



## Det skapende mellomrommet i møtet mellom pasient og lege

*Eli Berg*

*Tromsø 2004*

---



Institutt for samfunnsmedisin  
Universitetet i Tromsø



*ISM skriftserie  
blir utgitt av Institutt for samfunnsmedisin  
Universitetet i Tromsø.*

*Forfatterne er selv ansvarlige for sine funn og  
konklusjoner. Innholdet er derfor ikke uttrykk  
for ISM's syn.*

*The opinions expressed in this publication are those  
of the authors and do not necessarily reflect the  
official policy of the institutions supporting this research.*

ISBN 82 - 90262 - 83 - 3  
2004





**DET SKAPENDE MELLOMROMMET**  
**I MØTET MELLOM PASIENT OG LEGE**

Eli Berg

Tromsø 2003

Institutt for samfunnsmedisin  
Universitetet i Tromsø

Tilgnet mine barnebarn Benjamin, Janna og Sara

## FORORD

Det begynte kanskje med mormor som alltid hadde en historie på lager. Min mor fulgte opp med eventyr i småbarnsalderen og veiledning på norske stiler gjennom skoleårene –

- og dernest må jeg takke

*Bjørn Angvik* som bidro til en åpning i min faglige forståelse,

*Anne Luise Kirkengen* som loset meg til akademiet og pekte på andre fags skatter,

*Olav Rutle* som sa "ja" til å være min veileder, men som dessverre døde like etterpå,

*Bjørn Nilsson* som har bidratt aktivt i selve feltarbeidet, og

*Tom Andersen* likeså. Takk for alle gode samtaler og faglige innspill!

*Bjørn Gjelsvik* åpnet hjemmet sitt for meg på forskningsreisene, - stor takk!

*Berit Austveg* har fulgt meg i tykt og tynt disse årene og gitt vesentlige innspill i prosjektet,

*Geir Lorem* har forsynt meg med spennende referanser og bidratt til gode samtaler,

*Åge Wifstad* vil jeg takke for det samme, og

*Eivind Merok* likeså. Hans eget prosjekt har vært til stor inspirasjon i arbeidet mitt.

*Gro Berntsen* har bidratt med kloke innspill og grundige funderinger underveis. Stor takk!

*Alf-Kaare Berg* skal ha mange, mange takk for at han påtok seg arbeidet med å illustrere deler av avhandlingen.

*Holger Hole* har som biveileder vist til filosofiske perspektiver på natur og dagligliv, og

*Anders Lindseth*, også biveileder, har vært en vesentlig samtalepartner om menneskelige møter. Mange takk til begge to!

*Knut Holtedahl*, kan jeg ikke få takket nok for at han gjorde meg oppmerksom på utlysningen av stipendet i Tromsø og var villig til å være min hovedveileder. Han har vist stor entusiasme og vært en god støtte underveis i prosjektet.

*Universitetet i Tromsø* skal ha stor takk for at de innvilget meg et fire års universitetsstipend i 1999. Institutt for samfunnsmedisin har vært et flott sted å være for en forsker fra allmenn praksis.

Men hvordan skal jeg få takket mine *medtenkere*, de 13 tidligere pasientene, for alt de har gitt underveis? Kanskje ved å bidra til at dette manuskriptet ikke blir liggende i en skuff, men kan bli lest av flere?

Tromsø, september 2003

Eli Berg



## **INNHOLDSLISTE**

<b>INNLEDNING</b>	<b>11</b>
<b>PROLOG – TO ERFARINGER</b>	<b>18</b>
<b>DEL I: BAKGRUNNEN</b>	<b>19</b>
Ved veis ende	19
Å høre bare med ett øre	24
Tilbake til start	26
Før ord	27
Ingen ville høre	28
Dette går ikke lenger!	30
Et etisk dilemma	32
<b>DEL II: FAGLIG FORSTÅELSE</b>	<b>35</b>
<b>UTFORDRINGER I KØ</b>	<b>35</b>
Status før neste steg	35
Med dyna over hodet	37
Vi gir fra oss kontroll og ser hva som skjer	39
Møtt som hel person	41
Psykolog på legens kontor	43
Behov for dokumentasjon	44
Et synkende skip	47
Hvem var det som slo?	49
Hva nå?	51
<b>NÅR LIVSHISTORIEN OPPLYSER SYKEHISTORIEN</b>	<b>52</b>
En forskningsreise mot vest	52
Livet og helsa	54

På kirkegården	56
Du kan vente til lørdag	60
De hadde nok jult liket	63
Astma og kameler	67
Skolen var gul og blå	69
En fare for seg selv	72
Utsikt og innsikt	75
Deg ville jeg ikke ha tatt i med ildtang!	79
Å trekke pusten helt inn	83
Drømmen	85
En profesjonell arena	87
Fra "man" til "jeg"	91
Én pasient og 4000 leger	92
Fred og framtid	94
<b>REFLEKSJONER ETTER FØRSTE ETAPPE I FORSKNINGEN</b>	<b>95</b>
Hun har banet vei	95
Med biomedisin som utgangspunkt	98
Min egen vandring	102
Å forlise som menneske	104
Igjen og igjen	107
<b>DEL III: MØTET MELLOM PASIENT OG LEGE</b>	<b>108</b>
En kopernikansk vending	108
Hva var det hun så?	114
Hva vil det si å være profesjonell?	117
Canossa-gang og sjumils-steg	122
To skritt fram og ett tilbake	124
Medtenkere på veien	127
<b>FØRSTE FORSKNINGSREISE</b>	<b>132</b>

De fire første	132
Med tillit i bunnen	133
Han var ikke velkommen	137
Han ville så gjerne delta	139
Methodos	141
ANDRE FORSKNINGSREISE	143
Flere medtenkere	143
En krenkelse	145
En bekreftelse på stedet	147
Som speil i speil i speil	150
Alle kortene på bordet	152
Nå skal du høre	155
Dere ville meg vel	158
Respekt og ydmykhet	161
Du leste meg godt	163
Å bli tatt på alvor	165
Legen må søke i det ubehjelpelige	168
En vandring i tåkeheimen	170
TREDJE FORSKNINGSREISE	172
Noen forviklinger	172
Tid og tilbakemelding	174
Hopp ikke over første kapittel!	176
Ta ansvar for eget liv	178
Sterke møter	180
Som en søster eller mor	183
FJERDE FORSKNINGSREISE	185
Et møysommelig arbeid	185
At legen bryr seg om deg	187

Vi skulle ha møttes litt oftere	189
Han gikk i sirkel rundt meg	191
Et telefon-intervju	193
<b>REFLEKSJONER ETTER ANDRE ETAPPE I FORSKNINGEN</b>	<b>195</b>
Tid for ettertanke	195
1) Menneske først, og så lege	197
2) Pasienten er hovedpersonen	201
3) En vid ramme i møtet	205
4) Å bevare livskreftene	208
Krenkelse gjør krank	212
<b>DEL IV: ET FUGLEPERSPEKTIV PÅ ERFARINGENE</b>	<b>213</b>
Historisk tilbakeblikk	213
Et fenomenologisk helsebegrep	218
Hermeneutikk og medisinsk praksis	224
Og det var flere tenkere -	228
På grensen av det fattbare	231
Som hånd i hanske	234
En betydelig tenker	235
Vestens desorientering	236
Et utvidet perspektiv	238
Den Andres ansikt	239
Ut av fatning	242
Etikk og rettferdighet	244
Alvor og glede	245
<b>HVERDAGSFILOSOFI MØTER FAGFILOSOFI</b>	<b>247</b>
I) Menneske først, og så lege	248
II) Pasienten er hovedpersonen	253
III) En vid ramme i møtet	256



IV) Å bevare livskraftene	258
Tilbakemelding fra medtenkerne	263
Etter – tanke	264
<b>DEL V: FAGLIGE UTFORDRINGER</b>	<b>268</b>
Så - hva nå?	268
Handler det om legekunst?	269
Og hva med berørthet?	271
”Vår forakt for svakhet”	273
Sårbarhet og styrke	276
”Jeg kan ikke leve livet for deg”	278
Et sideblikk	279
Kjærlighetens kraft	281
<b>LITTERATURLISTE</b>	<b>285</b>
<b>VEDLEGG</b>	<b>291</b>



## INNLEDNING

Full stopp! Dette kan jeg ikke være med på lenger. Det er så mange pasienter som fortviler over dårlig hjelp. År ut og år inn med de samme plagene, - smerter og tretthet, problemer med hode, pust, mage og rygg og alt det andre som uroer. Mange føler seg dårlig møtt, neppe forstått, og enkelte blir oppgitt over et helsevesen som ikke finner "noe". Også i min praksis. Må jeg slutte som lege?

Året er 1992. Etter 20 år som doktor må jeg stille meg dette spørsmålet. Men i tillegg tenker jeg at det må da kunne gå an å hjelpe folk på en bedre måte? Jeg ønsker jo å fortsette som allmennpraktiker. I stedet for å kapitulere som lege begynner jeg å tenke over om det er mulig å utfordre meg selv og faget.

Og da kjenner jeg at jeg trenger hjelp, et nytt blikk inn i konsultasjonen, - eller kanskje heller et lyttende øre. Men hvem? Valget faller på en psykolog som jeg oppfatter som en åpen og nysgjerrig person, - glad i mennesker. Han takker "ja" til å møte en av de pasientene mine som er aller mest plaget og hvor jeg føler at jeg kommer til kort.

Så sitter vi der da, alle tre, på kontoret mitt. På forhånd er psykologen og jeg blitt enige om at vi starter ut med at vi gir fra oss kontroll over tema og framdrift og ser hva som skjer. Og det skjer mye, langt mer enn vi kunne drømme om på forhånd. Så vi bestemmer oss for å samarbeide med flere av dem som jeg kjenner meg utilstrekkelig i forhold til.

Det utrolige finner sted: den ene pasienten etter den andre kommer seg ut av helsevesenet etter kun få fellesmøter. Når psykologen etter fire år forlater distriktet vårt, har vi samarbeidet med 30 av pasientene mine. Noen få har hatt liten nytte av fellesmøtene, mens flere karakteriserer seg selv som friske.

Underveis i fellesarbeidet tenker jeg at dette er jo helt utrolig, dette må jeg dokumentere – og kjøper et videokamera. Etter hvert har sju av de siste fellespasientene tillatt at filmapparatet fanger opp samtalene våre. Jeg håper å kunne studere dem nærmere ved anledning. Tenk om jeg en gang kunne analysere egne konsultasjoner? Et frø er sådd og venter på gunstigere klima for spiring.

Det er følelsen av å kunne for lite psykologi som gir meg idéen om å invitere en psykolog til praksisen min. Kanskje vi sammen kan bygge en bro over kropp-sjel-dualismen, - i praksis? Jeg kjenner meg selv som én person, ikke delt i to. Men vi har fortsatt ett helsevesen for kroppslig og ett for mer sjelelig pregede helseplager. Hvordan kan vi forsvare denne oppsplittingen av menneskelig lidelse? Dette utfordrer.

Hva tenker så fellespasientene selv i ettertid om konsultasjonene med psykolog til stede? Jeg skriver et brev til dem og spør. Ti av de 16 første gir meg skriftlige og muntlige tilbakemeldinger om hva som ble vesentlig for dem i møtene våre. Både positive og negative synspunkter legges for dagen. De bekrefter betydning av å møte oss begge sammen, - kropp og sjel, doktor og psykolog. Hel person. Men det var noe mer. Blant annet sier flere at "Det var jo jeg som snakket nesten hele tiden."

Det psykologen og jeg la opp til, forsøker jeg å videreføre i egen praksis. Og da skjer det igjen: Noen pasienter kan slutte med medisiner, og flere trenger lege i langt mindre utstrekning enn tidligere. Noen tar viktige valg som får stor betydning for dem, både familiært og yrkesmessig. Og ventetiden i praksisen min går ned.

Det vokser flere spørsmål ut av erfaringene så langt. Blant annet funderer jeg stadig over hva sykdom kan handle om. Vi har vår solide, biologisk forankrede kunnskap basert på naturvitenskapelig beslektet forskning. Det er heller ikke nytt at mennesket er mer enn biologi. Vi er barn av våre foreldre, men også av vår tid og vårt sted, kort sagt levd erfaring. Dette har imidlertid medisinen som fag tatt lite høyde for så langt.

For flere av pasientene mine kommer det ikke som noen overraskelse at de blir syke nettopp når de blir det. Det slår meg gang på gang hvordan deler av pasienters livshistorie synes å opplyse sykehistorien. Hva om jeg prøver å forfølge denne erfaringen? Idéen om å gjøre en reise er unnfanget. En tilbakereise - i bokstavelig forstand.

I fem dager fotfølger jeg en pasient på hjemplassen han forlot nesten 30 år tidligere. I møter med landskapet, med folk og stemninger, med lysforhold, lukt og smak finner han fram til en glemt livsfortelling som der og da gir symptomer fra egen kropp. Han ser etter hvert noen sammenhenger i livsveven. Fillerya har ligget nedstøvet og sammenkrøllet på mørkeloftet. Men under tilbakereisen våger han å hente den fram, rette den ut, riste den kraftig. Dermed får

han øye på de ulike innsmettene i veven, - hans egne og andres. Levd liv, veven som sådan, kommer han aldri unna. Men fillerya er vasket nå, - rengjort. Livet hans er ikke lenger noe å skamme seg over.

Vel hjemme igjen erfarer han at han ikke lenger trenger legehjelp i samme grad som tidligere. Han har selv sett og erfart underveis hvordan deler av livshistorien har bidratt til betydeilige helseplager, som anfall av astma eller urinsyregikt, svære utslett, mareritt og en lengsel etter å gli bort fra denne verden. Han har funnet navn og adresse på en del av det han erfarte i sin tid, - han har kunnet sette av seg en tung bær i hjembygda. Han behøver ikke å bære historien med seg videre i form av kroniske helseplager. Historien er fortalt, den er blitt til ord som er plassert i en beretning om levd liv. En fortid. Lengselen mot døden snur om til en ny vår i livet hans, og det fortsetter inn i en sommer hvor han for første gang våger å bli synlig for seg selv og andre. -

Et allmennpraktikerstipend gjør det mulig for meg å ta fri en periode fra arbeidet på legekantoret for å gjennomføre denne tilbakereisen og skrive ut alle lydbåndene som fanger opp samtalene våre underveis. Mer enn 40 kassetter gir over 300 A4-sider i utskrift, et materiale som roper på fordypning og diskusjon innenfor medisinsk fagforståelse. -

Vi er kommet til året 1999. Det er lyst ut et stipend på Institutt for samfunnsmedisin ved Universitetet i Tromsø. Jeg søker og får tilslag. For et privilegium! Tenk å få fordype seg i faglige spørsmål i fire år. Nå kan jeg endelig ta fatt på det forskningsarbeidet som jeg fornemmer som vesentlig i en forlengelse av tilbakereisen sammen med den ene pasienten, samt erfaringene fra egen legepraksis de siste årene.

For i møte etter møte på legekantoret legger jeg meg selv og min egen agenda til side og våger å møte pasienten som den helt andre. Gjennom dette erfarer vi et skapende mellomrom som blir helende. Det kommer noen nye perspektiver inn i konsultasjonene som snur opp-ned på flere forestillinger både hos pasientene og meg som lege. Å slippe grepet, å bli truffet av den andre, som viser til et ansvar, en omsorg for det sårbare ved mennesket, - om tillit, tålmodighet, godhet og gjestfrihet. Det blir en bevegelse hvor jeg svinger med i pasientenes beretninger, - en stemthet, en musikalitet.

Pasienter som tidligere hadde voldt meg store problemer, blir tydeligere. De trer fram for meg som mennesker det er viktig å møte med respekt, undring og åpenhet. Og da får jeg historier det ikke er satt ord på før.

Ethvert møte mellom mennesker er dypst sett sårbart. Muligheten for avvisning og krenkelse er alltid til stede. Også legen har et levd liv, og i konsultasjonen er det to levde liv som møtes. Å beskytte seg mot egen sårbarhet i form av å objektivere pasienten, kan bidra til at historiene ikke kommer fram, - i ytterste konsekvens en krenkelse av pasienten – og feil diagnose.

Men dette er mine tanker så langt. Hva tenker pasientene? Hva mener de er viktige elementer i konsultasjonen? Planen min blir å reise tilbake til legepraksisen og ha samtaler med tidligere pasienter. Jeg inviterer til en åpen drøftelse av hva de tenker at åpner opp for en tilfriskning når pasient og lege møter hverandre, - og motsatt: hva de tror kan stenge og dermed kanskje hindre en bedring av helsa.

I løpet av de neste to årene møter jeg 13 av mine tidligere pasienter til intervju på mitt gamle legesenter, sju kvinner og seks menn. Noen samtaler har jeg alene, andre finner sted med en kollega som intervjuer pasienten og meg hver for oss, men med alle til stede i rommet. Vi inviterer medtenkerne til å komme med synspunkter på egne erfaringer i helsevesenet. Video og båndopptaker fester samtalen våre til tape, - som jeg fortløpende skriver ut og studerer – om igjen og om igjen - når jeg er tilbake i Tromsø.

De fleste av medtenkerne møter jeg en gang til etter noen måneder. Samtale nummer to tar utgangspunkt i det forrige møtet vårt, enten ved at vi ser på videoen sammen eller at de får tilsendt kopi av sin egen video og/eller utskrift av denne i god tid før møtet. Film og lydbånd dokumenterer også disse forskningssamtalene, - som igjen gir grunnlag for nye transkriberinger. I alt blir materialet på cirka 2000 sider til slutt.

I tillegg skriver jeg jevnlig ned mine egne refleksjoner underveis, både før og etter hver av de fire forskningsreisene jeg foretar tilbake til mitt tidligere arbeidssted. Også dette materialet nærmer seg et firesifret antall sider. "Essayene" hjelper meg til å holde opp for meg selv hva jeg aner konturene av i samtalen. Jeg skriver ned hvilke forventninger jeg har forut og hvordan jeg vil beskrive møtene i ettertid. Nedtegnelsene fungerer dessuten som en minnebok

både over de stabbesteinene jeg har valgt å stoppe opp ved underveis og veien fram til stoppestedene.

For hele prosjektet mitt er som en reise, en vandring. Jeg er ingen gullgraver som leter etter edle metallklumper av ferdig og sann viten, men heller en reisende som er på stadig vandring sammen med medtenkere, både konkret og i overført betydning. Den viten jeg søker ligger ikke nedgravd og venter på avdekning, men skapes underveis i møter med tidligere pasienter. I dialogen og refleksjonen kan vi stille opp noen antakelser, - som medtenkerne så kan forholde seg til om igjen ved møte nummer to. En refleksjon over refleksjonen, synspunkter som vurderes fra nye perspektiver, eller på bakgrunn av forskjellige horisonter av forforståelse.

Medtenkerne legger fram mange stikkord for fenomener som de finner vesentlige. Men hva er det de vil si meg med alt de nevner? Hva treffer meg som vesentlige elementer? Jeg befinner meg i tåkeheimen. Faglige diskusjoner og mer enn 30 ulike foredrag underveis bidrar til at noen vanndråper kondenseres. Sikten bedres. Om og om igjen søker jeg etter noen fellesnevner i det de tidligere pasientene legger vekt på. En kondensering i vitenskapelig forstand viser meg noen merkestein som markerer stier til noen utsiktspunkter, noen varder.

Det er altså ingen asfaltert motorvei jeg følger i bearbeidingen av materialet, ingen velkjent trasé nedtegnet på et kart i det medisinske akademiet. I stedet søker jeg etter kartverk innenfor mer humanistiske vitenskapstradisjoner. Kanskje de kan hjelpe meg i famlingen blant alle fenomenene som mine medtenkere viser til, landskapet de beskriver gjennom fortellingene sine. Og litt etter litt klarer det såpass at jeg kan bevege meg fra merkestein til merkestein mot noen høydedrag.

Et fugleperspektiv over arbeidet leder oppmerksomheten min mot horisonten, hvor det dukker opp filosofer som har hatt stor betydning for vestlig tenkning gjennom tidene. Mange personer har mye å si oss om menneskets vilkår og medisinsens selvforståelse og praksis. Jeg har fått øye på et - for meg - ukjent og spennende terreng. Etter hvert er jeg så overveldet av alt jeg får se og høre i mitt fugleperspektiv, at jeg finner tiden inne for å vandre ned i dalen igjen, ned til mitt eget erfaringsmateriale. Mine medtenkeres hverdagsfilosofi må få møte fagfilosofien, tenker jeg. Og det blir spennende dialoger. -

Prosjektet mitt startet ut som en fortvilelse over faget medisin og min egen praksis. Jeg opplevde et uholdbart spenningsforhold mellom levd erfaring og forståelsen av helse og sykdom. Dessuten hadde jeg et ønske om å møte mennesker på en annen måte når de søkte meg som doktor, - mer som menneske til menneske. Disse forholdene har ligget bak de to etappene i dette forskningsarbeidet, - tilbakereisen og samtalene med medtenkerne.

Hele veien har jeg forsøkt å la berørthet styre valgene mine, altså det som treffer meg, som jeg umiddelbart kjenner som vesentlig. Jeg kan merke det i hele kroppen. Ofte må jeg famle etter ord for å beskrive det som slår meg underveis. Tåkemetaforen er sentral. Den handler om en åpenhet for det jeg ikke kan vite noe sikkert om. Og den beskriver sider ved opplevelsen av å gi fra meg noe av kontrollen over temaer og framdrift underveis i prosjektet.

På vandringen har jeg lent meg til teori utviklet innenfor humanistiske tradisjoner, som fenomenologi og hermeneutikk. Og kanskje også beveget meg noe ut over disse opptrukne rammene, - igjen søkt å slippe grepet. En av filosofene jeg ble oppmerksom på i mitt fugleperspektiv gjør nettopp dette i sine tankebygninger.

Rent praktisk har jeg fulgt metoder som er vokst fram innenfor tenkningen omkring det såkalte kvalitative forskningsintervju, en mangeårig tradisjon, solid vitenskapelig begrunnet og utprøvd innenfor samfunnsfagene. Presentasjonen av oppgaven er fortellende, noe som kjennes riktig når hele materialet består av – nettopp - fortellinger. Kanskje kan vi si at vi er våre livsfortellinger, og vi forholder oss til små og store fortellinger hele livet i samhandling med andre. Vi er våre uttrykk og uttrykker oss overfor mennesker omkring oss. Så for å være konsistent i min framstilling, så måtte det altså bli som en eneste lang fortelling.

Jeg har valgt å presentere prosjektet med en jeg-stemme. I medisinsk forskning er det tradisjonelle at objektivitet er et honnørord, et krav, en forutsetning for god forskning, - men da innenfor naturvitenskapelig forankrete arbeider. I en kvalitativ studie blir det tydelig at en objektiv posisjon er umulig og heller ikke ønskelig. Forskeren er selv delaktig i skapelsen av kunnskapen. For å ytterligere tydeliggjøre dette vesentlige aspektet, har jeg altså valgt å bruke meg selv som fortelleren underveis i rapporten.



Leseren vil ikke finne et eget metodekapittel i avhandlingen. Framgangsmåtene og tenkningen bak disse vokste fram gjennom vandringen og blir derfor fortløpende presentert der jeg finner det naturlig å synliggjøre stegene på veien.

Som en overskrift for prosjektets gang kan jeg kanskje forme det slik at jeg utfordres som lege og settes på prøve som menneske. Både hverdags- og fagfilosofien viser til betraktninger som bryter radikalt med det jeg er opplært til som lege, både når det gjelder faglig forståelse og i forhold til møtets betydning for pasient og lege. Samtidig fornemmer jeg at de gir noen svar på hvor veien kanskje kan gå videre for å bevare et helsevesen som ikke drukner i teknologi og økonomiske betraktninger. Siktemålet for faget vårt må fortsatt være å hjelpe mennesker ut av sykdom og lidelse. -

Så noen veiledende detaljer for leseren: Erfaringsnære beskrivelser, både som menneske, lege og forsker, har jeg holdt i kursiv i dette dokumentet, mens refleksjoner over erfaringene presenteres med normal skrifttype. Avvik fra dette vil bli presentert underveis.

Av referanselisten vil det framgå at jeg har konsentrert meg om flere bøker enn jeg har lest artikler. Bakgrunnen for dette er at jeg har funnet det verdifullt å kunne fordype meg mer i en del temaer enn det som ofte er mulig gjennom artikkelstudier alene.

Alle tidligere pasienter som nevnes i denne beretningen har skiftet navn av anonymitetshensyn. Noen har fått nytt yrke. -

Tilbake til de store linjer: Prosjektet mitt er delt i to etapper, som hver springer ut av mine to hypoteser eller antakelser ved begynnelsen av denne forskningsreisen:

- *En relasjonell smerte kan ha betydning for utviklingen av sykdom og helseplager*
- *For å få god hjelp må pasienten være hovedpersonen og refleksjonens sentrum i konsultasjonen, og ikke legen primært.*

Der startet jeg ut. Om de blir stående til slutt, vil arbeidet vise.

## PROLOG – TO ERFARINGER

*Året er 1986. Den første snøen kom i går. Og da skjedde det igjen. Ikke slik som med farmor, som fikk vondt i knærne og fant fram kamelhårs-varmerne når vinteren sto for døren. Nei, det var denne underlige følelsen av forlatthet. Det slår ikke feil. Hvert år kommer melankolien kastet på meg ved det første snøfallet om høsten. Så tung i kroppen, nummen liksom. Det varer ikke lenge, - noen dager eller kanskje en ukes tid. Fjon i luften er fascinerende og vakkert. Men sludd og slaps gir gråt i halsen. Det samme hvert år.*

*Men det skjedde noe mer i går. Nummenheten fikk et navn. Jeg var tilbake i 1966. Min far ble lagt inn på Rikshospitalet ved det første snøfallet den høsten. Jeg kjøpte 12 røde roser til ham. Jeg tror han så meg før han døde. -*

*Det står 2002 på kalenderen min hvor eldste barnebarnet smiler til meg med sin første tann så vidt synlig. Jeg har vært doktor i 30 år nå. I dag har jeg sett på en video, en film fra en vanlig kontordag i 1988. "Bra!" sa mine kolleger som vurderte opptaket den gangen. "Fin kontakt og god tid for pasientene."*

*Jeg stopper filmen etter de første sju pasientene. Orker ikke mer, kjenner meg tappet. Nakken er stiv og jeg har hodepine.*

*Kroppen har ikke glemt.*

## DEL I: BAKGRUNNEN

### Ved veis ende

*Stanken slår imot meg når jeg åpner døra til venterommet. Ingen sitter på stolene nærmest ham. Noen har valgt å stå. Vinduene er lukket, - akkurat som ansiktene til pasientene.*

*"Vær så god, det var HANSEN neste." Han passerer forbi meg. Jeg holder pusten. I øyekroken ser jeg at en av de gjenværende åpner vinduet, - litt demonstrativt?*

*Jeg forsøker å skape en ramme for konsultasjonen, ta kontroll. Det er alltid vanskelig å få Hansen til å begrense taleflommen. Han begynner å snakke med en gang han har satt seg. Han snakker og snakker og snakker. Hvis jeg forsøker å smette inn et spørsmål, stopper han et lite sekund, og så fortsetter han der han slapp.*

*Jeg blir fortvilet hver gang han kommer. Både blir jeg kvalm av stanken, og jeg føler vemmel ved å se på ham. Jeg leter febrilsk etter et smutthull for å finne en anstendig måte å avslutte konsultasjonen på, - nesten før den har begynt.*

*Hansen bruker medisiner for høyt blodtrykk. Det er ikke lett å få ned trykket hans. Han har alltid rask puls på kontoret mitt. Jeg lurer på hvordan det er hjemme. Kanskje er det bare et såkalt kontortrykk jeg måler, - og behandler? Tanken slår meg, - hver gang.*

*Jeg har ikke lyst til å sette blodtryksmansjettene på armen hans. Vil lukten av gammel skitt bli sittende igjen i stoffet? Jeg prøver å holde pusten mens jeg måler, men må til slutt gi opp da jeg begynner å bli svimmel. Og kvalmen stiger.*

*Jeg prøver å ikke se på ham. Men jeg kan ikke unngå å legge merke til at sømmene på buksa hans nå er gått opp både i siden og i skrittet. Ull-undertrøya er stiv av mangel på vask og lar seg vanskelig brette opp på armen. Ytterjakka er av ubestemmelig farge, den er ganske skitten og mangler knapper. Et belte holder den sammen.*

*Han ser rett fram for seg. Jeg orker heller ikke å forsøke å se ham i øynene. Han har et litt sint ansiktsuttrykk. Eller kanskje jeg skulle si stramt? Han er sjelden nybarbert, men har heller ikke anlagt skjegg.*

*Han klager ikke. Han forteller uavbrutt om hvordan han har prøvd seg fram med nok et nytt regime for kosten. Han har hørt at det er sunt med melvarer, at melk ikke er så bra, at fisk er gunstig, særlig fet fisk. Kjøtt unngår han. Han spiser tranpiller og vitaminpiller og Q10 og flere tilskudd som jeg ikke har hørt om før. Han har handlet i helsekostbutikken.*

*Han forteller og forteller, men jeg tror ikke han venter noen kommentarer fra meg. Når han begynner å snakke om at han planlegger å dra til skogs, kan jeg kanskje ane litt liv i ansiktet hans. Han er blitt spurt om han vil komme og hjelpe til litt, slik han årvisst har gjort om vinteren, legge opp ved, reparere litt, sjaue. Det er Skiforeningen han jobber for. Han får ingen lønn, men kost og losji.*

*Det er vanskelig å få ham til å forlate kontoret mitt. Jeg reiser meg opp og går mot døra. Hele tiden prøver jeg å få inn et ord eller to om at det ville være fint om han kan vente litt i gangen utenfor laboratoriet, så skal han få tatt dagens blodprøver. Om han har med seg en urinprøve? Uten å avbryte sin egen beretning finner han fram uringlasset og gir meg det. Men han blir sittende - og fortelle. Jeg blir mer og mer svett. Han har fått rikelig tid, og jeg er på grensen av å kaste opp i den stanken han omgir seg med. Jeg må bare få ham ut - nå!*

*Jeg går bort til Hansen igjen og stiller meg rett foran ham. "Nå må vi gå på laboratoriet. Du får brev fra meg om noe skulle være utenom det vanlige. Ny kontrolltime får du hos kontordamen i luka. Kan vi si om tre måneder?" Jo, det er greitt. Og så fortsetter han med detaljer omkring kosten.*

*Hva skal jeg gjøre? Til slutt må jeg si at nå må du gå, timen er over, jeg har en ny pasient som venter. Motstrebende, kanskje litt forundret, reiser han seg fra stolen, tar på seg ytterjakka, lukker den med beltet og går langsomt mot døra. Han ser i gulvet.*

*Omsider har jeg fått lirket ham ut døra. Jeg følger ham bortover korridoren. Det sitter flere og venter på tur. Det blir gjort plass til ham. Flere enn nødvendig reiser seg og går litt unna.*

*Hjem fra arbeidet kjører jeg forbi huset til Hansen. Jeg kjenner til at han er oppsagt fra jobben for mange år siden på grunn av "samarbeidsproblemer", men jeg vet lite eller egentlig ingenting om hva det gikk ut på. Jeg vet også at han ikke er gift og at han bor aleine i det lille, grå huset ved elva. Han har malt boligen sin for en stund siden, så utvendig er den slett ikke verst. Han har en liten hage, og han tilbyr epler til salgs om høsten. Men ingen kjøper. Han synes folk er rare.*

*Det er litt vondt å passere hjemplassen hans. Jeg kan ikke kjøre forbi uten å tenke et ørlite øyeblikk over hvordan livet hans må være. Han har ingen kontakt med noe familie, ingen venner, ingen naboer. Jeg ser ham aldri snakke med noen. Han må være ensom, fryktelig ensom, tenker jeg.*

*Og hva er det han får ut av konsultasjonene hos meg noen ganger i året? Det vet jeg ikke. Og jeg skammer meg. Jeg lytter ikke til ham, orker egentlig ikke å ha ham i rommet. Han blir nok aldri tatt på alvor av meg, blir ikke sett.*

*Jeg konsentrerer meg om å gjøre en skikkelig medisinsk jobb i den forstand at jeg forsøker å følge opp blodtrykket så godt jeg kan. Han har dessuten hatt blod i urinen ved flere anledninger. Jeg har sendt ham til sykehuset for vurdering av nyrer og urinveier. De fant ingen forklaring på blødningene. -*

*Så kommer han en dag litt skjev i ansiktet. Han er redd. Jeg blir overrasket. Det slår meg at jeg kanskje skulle ha vært enda mer "aggressiv" med blodtrykksmedisineringen. Jeg har jo egentlig latt ham ligge litt høyt i verdiene på grunn av at han aldri har rolig puls under undersøkelsene. Jeg regner liksom med at trykket er mer normalt hjemme, - men jeg vet jo ikke.*

*Røntgenundersøkelse av hodet viser et lite hjerneinfarkt. "Sannsynlig" står det i brevet fra sykehuset. Det er sikkert blodtrykket. Stakkars mann! Og han blir enda mer opptatt av kosten. Han kjøper ukeblader nå, studerer legespalter. Og det han har lest, vil han fortelle meg. Men fortsatt venter han ikke på noe svar. Monologene hans blir lengre, og han står oftere på timelisten mine.*

*Er han forresten i ferd med å se litt mer på meg? Spør han ikke litt mer?*

*Han ble så utmattet under turene mellom skihyttene i vinter. Han måtte stoppe opp, - det var nytt for ham. Til og med i bygatene må han hvile med jevne mellomrom. Det blir en lang beretning med mange detaljer.*

*Han har fått hjertekrampe, det er nok ingen tvil. "Må vi ta hjerteprøve?" Legesekretærene strever også med kvalne i nærheten av Hansen. EKG viser klart forstørret hjerte med belastning av venstre hjertehalvdel. Jeg skjems. Han har nok likevel vært underbehandlet med hensyn til blodtrykket, og nå har han altså fått hjertekrampe.*

*Han blir stadig mer tungpusten og har mye slim i halsen. Jeg finner at tiden er inne for et bilde av brystet. Jeg tenker rasjonelt at det er medisinsk nødvendig, og jeg må dessuten innrømme at jeg trenger en pause fra ham etter at han har hatt time stadig vekk de siste ukene.*

*Røntgenlegen ringer. Lungene er fulle av kreftspredning. Dessuten har kollegaen tatt fram bildene av nyrene fra noen år tilbake. Det er bare å beklage: Allerede den gangen hadde han en påvisbar nyrekreft. Han beklager igjen.*

*Hva skal jeg si til Hansen? Hvordan vil han ta dette?*

*Jeg får ikke snakket med ham umiddelbart. Legevakta har lagt ham inn på sykehuset på grunn av brystmerter en natt. Han hadde hatt et lite hjerteinfarkt. Jeg ringer avdelingen og gjør dem oppmerksomme på nyresvulsten og spredningen til lungene.*

*De har ikke snakket med ham om dette under sykehusoppholdet. Det overlater de til hans faste lege, står det i brevet fra medisinsk avdeling ved utskrivelsen.*

*Han kommer tilbake til meg etter en tid. Han er fortsatt opptatt av kostregimer. Det skal man jo være, tenker jeg ironisk. Det er jo det som skal hindre folk i å få hjerte-kar-sykdommer.*

*Jeg behøver ikke lete etter måter å formidle budskapet på. Hansen åpner konsultasjonen med å si at han har fått kreft og at han skal opereres for dette. Han har visst det hele tiden de siste årene. Men han har prøvd å leve så sunt han har kunnet for å motarbeide kreften.*

*Han blir operert for sin store nyresvulst, og lungespredningen ser ut til å minske noe i omfang.*

*Men det går ikke så lang tid før han kommer tilbake på kontoret mitt. Nå har han fått hasselnøtt-store knuter foran begge ørene. Han spiser bare suppe og velling nå, forteller han. Greier ikke å åpne munnen. Spredning, tenker jeg. Mannen kommer jo til å sulte i hjel! Han er gått betydelig ned i vekt. Igjen er det eneste han vil snakke om hvilken kost som er fornuftig og hvilken fortvilelse han har fordi han ikke får i seg nok av de forskjellige fete fiskeslagene.*

*Jeg føler meg hjelpeløs. Jeg henviser ham til øre-nese-hals-legen på lokalsykehuset. Så går jeg i sommerferie. -*

*Min kollega forteller at Hansen hadde hatt det godt på det siste. En søster og hennes familie tok kontakt og besøkte ham på sykehuset. Han fikk snakke med henne om viktige ting, tror min kollega. Selv sa Hansen dessuten at han ikke var redd for å dø. Og han takket for tiden på avdelingen, - som hadde vært den beste perioden i hans liv. Han fikk et kort sykeleie og døde omgitt av slektningene sine.*

*Det er ekstra tungt å kjøre forbi det grå huset til Hansen denne dagen. -*

### **Å høre bare med ett øre**

*Året er 1988. Jeg skal ta opp video av konsultasjonene mine denne dagen. En gruppe spesialistkandidater i allmennmedisin har møte i nær framtid. Og som veileder skal jeg være først ute med film av egne pasientmøter.*

*Det er BIRGER neste. Jeg roper opp navnet hans på venterommet. Han spretter opp fra sofaen og småløper foran meg bortover korridoren. Vel inne på kontoret mitt dumper han ned i pasientstolen. Han hoster og harker og forsøker å finne en stemme.*

*Han er så utrolig sliten. Får liksom ikke gjort noen ting. Det gikk så bra på skolen, og oppdragene står i kø. Men han får ikke kommet skikkelig i gang etter eksamen. Ingen inspirasjon, ingen krefter. Helt tom.*

*Han har fått svære utslett på beina, ja, han er hoven som om han skulle ha elefantbein. Han ler litt forsiktig. Om jeg vil se?*

