kan snakke med andre, nære, om vanskelege ting. Menneska sine subjektive livsrøynsler er ei viktig kjelde for medisinsk kunnskap. Og spesielt gjeld det pasientar med kroniske, samansette problemstillingar som kan ha fått forskjellige diagnosar. Til dømes somatiseringssyndrom, psykosomatisk sykdom, funksjonelle lidningar - omgrep som etter mi oppfatning verkar skjulande og som hemmar forståinga av kva dette dreier seg om.

# e med om dette?’

**UTPOSTEN:** Fortel litt om di interesse for narrativ medisin:

– Eg har vore så heldig å kunne ta del på to seminar med Michael White, grunnleggjaren av narrativ terapi. Det var ei stor oppleving. Det å få inn eit nytt perspektiv. Dette med eksternalisering, som White snakker om. Å flytte problemet vekk fra personlegdomen. Korleis ein forstår si eiga historie, at det ikkje er berre det som har hendt som betyr noko, men også korleis ein hugsar og forstår det. Eg hadde ein pasient med paranoid psykose som opplevde det som svært nedverdiggande å verte tvangsinnlagt. I oppfølginga av pasienten i etterkant var det interessant og utfordrande å plukke diagnosen frå kvarandre, dekonstruere den, gjere den meir forståeleg, å bruke det narrative perspektiv for å skape ein ny samanheng for pasienten. Pasienten kan slik få gjenreist sitt menneskeverd og få nytt håp. Eg meiner at ei viktig oppgåve for oss legar er å skape håp, samanheng, gi mening og gjenreise menneskeverd.

**UTPOSTEN:** Korleis gjer du dette konkret, i praksis?

– Det er jo ein lang prosess, men det kan til dømes dreie seg om ei skam som tilhøyrrer ein annan person. Derfor må vi omtolke og omdefinere ting slik at pasienten ser samanhengar. Det handlar også om å vere konkret, å gje pasienten verktøy til å handtere situasjonar i kvardagen på ein ny måte. Men det kan sjølv sagt vere krevjande å få det til, og eg lukkast langt frå alltid.

Roll-Hansen meiner at det er altfor mykje snakk om biologisk arv i samfunnet i dag. Og tilsvarande for lite om korleis livsrøynsler påverkar kroppsfunksjonar.

– Eg opplever det stadig vekk, fortel han engasjert, mange av desse pasientane med diagnoser som angst, panikk, sosial fobi, depresjon, psykose. Som har vore til masse utredning og undersøkingar. Når ein vert kjent med dei så kjem det fram livspåkjenningar og traumehistorier. Då kan ein stille spørsmål om det diagnostiske systemet vi har i dag verkar tildekkande? Livsrøynsler vert utydelege. Og dermed vert også terapien dårleg.

## **Skeptisk til kunnskapsgrunnlaget**

Då den siste DSM-manualen var under revisjon, så var det interessant nok eit forslag om

**Slogen sett frå Gullmorbrean.**

FOTO: PER ANDREASSEN





at ein skulle ta inn diagnosen tilbakevendande depressiv personlegdomsforstyrning, fortel Roll-Hansen vidare, men det enda med at denne vart kutta. Sjølv opplever han at mange av pasientane med tilbakevendene depresjonar har ein sårbar personlegdom, og det kjem ikkje så tydeleg fram i den diagnostikken vi har i dag. Hadde ein hatt den nemnte diagnosen, så hadde det kan hende sett meir fokus på personlegdomsproblematiseringen.

– Og når det gjeld dei med personlegdomsforstyrningar, så er relasjonsproblem sentralt, poengterer han. Eg meiner at relasjonen er sentral i mange psykiatriske problemstillingar og helseproblem elles, og dette tenkjer eg vert skjult, utydeleg. Det var synd at dei ikkje tok inn denne diagnosen. Men så er jo dette noko ein ikkje kan behandle med SSRI, legg han lakonisk til.

**UTPOSTEN: Korleis skal ein då behandle dei, undrar eg?**

– Dersom ein ser på desse diagnosene berre som symptomlidingar, så har ein jo medikament, men dersom ein forstår dei som personlegdomsforstyrningar, så verkar ikkje medikamenta så godt. Eg lurar på om det er vår oppleving av hjelpeløyshe som gjer at vi ikkje diagnostiserer dei annleis. Eller det at ein då ikkje får selt så mange medisinar, men det er kanskje ein insinuasjon?

**UTPOSTEN: Men trur du at ein kan hjelpe dei betre med samtalerapi?**

– Ja, det trur eg, seier kombilegen bestemt. Dersom ein med ei psykoteraeutisk tilnærming kan hjelpe dei til å sjå på sine relasjonsmønster. Mentaliseringsretta terapi har dessutan vist seg å ha effekt på personlegdomsforstyrningar. Så det er mogleg. Men tidkrevjande.