*Jo, beina er virkelig som stokker og har utslett som kan minne om knuterosen. Du verden, hva kan nå dette være for noe?*

*Og så er det dette med leddene, de er så hovne og vonde. Men det verste er nå likevel pusten. Han får ikke sove om natta, og om dagen hoster han bare han tenker på ting han står overfor. Han behøver ikke engang å anstrenge seg fysisk før det begynner å kile i halsen og tetne til. Det piper og piper, og han hoster så han føler at innvollene vel snart må komme opp!*

*Han ler forsiktig – og begynner straks å hoste enda verre. Han holder seg fast i kanten av skrivebordet. Fester ikke blikket. Det roer seg etter hvert. Han blir sittende taus og skraper med beina fram og tilbake på gulvet.*

*Birger tar liten plass og unnskylder seg for at han bruker av min dyrebare tid, at han er til bry, at han ikke vet om han er sjuk en gang. Han bare kjenner seg så helt tom. Og økonomien er - .*



*Jeg begynner å lete etter ham på dataskjermen. Alle prøvene fra forrige gang er helt i orden. Senkningen kanskje ørlite grann over det vanlige for ham. Så han har vel hatt en influensa etter eksamen. Var det ikke så at flere av medstudentene hadde hatt noe lignende? Mjoo - .*

*Jeg lytter på brystet hans og oppsummerer deretter funn både fra forrige kontakt og fra denne dagen. Jeg resymerer prøvesvar og overhører at han sitter og snakker med lav stemme om at det er nå rart da at han hoster så forferdelig hver gang telefonen ringer. "Det er nesten som et rituale - , " prøver han seg, " - som en seremoni."*

*Jeg kjenner et stikk. Jeg merker at jeg blir truffet av noe. Men jeg åpner ikke opp for detaljer omkring de funderingene han prøver å legge fram.*

*Han begynner å hoste voldsomt igjen. Og jeg ber om å få lytte på ham nok en gang. "Astma har du iallfall ikke." Om han har hatt det tidligere? Jo, da han skulle i det militære - . Han kommer ikke lenger. Jeg flytter meg nærmere for å vurdere en fingerskade han er sykemeldt for. Han kan vel snart friskmeldes nå?*

*Birger forlater kontoret etter en omfattende samtale om funn og prøvesvar, medisiner og friskmelding.*

*En veldig bra konsultasjon, mente mine kollegaer i gruppa, - god kontakt og rikelig med tid, vennlig og forekommende.*

*Jeg satt med en annen følelse. Jeg slapp ham ikke til. Og noe rørte meg.*

## **Tilbake til start**

*Oslo 1986. Maratonporten! Endelig snart i mål! Jeg har spart på kreftene, så det blir en liten sluttspurt inn på Bislett.*

*Det hadde vært et pinefullt løp med leggekramper etter få kilometer. Og vel i mål får jeg ikke liv i langfingeren på høyre hånd. Merkelig. Det hjelper verken med dusj eller varme hansker. Så rart.*

*Ettersom dagene går får jeg altfor mye følelse i begge hender. Å berøre ting er som å skjære seg på papir. Det samme skjer med det ene beinet. Og hvor blir det av håndgripen? Beinet svikter også.*

*På en nevrologisk avdeling påstår legen at jeg har normal kraft i begge hendene. Nei, sier jeg, begge er svakere enn vanlig. Han står på sitt. Og jeg på mitt. Jeg føler meg irritert og såret over ikke å bli trodd på mine egne erfaringer. Jeg er jo den nærmeste til å vite hvor sterk jeg er i armer og bein.*

*Jeg gjennomgår et omfattende undersøkelsesopplegg. Ingen spør meg hvordan jeg har det for tiden.*

*Oslo 1970. Nevrokirurgisk avdeling. Jeg har bedt om audiens hos overlegen. Min bror var blitt operert for en svulst på hjernen året forut. Nå har han fått mer og mer uutholdelige smerter i korsryggen. Som medisinerstudent i kirurgisk termin aner jeg tegnene og ber så pent jeg kan om avdelingen kunne ta min bror inn igjen til en undersøkelse. Jeg tror han har fått spredning av kreften.*

*Hvem jeg tror jeg er? Komme her og instruere overlegen? Jeg blir verbalt kylt på dør.*

*Min bror blir først tatt imot når han er lam fra livet og ned. Han dør noen måneder seinere. Han ble 19 år gammel.*

## Før ord

*"Ikke putte noe der!" SIV ser på meg med store, brune, redde øyne. "Ikke putte noe der!" gjentar hun og holder hendene over underlivet.*

*Hjertet stopper i brystet mitt. Jeg blir iskald og skjelver innvendig. "Hva har de gjort med deg? Kjære vene, stakkars unge!" Men ordene kommer ikke fram. De blir hindret av en klump i halsen. Tårene presser på.*

*Det er en torsdag på midten av 1980-tallet. Siv er tre år, men bruker fortsatt bleier. Nå ligger hun på stellebenken på helsestasjonen. Tanten i barnehagen ante at noe ikke var som det skulle og har bedt om en vurdering.*

*Ildrøde, hovne kjønnslepper og en vid, åpen skjedeinngang som på en voksen kvinne. -*

*En av hennes nærmeste får tre års fengsel. Det må to omganger til i retten før Siv blir tatt på alvor. -*

*Det blir etter hvert flere møter med rettsvesenet for å vitne om funn hos smårollinger fra helsestasjonen. Jeg erfarer en bekymringsfull mangel på innsikt hos mine kolleger i rettssalen, de medisinsk sakkyndige. Flere av anmeldelsene når ikke fram i første omgang.*

*"Jeg gråt mest når mamma holdt meg", forteller lille MARTE på seks år.*

## **Ingen ville høre**

*Jeg har legevakt. Det ringer fra ambulansen. De er hjemme hos LINDA. Politiet er også til stede. Jeg må komme med én gang.*

*Hun står delvis skjult bak et forheng mellom gangen og stua. Hun spikrer meg til veggen med blikket sitt. Jeg har sett det før dette redde - vanvittig redde - blikket hennes. "Jeg vil ikke innlegges!" Stemmen er hard, og hun holder en brødkniv bak ryggen. Det blør fra håndleddet.*

*Hun ligger på magen i sykebilen med håndjern på når ambulansen forlater tunet. Fortvilelsen, redselen, - den skjærer meg i hjertet verre enn en kniv. Dette kan da ikke være riktig!*

*Det er mange år siden nå. Linda var bare ungdommen den gangen. Nå er hun blitt 40 år og har flere opphold på psykiatrisk avdeling bak seg. Hver gang er hun blitt innlagt med tvang. Schizofreni, sier ekspertisen, et alvorlig tilfelle av schizofreni. -*

*Jeg har satt av litt god tid til Linda denne dagen. Hva tenker hun selv om sykdommen sin? På tross av at vi har kjent hverandre lenge, så har jeg ikke stilt henne dette spørsmålet tidligere. Det er stille en lang stund. Jeg sitter rett overfor henne og søker blikkontakt. For første gang på lang, lang tid ser hun direkte på meg.*

*Jo, om jeg vil høre, så skal hun fortelle. Men da må jeg tro på det hun sier. Hun farer ikke med løgn, det må jeg stole på. Hun vegrer lenge før hun begynner på sin lange historie. Det gikk bra på skolen. Topp karakterer til hun var 14. Ivrig i idrett, ja, egentlig var hun vel et talent. Spesielt i ballspill.*

*En dag på vei hjem fra trening kastet fire av gutta fra fotballaget seg over henne i skogholtet ved idrettsplassen. De dro av henne klærne og voldtok henne, en etter en. Verden raste sammen der og da. Og hun hadde ingen hun våget å snakke med. Det var da det begynte. Det visste hun.*

*Hun hadde vasket seg og vasket seg i dagene som fulgte, men hun ble ikke rein. Hun fikk problemer med å gjøre skolearbeidet og vegret seg for å møte opp i klassen sin. Hun isolerte seg på rommet sitt hjemme og nektet etter hvert å gå på skolen. Det medførte at hun fikk juling av far. Og verst var det når hennes yngre søsken ble tvunget til å holde henne på gulvet så faren kunne konsentrere seg om selve avstraffelsen. Ingen spurte henne om hva som hadde hendt.*

*Foreldrene hadde ikke skjønt at hun trengte hjelp. Og de aksepterte at hun satt på rommet sitt i over et halvt år uten kontakt med noen. –*

### **Dette går ikke lenger!**

*Hun kommer inne som en liten kuling. Det piper og syder og hviner. Astmaen. Nå holder hun ikke ut mer. Dette er ikke noe liv.*

*ANNA dumper ned i pasientstolen og kaster et fortvilet blick i min retning. Hun har framført ærendet sitt i stakkato, og nå siger øynene igjen. Hun er så sliten, så sliten. Og hun har begynt å bli redd for at hun kan komme til å gi opp, ikke evne å stå på videre, bli hjelpeløs.*

*Det knyter seg i nakken min og hodepinen kommer sigende. Hva nå?*

*Jeg kjenner at jeg blir fortvilet. Nå har hun vært innom all tilgjengelig lungeekspertise i vår del av landet, den siste var allergologen på regionsykehuset. "Klassisk astmatisk besvær," stod det i brevet fra spesialisten, "men behandlingsresistent". Hun fikk bruke Pariapparatet når hun ble tett. Dessuten kunne hun øke noe på steroidene i kortere perioder. Mer hadde de ikke å tilby henne.*

*Hva slags helsevesen er jeg en del av som ikke er i stand til å hjelpe en kvinne som Anna! Dette er for galt. Jeg kjenner at jeg blir sint – og fortvilet.*

*Året er 1993. Vi har kjent hverandre noen år nå etter at hennes tidligere lege gikk av med pensjon. Anna har alltid vært en person med masse overskudd og med stor omsorg for alle omkring seg. Glad i fjellet har hun alltid vært, men nå kan hun ikke engang tenke på å ta seg fram til hytta si.*

*Hun er omgitt av barn og svigerbarn og barnebarn og har storkost seg sammen med dem. Familien er viktig og har for Anna gått foran alt annet. Men nå blir hun sengeliggende etter besøk. Ikke greier hun dagen, og verst er det om natta.*

*Migrenen er skrekkelig og går nå nesten i ett med den andre hodepinen. Ja, det er ikke bare hodet, men hele kroppen som skriker av smerte for tiden. Og så alle infeksjonene! Hun er kommet ut av tellingen på hvor mange antibiotikakurer hun har fått for blærekatarr og nyrebekkenbetennelse og lungeinfeksjoner de siste årene. Blodtrykket er dessuten helt ute av kontroll.*

*"Dette går ikke lenger", gjentar hun.*

*Så blir det taust. Lenge. Anna er gråblek og sitter med gjenlukkede øyne. Hun strever og strever med pusten. "Jeg lurar på om du kan bære på en ubearbeidet sorg, jeg, Anna?" Det er det som slår meg når jeg prøver å fanle meg fram. Anna har lagt ut noen tråder i møtene våre, og nå prøver jeg å samle dem og følge dem. Og da er det sorg jeg fornemmer.*

*Vi har snakket sammen mange ganger de siste månedene, om det som har vært bra og om det som har skuffet henne i livet. Hun har hatt det greit som barn, kan ikke klage. Strengt, men bra. Noe er det jo i alle familier. Hun tok det tungt da mannen forlot henne for noen år siden. Men hun bet tennene sammen og tenkte at dette skulle hun nok takle. Hun var så stolt over utdannelsen hun hadde tatt etter at barna var flyttet hjemmefra. Nå kunne hun stå på egne bein og føle seg uavhengig.*

*Og så kommer denne astmaen og setter punktum! Anna glimter til med en liten latter, en ironi innbakt i fortvilelse.*

*Hva nå?*

## Et etisk dilemma

Jeg befinner meg på overgangen til 1990-tallet. Det har vært en kronglete vandring med mange snublesteiner i det siste. Jeg er sliten og urolig. Hva er det som gir meg denne intense hodepinen og stramme nakken i møte etter møte med pasienter? Kroppen prøver å si meg noe, såpass forstår jeg. Og det aner meg at det kan ha sammenheng med mange ting i livet mitt. Men for tiden er det dilemmaene i arbeidet som lege som tynger meg aller mest.

Jeg tar lange turer i skogen. Det hjelper litt på å klarne tankene. For hva er det jeg erfarer i praksisen? Hvorfor så frustrert? Å være lege har jo alltid innbefattet å møte mennesker i smerte, lidelse, sorg og død. Og i glede, naturligvis, når pasienter er blitt friske eller har fått en god avslutning på livet. Men det er dette med alle de som jeg ikke greier å hjelpe og som jeg fornemmer at burde få noe annet enn det de blir tilbudt. Og noen burde kanskje slippe å bli innlemmet i helsevesenet i det hele tatt.

For hvorfor kommer de igjen og igjen, alle pasientene med smerter overalt, slapphet og fortvilelse? Og hvorfor går ikke blodtrykket ned når de får så mye gode medisiner? Søvnproblemer og leddplager, ryggvondt og angst, utslett og fordøyelsessymptomer i det uendelige. Det er da så vanskelig å hjelpe mange av dem. Og bedre blir det ofte ikke av å sende dem videre i systemet heller. Fortvilelsen står å lese i ansiktene på flere av pasientene når de kommer tilbake etter omfattende utredninger hos spesialistene. "De fant ingenting. De sa jeg var frisk. Men det er jeg jo ikke."

Jeg har hørt det før.

Så er det på'n igjen. Med undersøkelser og samtaler og kanskje nye henvisninger. Men blir de hjulpet av alle disse rundene? Ikke alltid. Og noen ganger sniker det seg inn en mistanke hos meg om at jeg bidrar til en sementering av pasientenes plager. Hver gang jeg spør om det kan være noe med det eller det eller det, - da gir jeg kanskje idéer til videre bekymringer hjemme nettopp over de medisinske spørsmålene jeg har stilt. Og forskriver jeg medisiner, så har jeg iallfall befestet vurderingen av plagene som medisinske, tenker jeg.

Kanskje til og med henvisningene kan fungere negativt noen ganger. Og da særlig når beskjeden fra spesialisten er at de ikke finner noe, og det til tross for store plager hos



pasientene. De lider om mulig enda mer når det ikke lar seg gjøre å finne et navn på det de sliter med.

For de strever. Og noen antyder prøvende at de nå har søkt andre behandlere utenfor medisinen. Hva jeg synes om det? "Det er flere veier til Roma", svarer jeg, vel vitende om at det har vært mange måter å takle helseproblemer på gjennom tidene, - og via ulike traséer i de forskjellige kulturene på kloden.

Samtidig gir det meg en sorg over å komme til kort og at jeg ikke forstår. Og det gjør meg bekymret at faget medisin med all sin glans og glorie over sine teknisk pregede bragder ikke evner å avhjelpe smertene og mange av de øvrige helseplagene hos så mange av pasientene mine. -

Jeg setter meg ned på en stubbe langs stien. Det er klart høstvær og den lave sola forgyller furuleggene. Utsikten over dalen gjør godt. Nakken er ikke så vond lenger, kloen har sluppet taket i løpet av joggeturen opp til toppen av åsen. Det er rart hvordan det klarer på flere plan når jeg beveger meg i terrenget.

Jeg lar tankene fare fritt og fanges etter hvert i det store tankekorset at snart er en tredjedel av befolkningen opptatt med å ta vare på de øvrige to tredjedelene. Vi har et helsevesen som ekspanderer eksponentielt, - en himmelstrebende kurve både når det gjelder veksten i personell og pengebruk. Et stort paradoks.

Jeg behøver ikke å gå langt tilbake i historien før jeg finner en forventning om at hvis fattigdommen ble bekjempet og infeksjonssykdommene likeså, så ville folkehelsen bli god. Og så gikk det kanskje ikke helt slik som tenkt. Hva har gått galt? Kan det være at folk rett og slett har *vondt i livet*? At det er blitt for vanskelig for mange å finne sin tråd og sin plass i tilværelsen?

Om jeg hadde hatt muligheten til å innta fugleperspektivet, kunne jeg studere rammene for livene våre ut fra de store spørsmålene i tiden. Hele diskusjonen om modernitetens fall, om hvordan troen på at vitenskapen skulle løse alle menneskets problemer ikke har slått til. Og nå er vi over i en postmoderne periode hvor de store fortellingene ikke gjelder lenger, verken de politiske eller religiøse. Og hva blir da forankringen for livsløpet?

Jo da, jeg kan sikkert rette oppmerksomheten mot mange gode forklaringer på hvor vanskelig det er blitt for mennesker i Vesten å hankses med livene sine ut fra slike og mange andre betraktninger. Og kanskje ligger det vesentlige svar nettopp i disse store overblikkene på vår samtid.

Og på toppen av det hele er vi uten tvil på en samfunnsbølge i Vesten bort fra nærhet og ansvar mennesker imellom. Det er ikke solidaritet og omtanke som preger de toneangivende i den offentlig debatten, men effektivitet og lønnsomhet (1). Kanskje mennesker i vår tid lider under det å ikke bli *møtt*, - ikke å bli sett, hørt og verdsatt?

Men min hverdag har kanskje mer enn nok utfordringer i seg selv om jeg ikke skulle gå løs på de store eksistensielle spørsmålene i livet. Jeg føler at jeg står i spagaten og kommer ikke av flekken. Det ene beinet i min turn-øvelse symboliserer mine erfaringer som menneske, mens det andre sier noe om hvor medisinen har sitt ståsted. Og disse to fotfestene ligger langt fra hverandre, slik jeg kjenner det på kroppen. Mine egne sykdoms- og livserfaringer samsvarer rett og slett ikke med medisinen forståelse av hvordan helse bevares og sykdom kan oppstå, - og slett ikke med hvordan vi skal evne å hjelpe mennesker med mange av de helseproblemene de søker lege for i vår tid.

Og dette må jeg enten finne mer ut av, - eller så må jeg slutte som lege. Dette kan jeg ikke være med på lenger. Jeg orker ikke å befinne meg i dette spenningsfeltet. Dette er blitt et etisk anliggende for meg. Et fag som ikke evner å møte pasienter i deres verden og som noen ganger til og med gjør galt verre for folk, det faget kan jeg ikke være en del av videre framover. Og når signalet til befolkningen fra det medisinske fagfeltet dessuten er at du kan ikke være sikker på om du er frisk før du har fått vurdert din risiko (2), - da er vi gått langt ut over vår kompetanse og langt inn i folks dagligliv og selvforståelse (3), noe som i seg selv maner til etiske refleksjoner (4;5).

Men vil det være mulig å utfordre perspektivene i faget? Jeg tror det. -

## DEL II: FAGLIG FORSTÅELSE

### UTFORDRINGER I KØ

#### Status før neste steg

Jeg trenger å oppsummere litt før jeg begir meg videre.

For meg var det vanskelig å møte Hansen. Og det fikk alvorlige følger for ham, svært alvorlige. Kanskje forsto jeg ikke mitt eget problem i dette før etter at han var død. Jeg *møtte* ham ikke, - jeg greide ikke engang å forsøke.

Birger holdt jeg også på armlengdes avstand. Jeg lot ham ikke slippe til med historien han forsøkte å antyde. Jeg holdt meg fast i de medisinske funnene, klinisk og laboriemessig. Jeg hadde på en måte ikke behov for *fortellingen* hans for å avklare den medisinske tilstanden. Men undervisningsvideoen fra 1988 (s.26) ble avslørende for meg. Heller ikke Birger ble *møtt* av meg, uansett hva kollegaene sa i sine kommentarer til filmen.

Jeg kunne ikke lenger holde unna mistanken min om at det måtte foreligge noen sammenhenger mellom erfaringer i livet og hvordan kropp og sjel kunne "hyle og skrike" av smerte over skakkjorte *relasjoner*. Og det ante meg at mye sykkelighet kunne handle om ikke å bli sett, verdsatt og tatt imot i tilværelsen. Ikke minst slo dette meg gjennom alle årene som helsestasjonslege. Jeg opplevde så mange småroller som fikk høre hvor umulige de var, enten det nå gjaldt nattesøvn eller andre daglige utfordringer for foreldrene. Og hva måtte vel slike utsagn gjøre med en sart barnesjel som i all sin ferd trenger å erfare at de er ønsket og elsket av sine nærmeste?

*Krenkelser* ble etter hvert et sentralt begrep for meg. De alvorlige grenseoverskridelsene som Siv og Marte og Linda viste meg, har medført betydelig helsesvikt for dem i årene som fulgte. Men det ikke å bli *sett*, og altså bli *oversett*, er også en krenkelse. Og kunne dette ha noen tilknytninger til noe av det vi i medisinen kaller sykdom?

Jeg funderte videre på om det kunne være slik at vi mennesker fødes inn i tilværelsen med en tillit til at verden er god og forutsigbar. Men underveis blir vi alle litt vingestekket. Vi får

noen rapp over fingrene - i overført betydning. Likevel bevarer de fleste av oss et livsmot og en livsvilje, om vi bare har den aller minste forsikring om at noen er glade for at vi er til.

Dette var min enkle filosofi i omgangen med smårollingene i arbeidet mitt.

Og kanskje er dette så grunnleggende for ethvert menneske, at om vi ikke erfarer gode relasjoner, så krenkes vi grunnleggende, vi voksne også.

Pasient-legeforholdet er en relasjon mellom to mennesker. Men medisinen som fag favoriserer et ideal om en såkalt objektiv posisjon for legen, - om *ikke* å involvere seg i konsultasjoner med pasienter, - iallfall ikke for mye. Vær profesjonell! Underforstått: Hold deg selv og dine egne livserfaringer unna, - som om *jeg som person* skulle være en forurensningskilde i det "rene" medisinske møtet med et sykt menneske.

Vi oppfordres samtidig til å lytte til pasienten. Empati er også et ord som har sneket seg inn i det medisinske vokabularet. Men empati og en objektiv posisjon må da være inkommensurable størrelser? Nærvær og delaktighet uten å bruke meg selv i møtet, føltes som en absurd tanke, en umulighet. Kunne fravær av *personlig engasjement* i seg selv erfares som en krenkelse av den som søker hjelp? Jeg mintes studietidens lesning av Trygve Braatøys bok "Pasienten og lægen" (6), og seinere Michael Balints verk med lignede tittel (7). Og deres budskap er minst like aktuelle i dag som det var på 1950-60-tallet, slo det meg.

Jeg ønsket mer og mer å møte pasientene slik jeg møter mennesker utenfor legekantoret. Da stiller jeg ikke med en sakliste som den andre må forholde seg til. Og jeg tar ikke kontrollen over samtalens gang. Jeg stiller meg ikke i en utenfra-posisjon, objektiv og betraktende. Tvert om får vi de beste samtaler der vi kaster oss utpå og sender innspill fram og tilbake og assosierer fritt. Da kan vi ende opp i spennende drøftelser av viktige temaer. Til og med vanskelige fortellinger kan finne sin plass om tilliten er til stede oss imellom.

Denne *hverdagserfaringen* ville jeg ta med meg inn på legekantoret (8;9).

Men hvordan skulle jeg gå fram? Jeg ville jo ikke være noen sjarlatan. Jeg følte behov for hjelp – og da utenfor egne rekker, et nytt blikk inn i konsultasjonene mine. Eller kanskje et lyttende øre?

## Med dyna over hodet

ODDVAR er i slutten av 50-årene. Nå har han dratt dyna over hodet. Han makter ikke mer.

Vi har ikke kjent hverandre lenge. Oddvar kom for å sjekke blodtrykket for noen måneder siden. Bedriftslegen hadde anbefalt ham medisiner og sagt at han fikk ta livet litt mer med ro. Var ikke så lett det. Vant til å være i farta bestandig. Men det var vel riktig å begynne å tenke litt på helsa. Var jo ingen ungdom lenger, - selv om han ikke følte seg så gammel heller, da. Men han hadde hatt noe "flimmer" på hjertet. Utredet av de ypperste spesialister, må vite. Alt i orden, heldigvis.

Denne dagen er det kona som har ordnet med time til Oddvar. Han kommer slepende inn på kontoret og nærmest ramler ned i pasientstolen. Han er blek og sitter foroverbøyd med lukkede øyne. "Jeg orker ikke mer - jeg kan ikke mer - det er full stopp", kommer det langsomt, langsomt fra Oddvar.

Han er så forandret. Jeg lurer på hva som har hendt. Han ser opp på meg. Jeg har kanskje ikke fått noe brev fra sykehuset? Magen har vært så forferdelig vond i det siste. Han har sett for seg at det kunne dreie seg om noe alvorlig. Men på sykehuset hadde de trålet han opp og ned og funnet ut at det "ikke var noe". De mente at magen var i sin skjønneste orden. Men det kan da ikke stemme?

Og blodtrykket gir ham nå hjertebank og intens hodepine igjen, - og det på tross av både en og to medisiner. For ikke å snakke om migrene-anfallene som kommer oftere enn noen gang tidligere. Han får også lungebetennelser og "annen elendighet" i ett sett. Alt er i ulage, ser det ut til. Ingen finner ut av hva som er i veien. Og nå orker han rett og slett ikke mer!

Gode råd er dyre. Mannen er innstilt på å forlate denne verden. Han benekter konkrete planer, men jeg føler meg ikke trygg.

Nakken min knyter seg, jeg kjenner nummenheten i huden over skuldrene og hvordan båndet strammer seg rundt hodet mitt. Nå er jeg der igjen. Full stopp. Her skal vi ikke gjøre mer av det samme. Men hvordan møte Oddvar i hans dype fortvilelse på den måten jeg ønsker uten å forlate min profesjonalitet? Jeg kan jo ikke eksperimentere med folk heller!

*Hva om jeg drøfter dette litt med en psykolog jeg kjenner? En modig og nysgjerrig mann jeg har møtt i en del faglige sammenhenger, en person full av kreative krumspring og som er glad i mennesker. Jeg bestemmer meg for å ringe klinisk psykolog Bjørn Angvik på psykiatrisk poliklinikk og spørre om han kan tenke seg å "sitte flue på veggen" på kontoret mitt neste gang Oddvar skal komme til time hos meg. Han kan naturligvis bli med i samtalen, om han ønsker det.*

*Bjørn Angvik tenner på idéen. Spennende! Dette er midt i blinken i forhold til hvordan han kan tenke seg at en psykolog kan brukes i primærhelsetjenesten. Flott!*

*Og Oddvar takker ja til en ny time hos meg hvor psykologen kan få være til stede. Det virker som om samtalen vår har gitt ham et ørlite håp om at hjelpen kan finnes et sted der ute, et halmstrå å holde fast i.*

## Vi gir fra oss kontroll og ser hva som skjer

*Bjørn Angvik og jeg legger ingen andre planer for møtet med ODDVAR enn at vi vil gi fra oss kontroll, altså at vi ikke vil styre samtalen, men la pasienten bestemme temaer og framdrift. Så får vi se hva som skjer. Vi har avklart med hverandre at vi begge innerst inne har en tiltro til at "den som har skoen på, vet hvor den trykker". Så la nå pasienten få legge i vei, så får vi se hvor det bærer hen. Kanskje vi kan hjelpe til med å løsne på lissene, få opp blåknotene, om nødvendig.*

*Oddvar og jeg er blitt enige om å sette av litt god tid nå når vi venter psykologen på besøk. En klokke time blir holdt av i timeboka mi. Ingen telefoner får forstyrre, og legesekretærene skal skjerme oss for avbrytelser.*

*Så sitter vi der, alle tre. Jeg oppfordrer Oddvar til å fortelle om hvordan han har det for tiden. Så tier jeg stille. Og det forblir stille. Lenge. For Oddvar er ikke vant til å snakke så direkte om seg selv. Og vi venter.*

*Litt etter litt begynner han å berette om gården han hadde overtatt etter far sin for mange år siden. Og nå er det hans egen sønn som skal ta over etter ham igjen. Jo, det høres jo ut til å kunne innbefatte mange velkjente problemstillinger, nikker vi støttende. Men det er nok mer enn som så. Og etter hvert kommer det fram brokker av en historie om følelse av svik fra hans gamle far, om en manglende innføring i hva driftsansvaret kunne innbefatte. Han hadde følt seg så forlatt den gangen han overtok. Dette har han aldri satt ord på tidligere.*

*Og nå er faren nylig død etter et langvarig sykeleie.*

*Oddvar bærer på mange historier som smerter. Og på mye ansvar som tynger mer enn han nå kan bære. Han viser som oftest et tøft, maskulint og sterkt ytre. Men han har også en varhet og en sårbarhet som han litt etter litt begynner å forholde seg til ettersom den ene historien dukker opp i minnet etter den andre.*

*Det er ikke så helt enkelt hjemme heller for tiden. Kona er alvorlig syk og trenger mye hjelp, men hun forstår det ikke helt selv, tror han. Det er et svare strev. Mor hans er dessuten kommet på sykehjem nå. Og neimen om han er sikker på om sønnen er moden nok til å ta over*

*gårdsdriften. Og så er han så redd for at han skulle komme til å svikte sønnen i denne fasen, - slik hans gamle far svek Oddvar i sin tid. Litt etter litt kommer det fram at det er dette som tynger ham aller mest.*

*Både kona og sønnen blir med i en fellessamtale med oss etter hvert. Det blir satt ord på vanskelige ting. Og når Oddvar selv har hatt i alt fem timer med kort tid i mellom, er blodtrykket hans normalt, migrenen har holdt fred og magesmertene har sluppet taket. Til og med vekta har begynt å gå litt nedover mot det normale, forteller han. Og han er kvitt infeksjonstendensen. Han er kommet seg ut i livet sitt igjen, selv om mange tyngende spørsmål fortsatt krever sine løsninger.*

*Etter en tids sykemelding prøver han seg i 50% jobb. Han greier seg med langt mindre kontakt med helsevesenet i tiden som følger.*



## Møtt som hel person

ANNA er i ferd med å miste grepet om livet sitt (s.30). Det blir stille en lang stund etter at jeg har spurt henne om hun kan bære på mye sorg.

Jeg minnes den gode hjelpen jeg hadde hatt i samarbeidet med Oddvar noen måneder tidligere. Om Anna kan tenke seg at vi inviterte en psykolog til å hjelpe oss videre? "Men jeg er da ingen psykiatrisk pasient?" Jeg forsikrer henne om at det er jeg som trenger hjelp nå.

Anna konkluderer etter en tids betenkning at det er greit med psykologen. "Kanskje han kan fortelle meg hva slags person jeg er."

Bjørn Angvik kommer. Vi møter Anna med et velkommen og spør hva som er viktig for henne å ta opp denne dagen. Jeg hører en repetisjon av alt hun har vært igjennom av plager og medisinske vurderinger, en overveldende liste over tiltak som har slått feil. Hun sitter gråblek i stolen og snakker i avbrudte setninger. Et orgelbrus i brystet hennes er hørbart uten stetoskop.

Psykologen sender flere av momentene hennes tilbake, - om det går an å tenke annerledes? Hva om - ? Han utfordrer henne på fortellingene hennes og tenkningen omkring disse. -

Det er gått tre-fire måneder og Anna kommer til sin tredje fellestime med psykolog til stede. Hun er ikke til å kjenne igjen. Frisk i fargen, lett i gangen, rak i ryggen og fri i pusten – hun formelig stråler når hun kommer inn på kontoret.

Vi tror knapt det vi ser og oppfordrer henne unison med et " Fortell!" Og hun beretter – uten stans - hele timen til ende. Om hvordan hun føler at hun har fått hjelp til å hente fram minner fra sin egen historie, og gjennom det er blitt klar over noen sammenhenger hun ikke har sett før. Hun har tidligere rett og slett ikke våget å forholde seg til sider av sitt eget liv av frykt for å miste kontrollen.

Jeg hadde tidligere antydnet overfor henne at jeg lurte på om hun kunne bære på mye sorg. Og det var jo det hun gjorde. Hun tør nå å nærme seg dette. For det er mye sorg i livet hennes. I grunnen så fikk hun jo altfor stort ansvar for andre mennesker allerede fra hun var liten. Syk

*mor og syk søster. Og faren har vel ikke støttet henne så mye som hun har ønsket å tenke om han. Gjennom hele livet har hun stått på for at andre skulle ha det bra. Men ingen har tatt vare på henne, - en erkjennelse som gjør vondt.*

*Hennes mestringsstrategi har vært å hive problemer bak seg, krumme nakken og gå videre. Være sterk og positiv, ikke dvele ved motgang og vanskeligheter. Tar du den, så tar du den.*

*Hun ser nå alt det tyngende hun har båret med seg videre i livet, både sorg og sinne. Og hun har vært så redd for at hun kunne komme til å bli gal om hun skulle slippe fram alle følelsene hun innerst inne visste at hun bar på.*

*Men når hun nå fikk anledning til å møte psykolog og lege sammen, spesialister på sjel og kropp, ja, da våger hun å kjenne på alt hun rommer av negative erfaringer og vonde følelser. Og det er mye. Også fra voksenlivet.*

*Hun har gått lange turer i skogen etter hvert som pusten har tillatt det. Grått mye har hun også gjort. Hun har bokstavelig talt fått tømt seg. Hun ser etter hvert at hun greier å følge noen tråder i livet sitt, se noen sammenhenger. Og nå føler hun seg ikke lenger som en tom tønne, men at hun kan ta plass i sitt eget liv på en måte hun aldri tidligere har vært i stand til.*

*Hun ler hjertelig og forteller at hun har sluttet med medisinene både for angst og depresjon og smerter og søvn. Ja, til og med tablettene for blodtrykket har hun lagt til side. Hun har målt trykket på jobben, og det var helt normalt. Ikke har hun hatt noen infeksjoner heller de siste månedene. Migrenen er forduftet. Og her en torsdag ble hun plutselig klar over at hun ikke hadde vondt i kroppen lenger. Var det ikke fibromyalgi vi hadde kalt det? Det er helt ufattelig, - også etter alle disse årene!*

*Hun bruker fortsatt forebyggende medisiner mot astmaen, men tror egentlig ikke at hun trenger den heller.*

*Nå er hun innstilt på å prøve seg i jobb igjen. Det er som å starte på nytt, som å få livet i gave nok en gang, stråler Anna.*

## Psykolog på legens kontor

Bjørn Angvik og jeg ble helt overveldet over den dramatiske forandringen hos Anna og Oddvar, - over at det skulle så "lite" til fra vår side før de fikk fotfeste igjen. Og det var nesten som et mirakel at så mye kroppslig pregede helseplager kunne fordampe i kjølvannet av de få samtalene vi hadde hatt. Dette var nye erfaringer for oss begge to.

Vi ble enige om å fortsette samarbeidet. Utgangspunktet for meg ble fortsatt at jeg inviterte psykologen til felleskonsultasjoner i situasjoner der jeg følte at jeg selv kom til kort. Og overlegen på poliklinikken aksepterte at Bjørn Angvik kunne ha "konsultasjon til primærhelsetjenesten for å lære allmennpraktikeren psykiatri." Vi opponerte ikke mot denne forståelsen, men praktiserte en jevnbyrdighet i møtene med pasientene mine, hvor begge våre kompetanser ble viktige sammen med pasientenes livserfaring og forståelse av egen situasjon.

Og vi begrenset heller ikke engasjementet vårt til tilstander som tradisjonelt har hørt inn under den psykiatriske delen av helsetjenesten. Nesten tvert om. Ofte var det de kroppslig pregede helseplagene som lå til grunn for min bønn om assistanse.

Rammen for konsultasjonene ble en klokke time. Jeg som lege hadde ansvaret for møtene, mens vi begge skrev notater etterpå. Det ble ikke laget noen full psykiatrisk journal, noe både pasientene og psykologen var glade for. Han kom rett inn i en pågående prosess mellom pasienten og meg, - og kunne også trekke seg ut igjen, vel vitende om at pasienten og jeg kunne fortsette arbeidet om nødvendig (10).

Det ble heller ikke behov for å lage et omfattende søknadsbrev til poliklinikken, hvor jeg skulle forsøke å presse pasientens historie inn på et ark papir. Noen stikkord var nok. Vi sparte dermed både pasienten og oss selv for mye arbeid.

### **Behov for dokumentasjon**

Hvordan forstå de radikale forandringene hos den ene pasienten etter den andre? Anna kommenterte underveis i møtene våre at hun følte seg møtt som person, som helt menneske. Var det så enkelt som at psykologen og jeg hadde bygd en bro over kropp-sjel-dualismen i praksis? Neppe. Det måtte være noe mer enn som så. Behovet for å dokumentere møtene våre modnet over tid. Jeg ønsket å studere konsultasjonene nærmere.

Jeg kjøpte et video-kamera i 1995. Pasienter i fellessamtale med psykolog til stede fikk en skriftlig forespørsel om jeg kunne få filme møtene våre (vedlegg 1). Noen svarte ja, andre nei. Det ble fra en til tre videoer av hver av de sju siste fellespasientene Bjørn Angvik og jeg møtte, i alt 23 bånd med til sammen ca. 30 timer opptak (noen konsultasjoner varte litt mer enn én time).

Hverdagen var travel, så jeg rakk ikke å studere filmene umiddelbart. Kanskje jeg kunne komme litt løs fra praksisen min etter hvert? Kanskje jeg kunne søke om et allmennpraktikerstipend, - hvis jeg våget, da. Der og da følte det litt skummelt å gå ut i verden og påstå at jeg hadde noe å si, at akademiet skulle akseptere at jeg hadde noen spennende erfaringer som det ville være verdifullt å forsøke å forstå litt mer av.

Men tanken om fordypning var dukket opp hos meg.

Det jeg iallfall fant ut at jeg ville gjøre - i tillegg til å filme - var at jeg ville sende et brev til de 16 første pasientene som hadde avsluttet fellesmøtene med Bjørn Angvik og meg. Jeg spurte om de kunne tenke seg å fortelle litt om både det de satte pris på og det de likte mindre godt ved samarbeidet vårt. Denne oppfordringen fikk de seks måneder eller seinere etter at de hadde hatt sitt siste møte med oss to sammen. De kunne velge om de ville møte meg, enten på et nøytralt sted eller på legekantoret, om de ville skrive til meg eller bruke telefonen. Og det var helt frivillig, skrev jeg i brevet.

Jeg var begynt å bli såpass oppglødd og spørrende til erfaringene våre at jeg ba pasientene mine hjelpe meg i dette å forsøke å forstå litt mer av virkningene av møtene våre. Flere pasienter hadde allerede gitt såpass mye uttrykk for glede over sin egen situasjon etter hvert at

jeg ble mer og mer nysgjerrig. Men noen hadde også ytret seg med skepsis til dette å møte en psykolog på legekantoret.

Ti pasienter svarte på henvendelsen min. En av dem ville komme på kantoret mitt og fortelle ansikt til ansikt om erfaringene sine. Og en pasient brukte telefonen. De øvrige sendte kortere eller lengre skriftlige refleksjoner over hva de tenkte omkring fellessamtalene.

Hva la de så vekt på? Flere poengterte at det var så godt å kunne møte opp på et legekantor framfor på en psykiatrisk poliklinikk, om det var behov for en psykolog. Ikke uventet kjente noen på at det var en høy terskel å bevege seg over til psykiatrien. "Tenk om noen hadde sett meg der!" (11)

At fast lege deltok var avgjørende for flere. Det kjentes trygt at jeg var til stede i samtalen. "For du kjente meg jo godt og kunne supplere hele tiden". Det var viktig for noen at begge kjønn var representert, ikke bare at det var to personer - som også ble kommentert som verdifullt i seg selv. En kvinne la vekt på dette at ektefellens tilstedeværelse var helt avgjørende for hennes radikale framgang. Om ikke han hadde vært med i hele prosessen, ville det blitt altfor vanskelig for dem å komme ut av den håpløse situasjonen de befant seg i med alle helseplagene hennes. I stedet ble hjemmearbeidet en videreføring av fellestimene på legekantoret.

I flere av tilbakemeldingene kom det fram at det hadde vært så godt å glemme tida, - og at det var satt av så mye som en klokke time. Det ga en verdifull ro til å våge å begynne "å lette på lokket", som en skrev. At vi ikke ga svar, men stilte spørsmål og ba om utdypninger og alternativer ble ansett som avgjørende for flere. "Det var jo jeg som snakket nesten hele tiden!", sto det i ett av brevene.

Noen poengterte at de fornemmet at vi, - akkurat som pasientene selv - , var genuint på leting. At det ikke var oss som satt med svarene, men at vi måtte finne dem sammen underveis.

Det var også fenomener pasienter ikke hadde satt pris på. En kommenterte at han gjennom oppveksten hadde måttet lære seg å tolke kroppsspråk kanskje mer enn vanlig. Og han fant av og til en diskrepans mellom hva psykologen sa og hvordan han uttrykte seg non-verbalt. En detaljert utdypning av dette spørsmålet ble en verdifull vekker for oss begge to.

Én poengterte at hun fornemmet at psykologen ikke tok hennes kroppslige plager helt på alvor. Hun hadde mange opphold i psykiatrisk institusjon bak seg og mente at dette nok var et generelt problem. Derfor ble det så vesentlig for henne at legen var til stede sammen med psykologen i møtene våre. På den måten ble det en logisk sammenheng for henne mellom de følelsesmessige problemene hun strevde med og det hun merket mer kroppslig. -

Stor takk for verdifulle tilbakemeldinger, - viktige innspill for videre funderinger for meg.

## **Et synkende skip**

*"Dette går ikke lenger! Jeg tror jeg holder på å bli gal!" Han puster og peser, hoster og vrir seg på stolen. BIRGER er tilbake med svær astma som plager ham døgnet rundt nå. Betydelige problemer med pusten, verre enn noen gang. Føler han holder på å kveles.*

*Han har kjent seg så tappet og sliten av lærerjobben på skolen, - helt oppspist -, kort og godt tom. Han erfarer at han ikke får tatt seg inn fra dag til dag. Og så har han pedagogisk seminar som nærmer seg avslutningen. Friundervisningen krever også sitt. Han har ikke greidd å ta illustrasjonsoppdrag på lenge nå. Og det er jo det han helst vil drive med. Det er jo det som er hans profesjon og interesse.*

*Om jeg har sett disse forferdelige bildene fra ulykken med Estonia forresten? Oppslagene på TV og i avisene har gjort så voldsomt inntrykk på ham. De viker liksom ikke bort fra netthinnen, men forfølger ham både natt og dag.*

*Året er 1994. Den store fergen Estonia har sunket i Østersjøen knappe tre måneder tidligere. 825 mennesker er omkommet. Birger kjente ingen av dem.*

*Han beskriver situasjonen sin som helt på kanten nå, nesten så han lurert på om han kommer til å miste forstanden. Passasjerer og barnevogner, koffertene og inventar i skipet kommer ramlende over ham fra vegger og tak i soverommet. Han føler at han befinner seg inne i båten, men som i en glasskule. Han vil så gjerne hjelpe til i redningsarbeidet, men kommer ikke fri så han får gjort noe som helst. Slik drømmer han - også i våken tilstand. Hva tror legen? Er han i ferd med å miste fotfestet?*

*Som om ikke dette er nok. Hodet hans banker intenst, ja, hele kroppen rister og vibrerer i takt med pulsen. Han ser for seg at han kan få slag. Og han hoster og hoster og hiver etter pusten og føler at han ikke får nok luft. Han greier ikke å ligge i senga, men blir sittende hele natta i sofaen i stua og drikke vann for å forsøke å roe seg ned. Han tror innimellom at han kommer til å dø. Dette er ikke til å holde ut.*

*Jeg har sittet og lyttet til fortellingen - og til fortvilelsen. De siste årene har vi snakket mye og lenge sammen om mange sider ved livet hans. Etter den avslørende videoen jeg hadde tatt opp*

*i forbindelse med veiledningen i 1988, så har jeg fått en helt annen respekt for denne mannen. Jeg har oppdaget personen Birger. Dette igjen gjør det mulig for oss å snakke åpent om mange sider ved livet hans i nåtid, om konkrete hendelser som har rystet ham dypt og som har gjort ham veldig nedkjørt i perioder.*

*Nå har Birger i lengre tid strevd mer enn vanlig med allergiplager både i hud og slimhinner. Vi er midt i et omfattende utredningsarbeid på dette når Estonia-fergen synker og mannen ser ut til å følge med i dragsuget. Hva i all verden er det som gjør ham så desperat fortvilet ved dette forliset?*

*Nå trenger jeg virkelig hjelp (12).*



## Hvem var det som slo?

*Psykiatrisk poliklinikk forsto nok ikke helt bestillingen min da jeg ba om psykologhjelp på kontoret mitt i arbeidet sammen med Birger. De skrev at pasienten "kanskje ville ha fordel av en rolig behandlingssituasjon i første omgang." Og da på psykiatrisk poliklinikk. Jeg visste at dette aldri ville komme på tale for Birger.*

*Det varte og det rakk før jeg endelig nådde igjennom med forespørselen min. Bjørn Angvik forsto anliggendet mitt, men kom ikke fra til fellessamtale før etter tre måneder.*

*I møter med meg underveis hadde Birger så vidt begynt å antyde litt om at oppveksten kanskje ikke hadde vært fullt så grei som han hadde fortalt tidligere. Han hadde faktisk selv forholdt seg til den som helt uproblematisk. Og så var det jo så vakkert der han kom fra. Dekke-dekke- dekke over. Det var det han hadde gjort hele sitt liv, kunne han fortelle.*

*Og der startet vi fellessamtalen.*

*Birger sitter foroverbøyd i stolen, blek og fester ikke blikket. Han skraper med beina på gulvet og snakker med knapt hørbar stemme. Han har gjentatt beretningen om marerittene sine. Så får han spørsmål om han kan si litt mer om seg selv. Det blir stille. Lenge.*

*Jo, det er det at han er så sliten, så sliten. Så forteller han at han dessuten har stått litt bak i køen i livet sitt. Var vel ikke et ønsket barn i sin tid. Har egentlig følt seg ganske utbanka.*

*Om han opplevde vold hjemme? Var det noen som slo i barndommen hans? lurer Bjørn Angvik på. Mjooo, det var vel det. Og hvem var det som slo? Han sitter taus og tvinner hender lenge. Han greier ikke å svare. Var det du som slo, da? ville vi vite. Omsider greier han å hviske fram at det var mamma, - og av og til pappa. Han skjelver når han forteller dette. Og han kommenterer at det er skremmende å si dette høyt. Men foreldrene kan jo ikke komme og straffe ham nå, kommenterer han med en liten latter. De er jo for lengst døde og begravd.*

*I journalnotatet fra denne dagen har jeg skrevet: "Begynnende kartlegging av et liv med vold, fortelser, overdekking, ensomhet, suicidalfare og ditto innestengt aggresjon og voldsomme*

*bilder av vold hvor han vandrer mellom lik uten å få gjort noe med situasjonen. Forts. i ny time."*

*I løpet av et års tid møtes vi tre i alt åtte ganger med uker og måneder imellom. Det blir et omfattende arbeid for Birger.*

*Hvordan går det med helsa hans etter hvert? Marerittene forsvinner etter første fellessamtale. Han har ikke lenger et dypt følt ønske om å gli bort med ellevannet. Blodtrykket normaliserer seg. Han kan slutte med medisiner for dette. Urinsyregikten er mindre plagsom, men han fortsetter med tablettene som skal holde blodverdiene nede. Astmaen, som han selv føler som det mest alarmerende og livstruende, gir ikke lenger panikk om natta.*

*Men dagene er fortsatt svært slitsomme. Han tåler ikke den minste anstrengelse verken fysisk eller psykisk før det begynner å kile i halsen og pipe i brystet. Astmamedisinene må han bruke hver eneste dag. Men de hjelper ham da noe, synes han.*

*Birger greier ikke å si "nei" til forespørsler om innsats her og der. Og alle forventer at han skal bidra - gratis. Og når alle har fått sitt, ja, da er det ikke annet igjen til ham selv enn hoste og tetthet opp og in mente. Han føler seg oppspist. En tom tønne.*

*Han kommer seg i jobb igjen som lærer i 50%, - mer er ikke mulig for ham. Han får fullført sin pedagogiske skoloring etter mange utsettelse. Men til hans store sorg greier han ikke å tegne, - det er som om kreativiteten ikke strekker til for hans egne prosjekter.*

*Vi har minnet ham på at han har rett til en plass på jorden, og at han selv må bestemme hvordan han vil fylle denne plassen.*

## Hva nå?

I 1996 flyttet Bjørn Angvik fra vårt distrikt. Vi hadde i løpet av en fire-års-periode samarbeidet med 30 av de pasientene jeg følte meg aller mest oppgitt i forhold til som lege. Det gjaldt 19 kvinner og 11 menn i alderen 25 til 58 år. Noen hadde i årevis strevd med angst og depresjon. Flere hadde hatt tanker om å gjøre slutt på livet, og noen hadde selvmordsforsøk bak seg. Enkelte av pasientene led av invalidiserende muskelsmerter, andre av stadig tilbakevendende infeksjoner, mens noen hadde hatt en lang karriere med astmatisk besvær. Migrene gikk igjen som en plage for flere. Magesmerter, leddproblemer og kroniske ryggplager likeså.

Underveis fordampet mange helseplager for flere av de 30 pasientene, også godt kartlagte medisinske tilstander som for eksempel urinveisinfeksjoner og høyt blodtrykk. Mange medikamenter ble satt til side, både mot smerter, angst, depresjon og søvnløshet (13).

Ovennevnte er ment som en summarisk antydning av de radikale, helsemessige forandringene som skjedde for den ene pasienten etter den andre. Noen gjorde dessuten drastiske valg i livene sine, for eksempel i form av å forlate - eller tvert om ønske velkommen tilbake - samlivspartner. Andre begynte på utdannelser de tidligere bare hadde kunnet drømme om. Og det viktigste bak alle disse endringene var etter fleres mening at de hadde fått øye på seg selv som verdifulle personer, verdt å bli respektert og berettiget til omtanke og omsorg fra sine nærmeste. De kunne se seg selv i speilet, - noen for første gang i livet sitt.

Noen ny psykolog for fortsatt samarbeid lot seg ikke oppdrive på denne tiden. Så hva nå? Erfaringene fra fellesmøtene våre var så vesentlige at jeg ikke kunne stoppe å undres over hva vel sykdom kunne handle om og hvordan jeg som lege kunne møte pasienter på en gunstigere måte enn jeg hadde praktisert tidligere.

## NÅR LIVSHISTORIEN OPPLYSER SYKEHISTORIEN

### En forskningsreise mot vest

*En reise? Vestover til hjembygda? Sammen? Nå? Birger sender forespørselen min tilbake for bekræftelse. Jo, det er det jeg har fundert på. At jeg kunne fotfølge ham der noen dager. Kanskje han kunne få fram ytterligere minner fra tiden på hjemplassen, hvis han fikk oppsøke steder som hadde vært viktige for ham, bruke alle sanser i grenda der han hadde levd som barn. Kanskje det igjen kunne bidra til å hjelpe ham rent helsemessig.*

*Og kanskje vi kunne lage en beretning om det vi erfarte, - en bok. Jeg ba ham tenke på det en ukes tid iallfall, - etter at han først umiddelbart sa ja til idéen min.*

*Jeg hadde fått et allmennpraktikerstipend. Og jeg ønsket å utfordre meg selv og faget mitt på spørsmålet om deler av livshistorien kunne opplyse sykehistorien, og om pasienter gjennom dette kunne bli kvitt helseplager. Videre så jeg at Birger fortsatt strevde betydelig med flere kroniske sykdommer. Kunne det være mulig for ham å bli bedre om han fikk gjøre en reise tilbake i livet sitt? Bokstavelig talt en tilbakereise?*

*En rådgiver i akademiet advarte oss mot å fortsette som doktor og pasient om vi gjorde alvor av turen. Det ville bli altfor vanskelig med flere roller å forvalte. Birger og jeg var enige om at vi ikke delte denne bekymringen. Tvert om anså vi begge det som en forutsetning for reisen at jeg fortsatte å være doktoren hans underveis. Ellers ville han ikke våge å møte fortiden sin på hjemplassen, var han klar på. Og jeg mente at det ville være etisk uforsvarlig å begi seg ut på en vandring i et så vanskelig terreng som dette kunne bli for Birger, om jeg ikke skulle ta medansvar for hans medisinske situasjon. I tillegg valgte vi dessuten å ha Bjørn Angvik i bakhånd, om vi skulle trenge noen råd underveis.*

*Så vi gikk detaljert igjennom hva vi tenkte om hverandres mulige utfordringer på reisen, og om våre personlige roller og grenser. Vi hadde en åpen samtale som begge anså som en forutsetning for å kunne gjennomføre planen om å oppsøke steder og personer som hadde hatt betydning for Birger i oppveksten, - og med meg som en medvandrer.*

*Birger følte det litt skremmende å tenke på både hvem og hva han kunne støte på i hjembygda. Han trodde nok han ville komme til å møte en "nordavind fra alle kanter", kjente han familien sin rett. De hadde sikkert snakket stygt om ham gjennom årene. Han hadde jo dessuten "sveket bygda" si ved å flytte ut. Slik snakket folk der, slik han husket det. Men det var jo snart 30 år siden han dro, så mye var vel kanskje forandret - .*

*Han hadde begynt å "grue-glede" seg, som han uttrykte det. Jo da, han skulle reise - og fikk "influenza" med feber og uvelfølelse da datoen nærmet seg. "Der ser du! Typisk meg." Men vi steg om bord i flyet den dagen vi hadde bestemt. Vi hadde begynt på en ekspedisjon i lag, - en forskningsreise litt utenom det vanlige, virkelige en oppdagelsesreise ut i det ukjente – iallfall for meg som lege.*

*Med ryggsekken full av varme klær, en masse lydbånd og to båndspillere satte jeg kursen vestover mot havet sammen med en person som jeg i sin tid ikke alltid hadde vært like glad for å se på timelistene mine. Nå hadde vi fått hvert vårt rom på pensjonatet i hjembygda hans, hvor vi skulle tilbringe de nærmeste fem dagene.*

## Livet og helsa

Bakgrunnen for tilbakereisen sammen med Birger var forventningen min om at livshistorien hans kanskje kunne romme noen nøkler som kunne åpne opp for en annen forståelse av sykehistorien hans, - primært for ham selv og sekundært for meg som lege. Kunne det være slik at om han fikk møte landskapet og menneskene på stedet der han hadde trådd sine barnesko, så ville han få tak i noen sammenhenger mellom de livsvilkårene han ble tilbudt på 1950-60-tallet og det strevsomme livet han levde nå i 1997?

Kanskje han kunne få det bedre med seg selv, finne en *følgeriktighet* i sykdomsutviklingen, som han derved kanskje kunne "reversere", slik at han kunne slippe alt strevet med pust og smerter og fortvilelse. Jeg var klar over at han hadde en familiehistorie med mye sykdommer, både hjerte-karlidelser, allergier og diabetes. Men jeg hadde lenge vært sterkt tvilende til tanken om at det skulle være så enkelt som at det er én årsak som skulle gi én virkning når det gjelder mange av de sykdommene folk strever med. Ved de færreste tilstander er arv den eneste bakgrunnen for helseproblemer.

Men hvorfor valgte jeg akkurat Birger til en slik forskningsreise? Hvorfor ikke Oddvar eller en av alle de andre pasientene som ikke var kommet helt ut av helseplagene sine? Kanskje var det noe med at jeg mellom linjene i fortellingene hans ante nye beretninger, nye kilder til forståelse. Kanskje var det det at jeg var blitt så betatt av den frodige billedbruken hans og den dype refleksjonen han våget seg ut på i møtene på kontoret mitt. Eller var det rett og slett det at jeg oppfattet ham som en av de personene som fortsatt led aller mest blant pasientene mine?

Muligens var det ikke uvesentlig at jeg hele veien hadde måttet stusse over at han virkelig fortsatt var i live. Hvordan kunne det være mulig? Hva hadde hindret ham i å gjøre slutt på det hele, slik han fortalte at han hadde tenkt på allerede som smågutt? Et "løvetannbarn" (14), ja vel. Men til nå var det ikke mye å hente av forklaringer på hvem eller hva som hadde holdt ham borte fra "den deilige tanken det var å kunne få slippe fra det hele og seile av sted med elva, forsvinne, gå opp i kosmos", som han hadde uttrykt i samtalene våre på kontoret.

Så jeg var altså både nysgjerrig på sammenhenger mellom det destruktive i livet hans og sykdomsplagene, men også på hvordan det hadde vært mulig å overleve. Kanskje vi gjennom oppholdet på øya kunne støte på noe av dette livs-bejaende som måtte ha vært der et sted.

Rent praktisk tenkte jeg at lydbånd var den enkleste måten å dokumentere samtalene våre på gjennom reisen. Birger hadde sagt noe om hvor han kunne tenke seg å legge vandringene våre. Vi fikk jo se etter hvert om det ble noe å fylle båndene med, om han hadde noe å fortelle underveis, som han sa.

## **På kirkegården**

*Han hoster mye under hele flyturen. I bilen utover mot fjorden blir det - om mulig - enda verre med piping og tetthet. Stakkars mann. Dette var da ille! Og når vi svinger rundt et nes og bygda åpner seg for oss rundt en høyresving, da greier han ikke lenger å snakke på grunn av hosten. Han hvisker at "der mellom de to bygningene du ser rett fram, der - ." Han har ikke stemme igjen. Men jeg forstår at han mener barndomshjemmet.*

*Husene i bygda ligger kranset omkring en liten fjordarm, og fjellene stiger nesten rett til værs og skjerner bygda for vær og vind, - men også for sola mye av året, tenker jeg. Et mektig skue, ikke uten en følelse av å bli knuget, fornemmer jeg og begynner å fryse i den varme bilen. Ingen av oss snakker resten av veien fram til pensjonatet.*

*Birger blir stående en liten stund på tunet og titte nedover mot det lille huset han bodde i som barn. Det ser trist ut, synes han, med husmorvinduer og "bygdekjeks", et navn han bruker på eternittplater. -*

*Allerede første ettermiddagen gir vi oss i vei. Han vil vise meg bygda si. Det kjennes helt surrealistisk å gå her, bedyrer han. Så mye er forandret. Men mesteparten kjenner han likevel igjen av hus og stier og viker og naust. Det er nok velstand her nå, konstaterer han og kommenterer de fargeglade husene og frodige hagene langs hovedveien.*

*Vi går helt til gravplassen innerst i bukta. Våger han å gå inn der? Foreldrene kan vel ikke true ham lenger. De er jo døde, resonnerer han. Vi vandrer omkring og leter opp gravstøttene til slektninger og venner. Noen har dødd i ung alder. Det er mange barnegraver nederst på kirkegården. Jeg undrer meg over at han har kjennskap til omtrent hvert eneste menneske som er gravlagt her.*

*Han oppholdt seg mye på kirkegården som barn, forteller han. Det var en arena hvor han fikk være i fred. Der kunne han stulle og stelle med de bitte små hagene ved hver gravstein. Han plukket blomster og skjell og steiner som han danderte og formet til små kunstverk. Folk undret seg nok den gangen over småguttene som stelte så vakkert.*



*Det var ikke så greit med å få utfolde seg hjemme. Fargeblyanter og papir kostet penger, og det samme gjorde jo strømmen, om han skulle finne på å sette seg på loftsrommet med lyset på. Tull og tøys og unyttig vås var det. Nei, han fikk komme ned og hjelpe til, fikk han stadig høre fra mor si.*

*Og det var nettopp det han hadde gjort i alle år fra så langt tilbake som tre-fire-årsalderen. Alltid stille opp når mamma ropte på ham, aldri mukke om han ble bedt om å gå ærender eller vaske opp eller riste tepper eller svinge fiskeklubba. Var han ute og lekte i veien eller på lekeplassen, så måtte han bråstoppe om han hørte morens stemme hoie utover bygda: "Biiirrrgeeer!" Da var det bare å slippe det han hadde i hendene og løpe hjem så fort beina kunne bære ham.*

*Og moren syntes nok som oftest at han kom for seint. Så det ble en kjefting og skjelling uten like når han andpusten hvisket at "her er jeg". Pang! Morens arm svingte gjennom luften, og hånden smalt mot øret hans eller mot nakken eller ansiktet. Det var farlig å komme innenfor armlengdes avstand av moren. Han husker hvordan det hadde prikket og svidd i øret, og mange ganger hadde han øresus i lang tid etterpå. Noen ganger dro moren ham i håret så han fikk bare flekker i hodebunnen. Det var en røsking og en riving i all kontakt med henne gjennom oppveksten. Og han hadde følt seg så tom og fortvilet mange ganger.*

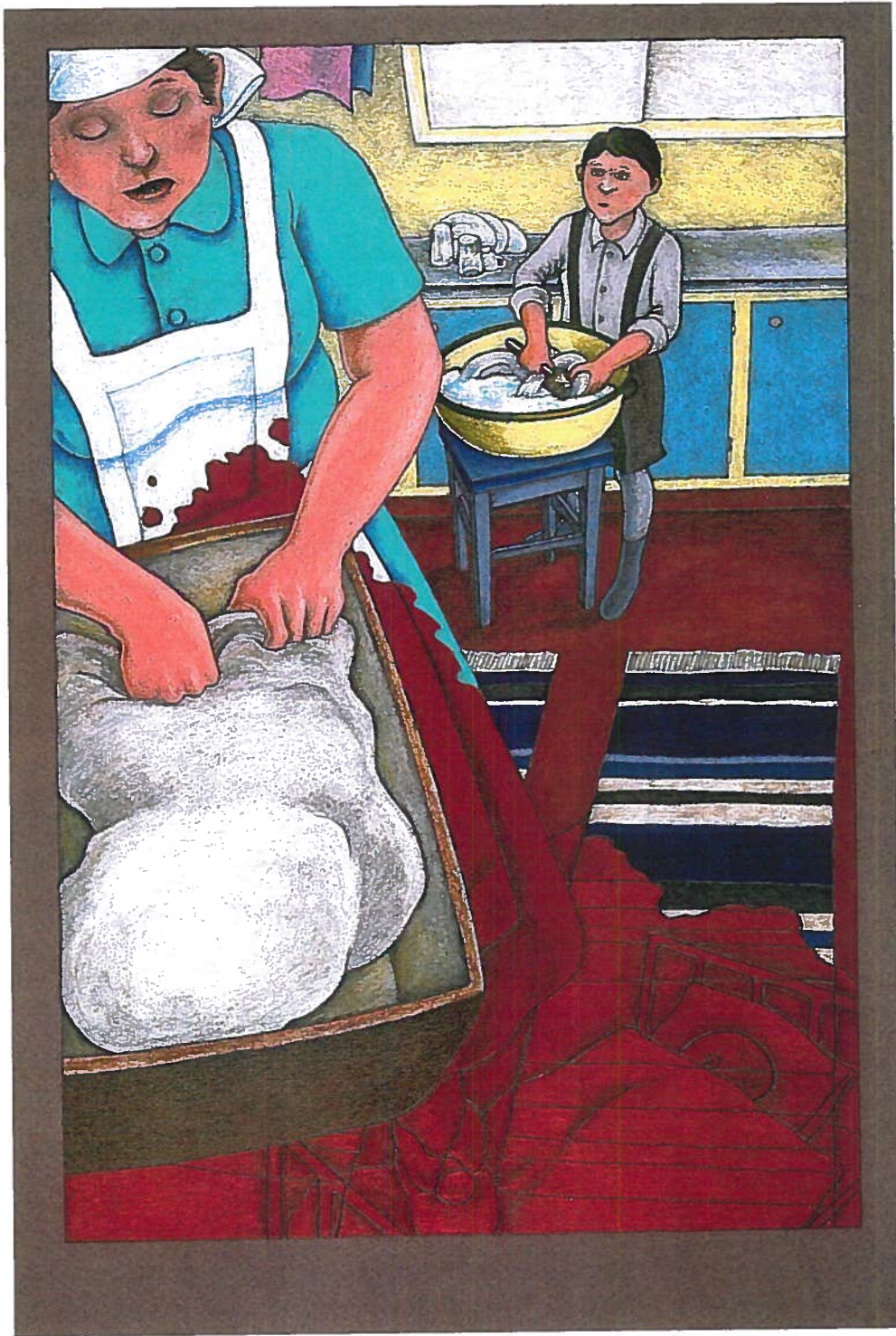
*Men hvorfor slo hun når han kom hjem, var rask og lydig og sto til tjeneste? lurer jeg på. Nei, det hadde han aldri forstått. Det var virkelig ikke til å forstå, gjentar han med lav stemme. Han husker plutselig en gang da han var fire år og hadde falt av trehjulsykkelen. Han hadde slått seg på knærne og kom gråtende inn på kjøkkenet. Pang! Han fikk en skikkelig omgang med juling, - ikke trøst og plaster på sårene. At hun hadde fått disse ungene, disse jævla ungene som ga henne så mye arbeid!*

*Han kan ikke huske at han en eneste gang har fått trøst av mor si. Falt han i bekken og ble våt eller datt og slo seg eller var lei seg for et eller annet, slik små barn ofte kan være, da var det aldri trøst, men slag og lugging og hyling som møtte ham hjemme på kjøkkenet. At hun skulle få disse barna, for en skjebne! Hun kjeftet seg opp til de store høyder, og Birger krympet seg og forsøkte å gjøre seg så usynlig som mulig allerede fra han var tre-fire år gammel.*

*Men om han forsøkte å gjemme seg bort under kjøkkenbordet, kunne han likevel ikke unngå å overhøre morens tirader om "skjebna" si. Hun la ut for den lille sønnen om hvilken forferdelig far han hadde. At hun hadde giftet seg og fått disse barna! Hun kunne også beklage seg over sine menstruasjonsproblemer og andre "kvinnegreier", så Birger følte seg uvel og fikk brekningstendens, - og han blir kvalm selv nå 40 år seinere når han forteller om disse tildragelsene.*

*Verst var det når hun berettet med dramatikk og innlevelse om da lillebroren hans ble født og hun holdt på å blø seg i hjel. Han utviklet en dypt følt lojalitet med mamma og kanskje et lite agg til lillebror som nesten hadde tatt livet av moren hans.*

*Og hva tror han i dag om svartmalingen av faren? Hun skjøv nok Birger aktivt bort fra ham allerede fra tidlig alder, slik han tenker om det i dag.*



## **Du kan vente til lørdag**

*Birger har ikke tall på alle de slagene han har fått av mor si gjennom oppveksten, men det var iallfall flere ganger i uka. Han forsto sjelden bakgrunnen for avstraffelsene. Han forsøkte å være så usynlig og lite i veien som mulig, men det hjalp så lite. Det ble liksom galt uansett hva han gjorde.*

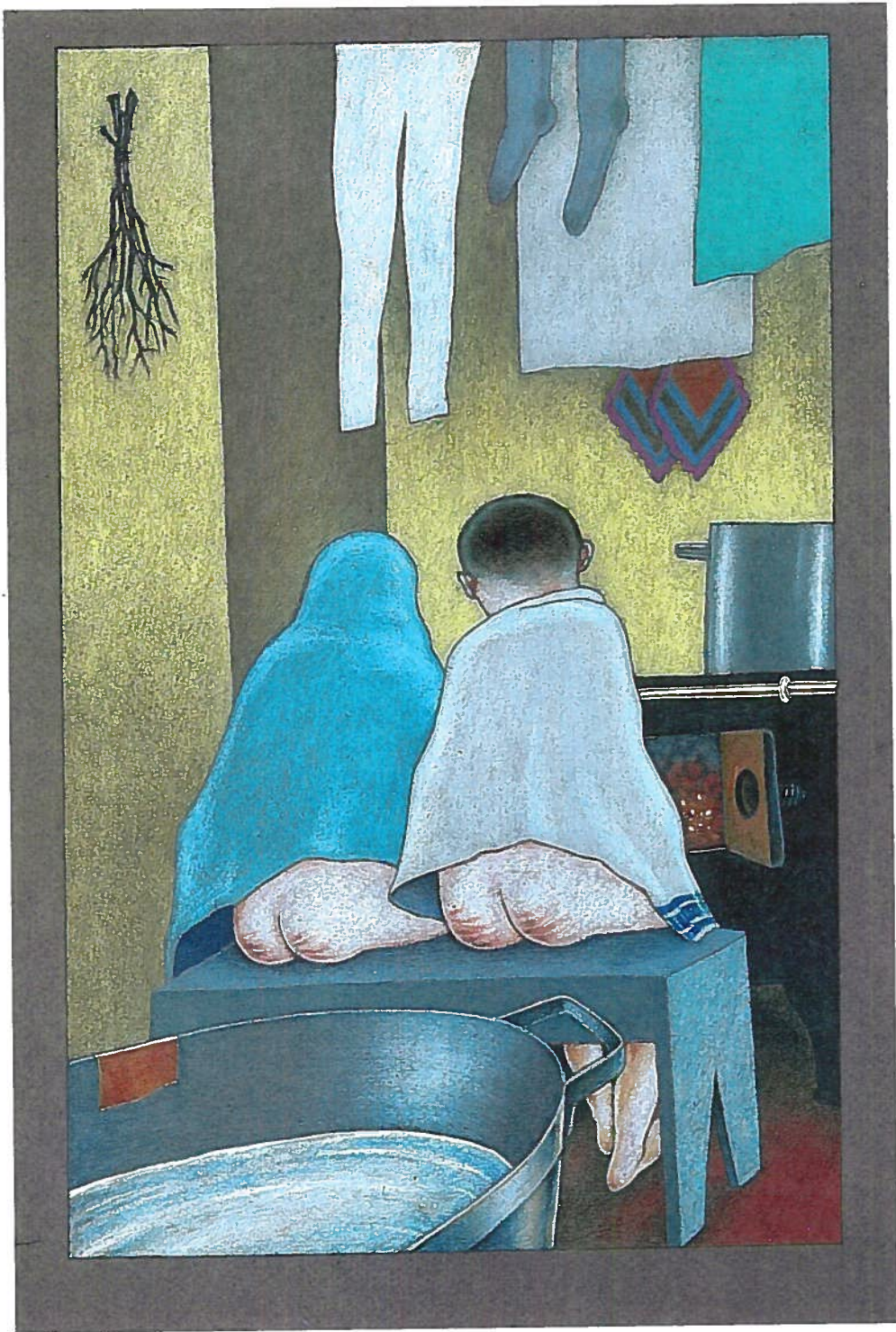
*Faren slo ham ikke gjennom uka. Men når det nærmet seg helg, så kjente Birger seg alltid redd. Da skulle den patriarkalske delen av oppdragelsen finne sted. Hadde han vellet et melkeglass, slåss med lillebror eller kommet litt seinere hjem fra butikken enn moren hadde forventet, ja, da kunne han vente seg en omgang.*

*Det var liksom litt stille hjemme på lørdag ettermiddag. De to småbrødrene skulle i stampen for å bade. Men først måtte de bort til pappa og få litt for det og litt for det for ukas forseelser. Deretter var det opp i balja. Det var deilig å være i vannet, husker han. Etterpå ble de tørket og satt på krakken foran svartovnen på kjøkkenet. Varmen fra den åpne ovnsdøra lindret litt på den såre baken. Så var det i tøyet igjen, få kveldsmat og høre på barnetimen. -*

*En lørdag gikk faren for langt. Småguttene hadde vært i fjæra for å prøve ut nye gummistøvler. Holdt de vann, tro? De hadde hatt det så artig i vannkanten og kom storforføyd hjem igjen. Men moren satte i gang med å rive seg i håret, hyle og bære seg over de forferdelige barna som ga henne så mye arbeid. De kunne bare vente seg når pappa kom hjem! Hun hadde sett litt vann på buksene deres over støvelkanten.*

*Det gikk som et støkk gjennom hele kroppen, husker Birger. Han følte seg syk i hele seg. Og faren kom, og moren ga utmåling av ukas avstraffelse. Nå fikk han gi sønnene skikkelig beskjed! befalte hun. Og det fikk de. Faren julte guttene i flere timer, først den ene, så den andre. Han slengte Birger rundt i rommet. Han husker at han ble livredd og skrek, men etter hvert ble han helt stille og forsvant liksom inn i en tunnel. Faren dro han opp på loftet etter en stund og fortsatte å slå gutten med det han fant for hånden, en kleshenger, noe gammelt granbar og en stokk. Klærne revnet og Birger besvimte. Han lå til sengs i flere dager etterpå. Han befant seg liksom i en kokong.*





*Faren hadde såre hender da Birger nærmet seg ham noen dager seinere. Den store mannen så ned på den lille sønnen sin med et trist blick et lite øyeblikk før han fortsatte å stirre ut av kjøkkenvinduet, der han satt på stolen sin, mørk i hu og fullt påkledd, klar til oppbrudd liksom. Birger mistet tilliten til far sin etter dette. Han ble et uhyre for sønnen, et farlig vesen som han aldri seinere våget å nærme seg. -*

*Birger er blek og snakker med lav stemme under denne beretningen. Innimellom hoster han kraftig og mister stemmen. Historien smerter den dag i dag. Han tar en lang pause. Dette hadde han forsøkt å glemme, denne og mange, mange andre fornedrende situasjoner som han hadde vært igjennom i oppveksten.*

*Men kanskje var det, om mulig, enda verre med alt foreldrene trakasserte ham med verbalt gjennom alle år, fortsetter han. Moren kunne blant flere uttrykk kalle ham "helvetes unge". Det var aldri en vanlig samtale med tillit og fortrolighet, aldri sang eller eventyr, aldri et fang å sitte på, ingen trøst eller oppmuntring av noe slag. Det var "så inn til margen magert". Og Birger oppfattet svært tidlig at han ikke skulle ha vært der. Han var ikke et ønsket barn.*

## **De hadde nok jult liket**

*Det er skiftende vær under vandringen vår i hjembygda til Birger. Han er innimellom ettertenksom og stille, for så å komme på nok en historie. De dukker opp ved hundeglam og måkeskrik, ved duft av myr og fisk og sjø, når vi vandrer langs fjæra og i fjellet, mellom hus og langs veien. Det formelig myldrer av beretninger etter som Birger møter seg selv igjen i landskapet.*

*Og så mye detaljer som han husker! Han forteller om hvem som har bodd i nesten hvert eneste hus vi passerer. Det er fotografiske bilder han legger fram for meg i beretningene sine, en detaljriksom som overgår alle historier jeg har fått fra pasienter gjennom årene. Han har vært klar over det hele sitt liv at han har sans for detaljer, at han husker i bilder, forklarer han meg.*