**UTPOSTEN: I min eigen praksis har eg ikkje sjeldan opplevd at mange med samansette lidingar som går i terapi ikkje får hjelp. Og at eg med min kjennskap til pasienten, kanskje hjelper dei betre sjølv. Kva tenkjer du om det?**

– No er det jo in dette med diagnosespesifikk behandling, og spørsmålet er om det er rett. Som allmennpraktikar får ein lære pasienten å kjenne gjennom mange år, det er verdifullt. Ein ser samanhengar. Det blir ei anna tilnærming. På sjukehus er det mykje testing, spørjeskjema. Faren med mange spørjeskjema er at dei kan hindre tilgang til det meningsuniverset pasienten lever i, kva mening symptoma har for pasienten.

Testing og skjema jo eit forsøk på å standardisere og objektivisere symptom og plager og på den måten kunne stille ei mest mogleg spesi-



Utsikt frå Slogen, kanskje det flottaste fjellet i Sunnmørsalpane. FOTO: PER ANDREASSEN

fikk diagnose og så gi kunnskapsbasert behandling, innvender eg.

– Ja, det er trenden. Og det er ein diskusjon rundt om dette er rett. Fører dette til ei tingleggjering av mennesket? For det ein prøver å behandle er menneska sine tankar, kjensler og opplevingar. Er det rett å prøve og objektivisere dette? Mennesket si individuelle, subjektive røynsleverd, ein del av denne går tapt gjennom skjematisk testing.

Sjølv har han ei sterk tru på samtalen si heilande kraft, men han presiserer at det ikkje er den såkalla «gode samtalen» han siktar til. Han meiner at det nok har vore for mykje idyllisering rundt dette med den gode samtalen, tvert om er det den vanskelege samtalen som er utfordringa.

Eg har nett lese ei bok om korttids dynamisk, interpersonleg psykoteraeut av Peter Fonagy og medarbeidarar. Dei er tydelege på at ein skal fokusere på mellommenneskelege relasjonar, og der det er vanskelege kjensler. Fonagy kritiserer tidlegare psykoteraeut på at den kanskje ikkje har vore fokusert nok. Vi har alle hatt pasientar som har gått i terapi som ikkje har opplevd nytte av det. Kanskje har den ikkje vore tilstrekkeleg fokusert?

**UTPOSTEN: Dersom eg forstår deg rett, så meiner du at relasjonelle problemstillingar er eit mykje større problem i høve til helse enn det vi tek innover oss?**

– Ja, eigentleg. Og eg legg også merke til at mine tankar om diagnosemanualane DSM og ICD, som også er kunnskapssystem som legg premissane for korleis vi forstår helse og sjukdom, at dette systemet hindrar oss i å sjå dette klart.

**UTPOSTEN: Ein kjem i eit uføre når teorigrunnlaget ikkje stemmer med terrenget, korleis skal vi kome oss ut av dette?**

– Det finst alternative kunnskapsgrunnlag, med meir basis i subjektiv erfaringskunnskap, dette er kanskje mitt svar, at vi må gå meir i den retning.

**«Å bli holdt våken av en gåte»**

Eit interessant aspekt ved den røynde allmennlegen, er at han med åra kanskje har blitt endå meir opptatt av faget sitt, å gå inn i det ukjente, prøve å forstå meir. Hos mange kan det gjerne vere motsett, at ein vel å kvile på laurbæra.

– Ja, dette høyrer kanskje litt rart ut å seie, men i yngre dagar giekk eg mykje i fjellet, til dømes skiturane til Kolåstinden i mai, det var fantastiske opplevingar. Men no i dag har eg like stor glede av å lese ei bok om desse grunnlagsproblema i faget vårt. Og det skjer så mykje spennande i teori- og fagutvikling! Det ligg ei ny forståing, til dømes i epigenetik. Korleis vi menneske påverkar kvarandre på så mange måtar, dette med speilnevron. Til dømes når eg løftar denne kaffikoppen og du ser på den, då vil dei samme områda i din motoriske cortex bli aktivert. Dette synast eg er fascinerande. Myten om det isolerte individ viser seg å nettopp vere ei myte, men vesten klyngar seg fast til «the selfmade man». det sjølvtilstrekkelege individ, medan vi her har ei ny forståing på veg.