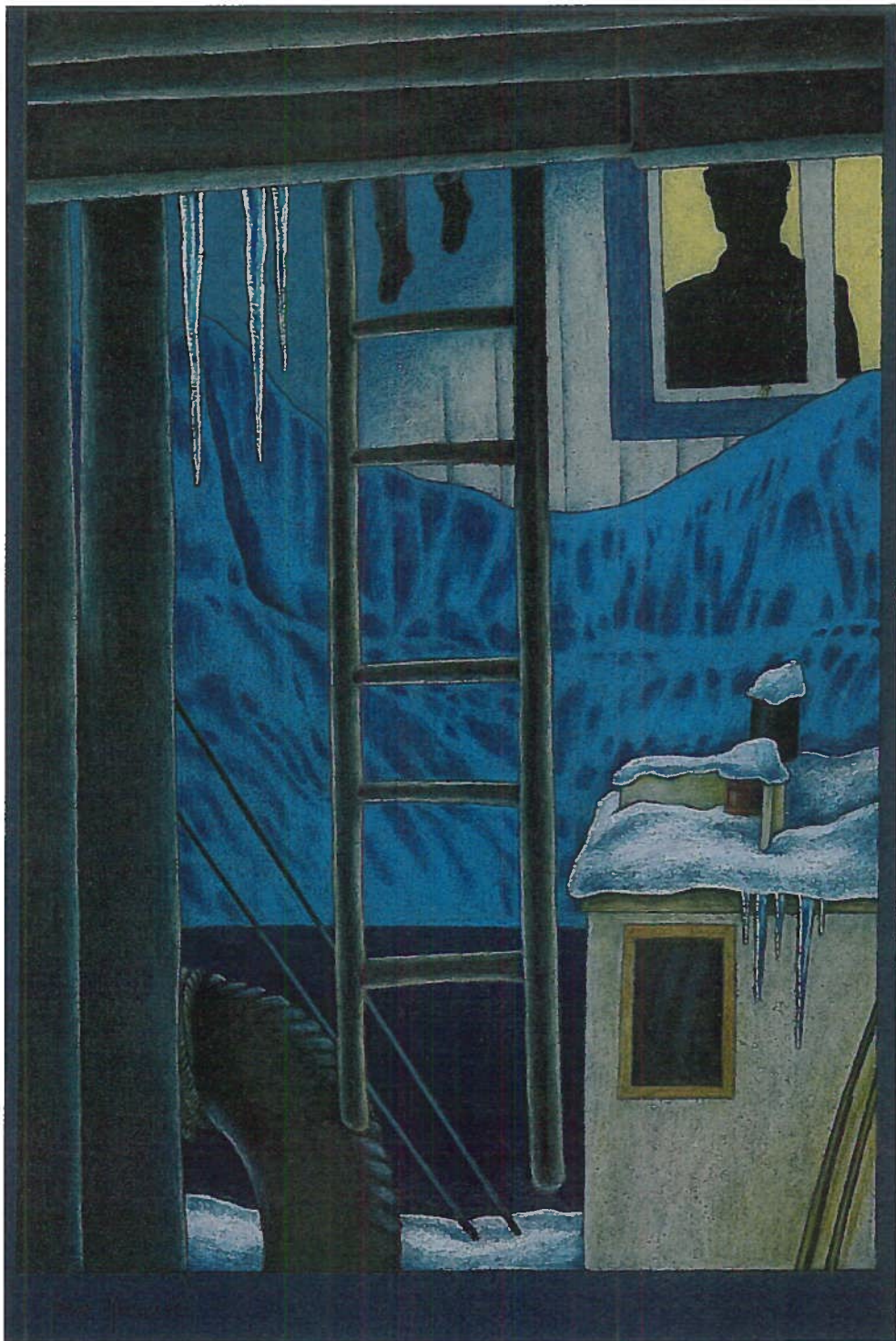
*På havna ser han plutselig for seg den lille smårollingen som må feie farens fiskebåt før skoletid. Hadde det falt snø om natta, så visste Birger hva som ventet han. Først måtte han skuffe vei fram til uthuset så foreldrene kunne komme på do om morgenen. Det kunne være veldig tungt om det hadde fokket seg skikkelig til i løpet av natta. Og snøskuffa veidde "et tonn" i seg selv!*

*Så var det ned til brygga. Var det lavvann, så kunne det være svært vanskelig å komme ned til båten. Det var et livsfarlig arbeid for en smågutt som attpå til var liten av vekst. Og altfor tungt.*

*Om istapper fra taket på havnelageret hadde ramlet i hodet på ham og drept ham, om han hadde falt i vannet mellom brygga og båten og druknet, ja, så ville nok foreldrene ha jult liket, tror han i dag. Han fikk aldri takk for utført arbeid. Bare et mas om at han måtte skynde seg, så han ikke kom for seint på skolen. Han var så redd og så liten - .*

*Tunge tak var det både sommer og vinter fra han var smågutt. Han husker at han var ikke gamle pjokken da han måtte dra fiskekassa med avfallet fra utedoen nedover oppkjørselen, over hovedveien og ned til fjæra. Det var tungt. Det var skamfullt. Og det luktet forferdelig. Han prøvde å gjøre seg så usynlig som mulig for at ikke skolekamerater eller noen voksne skulle se ham langs veien i bygda. Og nåde han om han fikk en eneste flekk på tøyet sitt!*







*Birger banner og tar seg i det i det samme. Han pleier da ikke å banne - . Men nå er han sint, - for første gang. Hva tenkte de voksne på! Hvordan kunne de -?*

*Og igjen poengterer han at disse strevsomme, til dels farlige sjauene var likevel for lite å regne mot den sjikane som moren bedrev overfor ham i alle år. Til og med overfor fremmede nedverdiget hun denne sønnen som ikke var "dugandes" til noe som helst. Og da moren begynte å klage og gremmes over hvor mye barna kostet henne i kroner og øre, hvordan de åt henne ut av huset, da mistet Birger matlysten etter hvert. Han fikk dårlig samvittighet når han spiste brødsnivene sine og torde knapt å ta pålegg på maten.*

*Og han betalte hjemme alt han tjente etter hvert ved forskjellige småoppdrag han greide å skaffe seg. Det var aldri snakk om at han kunne beholde noen penger selv.*

*Da konfirmasjonen nærmet seg, ble det ekstra mye snakk om hvor dyr han var i drift. Han skjønnte snart at moren ikke ønsket at han skulle stå til konfirmasjon. Dette ble en veldig vanskelig situasjon for ham. Han hadde tross alt oppfattet moren som from. Og Birger hadde dessuten tenkt at det kanskje fantes en Gud som kunne sende litt lys ned over hans liv også.*

*Men konfirmasjonen ville bety utgifter for moren. Birger var svært lojal mot sitt opphav og sa til slutt at hun kunne få slippe den utgiften. Han kunne la være å konfirmere seg. Moren så glad! Og hun gikk straks på bygda og begynte å legge ut om den forferdelige sønnen hun hadde som ikke engang ville konfirmere seg. Birger husker at dette ble en veldig kaotisk situasjon for ham.*



## Astma og kameler

*Vi er på vei tilbake etter turen og passerer huset han bodde i som barn. "Ingen så meg!" Birger er blek og hvisker nesten når han konstaterer at det var nok ingen hjemme i kveld. Han tror ikke han kommer til å besøke barndomshjemmet igjen.*

*Men hjertelig velkommen er han hos ei kusine på morssiden. Det blir et varmt gjensyn med klemmer og klapping og klemmer igjen. Stor glede og sterke samtaler utover kvelden. Men Birger blir tett, veldig tett underveis, mens familien i huset trekker fram minner fra felles oppvekstår. Mange glade minner og noen vanskelige. De ser ikke ut til å kjenne til hvordan Birger har hatt det. Mange fortellinger har nok også en annen side enn den kusinen er klar over. Men Birger forblir taus om dette. Han hoster og hoster, slik at kusinen til slutt må finne fram litt hostesaft til ham.*

*Det blir snakket om slektninger og venner som har strevd med sin kjønnsidentitet. Sterke historier om liv i motbakker og tidlig død for flere. Kusinen viser stor respekt for dem som blir omtalt. Og Birgers astma stilner litt etter litt. Var det hostesaften som hjalp, tro?*

*På hjemveien må vi passere barndomshjemmet igjen. Det er lys på kjøkkenet og noen titter ut bak gardinene. Birger blir tett i pusten og får ikke fram et ord før vi er vel innendørs på pensjonatet. Han hoster og hoster og strever med å få nok luft. Når han har kommet seg litt, hvisker han at "her har jeg svelget mange kameler! Nå kiler de så besatt! Jeg må se å få dem opp!" -*

*Vi legger ut på turer både formiddag og ettermiddag mens vi er på øya. Det er så mange steder Birger ønsker å oppsøke etter hvert. Og hver gang må vi passere forbi huset han bodde i som barn. Og Birger hoster og blir tungpusten. Hver gang. "Der ser du! Nå ble jeg tett igjen!" Han er blitt klar over noen sammenhenger. -*

*På en kritthvit strand ved lekeplassen nær brygga tegner Birger en havfrue, en fantasifigur i stort format. Her tilbrakte han mange, mange timer gjennom oppveksten. Dette var et fristed og et "tegneark" for ham. Han laget alltid hele historier når han streket opp, det måtte fungere. Det var ikke bare en tegning for tegningens skyld. På denne plassen kunne han utfolde seg - inntil morens stemme ljomet og kalte ham hjem til nye dyster.*

*Et kunstverk ble liggende igjen etter ham - inntil bølgene visket det bort ved neste høyvann. Mange sjøfolk hadde nok undret seg gjennom årene. -*

*Birger har vandret litt rundt i fjæra og sett på gamle brygger og båtnaust. Plutselig blir han blek og kommenterer at han fikk så forferdelig vondt i magen. Det knyter seg så han blir kvalm. Han er kommet på en forferdelig historie." Men den kan jeg ikke ta nå, - kanskje seinere", hvisker han. Han hoster og hoster og kommenterer at her var det store hårdotter, - rene svulstene med kamelhår.*

## Skolen var gul og blå

*Lydbåndene går dag etter dag både utendørs og innendørs der det føles naturlig. Birger kommenterer at han i utgangspunktet ikke hadde trodd at det skulle bli så mange bånd å fylle. Men nå innser han at det nok er mye som han har godt av å forsøke å sette ord på. Han kommenterer at han åpner vinduene i det ene rommet etter det andre i livet sitt nå og lufter skikkelig. Og ikke bare lufter, - han må også feie rommene for å fylle det med sine egne ting. De har altfor lenge vært fylt opp med andres liv.*

*Vi er på vandring opp til skolen Birger gikk på som barn. Bygningen var gul og blå da han var elev her, forteller han. Vi er begge stille etter denne beskrivelsen. Gul og blå - . Var det noe han hadde erfart i livet, så var det vel nettopp dette med blåmerker.*

*Han var den eneste som møtte opp på første skoledagen uten foreldre. "Det har du bare godt av," sa moren. - Tårene renner, Birger ser seg selv stå der alene med sin røde ransel, nystrøken var han, men så alene, så alene. Og redd.*

*"Men den andre og tredje dagen gikk det bra. Vi var i gang. Det var fantastisk!" Han sier med ettertrykk at hadde det ikke vært for skolen, så vet han ikke hvor han hadde vært i dag, om han i det hele tatt hadde levd. På skolen fikk han innblikk i en verden utenfor bygda, at det fantes noe å drømme om for ham.*

*Han var som en svamp på skolen, så understimulert på alle plan. Han var en vitebegjærlig smårolling som tegnet mer enn han skrev i bøkene sine i årene som fulgte.*

*Men han var ikke lenge i Paradis. Fra femte klasse av ble han resten av skoletiden systematisk ertet og plaget av en gutt i klassen. Det var en sjikane verbalt og fysiske overgrep på de mest utspekulerte måter. Og "sjefsmobberer" fikk mange med seg. Det ble så sørgelig det hele. Ble han dyttet ned i sauemøkk eller andre plagesituasjoner hvor det syntes utenpå, så fikk han juling og skjenn når han kom hjem. Det hjalp ikke hvor mye han forsøkte å forklare moren hva det handlet om.*

*Birger er i gang med den offentlige sjikanen og tar sats for å nærme seg historien han ikke orket å hente fram et par dager tidligere. Han fikk skylden for en brann i bygda, men hadde*

*faktisk sittet hjemme og lest lekser. "Sjefsmobberer" banket på hjemme og fikk lurt han med seg ned til båthusene hvor det sto mange svette mannfolk med bøtter og spann. "Det var han som tente på naustet!" utbasunerte klassekameraten.*

*Birger gikk inn i kaos, han følte det som det gikk et kraftig støt gjennom hele kroppen, forteller han. Han ble kvalm og holdt på å besvime der nede blant alle de sinte menneskene. Litt etter litt under fortellingen kommer han på flere og flere detaljer, - at han kom seg hjem, at moren kom hjem etter hvert, og at hun ikke trodde på han. På skolen ble det forhør og i familien det samme. Han visste jo at han hadde vært på plassen i fjæra og lekt tidligere på dagen, men noen ildspåsettelse -? Nei!*

*Bygda engasjerte seg, og mange sluttet å hilse på han. På skolen gikk det helt elendig, og karakterboka ble en katastrofe i seg selv. Etter noen måneder fikk de forresten besøk av lensmannen, kommer han plutselig på. Mannen snakket nedrig om "denne jævla ungdommen". Og foreldrene nikket og var enige med øvrigheta.*

*Etter et "knallhardt" forhør av lensmannen, konkluderte denne strenge, stramme mannen at Birger var skyldig. Han var jo den eldste som hadde lekt på gressbakken ved naustene. Dessuten hadde han felt noen tårer under forhøret, - det var angeren som tøt ut, konkluderte han. Foreldrene tok ikke Birger i forsvar. Både de og lensmannen hadde fått beretningen om mobberer, - som altså igjen hadde spilt ham et puss.*

*Birger stamper hardt i gulvet og slår seg på låret. "Du snakker om offer, altså!" Faren skulle jo ha tatt ham i forsvar!*

*Birger var 14 år da dette skjedde. Han felte aldri en tåre hjemme etter dette, og han mistet aller siste rest av håp om kontakt med far sin. Han ble avskrevet i og med denne tildragelsen. Ikke engang da faren fem år seinere ba om å få snakke med Birger, så maktet han å få i gang en meningsfull samtale med ham. Faren døde like etterpå av sitt tredje hjerteinfarkt.*

*Birger har bannet mange ganger og har fått stadig kraftigere stemme etter hvert som han har kommet på flere og flere detaljer rundt den katastrofen som rammet ham. Jeg har plassert en stol midt i rommet hvor Birger har satt seg nedpå. Det er så underlig for ham å være i sentrum. Og han har sittet og sett ned i gulvet under beretningen, - med bøyd nakke. Men nå*

*retter han seg opp og proklamerer at det er på høy tid å befinne seg i sentrum av sine egne fortellinger. Helt konkret få være sentrum i sitt eget liv.*

## **En fare for seg selv**

*Etter hvert var det sparsomt med fristeder for Birger i hjembygda. Han forsøkte å slippe hjemmefra litt innimellom til en nabo med små barn. Da kunne han jo gjøre nytte for seg, slik at moren kunne "berge parten sin". Da æret han liksom sin mor og sin far litt, da. Og det var en eldre kvinne i bygda som han gikk ærender for som tenåring. Det var også gode fristunder for Birger.*

*For øvrig var det få lyspunkter i tilværelsen hans. Han likte å tegne, men fikk sjelden lov. Han likte å lese, men det var å stjele av foreldrenes tid. Han ville gjerne hatt noen skolekamerater med hjem, men det skitnet til morens filleryer og ga henne så mye arbeid. Så Birger var stort sett aleine gjennom oppveksten.*

*Han fikk en sjelden gang gå på dans – selv om han altså ikke var konfirmert. Og av og til på kino. Det var fantastisk! Men det var ingen vits i å forsøke å fortelle noe fra filmene han hadde sett. Det var ikke mulig å få i gang selv den mest alminnelige samtale med foreldrene.*

*Birger hadde begynt å kjenne på mye lengsel og mange drømmer fra 12-13-årsalderen. Jenter var artige trulter å leke med. Men det var voksne menn som kunne gi ham hjertebank og "hakaslepp". Han kjente seg ikke helt som andre.*

*En dag lurte han seg inn i stua - en forbudt sone hjemme - og fant fram et leksikon. Vanligvis hadde det å lese i oppslagsverk gitt ham en "kokospalmefølelse", en smak av en verden utenfor. Nå slo han opp på "seksualitet". Det sto om homoseksualitet, biseksualitet, det sto mye skremmende i det leksikonet. Det var så klinisk og moralsk. Og han kjente seg slett ikke igjen i beskrivelsene. Så da måtte han vel være noe enda rarere, tenkte han den gangen. Han satte boka tilbake i hylla og listet seg ut av stua.*

*Det var forferdelig skummelt det han hadde lest seg til, og verden raste sammen for ham. Det var som å knuse et speil. Alt ble pulverisert. Han var livredd for hva foreldrene kunne komme til å gjøre med ham. Moren hadde gjennom alle år truet med barnehjem og sinnssykehus, steder hvor de gjorde fryktelige ting med folk, hadde han forstått. Hun hadde også uttalt at foreldre som har rett til å gi liv, også kan ta liv. Og Birger mintes at faren hadde hengt katten*



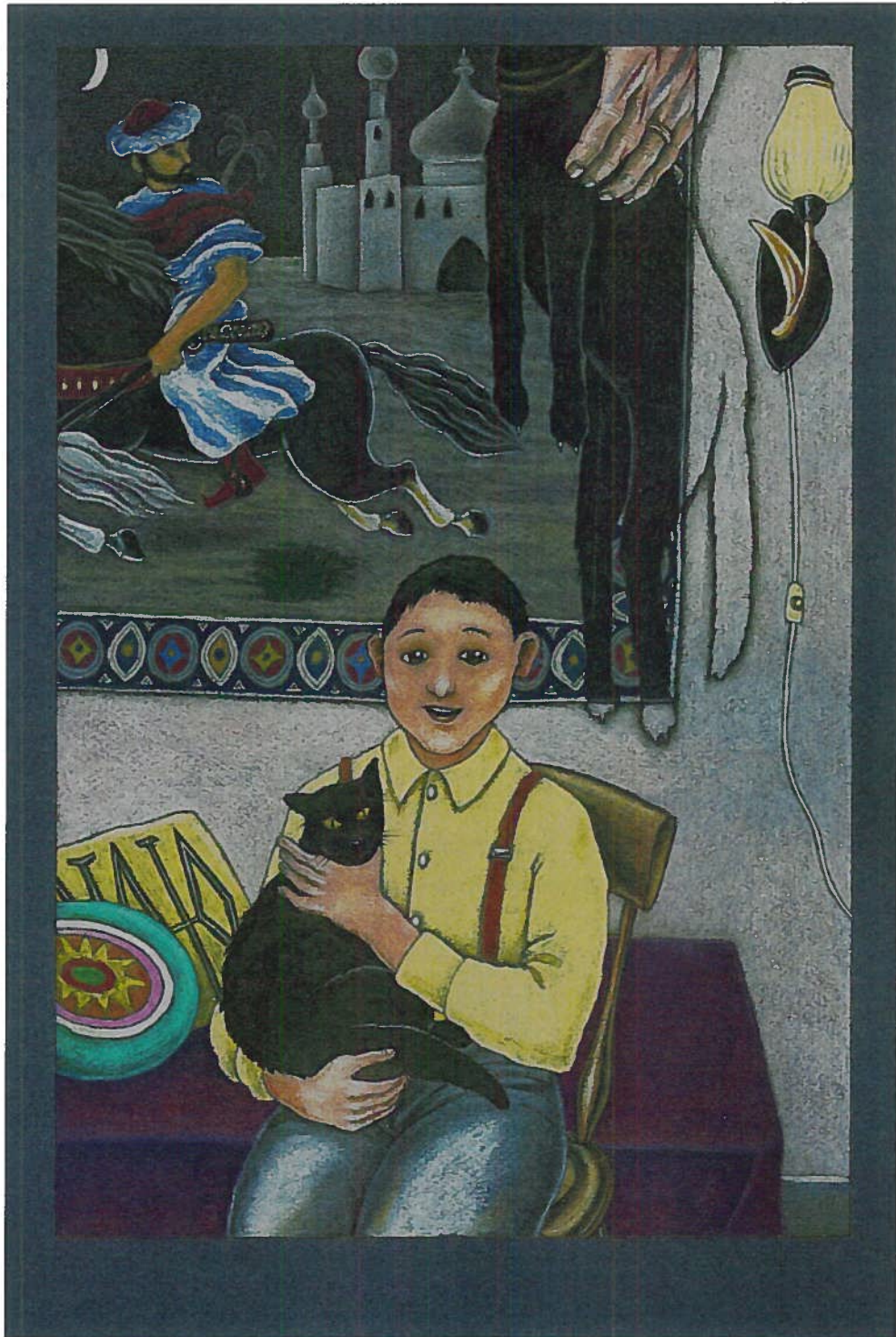
*Snorre, bestevennen hans, i vedskjulet noen år tidligere. Faren likte ikke katter. Men han kunne vel ikke henge ham -?*

*Birger hadde aldri hørt om homofili. Og han hadde ingen å snakke med. Alle de ytre farene hadde Birger litt etter litt "vendt seg til" og hadde funnet ørsmå smutthull til noen få fristeder. Men når han nå i seg selv ble en fare for seg selv, da fikk han sterke tanker om å gjøre slutt på livet.*

*Foreldrene hadde allerede i mange år hånet ham jevnlig for hans "sveklingsendenser", at han ikke dugde til noe som helst, at han drev med "kvinnfolkting", at han ikke var kar og dro på seg kjeledress og tok seg gårdsjobb eller kom seg på sjøen som de andre gutta i bygda. De hadde vel kanskje sett noe som ga næring til denne nedverdigheten, funderer han på nå under tilbakereisen.*

*Det hadde vært så sterkt dette ønsket om å slippe fra det hele, fra alt det destruktive hjemme og blant jevnaldrende. Nå var han i tillegg blitt livredd for å bli avslørt med det han etter hvert forsto måtte være en annerledes seksuell legning. Han var så redd for konsekvensene av det han erfarte i seg selv. Det var flere i bygda som hadde hoppet fra Neset, mennesker som ikke hadde orket dette livet. Og han visste også om en sandstrand som han kunne vasse ut fra til vannet dekket ham helt.*

*"Men det måtte i tilfelle være om sommeren når vannet ikke var så kaldt!" Vi lo lenge og hjertelig, - galgenhumoren har vel reddet mange av oss gjennom livet, slår Birger fast.*



## Utsikt og innsikt

*Det nærmer seg slutten på vår lille uke på hjemplassen til Birger. Lydbåndene har surret og gått i time etter time og har fanget opp både vær og vind og lyder fra natur og trafikk i tillegg til samtalene oss imellom. Birgers historier har vært godt bortgjemt for ham i en mannsalder. Barndommen har han forsøkt å glemme i alle år etter at han omsider kom seg hjemmefra som 17-åring. Men det har krevd mye energi å forsøke å "holde lokket nede på trykk-kokeren". Når det kommer til stykket, har han klare minner så langt tilbake som før han kunne gå og moren fortsatt ammet ham.*

*Været er strålende denne dagen, høstfargene på hell, liksom fugle- og dyrelivet omkring oss. Men for Birger er det på mange måter en annen årstid, en vår, en ny begynnelse. Han blir høytidelig når han erklærer med kraft og ettertrykk at det han erfarer nå må være å bli født på nytt. "Jeg blir jo nesten religiøs!" ler han underveis på turen vår til bygda utenfor Neset.*

*Vi har lagt ut på en vandring på flere plan denne dagen. På en fjelltopp høyt over nabogrenda og med utsikt utover fjorden blir vi sittende i mange timer. Det er tid for en foreløpig oppsummering. Jeg siterer Søren Kierkegaard som i sin tid sa noe om at "å våge er å miste fotfeste en liten stund. Å ikke våge er å miste seg selv." Og det var vel det som hadde vært i ferd med å skje med Birger, mente han, at han konkret kunne gått ut av tilværelsen. Han skuer utover fjorden og fjellene og faller i staver. "Tenk at jeg har bodd her i 17 år - og overlevd!"*

*Og ikke bare overlevd. Langs veien disse dagene har han møtt en slik varme at jeg har vært rørt til tårer flere ganger. For her er det ikke snakk om et lite nikk og "hei", men omfavnelser og klapp og klem. Eldre personer som husker ham fra han var liten har vist overstrømmende glede ved å se ham hjemme igjen. De tror nesten ikke det de ser. "Er det virkelig deg!" Og de må ha sett - også tidligere. Og hvem så de da? Hvem kan Birger ha vært for dem når de møter han med en slik overstrømmende glede? Og hvilke samtaler langs veien! Rett på sak om livet og strevet og gleden i disse eldre personenes liv.*

*Hva tenker Birger selv om disse møtene i hjembygda? Han hadde ventet seg avvisning eller å bli oversett når han nå dukket opp på hjemstedet. Og det ble han også. Uten tvil. Med egne øyne så jeg hvordan noen vendte seg bort da vi var på butikken, for eksempel. Det var*

*personer fra "de litt finere" som kanskje ikke evnet å møte Birger, som nok var stemplet som blant de "lavere" i sin tid, sosialt sett. Men det mest overraskende for oss begge var nok varmen fra mennesker som måtte ha sett ham som gutt.*

*Han hadde kanskje vært en "løvetann"(14), som nevnt. Et barn som ikke ga seg. En person som sikret seg noe bekreftelse fra mennesker ved sin måte å være på, imøtekommende, hjelpsom og omsorgsfull overfor andre som han så at kunne trenge en håndsrekning. "Jeg prøvde vel å berge parten min", ler han. Dette uttrykket har gått igjen i beretningene om mor hans. Hun søkte å berge parten sin på alle plan i livet. Og kanskje hadde han ubevisst fulgt opp dette selv også, at han hadde søkt å ta vare på alt og alle, ikke kastet noe – inntil han selv ble kastet.*

*Han hadde stått på for alle mennesker som kom i hans vei som voksen, lagt til rette og stått til tjeneste inntil han ikke hadde pust igjen. Og takk tilbake? Sjelden. Så tenk, at han måtte tilbake til hjembygda for å få en klem!*

*Under refleksjonene på fjelltoppen utfordrer jeg Birger på hva han tror hindret ham i å begå selvmord, da denne tanken dukket opp veldig sterkt i 10-årsalderen. Hva som holdt ham tilbake? Antagelig at skolen hadde vist ham at det fantes en verden utenfor, en verden med bøker og bilder og musikk, noe å lengte til. Og så hadde han møtt slektninger på farssiden noen få ganger gjennom oppveksten. (Faren var innflytter.) Det ga ham håp. Det var mennesker med varme og en helt annen måte å snakke og omgås hverandre på, en annen verden for Birger. Så noen av disse personene fikk plass i Birgers drømmer, og det hjalp ham å holde fast i livet.*

*Men kanskje noe av det aller viktigste for å overleve har nok vært hans evne til å tegne, tror han. Allerede som ganske liten så ble alt det destruktive han opplevde omgjort til bilder, noe han kunne betrakte. Mor hans var et mørkt og truende uvær langt borte i den andre enden av kjøkkenet, som lyn og torden, en storm. Men det var der borte. Han så situasjonen som et bilde han kunne betrakte.*

*Og selv om han sjelden og aldri fikk tegne hjemme, så hadde han bildene inne i hodet. Han visste tidlig i livet at han hadde spesielle evner i denne retningen, at han var opptatt av*

*detaljer som andre ikke brydde seg om, at han laget hele fortellinger i en eneste tegning, at det måtte fungere som en beretning.*

*Men hele barndommen var jo som et sørgelig, evigvarende regnvær, - hele oppveksten var et eneste stort overgrep, prøver han seg forsiktig. Dette har Birger aldri tidligere forholdt seg til, aldri før våget å nærme seg. Og slett ikke å sette ord på. Familieloyaliteten har forbudt ham slike tanker.*

*Dessuten har han som voksen vært redd for å huske og kjenne på alt det han har erfart av destruktive ting gjennom barndom og ungdom. Han har tenkt at han kunne komme til å bli gal, miste forstanden, eller at han ikke skulle orke mer, gjøre slutt på det hele, dersom han hadde våget å tillate seg å kjenne på erfaringene sine og følelsene som fulgte med. I stedet snakket han i alle år om at barndommen var grei, og dessuten var jo naturen så fantastisk der han hadde bodd.*

*Men nå har han grepet sjansen til å nærme seg dette truende stoffet, møte seg selv og sin fortid, men da i et guidet møte. Det er blitt en profesjonell arena ved at jeg fotfølger ham. Og ikke bare det at jeg er der, men at jeg hele tiden skyver ham videre i tanken, ikke slipper ham så lett i alle refleksjonene over fortid og nåtid. Han må virkelig tenke seg om. Og det er ikke farlig, erfarer han.*

*Før fellessamtalene med psykolog på legekantoret hadde han prøvd å kaste alle de destruktive erfaringene sine "på havets dyp". Men han opplevde at minnene var knyttet til ham med tykke vaiere som dro og dro ham nedover. Og noen ganger kom han under overflaten. "Og der har du astmaen", kommenterer han. Han har sikkert arvet noen anlegg for plagene, det tror han nok sikkert. Men når livet blir for "kjervt", når det knyter seg i tilværelsen, så blir han trukket under vannflaten. Da blomstrer astmaen - nesten som tornebusken omkring borgen med Tornerose, fullstendig innestengt. "Astmaen min er et språk. Jeg har en kropp som sier ifra når nok er nok."*

*Hva om vi ikke hadde tatt turen til hjembygda hans? lurer jeg på. Uten denne tilbakereisen tror han nok at han hadde kjent seg uendelig mye fattigere. Han hadde ikke fått sett seg selv i perspektiv, slik han nå har fått muligheten til. Det hadde ikke blitt mye kjøtt på beina.*

*Puslespillet over oppveksten har han nå fått lagt, - nesten ferdig. Han mangler enda noen biter, nemlig selve barndomshjemmet. Men han er ikke sikker på om de brikkene noen gang vil falle på plass for ham. Han tviler på om han vil greie å gå over terskelen.*

*Han leter stadig etter metaforer som kan beskrive sider av det han har erfart disse dagene på hjemmeplassen. I prosessen underveis har han åpnet paien og trostene er fløyet, eller for å si det med eventyret, at han har fått sol og lys på historien, og dermed er trollet sprukket. Han har åpnet "skuffen for avmakt" og luftet den skikkelig. Men "skuffen for sinne" sitter fortsatt hardt fast. Han har aldri hatet sine foreldre. Men underveis på turen vår nå så har han begynt å trampe litt mer i bakken og kan proklamere at hans foreldre ikke var gode, de hadde ikke evnen til å ta seg av barn, at oppveksten var et eneste langt overgrep.*

*På fjelltoppen tar han opp mange tråder fra dagene forut. Han forteller om igjen, trekker inn nye elementer, får fram tanker om hva det har gjort med ham det han erfarte. Nå har han ristet den "fillerya" som har ligget nedstøvet i en tull innerst på mørkeloftet. Hans liv. Han har ristet den skikkelig og rettet den ut. Og han har sett på alle innsmettene, sine egne og andres, fulgt renninga. Og han begynner å se mønsteret som tegner seg for ham. Og gjennom det hele, bak veven, skimter han moren. Men hun er plassert bakom en glassvegg, hun kan ikke lenger nå ham.*

*Og mens vi reflekterer og summerer og tar nok en runde, så slår det meg plutselig at denne mannen har jo også hatt et liv som ung voksen langt fra sine barndoms trakter. Kanskje vi også burde ha besøkt den byen han bodde i de neste 20 årene etter at han omsider greidde å komme seg hjemmefra? Birger tenner straks på idéen. I løpet av et par uker skal det nok bli muligheter for nok en vandring, men da et helt annet sted i landet.*

## **Deg ville jeg ikke ha tatt i med ildtang!**

*Birger flyttet til en by på Østlandet etter at han greidde å holde igjen penger han hadde tjent på en litt større jobb i hjembygda. Han hadde lagt til side nok til en billett for reisen og 75 kroner for å starte opp et selvstendig liv med.*

*Sovjet gikk inn i Tsjekkoslovakia tre dager etter at han hadde kommet østover i 1968. Da følte han seg aleine og virkelig langt hjemmefra - .*

*Etter en tid dumpet det et brev ned i postkassa hans: Sesjon. Birger fikk nok en gang denne sterke katastrofefølelsen som gikk som et slag gjennom hele kroppen. Han oppsøkte doktor etter hvert. For magesmertene som fulgte med økte på i styrke og gjorde ham kvalm og fortvilet. Og doktoren var en vennlig mann som tok unggutten på alvor, da han etter hvert kom fram med at han gruet seg sånn for det militære. Han våget rett og slett ikke å ta førstegangstjenesten.*

*Birger fikk henvisning til en psykiater i nabobyen. En vakker vårdag møtte han opp til avtalt tid. Legen satt tilknyttet bak et digert skrivebord i et mørkt kontor og begynte "forhøret". Og Birger følte etter hvert at han var nødt til å si det som det var, at han var homofil og ikke våget å møte gutta på brakka. Dette var det forferdelig skummelt å si høyt. Han hadde ikke fortalt til noe menneske at han var homofil før han møtte denne legen.*

*Paragraf 213 i Straffeloven gjaldt fortsatt på denne tiden, - den ble ikke opphevet før fire år seinere, nærmere bestemt 14. april 1972. Så det var forbudt å være homofil i Norge, kriminelt rett og slett. Dette visste Birger.*

*Psykiateren hadde etter hvert hørt hans begrunnelse for hvorfor han mente at han var homofil. Unggutten hadde fortalt om sine lengsler og drømmer, men også at han var helt "uerfaren". Psykiateren konkluderte med at han ville legge ham inn. De hadde så gode metoder mot slikt.*

*Men Birger ble livredd og sa at det ikke kom på tale. Han visste dessuten med seg selv at han alltid hadde hatt sin seksuelle legning. Han ønsket ingen "behandling". Han var sikker på at*



*seksualitet ikke var noe man kunne skifte ut. Dette sa han til psykiateren, - som brått reiste seg opp, pekte mot døra og skrek at "deg ville jeg ikke ha tatt i med ildtang!"*

*Birger gikk inn i kaos, kom seg opp av stolen og bommet på utgangsdøra. Tårene rant, men han greide å finne veien ut av kontoret - ut i vårsola. Det gikk en elv like ved. Han sto lenge på bryggekannten. Han hoppet ikke. -*

*I dagene som fulgte fikk han svære utslett på beina, og han strevde med å få nok luft. Det var nok da astmaen hans debuterte.*

*Han "skrudde helt av" seksualiteten sin etter møtet med spesialisten på psykisk helse. Han gikk alene og tok vare på seg selv. I mange, mange år. -*

*Birger og jeg sitter på en kafé i byen han "rømte" til i slutten av tenårene. Det er gått et par uker siden turen vår til fjorden vestpå. Nå er vi på en to-dagers reise til denne østlandsbyen hvor han altså tilbrakte de neste 20 årene av livet sitt. Her bodde et nettverk av slektninger som han så opp til, beundret og ville gjøre alt som stod i hans makt for. Han våget altså ikke å gå ut i verden helt på egenhånd enda. I tillegg til fabrikkjobben han omsider fikk, hadde han hendene fulle med oppussing av den ene leiligheten etter den andre - for sine nærmeste - uten betaling tilbake. Han ga og ga og hadde stor glede av det.*

*En sein kveld ville han forlate selskapet hos en av slektningene. Han skulle på jobb neste dag og takket for seg. Men mannen i huset ville følge ham - eller rettere sagt: Han ville ha med seg Birger til byen for å "ha det litt moro". Men underveis foreslo Birger at de skulle gå hjem hver til sitt. Det var seint og på tide å kjøpe.*

*"Ber du meg gå og legge meg?" Pang! Det smalt i hodet, og det smalt igjen – og igjen og igjen. Birger besvimte. Han var nærværende innimellom og hørte mannen banne og sverte og kjente hvordan han sparket ham i hodet - kraftige smell - inntil han hørte "jeg har drept ham!"*

*Birger våknet etter ni timer - på gulvet hjemme hos voldsmannen. "Svartemarja" hadde dumpet han der i gangen, fortalte kona. Ingen kunne fortelle ham hva som hadde hendt, - og selv skjønnte han heller ingen ting. Han hadde greidd å reise seg opp og tittet inn i speilet i*



gangen der han lå. Hodet var nesten" dobbelt" så stort som vanlig, leppene var sprukket, men tennene var på plass. Han manglet hår flere steder på hodet.

Han ble boende hos slektningene en uke. Etter hvert kom han seg såpass at han, som den gode kokk han var blitt etter hvert, stelte i stand spennende måltider til sitt vertskap!

Om han ble undersøkt av lege? Nei. Jo, vent litt - . Han tenker og tenker. Hvordan var nå dette da? Han har forsøkt å glemme denne hendelsen. Den smerter på så mange plan for ham. Jo, det var en lege som hadde undersøkt ham og snakket om "denne forferdelige ungdommen". Birger var nok skitten og fæl og hadde sitt lange 70-tallshår, så det var kanskje ikke så rart at legen reagerte negativt på han, undrer han i dag.

Han fikk brev etter hvert – fra politiet. De skrev at han ikke var anmeldt, men registrert eller noe sånt. Men hvorfor anmeldte han ikke gjerningsmannen? lurer jeg på. Nei, han var så oppdratt i den "føydale" familiekulturen, - det falt ham ikke inn at det kunne komme på tale å anmelde slekta.

Men Birger ble veldig sjokkert over det han hadde erfart, en hendelse han glemte bort, men som satte seg i kroppen som en intens mistillit til slektningen. Og han erfarte også mange andre svik fra familien etter hvert, - mennesker som han hadde hatt så store forventninger til at skulle bli hans støtter der langt hjemmefra. -

Kaffen er fortært og byen tatt i øyesyn. Det er mange kjente steder for Birger langs gatene vi trasker i. Han forteller at han arbeidet som ufaglært i alle årene her og at han levde alene til han var godt over 30 år. Han hadde et par gode venner på den fabrikken han jobbet på. En ungdom førte ham til samtidskunsten, en åpenbaring for Birger. Å besøke det nyåpnede Hennie-Onstad-muséet i hovedstaden var mer høytidelig enn å komme inn i den flotteste katedral for denne mannen, som ikke selv tegnet alle de 20 årene han bodde der østpå. Og hvorfor tegnet han ikke? lurte jeg på. Han var redd for å bli synlig, redd for å avsløre seg, redd for hva som kunne komme fram i tegningene etter alt han visste at han hadde lagt lokk på.

Birger blir stille når denne kameraten kommer på banen. Noen tårer og en pause for refleksjon over at det faktisk var noen gode møter i disse tragiske årene hvor han levde så

*avstengt. Det hadde kommet både bilder og latter og musikk inn i livet hans gjennom denne frodige arbeidskameraten, - en ungdom som heller ikke hadde fått unyttet sitt kreative potensiale.*

*Og det var enda en god venn som han i alle årene seinere hadde holdt kontakten med. Henne besøkte vi underveis på denne turen. Overfor henne hadde han omsider betrodd sin legning, etter årevis med gode samtaler og godt kameratskap. Og han ble oppfordret til å komme seg til homodagene i hovedstaden. "Kom deg av gårde, da mann! Gå ikke her og syt!"*

*Og det gjorde Birger. Han "stod fram" i en alder av over 30 år. Et ras av kreativitet fulgte i kjølvannet. En oppvåkning på så mange plan. Han fikk seg samboer etter hvert og begynte endelig på sitt voksne liv. Han våget til og med å ta kolleger på alvor når de bedyret at han måtte da se å få seg utdanning innenfor bildende kunst. De hadde sett noen kunstverk han hadde laget sammen med barna i den barnehagen han etter hvert var blitt praktikant i. Og det de så var langt forbi amatørstadiet.*

*Birger nevner førsteklasse læreren sin fra skolen hjemme. Hun hadde sådd en liten soppspore i ham den gangen hun skrøt av tegningene hans overfor klassen. I alle årene hadde den ligget der og ventet på et passende klima. Og nå fant han sin gamle lærer i telefonkatalogen - i Finnmark. Han hadde en spennende samtale med henne i telefonen nå etter tilbakereisen vår. Hun hadde hatt ham ett eneste år på folkeskolen, men husket denne smårollingen som laget så fantastiske tegninger. Og Birger kunne fortelle henne at han nå for få år siden hadde avsluttet Kunst- og Håndverksskolen med innstilling, - i godt voksen alder. Det var stor glede i begge ender av tråden.*

## Å trekke pusten helt inn

*Vi har vandret omkring i byen og omgivelsene i to dager og nærmer oss hjemreise. Jeg har fått følge Birger i møter med mennesker som var viktige for ham de årene han bodde på denne kanten av landet. Sterke, varme og åpne møter mellom mennesker som må ha satt stor pris på hverandre i sin tid. Gleden og umiddelbarheten er den samme som i hjembygda, - Birger må ha vært svært sosial midt oppi all avstengtheten i egen person.*

*Vi har én viktig kontakt igjen, hans hybelvertinne gjennom de siste 12 årene han bodde i Østlandsbyen. Han vet ikke om hun lever, kanskje er hun syk, kanskje har hun flyttet på sykehjem, kanskje husker hun ham ikke. Han vegrer veldig for å gå fram til huset, så vi tar en tur i nabolaget.*

*Birger hoster forferdelig, men får roet ned astmaen når vi går videre og setter oss ned på svabergene på badeplassen han søkte til etter jobben den gangen han bodde her. Det var nydelig å svømme, herlig å være i vannet, minnes han. Han var i glimrende form den gangen. I tillegg til å svømme gikk han lange turer eller syklet når været tillot det. Det var skjønt. Men det var ensomt.*

*Hybelvertinnen har et broderi på veggen, et bilde Birger laget til henne i sin tid, - han ser det gjennom vinduet. Navnet hennes står på postkassen. Han bestemmer seg for å ringe på.*

*For et møte! Den eldre kvinnen stråler opp og tror ikke sine egne øyne. "Nei, at jeg skulle få møte deg igjen!" Det blir kaffe og kaker og sterke samtaler og mye latter, trillende latter, fri og herlig galgenhumor og fortellinger fra felles fortid. Disse to personene har nok hatt stor glede og nytte av å ha bodd i samme hus i tidligere år. Birger minner henne på samtalen de hadde om at han var homofil. Hun hadde støttet ham den gangen og ønsket ham lykke til i livet. Det hadde vært himmelen på jorda å møte hennes aksept og støtte. Det faller noen gledestårer hos begge i denne høytidelige stunden av tillit og anerkjennelse.*

*Og Birger ler og ler – av seg selv - når vi går tilbake til bilen. "Tenk at hun husket meg!" Og litt seinere: "Selvfølgelig husket hun meg." Han bedyrer at han blir ti kilo lettere for hvert besøk vi foretar under denne reisen. Det er helt utrolig for ham at det har gått an å gå fra hus til hus nå uten å legge til rette noe som helst. Og hosten? Den er det ikke snev igjen av når vi går opp de bratte bakkene til bilen.*

*Under kjøreturen hjemover fortsetter han å fortelle fra tiden i denne byen. Han kommer på den ene beretningen etter den andre, - noen til latter og andre til dyp ettertanke. Det er fortsatt mange kameler å hoste opp, "knorter med hår på". Han ser etter hvert hvor mye han også har glemt fra tiden som ung voksen.*

*Alle de gode møtene underveis nå har vært rene "pilgrimsferden". Han må trekke pusten helt inn for å kjenne at det virkelig er tilfelle det han erfarer. Og nå evner han å dra pusten helt ned, i motsetning til tidligere da han pustet helt øverst i brystet, - og han skjønner nå hvorfor.*

## Drømmen

*En gammel drøm har meldt seg igjen for Birger nattetider etter reisene våre. Han hadde ligget våken lenge og sovnet seint. Plutselig var det en film som gikk inne i hodet hans. Det var dystre bilder med mørke konturer og mennesker i ytterste nød, en konsentrasjonsleir. Birger hadde overlevd. Han var alene i et stort rom etter at gruppe etter gruppe av mennesker var kommet inn og blitt borte igjen. Det var store brakker, og han feide gulv. Det var persienner for vinduene.*

*Konsentrasjonsleir-drømmen hadde fulgt ham gjennom årene. Når "Holocaust-filmen" hadde dukket opp om natta tidligere, hadde han våknet i panikk. Han hadde måttet stå opp for i det hele tatt å få luft, og han hadde kjent at blodtrykket steg, og han svettet så han ble gjennomvåt. Etterpå torde han ikke legge seg igjen. Han ble sittende oppe og drikke vann for å roe seg. Drømmen var fryktelig.*

*Nå kom den igjen – tilsynelatende.*

*I begynnelsen var det de velkjente bildene. Han våknet og tenkte på om han skulle stå opp og prøve å konsentrere seg om noe annet enn drømmens innhold. Men han lukket øynene igjen, og bildene fortsatte. Han var bevisst i "drømmeland". Han ville bli liggende for å se hva som skjedde videre. Bildene rullet, og Birger lå rolig med lukkede øyne.*

*Han fikk etter hvert kastet et tau ut gjennom et vindu. Han kom seg ut gjennom åpningen, ned tauet og bortover et jorde. Det var ingen panikk og ingen "faenskap" i hælene. Han hadde ikke engang hatt høydeskrekk under klatringen. Det var ikke mørkt heller, ikke vått, ikke natt. Det var dag, og det var lyst.*

*Etter hvert ble det mer og mer farge på bildene, brune toner, varme toner. Etter en stund ble de mer som om de var malt med levende, aktive penselstrøk, - som i van Goghs malerier. Det var som med filmer man lager ved å ta bilde etter hvert penselstrøk, - en animasjonsfilm. Det ble flere og flere farger og mer og mer utpenslede strøk.*

*Drømmen gikk over i mildhet. Birger sto ikke opp, han var våken og sov, våken og sov. Og drømmen fortsatte. Etter hvert kom det inn blåfarger, vannfarger. Det var som når tidevannet*

*stiger. Lufta var stille og bølgene penslet seg inn med blått, turkis og etter hvert sterke grønnfarger. Vannet steg omkring ham, men han ble ikke borte, druknet ikke. Han betraktet et landskap hvor fargene ga en følelse av en slags nærhet, en flate. Og han sov videre, rolig og uten mareritt.*

*Det var en vei ut.*

## En profesjonell arena

*Birger og jeg møtes flere ganger i ukene og månedene som følger. Det er behov for refleksjon over de erfaringene vi har gjort. Birger har et ønske om å luften deler av sine fortellinger om igjen og refleksjonene han har gjort seg rundt disse. Ikke alt er plassert, og nye minner er også dukket opp.*

*Og lydbåndet går.*

*Endringene i møtene våre på legekantoret kom i stand i sin tid etter den store skipskatastrofen i Østersjøen i 1994. Og Birger ser i ettertid at marerittene hans den gang nok kunne ha sammenheng med mange sider av livet hans, ikke minst det "forliset" han hadde erfart en tid forut for Estonia-ulykken.*

*I forbindelse med et arveoppgjør i familien følte han at noen av slektingene hans gikk løs på ham med mentale økser og dro ut bunnproppen i livet hans. Dette var han på ingen måte forberedt på. Tvert om hadde han trodd at møtet dem i mellom kanskje kunne bringe litt lys inn mellom familiemedlemmene, litt forsoning. Men i stedet opplevde han en mental omgang med juling som, om mulig, var enda verre for ham enn da faren slo ham en hel lørdag i oppveksten. Blant mange nedrige ting skrek de til ham at han måtte ikke tro at han var noe. Han var jo homofil!*

*Han hadde forlatt det hele uten å greie å ta til motmæle, - igjen brakt til taushet. Hans posisjon i møtet med dem var som en kork på opprørt hav. Umiddelbart fikk han sterke magesmerter, ble kvalm og brakk seg. Og i løpet av noen timer slo det seg opp svære knuter på begge leggene, som dessuten hovnet opp. Disse forandringene på beina plaget ham omtrent et halvt år etterpå. Og pusten? Nei det var ikke pip igjen i ham, - og etter hvert var det nettopp piping som holdt på å kvele ham. Han gikk inn i kaos og forlot arveoppgjøret med noe skrammel på en tilhenger. Han var ribbet på alle plan, - og fikk ikke sove de følgende to månedene. Det var da vi begynte samarbeidet vårt på legekantoret. Etter forliset - .*

*Birger har tenkt en god del over fellesmøtene våre med psykolog Bjørn Angvik på legekantoret mitt. Det var ikke noe forhør vi hadde. Det var et møte, han ble tatt på alvor, følte seg sett og hørt og vurdert som likeverdig. Han kunne komme til med hele seg, også sin*

*profesjonalitet. Det var en trekant som bar det hele, slik trekanten har båret store byggverk gjennom historien. Og den bar godt.*

*Han hadde vært så overveldet over at noen ville høre på ham. Og vi hadde ikke bare latt ham dvele ved ting. Han hadde måttet presisere og presisere seg fram til innholdet, til sakens kjerne. Og vi kom raskt inn til kjerna, syntes han, den "knorten" som han aldri selv hadde våget å nærme seg. Men vi sikret situasjonen med mange tilleggsspørsmål, så han torde å være tillitsfull. Han opplevde det som at vi dyttet han ut på kanten i 15. etasje slik at han kunne se ned. Men vi skjøv ham ikke utfor, ba ham ikke å hoppe. Han fikk gå ned trappene. Og gikk han for fort, ja, så hostet han.*

*På denne tiden var han ingen, fullstendig nobody, et instrument for andre. Men ved å bevege seg fra "man burde" til "jeg trenger", da kom hans egne behov fram, at han kunne leve sitt eget liv og begynne å si "nei". "Jeg har fått øye på meg selv. Og det har vært helt fantastisk!" Birger feller noen tårer - av glede.*

*Det hadde vært katastrofalt med en "glemselspille" den gangen han søkte hjelp for marerittene sine. I stedet fikk han utfordringen med å finne ord-veiene. Og at vi var to terapeuter støttet dobbelteksponeringen, bokstavelig talt.*

*Da vi troppet opp i hjembygda hans i 1997, kjente han at det blåste sånn innvendig at han holdt på å miste balansen "på en stille dag". Og han hadde sett for seg et behov for en isbryter på frossen mark, - og slik hadde mine spørsmål fungert for ham. Jeg hadde oppmuntret han til å tenke litt lenger, og enda litt til. Og Birger hadde sagt til seg selv at nå fikk han gripe sjansen. Og spørsmålene mine hadde hjulpet han å holde tråden. De hadde vært en hjelpende hånd i prosessen.*

*Han nevner strevet med å legge til rette for alle for å unngå sinne og andre negative reaksjoner hos seg selv. For da kom det så mye i tillegg, - tankene og pusten. Han prøvde å holde seg på det jevne, for ellers begynte han å bjeffe eller fikk mareritt. Han ble rett og slett redd for å leve livet. Han ønsket å ha det så stille og godt som mulig, nesten som en livmorsituasjon.*



*Etter møtet med psykiateren i yngre år, ble han livende redd for synliggjøring. Han hadde kuttet tvert om noen hadde oppdaget at han var homofil den gangen. I et par års tid etter avvisningen var han mer enn én gang på nippet til å hoppe i fossen.*

*Men nå etter tilbakereisen er selvmordtankene helt forsvunnet. Han er i ferd med å få kontroll over pusten, over livet og over sin historie. Han er glad og forbauset over at det går bra. Men det er ikke uten drag av sorg, - over at han ikke kom i gang med utdanning tidligere og at han ikke våget å tre ut i sitt voksne liv før han var godt over 30 år.*

*Men alle hans negative erfaringer var nå ikke lenger gnagende vesener innvendig. De er gått over til å bli ord og refleksjon. Han kunne gjerne feire med champagne hver dag nå! Han har fått en plattform i livet, - og til tider gynger den nok litt. Men han setter sjøbein som "bare rakker'n". Han skoggerler og blir så plutselig alvorlig. Det hadde vært skummelt å gå inn i 50 – 60-årene med alt dette. Da ville han antagelig litt etter litt ha visnet bort innvendig fra.*

*Nå har han erfart en arena som hegner om pasientens liv. Og mens han snakker om dette, avbryter han seg selv og kommenterer at nå får han en så god følelse inni seg, - "en jordbærfølelse, overskuddsfølelse, nesten som en julestemning!"*

*Birger tar en ny runde omkring møtene med meg på legekantoret på slutten av 1980-tallet. Det skulle nok mer til enn en diagnose og en pustetest for å hjelpe han med hosten den gangen. Jeg hadde jo funnet en svær lungekapasitet, men han ble naturligvis syk ut i fra sitt nivå, resonerte han. Det var ikke pedagogiske møter mellom ham og meg på den tiden. De satte ikke i gang noe hos pasienten. Det er ikke så lett å komme til en ny lege og så skulle prøve å si noe om det en ikke skjønner noe av sjøl.*

*Han tar en sving innom de erfaringene han har hatt hos spesialister på sykehus. Heller ikke der har han følt at han blir tenkt på så mye for sin egen del. De prøver å finne ham på skjermen og gjennom ulike prøver. Og de søker å lese ham inn i noen skjemaer eller tabeller. Det må de kanskje for å føle seg trygge? lurert han på. Men legene viser ikke at de forventer noe fra pasienten, at han eller hun har noen refleksjoner omkring sin situasjon. Det går så tregt når man ikke får brukt dialogen. Det blir så lite interaksjon i slike konsultasjoner. Tenk om legene hadde kunnet se på pasientenes historier som en ressurs og ikke som en flodbølge*

*som de må verge seg mot, sukker han oppgitt. "Det er jo perler vi bringer med oss på en måte."*

*Birger minner meg på bildet vi brukte underveis på tilbakereisen om muslingen som får et sandkorn inn i seg. Sanden gjør vondt, og muslingen søker å lindre smerten ved å kapsle inn sandkornet i en perle. Det er slike perler pasientene kommer til legen med. Men de blir ikke alltid tatt imot som en gave, som en skatt.*

*Nei, legene må oppmuntre pasientene til å komme fram med sine fortellinger, konkluderer Birger med fast stemme.*

## Fra "man" til "jeg"

*Det var ikke bare Birger som var blitt overveldet over hvor fort han hadde kommet seg på vandringene våre i 1997. Som lege hadde jeg hatt håp om at mannen skulle få større innsikt i sitt levde liv og dermed kanskje også finne en logikk i sin sykdomsutvikling. Men at det skulle få så radikale følger som det gjorde, det var mektig for meg å få være med på.*

*Fra å være en "dott med hundeblick" som han selv uttrykte det, en person med lav stemme som unnskyldte at han var til, så opplevde jeg at han forandret seg til en rakrygget mann med kraftig røst og som med besluttosomhet erklærte at tiden var overmoden for å ta plass i seg selv. Han hadde skjønt at også han hadde rett til et liv. Nå måtte han trekke pusten helt inn og komme i gang med penslene, slåss med dem i stedet for mot sitt opphav, sin mor. Han var ikke lenger en 40-50% kunstner, men fullt og helt, 100%. Det hadde han jo innerst inne visst hele sitt liv.*

*Jeg ble også veldig rørt og overrasket da jeg opplevde at Birger plutselig var til stede i sitt eget ansikt underveis i hjembygda. Fra å være uten konturer, en "deigklump" med øyne som aldri festet blikket, så var ansiktet hans en morgen levende med mimikk og en tydelighet som jeg aldri tidligere hadde sett hos ham. Hva hadde skjedd? "Ser du noe?" lo han tilbake. Så ble han mer alvorlig og fortalte at han hadde sett seg selv i øynene i speilet denne morgenen - for første gang i hele sitt liv. "Har du lagt merke til at jeg sier 'jeg' og ikke så ofte 'man' lenger?" la han til. Han var blitt tydelig for seg selv i førsteperson, ikke lenger i tredje.*

*I kjølvannet av det å se seg selv, så skjedde det dramatiske ting med ham helsemessig. Hodepinen var borte, infeksjonstendensen likeså. Heller ikke magen ga ham plager lenger, og leddene var verken hovne eller vonde. Han hadde ikke hatt noen anfall med utslett og hevelse på kroppen. Og hva så med pusten? Jo, det var slik nå at kjente han at det kilte i halsen, så stoppet han opp og reflekterte over "hva er det nå, da?". Kunne det være noen som "spiste på" ham, var det et "nei" han skulle ha sagt? Eller kanskje han igjen var kommet opp i en situasjonen som kjentes for vanskelig eller var i ferd med å gå i vranglås? Og ved å reflektere over slike spørsmål så ble det ikke noe astma-anfall. Han var sitt eget "krise-team", som han uttrykte det. Når han tidligere hadde kjent kløe i halsen, var veien kort til en følelse av panikk for å dø i et astmaanfall. Det var hele "dominorekka" i løpet av få sekunder.*

## Én pasient og 4000 leger

*Det skulle arrangeres en kongress for leger på denne tiden. Temaet var "Pasienten og legen, samarbeidspartnere i behandlingen". Hva om Birger og jeg la fram noen av våre erfaringer der?*

*Og Birger var ikke skvetten. Han tok utfordringen på strak arm. Vi ble enige om å holde et felles foredrag med veksling oss i mellom – på engelsk – og innrammet av noen av kunstverkene hans. -*

*Han våget ikke å søke malerlinja på Kunst- og Håndverksskolen i sin tid. Han torde den gangen ikke å bli synlig, eller å "oppføre", som han uttrykte det. På et dypere nivå visste han noe om hva han rommet av livserfaringer. Han var redd for at dette skulle komme til overflaten i bildene og knuse kreativiteten hans, og samtidig avsløre han – eller at han skulle bli så sint at han ble gal og dermed tvangsinnlagt. Denne logikken hadde han indirekte fått inn med teskjeer gjennom oppveksten av sin mor, som jo truet ham med diverse institusjoner i helsevesenet.*

*Så han valgte illustratørlinja da han endelig i godt voksen alder tok fatt på utdannelsen sin. Han tegnet altså ut fra andres bestillinger, andres historier. I ettertid har han sett at han har tatt ut mye av sitt eget levde liv i illustrasjonene han har laget, - også i det store diplomarbeidet sitt. Og kanskje møtte han seg sjøl i mangt et oppdrag, men forsøkte samtidig med mye strev å holde sine egne erfaringer borte fra bevisstheten.*

*Han hadde aldri trodd at han aktivt skulle tegne fra eget liv. Og det følte ikke som et opprør å nærme seg stoffet nå. Men det var vanskelig. Veldig vanskelig. Han måtte finne en form som passet til følelsene, farger som rettferdiggjorde problematikken. Det måtte også komme lys inn i bildene, for han hadde jo overlevd, tross alt. Han ville ta utgangspunkt i barneperspektivet, samtidig som han ville bruke dagens perspektiv. En dobbelteksponering. Nei, dette å tegne fra eget liv det hadde han aldri trodd at han skulle ha gitt seg i kast med! Men han hadde fått definert traumene, - de var nå død sak og ikke lenger levende spøkelser. Erfaringene skulle uttrykkes profesjonelt, bli tatt seriøst og få en funksjon.*

*Kongressen ble epokegjørende for ham, et skille i livet, fastslo Birger. Det å fortelle og omforme det erfarte til noe verdig ble stort for ham. Plutselig var det en arena hvor han kunne være personlig og bønn ærlig. Og han hadde noe å si. Han følte seg både faglig og intellektuelt likestilt på denne konferansen. Han hadde ikke behov for meg "verken som lege eller krykke eller rullator underveis," lo han hjertelig etter hjemkomsten. Og bildene hans hadde fungert slik han hadde håpet.*

*"Jeg hostet ikke på pub'en, - la du merke til det?" spurte han triumferende. Om jeg hadde lagt merke til det, ja! Det oste av tobakk i lokalene, og jeg tror ikke Birger hostet en eneste gang. Og vi måtte skynde oss en morgen, - vi holdt på å komme for sent til et av seminarene. Men Birger hostet ikke da heller. Selv da han oppdaget at kunstverkene hans var blitt stående igjen på Kastrup flyplass underveis til kongressen, så fikk han ikke pusteproblemer.*

*Birger kommenterer tobakkslukten eksplisitt: Far hans røykte mye i alle år. Birger likte ikke tobakk. Og han minnet oss begge om onkelen som var død av astma i ung alder. Han var nok en kunstnersjel, men spikret potetkasser i hjembygda. Han bodde alene – .*

*Kiling i halsen var nå blitt redusert til et sanseinntrykk for Birger i stedet for å umiddelbart utvikle seg til et følelsesmessig anliggende med panikk for død i kvelning. Han hadde kontroll.*

## **Fred og framtid**

*Det er gått nok et år. Birger ringer en dag. Han har hatt en periode nå med så "besatt" mye kløe, - hele overkroppen full av utslett. Dette er en ny variant for ham. Om noe står på for tiden? lurer jeg på. Jo, det gjør det virkelig. Slektningen som slo ham ned en gang på 1970-tallet var nå død. Og Birger visste ikke hva han skulle gjøre i forbindelse med begravelsen. Burde han møte opp? hadde han spurt seg selv. Nei, det kunne ikke komme på tale for ham. Det ville han ikke orke. Men hva med å sende en krans eller en blomst? Han hadde tenkt og fundert i flere dager. Og det var i denne tiden at han hadde begynt å klø så forferdelig.*

*Han hadde til slutt bestemt seg for å sende en krans med et banner. Og på sløyfen skulle det stå ett eneste ord: Fred.*

*"Vet du hva som skjedde?" spør han med en liten latter. "Jo da, det var som å bruke et viskelær. Litt etter litt i løpet av noen timer så var alle utslettene og kløen borte. Men jeg skjønner jo sammenhengen," sier han." For meg er dette helt logisk. Min kropp sier jo ifra, jeg ser på plagene som et språk, jeg. Kroppen er jo et speil på hvordan man har det i samfunnet," legger han til.*

*"Jeg vil ikke lenger være som et svart skjørt, en person som kan brukes til alt. Jeg har ammet folk i hele mitt liv, - og enda så har jeg ikke engang brøst," ler han hjertelig i telefonen. Nei, slekta fikk holde sin begravelse uten ham til stede. Han ønsker ikke å møte dem mer. Han vil leve sitt liv videre uten å la det gli mellom deres hender.*

### Hun har banet vei

På denne tiden får jeg et manus i hånden, en avhandling, som nylig er innlevert til bedømmelse for den medisinske doktorgraden. Dokumentet viser seg å være en stor, stor gave, og med et innhold som gjør meg stum i løpet av få siders lesning. Etter hvert stiger min beundring og begeistring, inntil jeg bare må erkjenne at jeg sitter med en skatt mellom hendene. Her er det en forfatter som har beskrevet i detalj en rekke av de dilemmaene jeg har erfart i faget. Og hun gir svar som jeg kan følge, - ja, ikke bare følge, men som jeg umiddelbart forstår at peker på noen essenser som jeg heretter ikke kan komme utenom i min forståelse av faget medisin og min egen rolle som lege. En åpenbaring for en ensom vandrer!

Jeg snakker om allmennpraktiserende lege Anne Luise Kirkengens doktorgrad, som seinere er kommet ut i bokform med tittelen "Inscribed Bodies" (15). Hun har intervjuet voksne personer som kunne ha vært en Siv eller en Marte, altså mennesker som tidlig i livet har opplevd at voksne personer hadde gått over grenser og krenket dem grunnleggende (16).

Hun får høre om hvordan helsa har sviktet dem gjennom livet. Og hun bys også anledning til å lese journalene deres fra sykehuskontakter. Gjennom dette kan hun vise at leger og andre helsearbeidere ufrivillig kan komme til å forvolde nye krenkelser ved at historiene deres ikke får komme fram, at fortellingene ikke får vise til noen sammenhenger mellom sykdomsutvikling og levd liv. Hun begrunner hvordan denne *fortielsen* ligger i sakens natur gjennom å analysere medisinens selvforståelse innenfor en biomedisinsk tankemodell.

Kirkengen gjør oppmerksom på at det tyske ordet *krank* har samme språklige rot som *krenkelse*. Og nettopp denne sammenhengen er det jo som har slått meg gjennom arbeidet mitt som lege. Kanskje vi her står overfor en *urgammel innsikt* om hvordan levd liv og sykdom kan ha noen tilkoblingspunkter?

Min kollega har fokusert arbeidet sitt på livserfaringer som kanskje er på grensen av hva et menneske kan forholde seg til og tåle. Og iallfall er det i ytterkanten av hva utenforstående kanskje orker å ta inn over seg. Desto viktigere er det at hun har våget å møte all den smerten

som hennes intervjupersoner har fortalt henne om, og at hun har vært trofast mot fortellingene deres gjennom sin vitenskapelige tilnærming til stoffet. Et mektig verk.

Det jeg spør meg selv om underveis i lesningen, er om det som Kirkengen har vist til for en svært traumatisert gruppe personer, kan inneholde elementer av generell karakter for den medisinske forståelsen av helse og sykdom? Fenomenene begrenser seg kanskje ikke til det kildematerialet hun holder fram, men kan være av allmenn betydning både for faglig forståelse og medisinsk praksis.

Begrepet krenkelse har en *relasjonell* dimensjon. Og det som har slått meg i min egen vandring som forsker har jo vært dette spørsmålet om ikke mye av det medisinen kaller sykdom kan ha sin bakgrunn i nettopp dette å bli krenket på den ene eller andre måten. Ikke at det er *Årsaken* med stor Å. For det spørres om vi ikke må forlate dette én-dimensjonale årsak-virkningsperspektivet og i stedet snakke om *vesentlige sammenhenger* mellom ulike fenomener i livet og helsesvikt. At det med andre ord kan foreligge en vesenssammenheng mellom krenkelse og sykdom, slik de felles etymologiske røttene antyder.

Det er for eksempel få tilstander hvor vi kan si at ett gen eller genkompleks gir 100 prosent sikker sykdomsutvikling (et unntak i så måte er for eksempel Setesdalsrykkja, også kalt Huntingtons chorea). Vi mennesker er, rett nok, født med våre sårbarheter i arvematerialet. Men i tillegg blir vi utsatt for ulike påkjenninger i livet. Sammen kan dette antagelig bidra til sykdomsutvikling. Kanskje er det slik at krenkelser i vid forstand kommer inn som en vesentlig faktor her, - fra de mest alvorlige ydmykelser tidlig i livet til de mindre dramatiske, relasjonelle situasjoner hvor mennesker føler seg tilsidesatt, oversett, ikke tatt på alvor eller rett og slett ikke har det godt sammen med sine nærmeste.

Og her får jeg altså et dokument i hendene som allerede har gjennomført det store arbeidet det er å stille grunnleggende spørsmål ved hele vårt vitenskapelig ståsted. Biomedisinen er ikke et tilstrekkelig grunnlag for å forstå sykdom eller for å avhjelpe lidelse. Det har vi kanskje følt lenge. Men Kirkengen har gjort jobben med å samle sammen kunnskaper fra andre fagområder for å belyse våre dilemmaer og peke på noen nye retninger for veien videre i faget.



Hennes arbeid faller innenfor en vitenskapstradisjon som har fått en solid forankring innenfor humanistiske fagområder de siste hundre år. Hun viser til forskningstradisjoner som godtgjør at hverdagserfaringer kan løftes fram som gyldig kunnskap. Når vi skal forstå vår virkelighet, fortolke den, finne *mening*, så forholder vi oss ikke med utgangspunkt i en tabula-rasa-situasjon (tom tavle), men alltid i forhold til en bakgrunn. Vi har en *forforståelse*, som vi nok i liten grad reflekterer over i det daglige liv, - og kanskje heller ikke som praktiserende leger eller medisinske forskere.

Når jeg underveis har lett etter utvidede perspektiver i medisinen, så har jeg forsøkt å ta utgangspunkt både i det jeg opplevde som medisinenes tilkortkommenhet i mange møter med syke mennesker, men også i mine og pasienters *livserfaringer*. Forskningsreisen sammen med Birger var ytterligere et forsøk på å sette min medisinske forståelse på prøve.

Jeg opplevde det altfor snevert å tenke om sykdommer og helseplager som "noe" som "rammer" mennesker fra "no-where", en slags enhet, - som så mer eller mindre "kirurgisk" kunne fjernes fra kroppen – som så ville være restituert igjen. Min antagelse av sykdom som *uttrykk*, som språk for et liv i ulage, er ikke ukjente tanker. Mitt anliggende i denne første delen av mitt forskningsarbeid har vært å vise til erfaringer i praksis som bekrefter behovet for å hente inn kunnskap som kan utdype forståelsen av sammenhengen mellom levd liv og helsesvikt, og spesielt med tanke på hvordan forstyrrede relasjoner kan uttrykke seg gjennom smerte og andre helseplager.

### Med biomedisin som utgangspunkt

Da jeg begynte å bli urolig over mitt eget arbeid som lege på slutten av 1980-tallet, så var det med utgangspunkt i en følt diskrepans mellom det jeg kjente på som menneske i møter med pasienter og det mitt fag sa at var god medisinsk praksis, både når det gjaldt selve den faglige forståelsen og utøvelsen av faget. Jeg opplevde på mange måter at jeg arbeidet med de "gale tingene", at mitt fokus var for snevert. Blikk-metaforen var helt sentral, og jeg befant meg fortsatt innenfor idealposisjonen av objektivitet i pasientmøter.

Leger flest har tradisjonelt ikke vært mye opptatt av sitt vitenskapelige ståsted, - jeg selv inklusive. Hvilken rot Vestens medisinske praksis springer ut av, har fått noen timer i legestudiet de senere år. Men denne undervisningen har foreløpig ikke greidd å ryste faget såpass at et stort flertall stiller grunnleggende spørsmål ved om vi har en egnet vitenskapelig basis for et fag som har som mål å hjelpe mennesker ut av sykdom og lidelse. Og samtidig hevder vi med ettertrykk at den medisinske kunnskapen er forskningsbasert, - men altså uten at vi har tatt diskusjonen om *hva slags forskning* som er adekvat i så måte.

De siste decennier er det utvilsomt naturvitenskapelig tenkning og tilnærming som har dominert innenfor medisinsk forskning og fagutvikling. Det har gitt oss stor innsikt i mennesket som biologisk vesen og kunnskap om våre omgivelser.

Imidlertid er det knyttet noen dilemmaer til en naturalistisk forståelse av mennesket. Ikke minst kommer dette til syne ved at det menneskelige *subjekt* anses som en "forurensning" i medisinen. For det første skal legen holde distanse, stille seg utenfor og observere, "stå på kanten av verden" (17), benytte sitt kliniske blikk, - den sans som er den aller mest distanserte, men som samtidig muliggjør tilstedeværelse.

Dernest er pasientens subjektive erfaringer og vurderinger "forstyrrende" i den "rene" objektive vurdering av en sykdomstilstand, noe som kommer til uttrykk i medisinsk vektlegging av forskjellen i troverdighet når det gjelder (subjektive) *symptomer* og (objektive) *tegn*, de siste som mest "sanne". Teknologisk utvikling i faget forsterker dette ved å utvide det medisinske "blikk" gjennom undersøkelser som røntgen og ultralyd og andre billeddiagnostiske metoder.

Bare det synlige kan vi stole på. Alle slags kroppserfaringer som ikke er synlige, de er på sett og vis ikke helt "reelle". Av den grunn kan for eksempel *smerte* være et stort problem for medisinsk forståelse og praksis. Men å ikke bli trodd på sin erfaring kan bidra til ytterligere smerter og kronifisering for pasienter.

Som tidligere beskrevet: "Spesialistene leter etter meg på dataskjermen, de prøver å lese meg inn i tabeller og skjemaer og tror de finner svarene utelukkende gjennom spesialundersøkelser", sa Birger underveis i våre forskningsamtaler. "Men jeg sitter jo i stolen. De kunne jo henvende seg til *meg*. Men legene er ikke interessert i personen de har foran seg, de forventer ikke noe fra pasientens side. De benytter ikke dialogen, og dermed blir det heller ikke plass for refleksjon."

Fragmentering, det å dele opp i elementer, er karakteristisk for medisinsk forståelse. Jo mindre bestanddeler som kan kartlegges, jo "lenger" er vi kommet i den medisinske vitenskap. Men hvor blir det av det som gjør et menneske til nettopp et menneske? Interpersonelle relasjoner, sosiale verdier og kulturbestemt mening blir ikke-temaer i en objektiviserende vitenskap (18).

Selv *etikken* blir noe "utenpå", noe som kommer i tillegg til den vitenskapelige kunnskapen. Dens område begrenses enten til hvordan legen bør oppføre seg overfor pasienter eller som del av prosedyrer som skal sikre forsvarlighet i forskning og praksis. Etikken er ikke innbakt i medisinsk forståelse per se. Naturvitenskap gir grunnlag for kartlegging av – nettopp – naturen. Mens etikken kommer inn i det mellommenneskelige hvor kanskje mye av grunnlaget for dårlig helse har sine røtter. Derfor må etikk ligge som et solid fundament i *all* medisinsk praksis, understreker Kirkengen.

Men selv om faget så langt har basert seg mer eller mindre reflektert og begrenset til naturvitenskapelig kunnskapstilegnelse, så har medisinen samtidig *fungert normativt*, noe som medfører etiske implikasjoner innvevd i fagets utøvelse. I Vesten sier medisinen noe om hva som er normalt for mennesket, - og dermed også hva som ikke kan regnes for normalt – vurdert som avvik. Eksempler på dette er når pasienter er "ulydige" og setter ord på det som er fortiet innenfor psykiatrien. Det sagte blir transformert til et bevis på pasientens mangel på innsikt i sin egen situasjon, hvilket konfirmerer galskapen. Min pasient Linda hadde lang erfaring med dette.

I somatisk medisin blir "ulydighet" kalt non-compliance. Men kanskje pasienter har bevart "det lille vettet som må styre det store vettet" (19) og velger bort medisiner når legen de gikk til ikke fikk høre hele historien. Det ble ikke åpnet opp for den. Og dermed stoler de ikke på at behandlingen er riktig for dem. - Medisinen har altså en definisjonsmakt som leger kanskje i liten grad er seg bevisst i sitt daglige arbeid.

At det er en asymmetri i selve møtet mellom pasient og lege, det er tema i det medisinske studium. Men dette at faglig forståelse i seg selv faktisk kan skille mellom "verdige" og de som ikke finnes verdige, det er så langt nesten fraværende i den medisinske diskusjon eller diskurs. (Kanskje jeg til og med skulle hevde at medisinen ikke har noen tradisjon for å ha en løpende diskurs om sitt fundament?) Medisinen har altså makt til å stigmatisere de "uverdige" og dermed krenke folks verdighet.

Og hvem er så disse "uverdige" pasientene i dag? Kanskje de personene som søker helsevesenet for tilstander som medisinen så langt ikke helt forstår, - som for eksempel kronisk tretthet eller vedvarende smerter i kroppen eller psykoseutvikling. Dessuten: om så faget skulle ha gode forklaringer på en helsesvikt, så hender det likevel at behandling ikke gir forventet resultat i form av bedring av tilstanden. Er det da noe feil med medisins teori og vurdering eller med pasientene?

Det jeg forsøker å påpeke er at gjennom en objektiviserende kunnskapsgenerering og forståelse kan vi komme til både å ekskludere, marginalisere og stigmatisere pasienter som søker helsevesenet. Om legen da i tillegg tar utgangspunkt i kunnskap basert på gruppestudier, kan pasienten risikere å ikke bli vurdert som den genuint enestående som vedkommende faktisk er. Dette er også etisk betenkelig. Og kanskje er vi som medisinerer blinde i forhold til dette med hva idealet om objektivitet faktisk kan medføre i medisinsk praksis, i møtet med enkeltmennesket.

Og objektivitet er kanskje heller ikke fullt mulig, verken som forsker eller kliniker. Både forskningsmiljøene og enkeltlegene har sine for-dommer, sin *situert*het (20) i form av historie, kultur og personlige erfaringer når resultater eller pasienter "bedømmes". Fullstendig objektivitet er nok en illusjon.

Kirkengen henter inn teorier fra humanistiske fagtradisjoner for å vise hvordan det foreligger en dynamikk mellom vold og lidelse og mellom den lidende personen og representanter for helsevesenet. Hun viser med eksempler hvordan det er mulig å følge sporene fra vold til adaptasjon, fra adaptasjon til kropp og fra kropp til sykdom. Både for intervjupersonene og for Kirkengen selv kommer det fram en indre logikk som gir mening. Og det det handler om, er *levd kropp* i motsetning til den biomedisinske kroppen, som kanskje heller kunne betegnes som legeme.

For vår levde kropp begrenses ikke av huden. Vi er som mennesker relasjonelle vesener, vi *forholder oss* – til andre mennesker, til ting, til historie og kultur og situasjon. Jeg viser altså til et kroppsbegrep som er langt videre enn et legeme (21).