**UTPOSTEN: Har legeyrket svart til forventningane dine?**

– Første åra som lege var eg ofte usikker, det var slitsomt, særleg på det emosjonelle planet, men no når eg ser tilbake, så angrar eg ikkje. Det har vore engasjerande, eg har fått lov å vere med på ei spennande fagutvikling. Og pasientane, den tillit dei har vist meg, det dei har fortalt om sine liv, det er eit privilegium å få ta imot. Det er nesten litt gåtefullt, at dei kjem til meg som lege på doktorkontoret og fortel om hendingar, tankar og kjensler som dei ikkje synast dei kan fortelje andre stadar.

Å dele vanskelege opplevingar med folk rundt seg, er jo noko anna, innvender eg. Då må dei ha tillit til at den som skal ta imot handterer det på ein god måte.

Ja, du har eit poeng der. Mange seier at sunt folkevett er bra, men pasientar med til

dømes panikkangst og sosial fobi, får ofte høyre frå folk rundt seg at dei må ta seg saman. Problemet er at dei har tatt seg saman, desse velmeinande råda som blir gitt kan ofte slå feil ut.

**UTPOSTEN:** Men ein kan forstå den andre sida også, at folk flest tenkjer sånn, er det ikkje berre å ta seg saman? Det kan vere vanskeleg å forstå at folk kan ha så sterk angst at dei ikkje klarer å gå på butikken?

– Ja, men det er då du må gå inn i kvart menneske si subjektive opplevingsverd, det er nøkkelen!

Roll-Hansen trekkjer i tillegg fram det paradokset at sjølv om han har taushetsplikt, så kan folk likevel seie, at huff, no får eg dårlig samvit, fordi eg fortel deg dette, doktor. Han undrar seg over dette, det kjem jo ikkje vidare, pasienten skadar ingen ved å fortelje han dette. Det blir ein slags sosiologisk samfunnsobservasjon også, legg han til, eit vindaug ut mot samfunnet, som ein får på doktorkontoret. På mange måtar blir vi aldri utlært, ein lever heile livet som legar, og er på ein måte elevar av pasienten.

Risikoen er at ein trur at ein forstår meir

enn ein gjer. Balint har ein fyrlyktmetafor; i eit mørkt opprørt hav, så kastar fyrlykten lys, oj, her er noko heilt nytt! Dette har eg opplevd nokre gongar, det er ei nesten magisk hending, når pasienten overrumplar deg. Eg trudde eg kjente pasienten, men inn-såg plutselig at landskapet var heilt annleis.

**UTPOSTEN:** Du meiner at vi legar er i ein ikkje-vitende posisjon. Kva legg du i det?

– At kvart menneske er opaque, ikkje-gjennomsiktig, ein kan ikkje gå utfrå at ein forstår, misforståingar er normalt. Det er eit viktig tema i mentaliseringsterapi, det å forstå misforståinga. Og derfor også å vere førebudd på at ein vil kome til å misforstå pasienten – utan å miste balansen. Ein ikkje-vitende posisjon høyrest kanskje litt pompøst ut, men Eli Berg refererer til Levinas: «å møte et annet menneske er å bli holdt våken av en gåte». Heile tida, sjølv om ein har lese 10000-vis av sider og har mykje kunnskap, så er ein likevel elev, og dette set eg faktisk meir og meir pris på!

Eit dikt Jørgen Roll-Hansen likar godt og gjerne deklamerer i festleg lag er «Steder jeg har vært og mat jeg har spist» av Jens

Bjørneboe. Dette seier litt om kva han elles set pris på i livet, han er glad i å reise, likar god mat og er ein framifrå kokk, i følgje vener. Han svingar seg også gjerne på dansegolvet og er ganske flink, det har eg sjølv erfart! Ein god kamerat skildrar han som ein usedvanleg triveleg og spennande samtalepartner, og når det lir på natta dukkar filosofiske tema uunn-gåeleg opom. For det er så mange ting ein kan undre seg over i denne verda. Som den vesle prinsen hjå Saint-Exupéry sa det: «Det viktigaste er usynleg for auget».

For nokre år tilbake vart helsestasjon for ungdom nedlagt i Ørsta, fortel Jørgen Roll-Hansen avslutningsvis. Kva slags prioritering er det, har eg ofte tenkt. Dette er nettopp eit slikt lågterskeltilbod der ungdom ikkje skal lære om kosthald og mosjon, men få snakke om det dei er opptatt av, om relasjonsvansker, ting dei har opplevd, vanskelege ting. Heldigvis ser det no ut til at den kjem i drift igjen. For det er dette med samtalen. I den samanheng er eg glad i denne utsegna til Harry Goolishian: «Jeg tror på de uendelige mulighetene i de samtaler som ennå ikke har funnet sted».

Vi får halde fast på den!

Jørgen på kontoret på Ørsta helsesenter, med kunst frå diverse utanlandsreiser. FOTO: LISBETH HOMLONG