I Kirkengens arbeid kommer det også tydelig fram hvordan en kropp som har vold "inngravert", er en kropp som er svært følsom og som *insisterer*, en krevende kropp rett og slett. Og dette kan i sin tur medføre smerte og nedsatt funksjon, -

- mesterlig uttrykt i Stein Mehrens dikt "Tiden leger alle sår" (22):

Tiden leger alle sår, sier vi  
om det som skjedde for lenge siden  
Selv ekko av et smertefylt skrik  
blir ikke hengende på himmelen

Det vi har glemt, fortsetter  
å huske oss, som hemmeligheter, levende  
begravet i språk og tid  
brenner seg inn til kjernen av oss

Men smerten har sine veier  
gjennom glemsel og år, den har  
sine mørke langsomme veier  
og lysende spor

Der inne hvor vi bærer våre sår  
som hemmelige kilder, til omsorg eller sorg  
til kjærighet eller hat, lavmælt  
blir det opprinnelige skriket med årene  
lavmælt og sterkt....

### **Min egen vandring**

Før forskningsreisen, tilbakereisen, sammen med Birger hadde jeg noen grunnleggende spørsmål til faget medisin.

Jeg opplevde det som kunstig å ikke forholde meg til pasienter som mennesker, altså gå inn i en relasjon med dialogen som bærende i forholdet vårt. En objektiv posisjon, et utenfraperspektiv, gjorde fysisk vondt ved at jeg kjente på en diskrepans mellom meg selv med mine egne livserfaringer og lojaliteten til fagets proklamasjon av objektivitet som et ideal. Nakken min ga meg beskjed om problemene.

Videre hadde jeg noen tanker om hvor sårbare vi mennesker er, hvor hudløse vi kan oppleve oss selv når sykdom og helseplager gjør at vi stopper opp i hverdagsflyten. Kroppen føles plutselig så intenst tilstedeværende, kanskje truende, fremmed og skremmende, - en påminnelse om vår endelighet. Tid og rom og relasjoner både til oss selv og andre blir plutselig påtrengende (23).

Helt fra fødselen av er vi avhengige av å bli mottatt av andre, at vi etablerer trygge relasjoner til våre nærmeste. Og kanskje starter vi alle ut med en tillit til mennesker og at verden er god og forutsigbar (24). Uten mottagelsen vil spedbarnet dø – selv om det får både mat og klær. Og det vi gir ut og det vi tar imot kan vi benevne som uttrykk. Altså at *vi uttrykker oss*, - og det gjør vi jo alltid i omgang med andre mennesker, enten verbalt eller nonverbalt, bevisst eller ubevisst. Om ikke uttrykket blir tatt imot, erfares det som en avvisning, en krenkelse.

Alle mennesker opplever å bli oversett, ikke bli hørt eller verdsatt fra tid til annen. Og vi har ulik grad av styrke til å gå videre til tross for slike krenkelser. Vi finner måter å forholde oss på slik at vi sikrer gode relasjoner til våre nærmeste. For noen mennesker lykkes ikke dette, ydmykelsene kan bli for omfattende og destruktive. Dermed kan tilliten og tryggheten bryte sammen. For noen kan strategier ende i kaos og sykdom.

Rammen for selvfølelsen kan bli skam, skyld og stigma (15). Makteløshet, redsel og smerter kan bli komponenter i en sykdomsutvikling. Kontinuerlig adaptasjon til trusler, frykt og avmakt er for mange en hovedanstrengelse. Og innimellom bryter altså dette sammen eller de får en permanent svikt i tilpasningen til krenkelsene. Og da havner de i helsevesenet. -

Det som jeg videre var opptatt av, var å få fram slike historier – ikke minst for pasientenes egen del. Min antagelse var at om personer fikk fortelle sine beretninger om levd liv, om hvilke stabbesteiner de selv fant å stoppe opp ved, så kanskje det kunne gi dem både en indre logikk i sykdomsutviklingen, men også at ansvaret for det som hadde skjedd kunne bli plassert i tid og sted og hos rett person. De behøvde ikke å bære de tunge bøkene videre - i kroppen.

Som den franske filosofen Paul Ricoeur har uttrykt er vi historiske vesener, vi lager våre historier, og fortellingen er vår historiske tilstand (25). Å berette muliggjør mening fra erfaringer i tiden, både relasjoner og aktiviteter. Her får jeg støtte for min antagelse om at *vi er våre fortellinger*, sagt litt forenklet. Det er universelt å fortelle historier, vi lever ut våre liv som fortellinger, og andres liv forstår vi også ut fra historier. -

Jeg syntes jeg fikk støtte for mine antagelser i arbeidet sammen med psykolog Bjørn Angvik. Både for Oddvar og Anna og flere av de andre medførte det å fortelle en radikal endring i deres opplevelse av dem selv og deres sammenheng. Blant annet fikk de nettopp plassert ansvar der det hørte hjemme.

Og de så etter hvert at de "taklingsstrategiene" de hadde benyttet hadde vært en styrke og en nødvendighet i sin tid. Men for noen hadde de vært så sterke at de ble syke av det. Oddvar og Anna hadde vist stor omsorg for andre hele sitt liv, - noe som jo vurderes som en positiv egenskap. Men når de glemmer seg selv i omtanken for andre mennesker, så kan kroppen bli nødt til å si "stopp!" Anna hadde følt seg som en tom tønne til slutt, - hennes eget jeg var ikke til stede. Men etter hvert som hun fikk øye på den lille jenta som fikk voksenansvar altfor tidlig, og så hvordan hun videre i livet hadde fulgt opp det hun ble ledet inn i som barn, så ble det en indre logikk for henne. *Livshistorien opplyste sykehistorien* og gjorde at hun kunne finne tilbake til et selv, - og en omtanke for egen situasjon.

Forskningsreisen sammen med Birger bekreftet også disse antagelsene. Og den åpnet for ytterligere funderinger over sammenhenger mellom levd liv og helsesvikt. Hans frodige metaforbruk åpnet et erfaringsfelt som ble talende.

## Å forlise som menneske

Kirkengen har gjennom sitt arbeid erfart at sju fenomener gikk igjen blant alle hennes intervjupersoner. Dette har hun utdypet solid og overbevisende i arbeidet sitt. Summarisk nevnt fant hun at

- sykdom kunne handle om levd mening
- at det etter hvert utviklet seg forstyrrede vurderinger hos voldsutsatte
- og at personene underveis fikk uhensiktsmessige tilpasninger til situasjonen
- For alle medførte krenkelsene anstrengte relasjoner både da og seinere i livet
- Underveis hadde de erfart at budskap ikke ble hørt
- Og i helsevesenet hadde mang en pasient opplevd at gamle erfaringer ble reaktivert som her-og-nå-opplevelser.

Alle disse fenomenene gjenkjenner jeg i Birgers historie. Noen var blitt belyst gjennom arbeidet sammen med Bjørn Angvik. Og ytterligere forsterkning av disse kom i tillegg til nye fenomener underveis på tilbakereisen.

Birger var ikke et ønsket barn. Gjennom hele oppveksten fikk han klar beskjed om dette på en rekke forskjellige måter. Han tilpasset seg dette så godt han kunne, - ved å være lydige, alltid parat til å hjelpe sitt opphav. Han prøvde dessuten å gjøre seg så usynlig som mulig, - ikke synes, ikke høres. Så langt gikk det at han knapt våget å puste. Som smågutt hadde han sitt liv under kjøkkenbordet, - et rimelig trygt sted for litt lek sammen med lillebror.

Etter som han vokste til fikk han klar beskjed om at han kostet for mye, at han var en belastning. Igjen søkte han å tilpasse seg ved å ta lite pålegg på maten, spise lite og betale for seg hjemme med det han kunne skaffe av penger på småjobber gjennom oppveksten.

Hans adaptasjonsevne ble strukket til bristepunktet da han skjønte at moren ikke ønsket at han skulle stå til konfirmasjon. Men lojaliteten til moren tvang ham til å si fra seg gudsforholdet. Og kaos ble resultatet da moren jamret på bygda over den umulige sønnen som ikke engang ville la seg konfirmere.

Fysiske krenkelser i form av juling og uberegnelige avstraffelser var for lite å regne mot den fornedrelsen Birger opplevde ved at moren hånet ham gjennom hele oppveksten. En grense



ble overskredet da hun forrådde ham i bygda. Allerede i 10-årsalderen vurderte han om han skulle hoppe fra Neset. Han lengtet bort.

Å oppdage at han ikke ble tiltrukket av jenter i ungdomsårene, medførte ytterligere trussel om kaos. Han var blitt en fare for seg selv og hadde ikke lenger noen fristeder.

Birger beskriver arveoppgjøret i familien som om mulig enda verre for ham enn oppvekstens sjikane. Som godt voksen erfarte han at slektninger gikk løs på ham med "mentale økser". Han hadde sett for seg muligheter for forsoning, men i stedet opplevde han å ble skreket til og nedverdiget på det groveste. Da gikk han inn i kaos – og fikk knuterosen på beina, svære utslett på kroppen, og astma stengte for luft og ga panikk. Oppkast og magesmerter, hodepine og gråt. Bunnproppen i livet hans var revet bort.

Det var like etter dette at skipet Estonia gikk til bunns. Gjennom livet hadde han erfart vansker med å ikke involvere seg i andres sorg og ulykke, - og nå var tid og sted og person opphørt som klare kategorier for ham. Fortid og nåtid var sammenfallende, her og der ikke til å skille, og eget og andres forlis gikk i ett. Han var i båtforliset og han forliste i eget liv i en og samme opplevelse. Igjen fikk han utslett, nå også leddsmerter, - og i tillegg astma og hodepine og høyt blodtrykk som gjorde at hele kroppen vibrerte i takt med pulsen.

Birger var sveket og krenket av sine egne både i barndommen og i voksen alder. På toppen av det hele ble han sveket av psykiateren som skrek til ham at han "ikke ville ha tatt i ham med ildtang". Også den gangen ble selvbildet hans pulverisert. Men igjen greidde han å holde fast i livet. Men det var nære på.

Og bildene på skisseblokken hans fra tiden for Estoniaforliset viser mange antydninger om dødslengsel. I sin tid anså han dem som uttrykk på at han var på vei til å kunne male. Men ansiktene smelter inn i naturen, glir bort i snøen, forvitrer. For Birger har det vært et sjokk å se over disse i ettertid. "De er vakre, men 'farlige'," er hans kommentar.

Da jeg møtte Birger i 1988, forsto jeg ikke sammenhengene i livet hans. Jeg hadde ikke åpnet opp for historien. Jeg hadde ikke lyttet i ordets egentlige betydning. For å lytte innbefatter ikke bare å høre, men å ta imot, være deltakende. Jeg gjorde kanskje ubevisst et forsøk på en

objektiv innstilling, men bidro derved til en dårlig kommunikasjon som ikke fikk karakter av med-delelse (15).

## Igjen og igjen

Birger fikk sett seg selv i perspektiv underveis. Det ble et fortolkende arbeid holdt opp mot en bakgrunn ved at vi løftet opp historiene flere ganger med stadig nye innsikter for ham selv som utgangspunkt. Kroppens svar underveis ble en bekreftelse for ham på sammenhengen mellom levd liv og helseplagene hans. Svak stemme, astma, blekhet, kvalme og magesmerter talte sitt tydelig språk til ham – og til meg – igjen og igjen.

Det at han gikk gradvis over fra å omtale seg selv som "man" til at han ble "jeg" i sine egne fortellinger, falt sammen med at han hadde våget å se seg selv i speilet for første gang i sitt liv. Det ble åpenbart for meg ved at han var til stede i ansiktet med mimikk og blick – for første gang i vårt mangeårige bekjentskap.

Han opplevde tilbakereisen som en profesjonell og guidet vandring. Han hadde måttet presisere og presisere sine historier og erfaringer, - de gnagende vesenene hadde gått over til å bli ord og refleksjon på grunn av at vi hadde brukt dialogen hele veien. Nå ante han at hans historie kanskje en gang kunne bli en ressurs for ham. –

Birger har i ettertid gjentatte ganger og på ulike måter fortalt at "min kropp sier i fra. Jeg ser på plagene som et språk. Kroppen er jo et speil på hvordan man har det i samfunnet." Og hans mest truende plage, astmaen, er under kontroll. Kilingen i halsen er for ham blitt et sanseinntrykk i stedet for et følelsesmessig anliggende med panikk for død som siste brikke i en dominorekke i fall. Han har kontroll. Og han er til stede i egen kropp, - fyller seg helt til fingerspissene, - og i forlengelsen av disse holder han nå penselen.

Levd kropp, levende kropp, og langt mer enn et legeme som ren natur, - og i et dualistisk forhold til en sjel.

"Og tenk at jeg har overlevd!" Og kanskje har han i utgangspunktet hatt en livskraft, en livsvilje, en pågåenhet som sikret ham nok bekreftelse og kontakt slik at han greidde å holde fast i et håp for framtiden, - ikke ulikt noen av barna i den longitudinelle undersøkelsen til psykolog Emmy E. Werner, som har fulgt en gruppe barn på Hawaii siden 1955 - og gjør det fortsatt. Noen av dem som hadde alle sosiale odds mot seg i livet, har likevel greid seg godt (26;27).

### DEL III: MØTET MELLOM PASIENT OG LEGE

#### En kopernikansk vending

Jeg har nå vært på vandring i flere år, både konkret og i overført betydning. Det har vært en reise på flere plan. Jeg har stilt meg spørrende til noen sider av sykdom og helseplager. Og jeg har undret meg over hvordan vi som leger kan praktisere et fag mer i samsvar med de innsiktene jeg synes jeg har fått underveis.

Tiden er kommet til å oppsummere noen av de praktiske konsekvensene som følger av vandringen så langt. For det blir helt nødvendig å gjøre noen grep i forhold til arbeidsdagen min for å kunne utføre legeyrket slik jeg etter hvert kjenner at jeg må, om jeg skal ta på alvor det pasienter har vist meg og jeg selv har erfart gjennom disse årene.

Det første er *timelistene*. Jeg bestemmer meg i første omgang for å sette av to *dobbeltimer* daglig, en tidlig på morgenen og en like etter lunsj, tidspunktene valgt for å kunne være så opplagt som mulig til de noe mer omfattende konsultasjonene som jeg har erfart at er nødvendig for enkelte pasienter. De øvrige pasientmøtene finner sted innenfor rammen av 20 minutter for planlagte legetimer og 10 minutter for øyeblikkelig hjelp.

Dobbeltimene blir fylt opp enten ved at pasienter eksplisitt ber om god tid når de bestiller time. Eller at legesekretærene værter et slikt behov. Eller at jeg tilbyr en pasient videre drøftelser, om dagens konsultasjon peker i retning av et ønske om mer tid. Og to slik seanser per dag holder godt unna for behovet. Det er ikke lang ventetid for en *samtale*, som det etter hvert blir kalt.

Det er kanskje litt overraskende for noen at min totale *ventetid* går drastisk ned i løpet av få måneder etter denne omleggingen av timelistene. Men legesekretærene gir klart uttrykk for at så er tilfelle. Og det til tross for at jeg altså har noe færre pasienter per dag innom kontoret. Selv tenker jeg at det er helt logisk. (På denne tiden registrerer vi ingen endringer i pasientgrunnet.)

For selve konsultasjonene har jo også fått en endret karakter etter omleggingen min. I stedet for å ha et ideal om å stille en diagnose raskest mulig, ja, kanskje allerede når pasienter kom

inn av døren, så er mitt anliggende i utgangspunktet et litt annet etter hvert. Jeg tenker at det viktige må være å stille så åpen som mulig og la *pasientenes fortellinger* og *refleksjoner* få folde seg ut. Uten dette kan jeg jo slett ikke være trygg på at våre vurderinger etter hvert samsvarer med det som er pasientens problemstilling.

Og dessuten: Folk begynner jo ikke å tenke først når de kommer til legen. Tvert om. Mange har fundert lenge og grundig og kanskje drøftet problemene sine med familie og venner, kanskje lest i bøker eller søkt informasjon på andre måter før de kommer til konklusjonen: Jeg må gå til doktoren (28).

Og da tenker jeg at det primære må være at hele pasientens fortelling må få muligheten til å komme fram, - og da uforstyrret av hva jeg måtte ha tenkt på forhånd eller underveis. Pasientene må i utgangspunktet være *refleksjonens sentrum*, ikke legen. Det er dette jeg har kalt en kopernikansk vending i møtene på legekantoret, et endret midtpunkt i forhold til tradisjonen med legen som den som skal tenke og fundere og reflektere og beslutte.

Så pasientene blir ønsket velkommen fram med det de måtte ha på hjertet. Og de får alltid mulighet også til å ta opp andre ting enn det som tilsynelatende er hovedanliggendet for møtet. Kanskje har de også tenkt på noe helt annet? Først når fortellingene er uttømt, og jeg underveis kanskje har oppmuntret til å presisere det framlagte, så kan jeg komme inn med mine supplerende spørsmål i forhold til en medisinsk agenda -

- hvis da problemet for oss begge synes å peke i retning av at det medisinske fagfeltet er arenaen for videre undersøkelse og eventuell behandling.

Det er viktig å ikke bryte inn med mine spørsmål før tiden er moden for det. Jeg må ikke forstyrre pasientenes tankerekker, enten problemet er klart og avgrenset eller mer omfattende og utydelig i utgangspunktet. I stedet blir det viktig å gi *utfordringer* til pasienten underveis, at de får presisere seg fram til sine hovedanliggender, som for noen kan være uklare for dem selv før dialogen vi har på legekantoret.

Og dette tar ikke lang *tid*. Tvert om. Jeg får en klar fornemmelse av at det meste er sagt for de fleste i løpet av få minutter (29;30). Og er det større fortellinger som kan trenge mer tid, så har jeg tilbudet om dobbelttime i nær framtid. Om de ønsker det, da. For jeg lar det helt og

holdent være opp til pasientene om de ønsker å komme tilbake. Også tidspunktet får de selv ta stilling til primært.

Ved å la folk få komme med alle sine aktuelle anliggender, så viser det seg at behovet for *kontrolltimer* også avtar. Det blir ikke nødvendig å komme tilbake når små og større historier blir opplyst og finner sine løsninger der og da, som beskrevet for noen av pasientene foran.

Så selv om jeg i gjennomsnitt nok bruker noe mer tid på hver person når de først er innom kontoret, så blir det mindre behov for legehjelp i det lange løp, - noe som medfører at ventetiden i praksisen min altså går ned.

Det er kanskje ikke så overraskende at behovet for *blodprøver* og andre *spesialundersøkelser* også avtar. Det samme skjer med antallet *henvisninger* videre til spesialister og andre helsearbeidere. Mange helseplager blir avklart uten disse tiltakene. Igjen er dette logisk for en rekke pasienter hvor de får tak i noen sammenhenger mellom levd liv og de helseplagene de søker hjelp for. Noen finner ut at problemene deres kan løses bedre andre steder enn i helsevesenet, - om de da ikke selv finner svarene der og da i konsultasjonen.

Så en av konklusjonene på mitt eget arbeid så langt er den muligens litt uortodokse påstanden at kanskje trenger vi ikke flere leger her i landet, men vi bør arbeide på en annen måte enn det vi tradisjonelt lærer opp til (31). Det har vært utgangspunktet for vandringen min så langt. Og jeg føler at jeg har fått bekræftelse – og vel så det – på mine antagelser om at endringer må være mulige – og nyttige – både for pasientene, legene og samfunnet.

Jeg har vært en sliten lege med periodevis stram nakke og hodepine som stadig vekker minnet meg om min tilkortkommenhet i faget. Nå er jeg gått over til å være en entusiastisk doktor som har fått tilbake troen på at vi allmennpraktikere har en viktig og sentral funksjon i helsevesenet (32). Men vi må kunne utføre vår medisinske profesjon med bred nok kunnskapsbasis, inklusive nyttig viten både fra biomedisinen og humanistiske fag. Og ikke minst vesentlig i allmenn praksis er mulighetene til å hjelpe pasienter til ikke å bli innlemmet i helsevesenet. Jeg opplever min funksjon mye som en *medvandrer* i prosessen. Det er viktig å gå med dem akkurat så lenge som de føler at de trenger meg. Men heller ikke lenger.

Nakkesmerter? Hodepine? Nei, det er en saga blott for meg. Hver arbeidsdag er igjen blitt spennende og utfordrende. Nysgjerrigheten, undringen, ærbødigheten og ydmykheten har tatt plassen i møtene, der jeg tidligere har følt et press og en fortvilelse over at mennesker blir så dårlig hjulpet av meg og mitt fag.

VIVIAN *kommer som øyeblikkelig hjelp på våren i 1999. "Brystsmerter" står det på timelista. Jaha, 35 år, kvinne, brystsmarter. Det "smaker" av stress og muskelspenninger. Sikkert ikke noe med hjertet iallfall, tenker jeg.*

*Men til side med mine for-dommer! Still med åpent sinn nå!*

*Hun er sjelden syk, Vivian. Har vært innom kontoret noen ganger. Jeg kjenner henne mest gjennom de to barna hennes, som hun har hatt til lege en sjelden gang. Aldri noe alvorlig. En "uproblematisk" pasient er hun. Oftest klare bestillinger og lite utenomsnakk.*

*"Nå er jeg redd!" Hun sitter lett foroverbøyd i stolen, litt blekere enn vanlig. "Jeg tror jeg har fått kreft," fortsetter Vivian og holder hånden for munnen. Det er nesten som om hun ikke våger å slippe ordene fram. Hun har så sterke smerter i begge brystene. Det er bare blitt verre og verre de siste ukene, og nå har hun så vondt om natta at hun må gråte mange ganger.*

*Det er ingen i familien som har hatt brystkreft. Om hun har kjent noen knuter selv? Nei, hun våger ikke å kjenne etter. Er redd for hva hun kan oppdage. Om jeg vil undersøke henne? Og så vil hun ha mammografi og dessuten få tatt en senkning iallfall.*

*"Er det noe mer du vil si omkring dette," lurer jeg på. Nei, det er ikke noe mer. Dette er det hele, - hun har vondt, og hun er redd for kreft.*

*Vi blir sittende å se på hverandre uten å si noe en stund.*

*Litt etter litt aner det meg at Vivian ikke ser på meg lenger, selv om hun ser i min retning. Det er som om hun har vendt oppmerksomheten et annet sted, kanskje innover i seg selv, kanskje i en konsentrasjon på å huske. Ti stille, tenker jeg, ikke si noe, ikke forstyrre. Her foregår det antagelig noe viktig!*

*Så kommer det fra Vivian: "Nå husker jeg når det begynte. Det er en to-tre uker siden. Disse forferdelige bildene på Dagsrevyen fra krigen i Kosovo." Om jeg har sett dem? Jeg nikker bekræftende.*

*Forferdelig! Hun syntes det var så grusomt med alle ansiktene, - folk på flukt, bak sperringer og gjerder, fortvilelsen, redselen. Og alle barna, kvinnene, de gamle. Forferdelig. "Da kom det, - nå husker jeg det helt tydelig. Dette hadde jeg glemt."*

*Hun hadde begynt å tenke på sine egne barn, - hvor heldige de var som bodde i fredelige Norge. Og så hadde hun følt et så intenst ønske om å hjelpe. Men hvordan skulle nå det være mulig? Sitte her hjemme i Norge, langt, langt fra krigsområdet. Hun hadde følt seg så maktesløs der og da.*

*"Jeg fikk fornemmelser i brystene slik som like etter en fødsel." Om jeg forstår hva hun mener? For da kunne hun heller ikke ha armene inntil kroppen. Det hadde sprenget skikkelig i begge puppene, akkurat som like før melka kommer, slik hun husker det. Om jeg forstår? Jo da, tømningrefleksjonen, repliserer jeg og nikker gjenkjennende.*

*"Så merkelig", - hun drar på det. Og så kommer hun med et resonnement som gjør meg stum. Hun funderer over ønsket om å hjelpe - at hun er kvinne - og hvordan hjelper kvinner? Jo, ved å gi mat. Og hva er vel mer kvinnelig mat enn nettopp brystmelk?*

*"Men kan virkelig kroppen min reagere slik?" Og jeg må bekrefte at det kan den jo. Vi blir sittende i taushet, - og jeg tenker igjen: Ti stille! Ikke forstyr henne nå! Plutselig ler Vivian, - først litt forsiktig, så hjertelig. "Dette er ikke kreft! Jeg ser det nå!" Men om jeg vil undersøke henne? Sånn helt for sikkerhets skyld?*

*Jeg finner ingen knuter i brystene. Hun ønsker verken mammografi eller blodprøve og forlater kontoret, smilende og lettet. "Dette er ikke kreft. At det går an å bli så tulle i hue!"*

*Hun hadde ikke brystmerter etter dette. De forsvant gradvis i løpet av noen få dager.*



*Vel et års tid tidligere trengte hun også kun en eneste konsultasjon for å bli kvitt en plage. Hun hadde da over flere år utviklet en angst for å kjøre bil, noe som gjorde det komplisert for henne i det daglig liv i det yrket hun hadde. Også den gangen ble hun oppfordret til å fortelle om hvordan livet var for tiden. Og mens hun snakket om belastninger, påkjenninger, dilemmaer og for henne uløselig konflikter i nære omgivelser, så blir det logisk for henne med de tiltagende plagene hun hadde strevd med.*

*Etter at hun hadde fått stilt alle de spørsmålene hun hadde fundert over, mer eller mindre bevisst, så hadde angsten sluppet taket. Og hun har kjørt bil siden, kunne hun fortelle meg da hun var innom to-tre uker seinere for en rutineundersøkelse.*

### **Hva var det hun så?**

*CARINA er dagpendler til en arbeid med mye ansvar. Hjemme er det også fullt engasjement med aktive barn og en ektefelle som også er i full jobb.*

*Hun hadde begynt å hoste så plagsomt for vel et år siden. Hun er sikker på at det ikke kan være røykhoste. Det stemmer ikke med det hun vet om dette fenomenet. Det ligger i luften at hun er redd for kreft, men ingen av oss nevner dette denne dagen.*

*Og jeg behøver ikke å be henne om å slutte med tobakken, for det kommer ikke på tale. Røyken vil hun beholde. Hun trenger disse "fem-minuttene" både hjemme og på arbeidet. Men det er flere situasjoner som hun absolutt ikke bør hoste i. Pinlig er det når hun sitter i telefonen og snakker, eller når hun skal holde innlegg her og der. Virkelig pinlig.*

*Hun hadde fått astmamedisiner av min kollega et års tid tidligere, - to typer spray. Denne dagen kommer hun for fornyelse av reseptene. Om de hjelper henne? Ikke alltid godt nok. Jeg ber henne fortelle litt mer om hvordan hun har det. Hun stusser et øyeblikk, - "har det?" Litt undrende til spørsmålet mitt nevner hun hvordan dagene flyr og kravene er store. Det er ikke mye pusterom for henne.*

*Men hvorfor i all verden har akkurat hun fått astma, tro? spør jeg. Hva tror hun om det? Nei, det er dette med allergi i familien, da. Datteren hennes har jo astma. Om det kunne være noe arvelig i dette, noe som for hennes del først nå gir seg utslag i hoste og piping og tung pust. Nei, hun vet ikke riktig. Jeg utfordrer henne på dette å reflektere over episoder hvor hun merker trangheten i brystet og den irriterende kilingen i halsen. Kan det finnes andre forklaringer enn mulig allergi, tro?*

*Vel 1 måned seinere er hun igjen innom kontoret. Hun vil fortelle meg at hun nå er helt frisk, og at hun ikke trenger astma-sprayene lenger. Hun har ikke sluttet med røyken, men hosten har hun nå helt kontrollen over, iallfall på jobben.*

*Hun hadde tatt utfordringen min på alvor og gått hjem og begynt å tenke over de situasjonene hvor hosten oppstod. Og da så hun noen sammenhenger med det hun sto midt oppe i. Så hadde hun sagt til seg selv at "du behøver ikke å hoste". Utrolig: hun fikk kontroll og hindret*

*dermed videre pusteproblemer når hun kjente at det begynte å irritere i halsen. Hun trodde nesten ikke at det var sant det hun erfarte.*

*Det er imidlertid én situasjon som fortsatt medfører hoste og piping i brystet. Hun er med i en trimgruppe som pleier å avslutte med at alle ligger på gulvet i gymsalen for avslapning. Da kan hun være 100% sikker på at hun begynner å hoste. Også da! Når alle skal nyte roen etter ei hard økt! Irriterende.*

*Mens hun snakker, så stopper hun plutselig opp og ler. "Nå ser jeg det, - ja, nå ser jeg det!" Og mer sier hun ikke. Og jeg tenker at dette var så spennende at jeg ikke vil spørre henne her og nå om hva hun ser. Tenk om jeg kunne få refleksjonene hennes på et lydbånd en gang! Og det sier jeg til henne. -*

Vivian og Carina er ikke de eneste pasientene som erfarer at ting faller på plass mens de forteller meg om plagene sine. Det er jo slik at når vi mennesker beretter våre historier, så forteller vi dem ikke bare til en tilhører, men kanskje like mye til oss selv (33). Prosessen med å skulle forklare et annet menneske om det som kan synes vanskelig i utgangspunktet, blir ikke sjelden både utfordrende og avklarende for den som må sette ord på det som har virket uforståelig så langt.

Men for å komme i gang med en slik skapende fortelling, så må legen gi pasienten plass i møtet, åpne for *det kreative mellomrommet*. Og derfor bestemmer jeg meg tidlig for at jeg vil ønske pasienten velkommen fram på arenaen. Men deretter må jeg være stille og lytte i stedet for selv å komme med mine spørsmål. Først når historien er foldet ut og det ikke er flere refleksjoner å lene seg til, så kan tiden være inne for meg til å komme med utdypende spørsmål, - og da for at pasienten kan strekke seg ytterligere i sine egne funderinger først og fremst.

Aldri har jeg gjort så mye nytte for meg som lege som etter at jeg begynte å holde munn, har jeg sagt mange ganger de siste årene. Og det mener jeg alvorlig. Jeg ønsker pasienten velkommen fram på arenaen. "Plassen er din," tenker jeg. "Jeg er her, jeg vil gjerne høre på deg. Kanskje vil du finne svarene på dine egne spørsmål underveis i din egen beretning, kanskje kan jeg bidra med noen idéer og utfordringer. La oss se om det blir medisinen som blir det stedet vi skal søke etter løsninger. Kanskje er det helt andre arenaer som du vil velge

for å komme ut av uføret.” Slik tenker jeg, og slik prøver jeg å signalisere min nysgjerrighet og interesse overfor pasientene.

## Hva vil det si å være profesjonell?

"Det var NILSEN neste!" Sola blender meg idet jeg åpner døra til venterommet. Jeg ser den velkjente silhuetten hans når han langsomt, langsomt prøver å kroke seg opp av stolen. Han siger ned igjen. Han gjør et nytt forsøk. Og så kommer han tvekroket, haltende over gulvet og passerer forbi meg mens jeg holder døra åpen for ham. Bortover korridoren stønner han og støtter seg til veggen. "Du spiller godt i dag," tenker jeg, "men ikke godt nok."

Det kommer alltid en kulde inn på legekantoret sammen med Nilsen, et gys som setter seg fast som is i hele kroppen min. Blikket hans er også kaldt og nærmest skjærende. Han er stor og kraftig, denne mannen, en dyktig arbeidskar er han kjent for å være også. Masse å gjøre i det "svarte" markedet. Det er vel derfor han stadig må ha sykemelding for den vonde ryggen.

I fylla har han skrytt av hvor god han er til å lure de dumme doktorene. Dette har jeg nylig fått høre ad omveier. Så jeg merker at jeg er litt "på hugget" denne dagen. Neimen om han skal få lure meg til å gi ham nok en "ferie" fra jobben i byggfirmaet!

"Nå må du gi deg!" avbryter jeg meg selv. "Hvordan er det du tenker? Nå får du være profesjonell og møte denne mannen på en respektfull og åpen måte. Fordommer til side!"

Jeg har kjent ham i nærmere 15 år. Det har vært mange konsultasjoner på kontoret mitt for smerter i kroppen. Og verst har det vært med ryggen. Han har fått henvisning til all tilgjengelig ekspertise for korsryggplagene. Svarene vi får tilbake fra spesialistene er alltid de samme: Det dreier seg nok om muskelspenninger, og det beste for ham vil være mer egenaktivitet, eventuelt fysioterapi i perioder. Og slik er det blitt til den ene behandlingsrunden etter den andre, - men med minimalt utbytte for ham.

Det har sivet inn til meg noen opplysninger om aggressive tendenser på byen. Nilsen er ikke god å ha med å gjøre når han har tømt litt innpå. Folk kommer helst ikke i diskusjoner med ham da, forstår jeg. Ikke er han helt grei når han er edru heller, for den saks skyld. Fire koner og samboere har forlatt ham i tidens løp. Og barna har han mistet besøksretten til.

På legekantoret er det alltid med litt utrygghet jeg ber ham om å legge seg på undersøkelsesbenken for nærmere vurdering av armer og bein og rygg. Han er så anspent at

*jeg fornemmer at han hvert øyeblikk kan sparke meg unna eller komme til å gi meg en "teve" der jeg forsøker å teste ut bevegelighet og smertelokalisering. Og han formelig letter fra benken når jeg forsøker å løfte på beina hans. Dette må da være simulering? Eller er det ikke det?*

*Han har omsider fått satt seg i pasientstolen. Blikket flakker og svetteperlene står tett på pannen og i tinningen. Håret er vått og halsen rødflammet. Jeg ruller stolen min bort til ham. Hva tenker han så på i dag? Hva kan jeg hjelpe ham med?*

*"Ryggen, denne jævla ryggen." Han har ikke sovet på flere døgn, og nå er han helt utslitt.*

*Jeg ser på ham – og med ett så er det som om jeg ser forbi ham, at ansiktet på en måte blir transparent. Jeg fornemmer et levd liv.*

*Jeg får tanker om at han kanskje ikke var ønsket da han kom til verden. Kanskje hadde ingen vist ham hvor verdifull han var, gitt ham livsmot og livsglede. Kanskje ble han vingestekket tidlig. Kanskje hadde det skjedd noe alvorlig i livet hans. På skolen, ja, hvordan hadde han hatt det der? Kunne det være at han hadde måttet kjempe for en plass, - kanskje en posisjon – og havnet i isolasjon? Hva visste jeg?*

*I ett nå aner det meg et menneske, kastet inn i verden uten å ha bedt om det selv. Som vi alle. Han hadde verken fått velge tid eller sted for sitt liv. Heller ikke sine foreldre. Som vi alle.*

*Plutselig får jeg en respekt for denne "verstingen". Jeg fornemmer et livsløp, et strev hos den lille pjokken som kanskje ikke ble ønsket velkommen eller tatt imot og næret med varme og omsorg.*

*Jeg føler meg truffet av en bevissthet om hvor sårbare vi mennesker er, hvor prisgitt vi er hverandre fra første stund i livet. Og det aner meg et urgammelt fellesskap som går gjennom alle tider og alle land. Menneskets vilkår. Vi er så skjøre og har så sterkt behov for å bli båret av dette fellesskapet med andre.*

*I et lite sekund står dette for meg som en bønn, et rop fra uninnelige tider: Ser du meg? Hører du meg? Uten gjensvar kan vi ikke leve.*

*Mannen har uten tvil ansvar for alt han har forvoldt mot sine. Men dette viker til side, og jeg forholder meg til et levd liv, en person, et menneske, verdt å lytte til, Nilsen i pasientstolen. Isen er smeltet.*

*For første gang våger han øyekontakt. Anspenheten slipper taket i muskulaturen, - også i ansiktet. Pannen glattes, og mannen lar seg senke helt ned i stolen. Han slipper pusten. Tårene renner.*

*Det er stille. Lenge.*

*Fortvilelsen står å lese med store bokstaver i ansiktet hans. Jeg gir ham et papirlommetørkle. Han snyter seg og tørker kinnene med skjorteermet. "Jeg er så redd -," han får ikke sagt mer. Han prøver å kvele noen hikst.*

*Så kommer beretningen om hvordan han i helgen var nær ved å drepe et annet menneske. Han bor alene nå. Samboeren reiste for noen dager siden. Og det er hun som eier leiligheten. Han har mistet jobben. Fylla. Og den vonde ryggen gir ham ikke fred ett sekund.*

*Jeg lytter. Jeg venter på fortsettelsen. Jeg er på hellig grunn. -*

Jeg vil prøve å belyse den radikale endringen jeg opplever hos meg selv i dette møtet med Nilsen. Å like eller ikke like - , det er ikke det det handler om for meg denne dagen. Det er ikke en erfaring innenfor polariteten sympati-antipati. Jeg blir rett og slett overrumplet av noe som det er vanskelig å finne ord for. Kanskje lar det seg rett og slett ikke beskrive. Det kan kanskje ikke settes på begrep fordi det ikke lar seg gripe. Det må *erfares*.

Han er en pasient jeg i utgangspunktet ikke ønsket velkommen – innerst inne. Om jeg i tidligere møter har oppført meg eksemplarisk i forhold til god takt og tone, så har det sikkert vært mulig for Nilsen å fornemme at han kanskje ikke var velkommen. Det kan ha vært subtile ting som at jeg kunne vike unna det harde blikket hans, kanskje en kroppsbevegelse. Hva vet jeg. Men antagelig har jeg bekreftet det han har erfart i så mange livssammenhenger etter hvert: at han er et ikke-ønsket individ, en person folk unngår og som de ikke helt stoler på.

Men jeg møter ham ansikt til ansikt denne dagen, og jeg viker ikke unna blikket hans. Jeg legger ikke merke til øyenfarge eller andre detaljer ved fjeset hans, det er ikke observatørens distanserte blikk som skuer sitt objekt. I stedet blir jeg slått av at jeg kjenner ham jo ikke, jeg kan ikke kjenne ham. For jeg har jo aldri gitt ham anledning til å fortelle meg hvem han er. Jeg har rett og slett ikke vist ham *gjestfrihet*, et velkommen fram, et "her er jeg, og jeg vil gjerne høre på deg." Jeg har avvist ham, og jeg har avvist hans fortelling.

Og nå er det som om jeg plutselig våkner - til respekt og interesse og ansvar for Nilsen. Mine egne bekymringer i situasjonen viker til side. Jeg glemmer meg selv og erfarer en åpning mot det jeg ikke kan vite noe om. En genuin undring og et alvorlig ment ønske om å høre og å gå med ham i fortellingen hans.

Hvordan kan jeg bli så grepet av denne personen som jeg i årevis har forsøkt å unngå? Hvordan kan det være mulig å kjenne på strenger av godhet for denne voldsmannen? Jeg tror ikke det er verken til å forstå eller til å beskrive fullt ut. For det handler om noe ordløst, noe som rammer meg, treffer meg, åpner meg opp i undring, en bevegelse i dobbel betydning av ordet.

For det er som om vi er i slekt, Nilsen og jeg. Jeg føler et ansvar som for en kjær person som jeg ikke har sett på lenge og som nå plutselig dukker opp helt uventet. Omtrent slik kjennes det når jeg møter ansiktet hans. Det er kanskje det nærmeste jeg kan komme en beskrivelse. Plutselig er han der. Og overraskende, i forbauselse, treffer det meg hvor sårbare vi er, vi mennesker. Og hvis vi ikke tar imot hverandre i denne sårbarheten, lytter til fortellingene, enten de formidles i ord eller i tilsynekomst, ja, så kan vi oppleve oss selv som "feil" på en måte.

Når uttrykkene våre ikke blir lyttet til og tatt imot, så begynner de kanskje å leve sitt eget liv – i kroppen. Og da er det kanskje forståelig at Nilsen blir så anspent, så utholdelig plaget av muskelspenninger år ut og år inn. For er det noen som har tatt imot ham og hans historie noen gang?

Og så er det dette med ansiktet, det i seg selv så sårbart, det mest nakne på et menneske, øynene som "sjelens speil". Blikk som for meg der og da åpner opp for noe tidløst, noe



uendelig av karakter, noe om slekters gang både for Nilsen og meg selv og menneskene til alle tider på denne kloden. Noe om et liv som ikke starter når man fødes og slutter når man dør, men som er der i forventningene fra generasjonen før og bæres videre i generasjonen etter oss. Historiene.

Jeg får der og da en dyp respekt for Nilsen. Og jeg kjenner en skam over ikke å ha tatt ham på alvor tidligere. Men raskt går skammen over til ansvar og en følelse av et fellesskap som er "eldre enn fjellene" (34). Det blir et imperativ i situasjonen, og jeg kan ikke forhindre det. -

Jeg har etter hvert erfaring med at ved å stille meg mer åpen, så er det flere enn Nilsen som treffer meg på en helt ny måte. Det endrer min måte å forholde meg til personene på. Og det forandrer også pasientenes måte å være på i møtene våre. Den ene etter den andre av de som jeg ikke alltid har vært så begeistret over å se på timelista mi, blir spennende personer å møte. Jeg kjenner dem jo ikke, selv om noen av dem faktisk har brukt meg som lege i over 20 år. Ved dette trer de fram for meg – og for seg selv - på en helt ny måte, - akkurat som Birger i sin tid.

Jeg begynner å tenke aktivt på at alle så prøver vi å få til et liv den tiden vi har til låns. Ikke alle lykkes like godt i dette. Men alle gjør sine forsøk fra de er bitte små på å sikre seg en god og forutsigbar verden, tenker jeg. Kanskje en naiv innstilling, vil noe mene. Men for meg blir dette en alvorlig erkjennelse. Og det gir meg en dyp respekt for hver og en av de som søker hjelp. Det blir viktig for meg å gå på silkefötter for ikke å krenke dem på den ene eller andre måten.

Endelig kan jeg møte pasienter som menneske til menneske og stille uten saksliste. Den sørger pasientene for.

### Canossa-gang og sjumils-steg

I årene 1997-98 greier jeg å komme fri i alt tolv måneder fra arbeidet mitt som allmennpraktiserende lege. Økonomisk sett blir det smalhans ved at ikke mer enn fem av månedene er dekket opp med allmennpraktikerstipend. Men "mennesket lever ikke av brød alene", som kjent. Jeg er så innstilt på å fortelle om mine erfaringer, at et enkelt levesett blir underordnet for meg. Jeg har på fornemmelsen at jeg nærmer meg noen skatter. Pasienters tilfriskning gjør det umulig for meg å ikke fortsette mine funderinger over hva som kan være viktig i møter mellom pasient og lege. Og aller først må planen om å gi ut en bok realiseres.

Men hvilken verden skal jeg fortelle til? Hva er det som blir diskutert for tiden? I mitt strev som lege med altfor mye arbeid i altfor mange år så føler jeg meg ikke helt sikker på om jeg er oppdatert på hvilke diskusjoner som er de mest sentrale i samfunnet vårt. Så jeg begynner å kjøpe bøker, - mange bøker. Det jeg har av økonomiske reserver tikker trofast inn på kassa-apparatet i den lokale bokhandelen. Det blir flere hyllemeter til slutt.

Jeg har etter hvert skrevet ut alle lydbåndene fra samtale med Birger. Det blir over 300 tetteknevne A4-sider. Og jeg leser de fleste bøkene jeg har skaffet meg. Det er modent for å lage et bokmanus. Det kjennes skummelt. Det føles virkelig spennende å møte opp i hovedstaden til det første møtet med forlagsbransjen.

Det blir ett forlag, det blir to, tre – til slutt har jeg vært innom ti redaksjoner i løpet av halvannet år, hver gang med omskrivninger og omrokking av teksten. Men ingen vil satse på boka mi.

Manuset mitt føles helt ødelagt etter denne canossa-gangen. Det er lite igjen av min egen språkstil, og innholdet er krympet til et nivå jeg ikke vil være bekjent av lenger. Så jeg legger det hele til side. Min permisjon fra arbeidet på legekantoret er for lengst over, og jeg er både sint og fortvilet over det jeg har møtt av motstand i forlagene.

Men jeg vil ikke gi meg. Det er ikke min stil å trekke meg ut av noe jeg selv har tro på. Så jeg bestemmer meg for å skrive et helt nytt manus i påsken 1999. Og slik blir det. Omsider kommer det ut en liten, tynn bok på et lite forlag i Oslo samme høst: "Ser du meg, doktor?" (35).

Men innholdet er ikke tynt. Tvert om kjenner jeg meg helt sikker på at jeg har noe viktig å si til faget medisin gjennom de korte beretningene jeg har samlet mellom de to permene.

Dagen etter bok-lanseringen i den lokale bokhandelen høsten 1999 begynner jeg å pakke huset mitt for å flytte nordover. Jeg har fått et stipend ved Institutt for Samfunnsmedisin ved Universitetet i Tromsø.

På våren samme år har jeg fått en e-post fra professor Knut Holtedahl i nord hvor han forteller at det er et stipend utlyst ved instituttet hans – og at fristen går ut om to dager! Det tar meg et par minutter å beslutte at ”jeg selger praksisen, jeg selger boligen og så flytter jeg til Nord-Norge.” Den natta har jeg bare ett eneste problem i drømme: Hvordan i all verden skal jeg få plantene mine levende fram til Tromsø?

Men de følgende par dagene blir lange. Jeg har jo svært liten trening i å skrive stipendsøknader. Men jeg får av gårde en fem-kilos postpakke innen fristen og tenker at dette må være mitt livs sjanse!

Tiden er nok overmoden for nye utfordringer for meg etter nesten 25 år i samme praksis. Mitt primære ønske har vært å ha en tilknytning til et universitet litt nærmere, og at jeg så kunne fortsette som lege på deltid i den befolkningen som jeg er blitt så glad i. Men det er altså Tromsø som gir meg en mulighet når de innvilger meg et fire års universitetsstipend på Institutt for Samfunnsmedisin (ISM).

## To skritt fram og ett tilbake

De første to månedene i Tromsø går med til å låne øre til forskere som deler av sine kunnskaper og erfaringer. Jeg arbeider med søknaden til Regional Komité for medisinsk forskningsetikk, Helseregion V (REK V), og lytter til gode råd i miljøet på universitetet. Det er mange spennende forslag som blir framsatt. Og jeg utformer en skisse til et prosjekt som etterkommer så mange som mulig av de anbefalingene jeg har fått.

Men jeg er ikke fornøyd med det jeg selv nå legger opp til. Jeg går mange skiturer, grubler og funderer over hvordan jeg skal forholde meg. Jeg ser for meg at jeg vil bli nødt til nok en gang å forkaste mitt eget prosjekt. For planene slik de etter hvert blir utformet, kan lett føre meg ut i en forskning hvor jeg kan komme til å bli observatøren, den som står utenfor og skuer inn i noe som så skal beskrives – utenfra (36).

Jeg setter strek. Og begynner forfra - igjen. De skissene jeg så langt har satt på papiret, bryter med min hovedtanke, nemlig å få fram *pasientperspektivet*. Jeg har primært et ønske om å gå tilbake til mine egne tidligere pasienter for å få dem til å fortelle meg om hva som ble viktig for dem i våre tidligere møter, både positive og negative erfaringer. Det skal være mitt feltarbeid i tillegg til det jeg har fra før gjennom tilbakereisen med Birger.

Videre har jeg nok i lang tid tenkt at jeg vil arbeide etter modell av Elisabeth Arborelius, som i sin tid tok opp video av seanser hvor leger, henholdsvis pasienter, snakket om hva som ble vesentlig for dem i konsultasjoner (37). En tid etter video-opptakene av møtene på legekontoret så de på disse filmene hver for seg sammen med forskeren og ga fortløpende kommentarer til sin egen konsultasjon. Elisabeth Arborelius hadde et noe annet siktemål med arbeidet sitt enn det jeg vil være interessert i. Men det forhindrer ikke at dette med filmopptak, - og dette å se film sammen i annen omgang - , det fascinerer meg.

Jeg har altså bestemt meg for at mitt feltarbeid skal innbefatte samtaler med mine tidligere pasienter om hva som ble viktig for dem i møter med leger. *Hva åpner opp for en tilfriskning når pasient og lege møtes?* Og motsatt: *hva i møtet tenker de at lukker til eller hindrer at pasienter får kontroll med sin helsesituasjon?* Dette er mine hovedspørsmål.

Med års mellomrom har jeg lest spennende faglitteratur om Det kvalitative forskningsintervju. Steinar Kvale er professor i pedagogisk psykologi og har gjennom en liten mannsalder arbeidet i Aarhus med utviklingen blant annet av nettopp denne tilnærmingen i samfunnsvitenskapene (38). Og hans kollega Jette Fog har fulgt opp med nok en bok om temaet (39). I 1998 gjennomgår jeg et kurs i regi av Steinar Kvale, en erfaring som befester min overbevisning om at mine planer må være realiserbare.

I utgangspunktet har jeg planlagt å foreta forskningssamtalene alene, eventuelt i samarbeid med allmennpraktiker Bjørn Nilsson fra Västerås i Sverige. Men drøftelser med professor i sosialpsykiatri Tom Andersen i Tromsø gjør meg nysgjerrig på om kanskje hans erfaringer kan komme til nytte i møtene med pasientene mine. Han har prøvd ut en forskningsmetode som litt forenklet kan kalles "Samtalen om tidligere samtaler" (40).

Han lurer på om det kan være en idé for meg å forsøke dette når jeg nå ønsker å snakke med tidligere pasienter. Om en tredjeperson, for eksempel han selv, kan intervju min tidligere pasient og meg hver for oss, men med alle til stede i rommet, da kan våre tidligere møter belyses fra to ulike synsvinkler (41). Han poengterer betydningen av å skille disse perspektivene, at pasienten og jeg får ha en samtale med Tom Andersen atskilt fra hverandre. Den tredje kan da sitte og kjenne på det som blir sagt. Eller la tankene gå et annet sted, som Tom Andersen uttrykker det.

Når hvert perspektiv er så godt belyst som mulig, kan vi åpne opp for en felles samtale om det som er kommet fram. Det er altså ikke tanken å gå videre i en terapeutisk samtale, men ha fokus på det samarbeidet som i sin tid fant sted.

Ved at allmennpraktiker Bjørn Nilsson fra Sverige også har arbeidet med endrede tilnærminger i egne konsultasjoner (42), har jeg på et tidlig tidspunkt spurt ham om han kan tenke seg å bli med meg i forskningssamtalene mine. Når vi nå faktisk blir tre personer i tillegg til pasienten selv, så finner vi det riktig at Bjørn Nilsson kan være observatør i situasjonen under de første møtene våre.

Tidlig i planleggingen bestemmer jeg meg for å kalle mine tidligere pasienter for *medtenkere*. Vi har ikke lenger en pasient-lege-relasjon. Og jeg ønsker å ha en samtale med dem hvor vi

begge er bidragsytere så jevnbyrdig som mulig. Men fortsatt er pasientenes perspektiv mitt hovedanliggende. Hva har vært viktig for *dem*?

Møtene ønsker jeg å dokumentere med video- og lydbåndopptak, film for å få med mest mulig av mimikk og annen non-verbal kommunikasjon og lydbånd for det verbale. Disse siste ønsker jeg å skrive ut selv i ettertid, - og da ord for ord og med "pause" og "kremt" og "host" og "liten" og "stor latter", kort sagt så mye som mulig som kan gi farge til ordene. Det er ikke aktuelt å gi fra meg skrivearbeidet. Det å lytte meg igjennom det hele vil kunne føre meg så nær samtalene som mulig, noe jeg anser som helt vesentlig for det videre arbeidet med intervjuene.

## Medtenkere på veien

Prosjektsøknaden min blir klarert med etikk- komitéen (REK V). Jeg kan dermed starte på prosessen med å finne ut hvilke pasienter jeg skal invitere til en samtale om våre tidligere møter.

Det blir et omfattende arbeid. For hvem skal jeg spørre? Og hvorfor velger jeg akkurat *disse* personene? Jeg har funnet fram listen over de 2500 pasientene som har oppgitt meg som deres faste lege. Hvem tror jeg kunne ha noe viktig å fortelle? Jeg ønsker å forholde meg så åpen som mulig og la navnene *treffe meg* under gjennomlesningen av det lange traktorpapiret. Nedenfor følger noen av de refleksjonene jeg gjør meg vinteren 2000. Det blir mange omganger å gå med meg selv før jeg kan velge ut de første samtalepartnerne. Dette illustrerer hvordan jeg har arbeidet med hele prosjektet, en vandring i stadig nye slynger i et forsøk på å forstå.

Ved første gjennomlesing av pasientlisten er det nedenstående personer som i denne omgang blir viktige for meg å vurdere som medtenkere. Jeg starter med

### *Birger:*

Vi har hatt mange runder med refleksjoner omkring hvordan han har opplevd samarbeidet vårt og om hvordan han er blitt i stand til å ta tilbake kontrollen over egen helse. Han har bidratt på flere kurs og kongresser for leger. - Kanskje har han fortsatt noe "på lager" av tanker omkring samarbeidet vårt?

### *Carina:*

Hun har ikke vært mye syk. Men hun hadde hatt plager med moderat astma som hindret henne en god del både på arbeidet og i fritiden. Etter oppfordring fra meg reflekterte hun hjemme over når plagene startet og over hvilke situasjoner hun ble tung i. Hun bestilte så time etter noen uker for å fortelle meg at hun var frisk. Men hun sa ikke noe om hva hun hadde funnet ut omkring pusteproblemene. Jeg antydte for henne at jeg kanskje en gang ville spørre henne om hun ønsket å fortelle meg om hvordan hun hadde greidd å bli kvitt sin astma. - Kanskje hun burde få en invitasjon i denne omgangen? Jeg er ikke helt sikker.

*Vivian:*

Hun reflekterte høyt noen minutter på kontoret mitt og ble underveis klar over sammenhenger mellom dramatikk i Kosovo-krigen og intense brystmerter. Hun fant gjennom sin egen refleksjon der og da at smertene i begge brystene ikke handlet om kreft, men om fortvilelse over ikke å kunne hjelpe krigsofrene, - hun hadde en intens tømningrefleks. Hun hadde dessuten en høyttenkning et års tid tidligere også. Da hadde hun plagdes med angst ved bilkjøring. Også den gangen fant hun en logikk i det hele i løpet av bare én samtale, - og har vært uten angst siden. - Henne tror jeg at jeg må invitere allerede i denne omgangen.

*Gunvor:*

Hun var ikke min pasient i utgangspunktet, men brukte meg den siste tiden før jeg flyttet fra praksisen min. Hun hadde mange refleksjoner allerede den gangen omkring pasient- legemøter. Antagelig vil hun kunne bidra på høyt refleksjonsnivå over egne erfaringer i kontakter med helsevesenet, inklusive med meg. Men kanskje har vi hatt litt få treff-punkter til at hun kan si så mye spesielt om våre fellesmøter? Jeg kan jo vente litt med henne.

*Eva:*

Hun hadde flere samtaletimer etter at hun søkte hjelp for hjertebank og svimmelhet. Hun våget etter hvert å sette ord på noen tabubelagte områder som oppveksten hadde utstyrt henne med. Hun ble etter hvert klar over at hun faktisk var i stand til å si "nei", og at det var helt legitimt å kjenne etter i egne følelser på hva hun selv oppfattet som godt og dårlig for henne selv som person. Hun har antagelig mye å bidra med. Hun har også diskutert endel med både venner og slekt. - Kanskje hun burde inviteres allerede i denne omgangen?

*Kåre:*

Han har brukt meg som lege i en årrekke og har mye sykdomserfaring. Han følte seg aldri bra nok og var periodevis selvdestruktiv i nesten alle år. Noen familiære begivenheter ga strimer av glede over livet. - Han vil nok ha en del å si om samarbeidet vårt gjennom årene. Jeg har noe vanskelig for å tenke meg hva han vil vektlegge. Og kanskje nettopp av den grunn bør han inviteres allerede i første omgang?

*Tove:*

Hun har brukt vårt legesenter helt fra ungdomsskolen av. Hun er stigmatisert av både barnevern og folkesnakk, men er lite syk. Hvordan har hun greidd å holde seg unna mer



kroniske helseplager? Det har neppe noe med våre møter å gjøre. Men kanskje nettopp av den grunn ville hun være interessant å snakke med om vårt samarbeid? Hun vet at jeg vurderer mine tidligere møter med henne som ikke alltid respektfulle. Det har vi snakket om. - Hun ville være en interessant informant og kan forventes å komme med nyanser fra konsultasjonene som jeg ikke kan tenke meg noe sikkert om på forhånd. Men skal hun inviteres? Jeg er usikker.

*Ivar:*

Jeg kjenner at jeg har litt motvilje mot å invitere ham. Han kom ikke til siste timen før jeg reiste. Vi hadde hatt en litt ulik vurdering av sider ved helsesituasjonen hans. Selv syntes jeg at vi hadde hatt en ryddig avklaring av synspunktene våre. Men hvorfor kom han ikke til den siste timen? Er han sint på meg for noe, tro? - Det ville være fint om vi kunne ha møttes. Men jeg fornemmer at han nok vil la være å svare på forespørselen min. En viktig informant.

*Iris:*

Vi hadde mange samtaler etter at hun knakk sammen i jobben. En ressurssterk jente som vel aldri har følt seg skikkelig verdsatt av sine nærmeste. Men venner og kolleger omkring henne har vurdert henne som ei "kjempe-jente". Hun fikk litt etter litt øye på seg selv, fikk revurdert sitt eget selvbilde og greidde å ta viktige beslutninger både i livet og yrket. - Men hva ble viktig i møtene våre? - Jeg vil invitere henne etter hvert, men kanskje ikke i første runde?

*Kirsti:*

Når hun kom inn i rommet, følte jeg ofte at hun hadde hele nettverket sitt med seg, både de tre mennene i livet hennes, foreldrene, barna, alle sammen. Hun var så tynn og sliten. Hun jobbet for minst to personer hele tiden. Og hun smilte - . Det var utrolig å følge de små, små skrittene hun etter hvert våget å ta i forhold til egeninnsikt og i praktiske arbeidsforhold. For ikke å snakke om at hun gjorde bitte små forsøk på å være tydelig for omverdenen. Jeg tror at hun laget små revolusjoner i livet sitt og at helsa derfor bedret seg betraktelig. Og hun våget å ta utdanning i god voksen alder. - Kanskje bør jeg invitere henne?

*Kristian:*

Han var opprinnelig ikke min pasient, men begynte å bruke meg etter par-samtaler med kona, fellesmøter med psykolog til stede. Han våget etter hvert å nærme seg sitt eget følelsesliv. Det ble antagelig sterk kost for ham, men han takket for hjelpen etter hvert. Ville det være

interessant nettopp å invitere ham pga. at han fikk en såpass tøff prosess med seg selv og sitt selvbylde? Heller ikke hos ham vet jeg egentlig så mye om hva som ble vesentlig og hva som ikke fungerte godt for ham i samtalene med meg. - Antagelig er han en svært interessant informant.

*Klara:*

Hun ble uføretrygdet i ungdommen, men har startet på attføring med tanke på å komme ut i arbeid igjen i godt voksen alder. Hun er nok en av mange som ikke har fått tre ut i eget liv, bruke sine ressurser, sin kreativitet. Det sa jeg til henne, - som jeg også har gitt uttrykk for overfor andre personer med magre tanker om eget verd. Hun har aktivt kommentert og takket for at hun ble sett. Hun er en intelligent kvinne, men som lever under kummerlige forhold menneskelig og sosialt. - Kanskje hun kunne formidle innsiktsfulle refleksjoner over menneskelige møter generelt i hjelpeapparatet? Hun har mange års erfaring med å omgås personer som ikke "ser" henne.

*Else:*

Jeg var usikker på om hun hadde tillit til meg som lege i mange år. Jeg var også i tvil om det var meg som var hennes faste legekontakt. En uheldig formulering i en helseattest i forbindelse med en jobbsøknad satte samarbeidet vårt på en prøve. Men hun sluttet ikke å bruke meg som lege, men jeg følte vel at noe av tilliten var brutt. Jeg opplevde henne som en person med stor evne til å verbalisere. - Antagelig har hun mange viktige synspunkter å komme med, både positive og negative, vil jeg forvente.

*Bjørg:*

Hun og jeg ble ikke "ferdige" med samarbeidet i den forstand at hun fortsatt har en del helseproblemer. Men selv syntes hun at hun taklet disse såpass bra at hun ikke har meldt behov for ytterligere assistanse. 20 år med kronisk urinveisinfeksjon er avsluttet uten at noen "organisk" forklaring er funnet på infeksjonstendensen hennes. Men om hun får angst, så får hun en blærekatarr og trenger en kort kur med antibiotika. Hun har erfart noen sammenhenger og fått revurdert hele sin livssituasjon. Også hun har tatt utdanning som godt voksen. - Kanskje hun også burde inviteres?

*Anna:*

Kanskje vet jeg såpass mye om hennes synspunkter på samarbeidet vårt at jeg ikke får så mye mer ut av det om jeg inviterer henne? Hun har skrevet til meg om erfaringene sine. Like før jeg forlot kommunen, fikk hun påvist tykktarmskreft. Men hun var optimist med tanke på helbredelse, for hun hadde reagert raskt da hun så blod i avføringen. Hun mintes sin far som ble operert for tykktarmskreft mange år tidligere. Uten hans historie ville hun nok ha tenkt på hemorroider i første omgang, fortalte hun meg like før jeg reiste. - Har denne sykdomserfaringen bidratt til synspunkter ut over det hun har formidlet om samarbeidet vårt tidligere? Kanskje kan Anna vente til en seinere runde?

*Oddvar:*

Han var den første som møtte psykolog og lege sammen på kontoret mitt. Han hadde "dratt dyna over hodet" i livet sitt. Også han har få ord når det gjelder følelser, kanskje ikke så stor kontakt med eget følelsesliv. Men det kom seg, - og han kom seg. Det var mye som forble utematisert hos ham, - bl.a. dette at kona ble stadig dårligere av sin sykdom. - Kanskje jeg burde invitere ham i første runde? -

Jeg har nå bladd igjennom listen min på over 2500 pasienter som hadde meg som lege i tiden før jeg sluttet. Det er klart mye å hente hos mange, mange flere enn dem jeg har listet opp her. Jeg ser at jeg har plukket ut noen av dem som på en eller annen måte har gitt meg ekstra bekymringer, møter hvor jeg kanskje har følt sterkt at min medisinske kunnskap har kommet til kort mer enn "vanlig" eller at jeg selv ikke har evnet å møte dem på en god nok måte.

Men det er også noen av disse pasientene som har overrasket meg med en helt uventet tilfriskning. Enkelte har allerede mens jeg fortsatt arbeidet i legepraksisen min, gitt meg noen antydninger om hva de selv har tenkt om møter i helsevesenet, hva som har vært positivt eller negativt for dem selv.

Blant disse 16 jeg nå har valgt ut, ser jeg at jeg har endt opp med åtte pasienter som møtte Bjørn Angvik og meg én eller flere ganger. De øvrige åtte traff meg alene.

## FØRSTE FORSKNINGSREISE

### De fire første

Jeg får omsider bestemt meg for de fire første pasientene i prosjektet: Birger, Vivian, Eva og Kristian. Med bankende hjerte og skjelvende hender legger jeg høytidelig invitasjonene til undersøkelsen i postkassa (på kvinnedagen) 8. mars 2000 (vedlegg 2).

Men før jeg kommer så langt, må jeg gjøre et omfattende arbeid og fundere over hvem av de 16 jeg skal kontakte til den første forskningssamtalen. Alt i alt blir det fem skriftlige runder med refleksjoner for hver av pasientene omkring spørsmålene:

- Hvem skal jeg velge?
- Hva tror jeg at jeg får høre?
- Hva kan jeg selv si om våre tidligere møter?
- Hva beveget meg?
- Hva kunne være min betydning i disse møtene?

Deretter tar jeg for meg én og én av de fire jeg til sist ender opp med og repeterer spørsmålene til meg selv. Jeg tenker at det vil være vesentlig å ha dette nedtegnet før selve møtene. Hva vil stemme overens med mine antagelser og hva vil overraske meg underveis? -

Jeg bestemmer meg tidlig for at jeg gjennom hele prosjektperioden skal skrive ned mine egne tanker og idéer fortløpende, både refleksjoner over erfaringene og funderinger over hva neste steg på vandringen kan innbefatte. Notatene vil kunne fungere som en loggbok, som så i neste omgang kan hjelpe meg til å vurdere hvor jeg har stått i arbeidet til enhver tid underveis.

Nøkkelord fra medtenkernes side er i det følgende uthevet med fet skrift, mens lengre sitater er innrammet i anførselstegn.

## Med tillit i bunnen

*Så sitter vi der, alle fire, både EVA, Tom Andersen, Bjørn Nilsson og jeg. Spennende! Vi smiler til hverandre, litt prøvende og samtidig anerkjennende. Nå starter vi! Kamera går! Og lydbåndet likeså. Og det ligger tape nummer to klare for eventuelt skifte underveis.*

*Ja? Jeg henvender meg til Tom, og han tar over ordet. Forklarer idéen han har om å holde perspektivene atskilt. Han vil først snakke med meg, som har invitert til møtet. Dernest med Eva. Og til slutt høre hva Bjørn måtte ha å si. For så å slippe opp til felles samtale. Jo, Eva har fått med seg dette. Det var slik det var beskrevet i invitasjonen.*

*Det slår meg at det føles litt unaturlig å snakke med Tom om Eva i stedet for å snakke med henne. Så jeg korrigerer meg selv flere ganger underveis når jeg av vanvare henvender meg til henne i stedet for til Tom. En liten latter og "ja, det var sant - !"*

*Jeg orienterer om at jeg stiller opp uten å ha lest igjennom journaler på forhånd. Vil basere meg på hukommelsen. Og dermed er det ikke så lett å svare på akkurat når vårt samarbeid startet. For det er samarbeidet som Tom vil at vi skal ha som tema, og - rett nok - ikke hva som har plaget Eva, hennes symptomer eller hennes sykehistorie.*

*Jeg må svare på spørsmål om samarbeidets start og varighet, om det har vært vanskelige perioder eller om møtene har kjentes trivelige, noe jeg så fram til. Mange detaljer rundt min opplevelse av konsultasjonene med Eva forteller Tom at det må ha vært greie møter i sin tid med både humor og ettertanke og utfordringer for oss begge to.*

*Om hva jeg tror kan ha vært virksomt i møtene, hva jeg aner at kunne være mine bidrag til at hun ble godt hjulpet? Og da kommer det for en dag hvor lite jeg kan si om dette. Det har hele tiden vært pasientenes plager, ve og vel som har vært i min interesse. Så jeg stopper opp og finner ikke ordene med en gang.*

*I løpet av 25 minutters tid er det ikke kommet fram så mye nytt for meg i samtalen. Så jeg støtter Tom på at tiden er moden for å snakke med Eva. Hun sukker og trekker pusten dypt inn. Tar sats og greier tilsynelatende uten problemer å holde samtalen konsekvent mellom henne selv og Tom. En lang utveksling som varer innpå en hel time.*

*Pulsen min stiger. Dette er spennende! Det er jo pasientenes erfaringer som er mitt hovedanliggende. For et privilegium å få være i en slik situasjon at jeg får høre tilbakemeldinger om viktige sider av møter i helsevesenet! Det slår meg der og da at det er merkelig at vi ikke i langt større grad benytter oss av dette når vi lurert på hva som skal til for å bedre helsetjenesten i landet vårt.*

*Eva vet nøyaktig når vi møttes første gang, - på helsestasjonen. Og med flere små barn ble det også aktuelt med legebesøk for dette og hint da de kom flyttende til vår kommune midt på 1980-tallet. Hun går raskt over til å snakke om **tillit**, om grunnleggende tillit. Det gjorde noe med dem som foreldre at jeg hadde snakket direkte til femåringen deres da han hadde vondt i magen. Foreldrene ble først involvert i samhandlingen da ungen og jeg var ferdige med samtalen og undersøkelsen. Det har ikke Eva glemt.*

*Og det var en yngre søster som hadde hatt en alvorlig sykdom og som fikk ubehag igjen, noe som bekymret både foreldrene og barnet selv. Også da hadde jeg forholdt meg primært til pasienten, altså smårollingen. Og slik nevner hun flere eksempler fra de første årene vi møttes.*

*Plutselig husker jeg en tale i et selskap. En helsesøster jeg arbeidet sammen med i mange år sa noe av det samme, nemlig at barna alltid var hovedpersonen for meg på helsestasjonen. Det var dem jeg henvendte meg til primært. Det er jo sant som Eva sier. Og dette har jeg jo gjort bestandig, men ikke tenkt nærmere over. Dette gjør inntrykk på meg, og jeg tenker at her får jeg en utfordring: For hvorfor har jeg ikke forholdt meg på samme måten til voksne som til barn gjennom årene?*

*Jeg registrerer det som kommer i tankene, men plasserer det på "vent". For Eva er for lengst over i et nytt tema. Om **tid**. Og om hvor avgjørende det var for henne at jeg hadde satt av en dobbeltime da hun kom nedkjørt, med hjertebank og svimmelhet, og ikke visste verken ut eller inn i situasjonen sin. Jeg hadde tatt **ansvaret for tidsbruken**. Og jeg hadde uttrykt i klartekst at hun skulle få så mye tid hun måtte trenge framover. Hvis hun ønsket det. Det var **opp til henne å bestemme om hun ville ha en ny time**.*

Hun hadde følt at hun fikk to-tre timer den første gangen. Interessant, tenker jeg, men vil ikke korrigere opplevelsen. Det var nok kortere, vurdert etter klokka. Opplevelsen av tid nok atskiller seg ofte fra den numeriske tiden.

Og hun var **hovedpersonen** i møtene, ja, slik som barna hennes hadde vært. "Jeg følte meg så **sett**", fortsetter hun. Og så var det ingen begrensninger i hvilke temaer hun kunne ta opp. Det var ingen **ramme** vi måtte holde oss innenfor. Fortell, fortell! Men jeg hadde ikke forholdt meg taus og kun lyttet, men kommet med **innspill** underveis. Det ga slik **trygghet** at jeg virket **ærlig** og kom med spørsmål og **refleksjoner fortløpende** til hennes fortellinger. Profesjonell, ja, men samtidig et **levende menneske** som var **interessert i henne**. Det var en trygghet i dette at jeg **gikk med henne** i refleksjonene.

"Og så fikk jeg så gode **råd**", fortsetter hun. Og vi tre andre hever øyenbrynene. Råd? Vi leger vil jo **nødig** gi råd - . Men Eva utdyper og forklarer om hvordan jeg hadde brukt ulike metaforer for å beskrive utfordringer jeg kunne ane. Og disse la jeg **åpent fram** etter hvert som idéene kom opp hos meg selv underveis. Hun erfarte at refleksjonene var **treffende** beskrivelser av det som angikk henne dypest sett i problemene.

Under denne delen av framlegget hennes strever jeg litt med å holde meg alvorlig. Jeg kjenner latteren boble under overflaten. Fantastisk! Her beskriver hun tilsynelatende de rådene jeg har gitt. Men hun har omskrevet dem til sin verden. Herlig! Jeg hadde brukt andre bilder enn de hun nå legger fram. Men essensen er den samme. På slutten av møtet vårt denne dagen gis det rom for å oppklare dette, til latter og ettertanke. Et råd er ikke et råd er et råd.

For det er viktig for Eva å utvide dette at hun på ingen måte fikk råd i autoritær forstand, noe om at du bør eller du må. Tvert om. For henne ble det **utfordringer** som hun kjente at traff midt i blinken, som handlet om det mest sentrale for henne. Uten å være klar over det hadde hun så omskrevet rådene til sin egen virkelighet. Og hun ga dem også videre til andre der det var aktuelt.

Hun følte seg **forstått** og **tatt på alvor**, ja, hun erfarte at hun ble **møtt som hel person**. Og løsningene på problemene måtte hun finne selv. Inntil da hadde hun tatt altfor mye ansvar for andre, og dette var det viktig for henne å bli utfordret på. På den annen side var det

avgjørende at hun utviklet en annen type ansvarlighet, nemlig dette å gå skrittene videre selv og ikke bli avhengig av våre møter.

Underveis er Tom opptatt av "hva er det hun gjør?" Og Eva nøler og svarer at det er ikke det hun gjør, men **den hun er**. Dette kommer igjen flere ganger. Eva penser samtalen over på dette med at hun følte at det var en **jevnbyrdighet** i møtene våre, en menneskelig jevnbyrdighet. Og samtidig må legen ha en **myndighet**, hun bør stå litt høyt, - for det gir en trygghet.

På den ene siden og på den andre - : legen må gi pasienten **frihet** og **ikke ta over ansvaret**. Omsorg kan bli både klam og ufri om legen blir for overbeskyttende og for hjelpsom. Tvert om satte hun pris på hvordan hun var blitt **oppmuntret**, - "dette klarer du!" Og dermed strakk hun seg mye lenger enn hun hadde drømt om at kunne være mulig for henne i den situasjonen hun var i da vi samarbeidet tett noen måneder.

Og hun fortsetter: "Det er jo veldig spennende når en allmennpraktiserende lege tar seg så god tid til, eller ser så sterkt behov for å gå inn på sånne ikke-fysiske ting, på en måte. Alt blir jo fysisk til slutt, men...alt dette her som vi rommer, uten at vi kan si at det sitter akkurat i det leddet der eller -. Det er veldig spennende. For det er jo så kjempeviktig."

Og det var aldri snakk om **tabletter**. Det er hun glad for i dag. Hun kjenner altfor mange personer som bruker medisiner år ut og år inn og som samtidig ikke ser ut til å komme ut av uføret. Hun lurte på om jeg hadde vurdert medikamenter underveis? Og det må jeg bekrefte at ikke hadde vært i mine tanker. Nei, for hun ville være med i prosessen med hele seg, ikke legge demper på følelsene underveis. Og jeg støtter henne i dette med et nikk.

Mot slutten av timen er Tom opptatt av om Eva kan utdype litt mer om hva hun legger i begrepet tillit. Hun tar noen refleksjonsrunder omkring dette med at det ofte er vanskelig å finne ord for det som virkelig betyr noe i livet.



## Han var ikke velkommen

Den første vi møter denne dagen er BIRGER. Han kommer i stedet for Vivian, som er på reise, noe hun hadde gitt meg beskjed om, men som jeg, utrolig nok, hadde glemt underveis.

Tom presenterer planen om en samtale i atskilte perspektiver og om betydningen av å kunne holde dem hver for seg. De som lytter kan la tankene fly eller reflektere over det som sies. Og den som intervjues kan få muligheten til å gå inn i detaljer uten å bli avbrutt i dette. Han legger fram en antagelse om at det er samarbeidet som blir det vesentlige når pasient og lege møtes, ikke om man har gode teorier eller om pasient eller lege er så og så dyktige.

I løpet av den neste halvtimen konsentrerer Tom og jeg oss om hvordan jeg holdt en viss avstand til Birger de første årene – fordi jeg følte meg litt uvel i hans nærvær. Og jeg setter ord på hva det kunne handle om. Det blir mange detaljer om hvordan jeg kjente på dilemmaet at jeg faktisk ikke evnet å ønske Birger velkommen.

Etter en stund er det Birgers tur til å være den aktive. Og det er han. Engasjert og stillferdig forteller han med svak stemme om hvor vesentlig det var "å bli hanket inn i tide". Og hva var det som gjorde at han ikke ga opp doktor Berg de første årene når hun var så rask og instrumentell og holdt seg fast i datamaskinen? Noe med blikket. Og med stemmen. **Det var noen der, noe vennlig, noe han ikke hadde møtt hos leger tidligere.** Det var riktig at han ikke ble mye konkret hjulpet av de medisinene han fikk for pusten. Men han ga ikke opp å komme en gang i halvåret eller noe slik.

Birger følte seg fremmed i "fuglefjellet" på venterommet. Men legesekretær Eldbjørg Høgberg assosierer han med damen på bakeriet. "Pling, inn døren og: jo da, den prinsessekaka skal du få". En vennlighet og oppmerksomhet som han den gangen tenkte at sikkert forplantet seg innover i hele legesenteret. Han ble sett av henne, og etter noen år også av meg omsider. Men det var først når Birger gikk over fra å være et tilfelle til å bli en person for meg.

Birger forteller videre at i samarbeidet med Bjørn Angvik ble han invitert til å lete seg fram til ordveiene om sitt levde liv. "Det lå ingen ferdig grammofoonplate der, ingen bånd å sette på.

*Det måtte gjenskapes fra grunnen av”, forteller han. ”Et meningsløst indre kaos i utgangspunktet”.*

*I løpet av halvannen time har han fortalt mye og på mange måter om hvordan han er gått over fra å være ”man” til å bli ”jeg”, fra tredje- til førsteperson. Gripende beretninger som gjør at både han og jeg må felle noen gledestårer på slutten av samtalen.*

## **Han ville så gjerne delta**

*Det er blitt sein ettermiddag. KRISTIAN er siste medtenker denne første dagen sammen med mine to kolleger. Litt forviklinger omkring tidspunkter gjør at vi kommer litt seint i gang. Og dermed må Tom Andersen forlate oss litt før vi er ferdige. Men Kristian ville så gjerne komme.*

*Det slår meg at han ser sliten ut. Blek og kanskje litt mer grå siden sist. Og hele den første halvtimen sitter han uten å fordreie en mine. Han lytter intenst og skriver noe på et ark nå og da.*

*For det er meg Tom intervjuer først denne gangen også. Det er avtalen vår. I og med at jeg har invitert til møtet, er vertinne på en måte, så vil han ha en samtale med meg først, - om når samarbeidet startet, om det var lett eller vanskelig, om andres perspektiver ble trukket inn, om jeg kunne finne flere ord på det jeg vektla.*

*Tom er informert om at Kristian i en periode møtte Bjørn Angvik og meg til fellessamtaler. Og da lurte han på om vi fulgte noen felles linje i arbeidet? Og etter hvert som jeg legger fram beskrivelser av både form og innhold, så får jeg tilleggsspørsmål om hvem som brakte de ulike temaer på banen. Og Tom vil gjerne ha meg til å si litt om hva jeg tror Kristian satte pris på da vi møttes i sin tid.*

*Dette er rammeverket, den grad av styring som Tom legger opp til i denne samtalen - som i de øvrige vi har hatt denne dagen. Her er det ikke mange spørsmål som kan besvares med et klart ja eller nei. I stedet avføder de lengre beretninger hvor jeg underveis må tenke meg om.*

*Og jeg må veie mine ord på gullvekt. Jeg strever med å holde meg innenfor rammen av hva jeg kan finne det riktig å kommentere når Tom sender uttalelsene mine i retur for utdypninger. For jeg har noen innspill som jeg føler er nødvendige i forhold til emnene vi har oppe. Og da er det personer som ikke er til stede som blir omtalt. Det setter store krav til meg i forhold til taushetsplikten.*

*Ikke nok med at vi er enige om ikke å snakke om hva sykdommer og plager har bestått av, men mange legebesøk har jo også sine klare sammenhenger med nære personer for*

*pasientene. Og her kommer det inn problemer med avgrensninger til hva jeg kan si, både i forhold til ærlige og sanne svar om prosessene som foregikk i sin tid, men også i forhold til involverte personer som ikke er til stede. Dette er krevende. Veldig krevende, kjenner jeg. Men etter hvert beveger vi oss over på Kristians egne konsultasjoner gjennom årene.*

*Og da får jeg en stor overraskelse. For Kristian bedyrer at jeg har vært fast lege for familien i over 20 år! De har, rett nok, vært lite syke, det forklarer noe av min forvirring. Men de har oppfattet meg som sin faste primærlege - og det for alle familiemedlemmene. Litt avbrekk har det vært, når sant skal sies, men i det store og hele - . Og jeg som var helt sikker på at de brukte min kollega på senteret - .*

*Det blir en lang beretning om hvor viktig det har vært for Kristian at jeg hadde så rikelig med tid når vi møttes. Jeg var ingen lege som så på klokka og sa stopp. I stedet følte han at han kunne snakke helt ferdig og litt til. Dette var hans erfaring både i fellessamtalene med psykolog til stede, men også når vi møttes til samtaletimer alene.*

*Det betydde også mye for ham at jeg ikke stoppet med de fysiske spørsmålsstillingene, men var villig til å gå bakom symptomene. Og han kommenterer at det må være forferdelig krevende for legen. Og selvfølgelig også for pasienten, noe han sier mye om underveis i samtalen vår denne ettermiddagen.*

*Det viktigste i de tidligere møtene våre hadde vært at Kristian følte seg møtt med respekt og at jeg var interessert i hans situasjon. Selv hadde han ikke hatt bare gode tanker om seg selv som person gjennom årene. Vi enes om at vi kanskje er strenge dommere over oss selv, at vi har litt for liten "tabbekvote", antyder jeg. Kanskje er det forhold i livet som vi må forsone oss med. Alt ble ikke slik vi hadde håpet. Med nederlag i bagasjen kan den bli tung å bære. Da gjelder det å få hjelp til å ta av seg ryggsekken og plassere den på bakken. Bekymringene hører historien til og behøver kanskje ikke å bæres videre i kroppen, antyder jeg.*

*Tom er reist. Og Kristian kommenterer at vi nå kanskje er mer over i en samtale om hvordan han skal arbeide med seg selv videre framover. Og for ham er det greit. Etter noen runder om hva som kan være utfordringer for ham, avslutter vi med takk for at han kom. Han uttrykker stor glede over å ha fått møte oss sammen. Fargen er tilbake i ansiktet hans når han forlater rommet.*

## Methodos

Ikke uventet er jeg svært sliten etter den første forskningsdagen. Tre samtaler etter hverandre kjennes i meste laget. Eller kanskje det er fordi møtene ble så annerledes enn jeg hadde ventet meg? Jeg er overveldet over hvor ærlige og dype samtaler vi fikk sammen med disse tre medtenkerne. Her var det ikke mye fasade å forsvare for noen av oss. Tvert om la vi oss sårbare ut for vurdering, både medtenkerne og jeg. Et genuint ønske om å forsøke å forstå. Og samtidig en erkjennelse av at kanskje er det ikke alt vi kan fange i ord, langt mindre gripe eller begripe fullt ut.

Tilbake i Tromsø ser jeg igjennom filmene. Flere ganger. Underveis slår det meg at jeg kanskje ikke har vært tydelig nok verken overfor meg selv eller Tom på hva jeg er ute etter. Jeg er kjent med at i Toms arbeid har han lagt vekt på at den som inviterer, den som har tatt initiativet til møtet, bør få komme til orde først.

Men for meg er det vesentlig å få høre pasientenes erfaringer primært, altså hva de har reflektert over etter at de fikk invitasjonen til møtet. Og da tenker jeg at jeg ikke ønsker å legge ut noen ledetråder eller føringer i forhold til hva samtalen skal dreie seg om ut over dette første spørsmålet som jeg har skrevet til dem om, nemlig: Hva tenker de at åpner, henholdsvis stenger for tilfriskning når pasient og lege møtes?

Om vi skal treffe flere av mine tidligere pasienter på denne måten, vil jeg at Tom skal ha samtale med medtenkerne først og så meg i annen omgang.

Et annet forhold slår meg også i studiet av filmene. Jeg ser at det er vanskelig for meg å snakke *om* en person i stedet for *med* vedkommende når vi er til stede i rommet samtidig. Flere ganger underveis ser jeg at jeg henvender meg til medtenkerne i stedet for å sjalte dem ut og holde samtalen mellom Tom og meg. En øvelsessak? Det er mulig, det. Men kanskje jeg skulle følge opp min opprinnelige tanke om å invitere noen tidligere pasienter til samtale med meg alene også?

Ordet *metode* kommer fra det greske ordet *methodos*, som igjen kan oversettes med "etter veien" (43). I vitenskapelig sammenheng har ordet fått betydningen "en vei som kan gåes flere ganger." Når Platon brukte dette begrepet, var nok tanken at det skulle være en

veiledning til et forbedringsprosjekt for mennesket. Hvordan leve rett og godt og nærme seg idéenes verden? Altså ikke blott og bart en vei på et kart, men veien til *målet*. Med dette mener jeg å trekke fram at den metoden vi til nå har benyttet, samtalen i separate perspektiver, kanskje ikke fører til det målet jeg ønsker når jeg blir intervjuet først. Anstrengelsen med å holde atskilte perspektiver er kanskje heller ikke helt velegnet for mitt anliggende?

Men før jeg vil forkaste denne samtaleformen, ønsker jeg å gi den en ny sjanse, - men da med intervju av medtenkerne primært og meg først i annen omgang. Dette vil jeg drøfte med Tom dersom det blir aktuelt med flere forskningssamtaler hvor han ønsker å delta.

Jeg bestemmer meg også for at jeg i framtiden vil møte noen medtenkere alene. Det aner meg at det kan gi noen andre erfaringer både med hensyn til temaer og presentasjonen av disse. Jeg ønsker fortsatt at vi skal bevege oss i en metaposisjon i forhold til tidligere møter på legekontoret. Vi skal ikke snakke primært om symptomer og plager som de tidligere pasientene har hatt i fortid eller nåtid. Det skal ikke være et pasient-lege-møte i vanlig forstand, men en forskningssamtale om tidligere møter oss imellom eller i helsevesenet for øvrig.

Nok et fenomen slår meg underveis, nemlig at jeg har relativt lite å si om mine egne bidrag i tidligere konsultasjoner når Tom spør meg direkte om dette. Er det typisk for legerollen eller er det mer personavhengig, tro? Jeg vil la dette spørsmålet få en plass i det videre arbeidet.

### Flere medtenkere

I ukene som følger skriver jeg ut lydbåndene fra de tre første intervjuene. Jeg velger å transkribere dem selv, som nevnt. Jeg forsøker å gjengi samtalene ord for ord, altså ikke å gjøre dem om til en litterær tekst. Der det er vanskelig å lytte seg fram til detaljer, hjelper videoene meg med å finne fram til det som ble sagt. Latter og gråt, pauser og dveling, talende kroppsspråk og variasjoner i stemmebruk kommenterer jeg i parentes fortløpende i teksten. Et spennende og tidkrevende arbeid som tar flere uker med jevn arbeidsinnsats.

I tillegg ser jeg igjennom filmene flere ganger, både alene og sammen med veiledere. Jeg ønsker å være så åpen som mulig, la situasjonen få synke inn og treffe meg nok en gang. Og for hver omgang kjenner jeg behov for å skrive ned mine umiddelbare reaksjoner og refleksjoner over det jeg har erfart så langt i møtene med tidligere pasienter.

Tidlig i planleggingen tenker jeg at jeg ønsker å innlemme ytterligere medtenkere i prosjektet så lenge det kommer nye momenter inn i samtalene våre (38). Når så ikke skjer lenger, tenker jeg at jeg må anse materialet som *mettet*. Så det blir raskt klart for meg at jeg bare så vidt er i gang med intervjuarbeidet. Jeg må regne med å møte mange flere personer før jeg kan si at "nå er det nok".

I utgangspunktet hadde jeg et ønske om at Bjørn Nilsson skulle være med i forskningssamtalene mine, og da som den som skulle lede møtene. Tom Andersens sjenerøse tilbud om å delta i den første runden gjorde at Bjørn ble bisitter våren-2000. Påfølgende sommer inviterer jeg Bjørn til å bli med i neste omgang med møter på min tidligere arbeidsplass. Dessverre kan han ikke komme ifra. Og Tom viser igjen sin store velvilje og tilbyr seg å bistå meg nok en gang.

Og dermed blir det aktuelt for meg å ta opp problemet jeg følte på i forrige runde med at jeg kunne komme til å legge ut noen ledetråder om jeg blir intervjuet før mine medtenkere. Kanskje vi kunne snu om på det hele? I Toms praksis og forskning har han erfart det som vesentlig å alltid starte med den som har ønsket møtet, som tidligere beskrevet (s.134). Mens

jeg må holde fast på at i mitt prosjekt kjennes dette feil. Og etter noen tids betenkning og en ny drøfting kommer vi til enighet om å snu rundt på rekkefølgen.

Jeg skal være vikar for en av mine kollegaer på min tidligere arbeidsplass denne sommeren og planlegger å benytte ettermiddager og kvelder til forskningsmøter med medtenkere. Igjen ønsker jeg å benytte pauserommet på legesenteret, - et lokale som syntes å være velegnet vurdert ut fra erfaringene i første runde.

Jeg tar igjen for meg listen med de 2500 tidligere pasientene. Hvem vil komme til å treffe meg ved ny gjennomlesning? Jeg erfarer at det nok er de opprinnelige 16 personene jeg fortsatt vil framheve som de mest aktuelle å forespørre. Vivian, Kåre, Iris, Carina, Ivar, Else og Gunvor får invitasjon til å ha en forskningssamtale kommende sommer.

I tillegg til nye samtalepartnere har jeg, som tidligere nevnt (s.124), et ønske om å la de første samtalepartnerne få se sin film sammen med meg. De kan da styre pauseknappen og ta opp det de selv føler naturlig underveis, både om det som kommer fram på videoen og hva de ellers måtte ha et ønske om å kommentere underveis. Så Birger, Eva og Kristian får også en invitasjon til et møte sommeren-2000 (vedlegg 3).

Ekstra spent er jeg på om Ivar vil svare på forespørselen min. Jeg vil være ekstra interessert i å møte ham for å forsøke å forstå bedre hva som eventuelt gikk galt oss imellom underveis. Jeg vil forvente klare utsagn fra ham på om noe har såret ham eller blitt feil på andre måter. Eller kanskje det ligger helt andre forhold bak det at han ikke møtte opp til legetimen før jeg forlot kommunen?

Ivar svarer ikke.

Alle de øvrige takker ja til et intervju. Det faller seg slik at Tom skal treffe Vivian, Carina og Kåre sammen med meg. De øvrige skal jeg så møte alene, - inklusive de tre fra forrige runde. Jeg håper at alt dette vil bli mulig å gjennomføre på toppen av full tids legepraksis de tre ukene jeg skal være vikar sørpå. Og at jeg vil ha nok tid underveis til å skrive ned forventningene mine og erfaringene før og etter hvert intervju.



## En krenkelse

*Bilen er fullpakket og vel så det, - av skjerm og avspiller, stativ og opptaksutstyr i tillegg til bagasje for opphold sørpå sommeren 2000. Jeg gleder meg til selve turen. Deilig å kjenne på friheten i det å være underveis, la tankene flyte fritt og musikken få akkompagnere rytmen i reisen. Irrgrønne trær og marker, blikkstilte sjø og skinnende snø i mektige fjell. Og så lyset, naustene langs fjordene, alle blomsterengene. Så vakkert, så betagende. Hvorfor reiser jeg sørover fra alt dette? Tanken slår meg gang på gang gjennom Troms og Nordland.*

*Jeg kjører og kjører. Greier ikke å bestemme meg for hvor jeg skal ta en overnatting. Sola skinner gjennom hele natten, så jeg bare drar videre - og videre.*

*I Nord-Trøndelag står en mann på en gangbru. Han bøyer seg over rekkverket og sikter på bilen min. Han kaster noe. Det treffer midt på frontruta mi som et skudd. Det blir to "roser".*

*Hjertet "stopper". Han siktet på meg! Dette er en ny erfaring. Dette treffer meg dypt. Et ukjent menneske ønsker å skade meg. Det kjennes forferdelig, invaderende, fornedrende, krenkende. Jeg er ikke helt meg selv på flere kilometer.*

*Klokka er vel tre på natta. Jeg orker ikke å ringe politiet. Har liksom ikke kraft til det. Blir på en måte handlingslammet. Kjører på autopilot.*

*Etter hvert begynner jeg å fundere over hvordan det må være å oppleve andre mer alvorlige overgrep fra ukjente, som voldtekt eller tortur av annen art. Kanskje aner jeg en fornemmelse som kan være ørlite i slekt med slike ydmykende, grenseoverskridende og livsfarlige opplevelser.*

*Jeg kjenner ganske raskt at dette er et alvorlig anslag mot meg som person. Dette blir en viktig erfaring, - det forstår jeg umiddelbart. Det er ytre sett en liten hendelse, - som også kunne ha vært alvorlig, naturligvis. Ruta kunne jo ha smuldret opp og hindret sikten. Men det viktigste tror jeg nok er at jeg kjenner på noe av dette med krenkelsen, at noen virkelig ville skade meg.*

*Jeg har flere ganger tidligere opplevd barn som har kastet snøball fra gangbruer om vinteren. Det har jeg aldri opplevd som truende på noen måte. Denne hendelsen er av en helt annen karakter for meg.*

*Jeg har vært forskånet for de mest destruktive og alvorlige grensekrenkninger i livet. Kanskje denne erfaringen vil kunne hjelpe meg i møtet med pasienter som har langt verre ting å sette ord på når de oppsøker meg som lege - .*

*Nå blir det iallfall ingen overnatting. Jeg kjører og kjører og forsøker å forstå min egen reaksjon på det jeg har opplevd. –*

## En bekreftelse på stedet

*Det er gått tre måneder siden EVA og jeg møttes sist. Denne gangen er det bare oss to. Vi ser på videoen fra opptaket fra i vår, og hun styrer pauseknappen. Nye lydbånd og filmer dokumenterer også dette møtet. Fritt fram for enhver kommentar underveis! oppmuntrer jeg.*

*Hun synes det var greit og ryddig at vi sist gang holdt perspektivene atskilt, og at Tom snakket med hver av oss separat. Og hun likte at han startet med å intervju meg. Derved ble hun litt kjent med Tom og fikk litt fornemmelse av hvordan han tenkte. Det ga henne en trygghet i situasjonen. Hun opplevde at han fikk sirklet inn det viktige veldig fort. Hun var klar over at både Bjørn og Tom stilte helt uten forkunnskaper om henne.*

*Hun stopper videoen og kommenterer at det var så fint å erfare i konsultasjoner at jeg selvfølgelig var profesjonell i møtene våre, men samtidig et levende menneske. Jeg hadde ingen ferdig pakke eller en ramme jeg skulle holde meg innenfor. Hun hadde følt at jeg var genuint interessert i henne og at jeg brukte min intuisjon i forhold til hvordan jeg responderte på det hun sa. "Du tok ting der og da og var liksom ærlig mot deg sjøl, virket det som.....Jeg hadde en følelse av at du sa noe der du fikk en tanke. Det var veldig viktig for meg. Da fikk jeg tillit til deg, til det du sa....Jeg følte at det kom en utfordring tilbake hvis du kjente det noe sted, her er det noe liksom. Det tror jeg var en viktig bit i vår kommunikasjon."*

*Og hun kommenterer forskningssamtalen vi har på videoen: "Det er liksom så godt når en kommer ut av sånne former. Det er så mye læresetninger.... rundt oss overalt, ord og mye fine meninger og tanker. Og da blir jeg så imponert over deg og han, og sånn som du bevarer livskraftene på en måte oppi alle disse teoriene."*

*Eva utdyper det hun tidligere har nevnt på videoen om en god myndighet hos legen. Om det er kunnskap? Jo, "det er jo det. Og så er det jo trygghet i eget liv...Har vi for mye sperrer der....da blir det truende med andres åpenhet....Det der med myndigheten det ligger veldig på personen legen...Det er jo mange ting en aldri får jobbet nok med. Det er ikke det jeg mener. Men at du i hvert fall har erkjent livet... Har legen da en mal som er for smal, da kan en ikke komme som hele seg....'Dette er bare psykisk. Jeg har ikke noe å hjelpe deg med.' ...Da sperres det jo med en gang, da....Hvis det ikke er fysisk, da er det ikke noe."*

*Men hva med samtalen som Tom og jeg hadde, var det gjenkjennbart? Eva er klar og presis: "Jeg følte meg veldig igjen i det du sa da...dette hadde jeg vært med på, fikk jeg en følelse av."*

*Hun undrer seg over dette at hun følte at det var **hun selv som pratet** mesteparten av tiden på legekantoret. "Men **du var jo aktiv, du også.**" Hun ville ikke kommet noen vei om jeg bare hadde sittet og lyttet uten å gi **tilbakemeldinger og nye utfordringer.** Og hun legger til at det er en underlig følelse å erfare at noen utenforstående **forstår hvordan en har det.***

*Tidsaspektet er viktig for Eva. Hun utdyper det nærmere og nevner at om det er en følelse av **liten tid i en konsultasjon, så blir legen hovedpersonen i møtet.** Det blir lett at hun styrer det hele og setter dermed **indirekte grenser for hva en pasient kan ta opp.** Det må gis rom for å **la tankene gå helt til bunns.***

*For ved at vi begge våget å være **ærlige og søkende,** så fikk Eva arbeidet såpass med de begrensningene som var blitt **problematisk** for henne i livet, slik at **forståelsen og strategiene ble hennes egne, omskrevet til hennes virkelighet.** "Jeg synes det er viktig at det spilles på ærlighet hele veien. Vi sitter ikke der og innbiller oss at vi **skjønner noe vi ikke skjønner.** Og vi er åpne på at vi **ikke skjønner alt.** Det er en del **mysterier inni her.** Ja, det virker som vi er litt **ydmøye for det alle sammen.**"*

*Underveis kommer hun på nok et råd hun fikk av meg i sin tid, nemlig å **skrive.** Og det har hun gjort i perioder. Hun har fått plassert mye på denne måten, forteller hun. Og uten å holde opp for seg de forskjellige belastende erfaringene i livet, kan en jo lett komme inn i en karusell, - **bli hengende fast i et mønster uten å komme fri.** Men nå er hun **herre i eget liv.** Hun har tunge stunder, glir tilbake i gamle mønstre. Men raskt kommer hun til klarhet over at "nå er jeg der igjen" og starter da opp med de strategiene vi i sin tid drøftet. Hun kommer i takt med seg sjøl igjen, som hun uttaler det.*

*Før vi bryter opp, legger Eva til at "for meg er dette...**mye mer enn å sitte og prate.** Det er videre oppfølging...Som jeg sier, jeg kan bli lei meg, men det er ingenting truende i noen av disse tingene her lenger. **Utfordringene ligger der i høyeste grad fortsatt.** For dette går på*

*personligheten min, vet du. Men det er så godt når...jeg blir litt herre i eget liv da. Og spøkelsene liksom rundt det må vike litt. Eller trollet har sprukket eller noe sånt.”*

*Eva er gått. Jeg sitter og summer meg litt. Vi har hatt en ledig samtale, kastet ballen fram og tilbake. Og hennes symptomer og sykehistorie var ikke tema i denne forskningssamtalen heller.*

*Hun har lagt til elementer som ikke kom med i forrige runde. Og hun har confirmert det som hun la vekt på sist. En overbevisende bekreftelse, synes jeg.*

### **Som speil i speil i speil**

Det er sein høst år 2000. Jeg er for lengst tilbake i Tromsø etter sommerens arbeidsperiode sørpå. Jeg skriver ut lydbånd og studerer filmene fra forskningssamtalene jeg hadde med ni av mine medtenkere. Jeg er kommet til møtet med KRISTIAN, som jeg traff alene slik som Eva. På TV-skjermen ser jeg nå møtet mellom ham og meg - hvor filmen fra samtalen med Tom og Bjørn spilles av – om vårt tidligere samarbeid – om livet slik det ga noen problemer for Kristian. Det er som et speil som viser speil som viser speil innover i bildet, omgang på omgang over levd liv.

*Hallo, hallo, og takk for sist! Det var en all right samtale, hilser Kristian. Han ser frisk ut og uttrykker glede over å få komme til nok en forskningssamtale. Jeg repeterer litt av informasjonen fra invitasjonsbrevet (vedlegg 3) om at jeg gjerne tar imot kommentarer på møtet vårt med Tom og Bjørn noen måneder tidligere. Og i tillegg er jeg fortsatt interessert i synspunkter på positive og negative forhold ved konsultasjoner vi har hatt opp gjennom årene.*

*Apparaturen for nye opptak lyser. Båndene går. Vi er i gang. Kristian bruker pause-knappen med jevne mellomrom og kommenterer filmen fra møtet vårt i vår. Han foregriper utsagn og ler av det når han erfarer at han sier det samme nå som han gjorde noen måneder tidligere i møtet hvor Tom og Bjørn også deltok.*

*Så kommenterer han samtalen mellom Tom og meg. "Du er jo veldig ryddig da, til å ha oversikt over situasjonen. Det var veldig betryggende." Og på lignende vis var det jo også i den tiden han var pasient, at det ble satt fokus på det som var det viktige for ham. Spesielt vesentlig var det da som nå med å skjermte nære personer som var involvert i prosessene. Og han kjenner seg igjen i det som ble tatt opp i møtet mellom oss fire. Det var hans egen situasjon som ble beskrevet i samtalen mellom Tom og meg, slår han fast.*

*Men akkurat denne ordvekslingen mellom Tom og meg tar lang tid. Veldig lang tid, synes Kristian under filmvisningen denne dagen. Han kommenterer at han ble passiv i den situasjonen. Og han følte det unaturlig å ikke kunne kommentere underveis. Mye kunne ha vært avklart i samtalen han overhørte om han hadde kunnet komme inn med oppklaringer på ulike spørsmål som ble reist. Det kjentes kunstig å ikke være deltaker når den det snakkes om*

*er ham selv. Han tror nok at vi mister litt på denne måten, - selv om han på sin side begynte å gjøre noen notater underveis. En tredjeperson som er en part, men som ikke skal si noe - .*

*Men hva om Tom hadde snakket med ham først? lurer jeg på. Det ville kanskje vært bedre. Og når filmen er ferdig, legger han til at "om vi fire skulle ha gjort det om igjen, så ville jeg ha hatt en samtale om situasjonen med alle fire inne når det først er fire personer i et rom. Det blir litt kunstig at to og to snakker sammen og de andre bare sitter og hører og kommenterer etterpå." Sier Kristian.*

*Underveis blir han klar over en diskrepans mellom det han sier på filmen og det han vet med seg selv at han tenkte. Tidligere ville han ikke ha kunnet sette ord på det, forholde seg til at han faktisk dobbelkommuniserte. Så han bedyrer at forskningssamtalen har hjulpet ham noen skritt videre i de forholdene han fortsatt strever litt med i livet sitt.*

*Kristian utdypet fortløpende de fenomenene han vektla i intervjuet med Tom. Ingenting blir trukket tilbake, men han supplerer, legger til. Det blir sein kveld før vi avslutter etter over to timers filmvisning og samtale. En arbeidsøkt preget av åpenhet, ærlighet, humor og ettertanke og med en jevnbyrdighet i drøftelsene av tidligere felles erfaringer.*

*Jeg er godsliten.*

### **Alle kortene på bordet**

Tom og jeg møter VIVIAN sommeren 2000. Hun var i sin tid blitt bra av angstplager etter bare en eneste samtale. Og det samme hadde skjedd da hun søkte hjelp for nakke- og skuldersmerter og hodepine. Og en tredje gang gjaldt det brystsmarter. Alle disse helseproblemene hadde Vivian kommet ut av etter tilsynelatende svært liten innsats fra min side. Jeg gleder meg til å møte henne, - jeg er spent på hva hun har å si.

*Vivian er i gang. Hun nevner i rask rekkefølge de fenomenene som hadde vært viktige for henne da hun søkte lege disse tre gangene i løpet av noen år. Om roen som preget møtene våre. Det var ikke noe stress og hun følte ikke at hun var til bry. Det var videre viktig for henne at ingen ting var for små for å bringes til legen. Hadde hun bekymringer, så var det det sentrale. Dessuten hadde hun satt stor pris på at hennes funderinger hjemmefra ble tatt vel imot og drøftet seriøst. Hun ble ikke avfeid på sine egne forsøk på diagnoser.*

*Men om hun skulle føle seg trygg på konklusjonene, var det helt vesentlig at hun hadde fått lagt alle kortene på bordet, - at hun ikke holdt noen tilbake. Dette ble mulig ved at hun fikk klar forståelse av at det ikke gjaldt å få henne fortrest mulig ut av kontoret. Tvert om erfarte hun at det var vesentlig å ha tenkepauser underveis hvor vi begge kunne reflektere over det sagte. Snart den ene av oss, snart den andre kom så med innspill. På denne måten følte hun seg trygg på at alle sider av problemene ble belyst så godt som mulig. "Da jeg gikk ut av døra, var innstillingen min forandret. Og da ble jeg bra." Det var ingen spørsmål igjen som kunne komme til å "kverne videre" og gjøre at hun trengte nok en legetime.*

*Vi satt alltid rett overfor hverandre og hadde blikkontakt, forteller hun videre. Det var ingen rasling i papirer og klapping på datamaskinen mens samtalen pågikk. Det ville i tilfelle ha bremsset fortellingen hennes og sannsynligvis hindret at hun kom til målet med ærendet sitt. I stedet opplevde hun antydningene mine om mulige sammenhenger som å treffe spikeren på hodet.*

*Første gang hun kom på kontoret mitt, gjaldt det en rutinevurdering, en gynekologisk undersøkelse. Da erfarte hun at hun ble møtt som personen Vivian og ikke et hvilket som helst menneske eller en brikke i et puslespill, et tilfelle på et samleband.*



*Men også legen er et menneske. Det ble så klart for henne da både hun og jeg hadde vært til stede ved et dødsfall i nabolaget hennes. Den gangen hadde vi blitt igjen etter at den døde var båret ut. Vi hadde stelt i leiligheten etter gjenopplivningsforsøket på den unge jenta som så brått hadde forlatt livet. Kanskje var det godt for oss begge to den gangen å gjøre dette praktiske arbeidet sammen, - før Vivian tok med seg et lite spedbarn som var blitt alene igjen i boligen. Hun låste ytterdøra og reiste hjem til seg selv etter hvert. Og jeg dro videre til neste sykebesøk den natten.*

*Det blir stille. Jeg husker veldig godt dette tragiske dødsfallet, men ikke at vi stelte leiligheten. At legen også er et menneske - . Jo, vi delte nok noen vesentlige minutter denne natten, Vivian og jeg.*

*Tom vil gjerne høre litt mer om hvordan det kunne være mulig å bli fri helseplager etter bare én eneste legetime. Om hun kunne si litt mer om det? Og Vivian gir en beskrivelse av seg selv. Hun er ikke den som renner ned legekantorene. Nei, hun grubler og tenker og prøver å finne forklaringer selv dersom kroppen gir noen uvanlige signaler.*

*For det er kroppen hennes som sier ifra. Hun erfarer at det har med "psyken" å gjøre, men hun får ikke følelsesmessige plager direkte. Nei, det er kroppen hennes som gir beskjed – om hun for eksempel har tatt for mye ansvar for andre og glemt seg selv. Det hadde hjulpet avgjørende å få en påminnelse i møtet vårt om at hun også er et menneske. Hvem er det som tar vare på henne? hadde jeg spurt. "Det var jo ingen. Men tenk at noen brydde seg om meg! Ja, da kunne jeg jo komme ut med hvordan mine følelser var," fortsetter Vivian.*

*Så med noen råd fra legen og en tiltro til og erkjennelse av at rådene føles riktige, så stoler hun på det hun har fått vite. "For hvis jeg ikke kan stole på legen, hvem skal jeg da stole på? Legen har jo fagkunnskapen", konstaterer hun.*

*Før vi bryter opp, besvarer Vivian et spørsmål fra Tom om hvordan hun tror det ville ha vært om Tom hadde snakket med meg før henne? Vivian tror det er best at pasientene starter. Selv er hun verbal, men kan godt tenke seg at mange kanskje ville føle seg litt reservert om samtalen hadde foregått mellom oss to legene først og kanskje på en måte som kunne kjennes fremmed for pasienten. Man ordlegger seg jo litt forskjellig.*

*Dessuten er hun glad for at det ikke ble lagt ledetråder. Dermed fikk hun fortalt om sine egne erfaringer uten at hun måtte forholde seg til det vi måtte ha sagt forut. " Du kommer med det som er ditt - altså det som virkelig er ditt."*

Og det er enda mer Vivian forteller, vurderinger som jeg har hørt allerede fra både Eva, Kristian og Birger. Mye er sammenfallende og noe er nytt. Slik har det vært fra møte til møte med medtenkere. Noe nevnes av flere, og andre sider bærer nok preg av de problemstillingene de i sin tid hadde behov for å drøfte.

Alle ettersamtalene har så langt vært gjennomsyret av en undring hos oss alle sammen. Vi sitter ikke med ferdige svar med to streker under, *Svaret* med stor S. Nei, vi er genuint på leting. Og i dette fornemmer jeg at vi stiller på lik linje, at vi søker noen svar sammen. Slik har det vært både når jeg møter tidligere pasienter alene og når vi er flere personer til stede i forskningssamtalene.

## Nå skal du høre

CARINA sitter klar. Jeg er veldig spent på hva hun har å si om et par møter vi hadde i 1998, hvor astmaplagene hennes fordunstet etter en eneste samtale på legekantoret.

Men først har vi en gjennomgang omkring taushetsplikt og anonymisering av arbeidet mitt. Jeg forteller om hvordan alle medtenkerne vil få nye navn i avhandlingen. Noen vil skifte yrke for ytterligere å sikre mot gjenkjenning. Ikke alle temaer vi drøfter underveis vil komme med i den skriftlige presentasjonen av forskningsprosjektet. Det skal med andre ord ikke bli mulig for utenforstående å gjenkjenne henne. Hun finner orienteringen grei.

Så er vi i gang. Carina tar initiativ i starten av møtet og forteller meg at det fungerte ikke så bra for henne at jeg måtte lete i dataen etter hva hun kom for. Det burde jeg ha lest meg fram til på forhånd. Så skulle vi ha sittet rett overfor hverandre fra første stund. Nå hadde ikke hun problemer med selvtilliten. Men de som måtte være dårligere stilt enn henne i så måte, kunne lett føle seg som et nummer i rekka. Og da kjenner man seg iallfall ikke mer verdt. "Den ønsker jeg å gi deg tilbakemelding på," uttrykker Carina med fast stemme.

Flott, tenker jeg. Så fint at det kommer fram at ikke alt har vært så bra i sin tid. Kritikkk mottas med takk. Jeg har vært litt redd for at tidligere pasienter ikke skulle våge å komme fram med negative sider fra de tidligere møtene våre, - kanskje ikke "henge ut" doktoren sin i en kollegas nærvær. Så jeg prøver å signalisere at dette er det fint at hun sier noe om.

Carina husker uttalelsen min fra et par år tilbake om at jeg gjerne skulle intervjuer henne en gang om hva som kunne være bakgrunnen for at tettheten og hosten hennes forsvant. Og nå sitter vi her, da! Hun får frysninger den dag i dag, hårene reiser seg på armene hennes, når hun tenker på den prosessen som foregikk i hverdagen hennes den gangen. For hun hoster fortsatt ikke. Hun trenger ikke å hoste, sier hun til seg selv når hun nå og da kjenner kiling i halsen.

Hva var betydningsfullt i sin tid? lurer Tom Andersen på. Og Carina legger fram at hun mente å vite at jeg var "motstander av røyking, - det var noe alle visste." Så hun hadde vurdert å oppsøke en annen lege da hoste og tetthet plagde henne både dag og natt. For hun

ønsket ikke å slutte med tobakken, det kom bare ikke på tale. Og noen **pekefinger** fra meg ønsket hun ikke i sakens anledning.

Men så var det helt andre spørsmål hun fikk da hun møtte opp til time hos meg. Om hvorfor akkurat hun hadde fått astma? Og hvordan var nå livet for tiden? Jeg hadde spurt om forhold på arbeidsplassen og i familien. "Du begynte å stille litt spørsmål om hvordan jeg var som person i forhold til mine omgivelser, og hvilke forventninger og krav jeg satte på meg sjøl. Det begynte egentlig med det." Carina hadde tenkt at hva er nå dette for spørsmål? Men så hadde jeg gått videre og begynt å snakke om at kropp og sjel er en enhet, at alt henger sammen på en måte. Jeg hadde **sådd noen frø** den gangen, forteller hun.

Så hun hadde tatt meg på alvor og begynt å kjenne etter når hun ble tett, hvilke situasjoner det gjaldt og hvilke tanker som dukket opp samtidig. Og da fant hun noen mønstre som gjorde at hun begynte å si til seg selv "ja men, du behøver ikke å hoste." Og da ga det hele seg etter et par svelg eller host.

Tom og Carina starter ut i denne samtalen, - som etter hvert blir en dialog mellom Carina og meg, - og som deretter glir over i en samtale hvor vi alle tre undrer oss og stiller "naive spørsmål", som Tom kaller det. Og Carina spinner videre og kommer til at mine antydninger falt i god jord kanskje spesielt fordi mine forestillinger **stemte overens** med hvordan hun selv har tenkt at vi mennesker er laget. "Jeg har bestandig hatt en sånn tro på at kroppen er slik innrettet at det skal ordne seg sjøl. Hvis vi er bevisste, så kan vi hele oss sjøl." Samtidig vet hun "at det er sykdommer et menneske ikke klarer å stoppe, - som en på en måte ikke er herre over." Og da har hun stor ydmykhet for legens diagnose. "Jeg skulle ha vært veldig sikker før jeg hadde begynt å stille en leges diagnose i tvil."

Hun forteller at hun i vårt møte hadde kommet ut med en **vinn-vinn-følelse**. For i hennes forestilling hadde det festet seg en stor bekymring for lungekreft, - røyking, hoste og lungekreft var koblet sammen i hennes bevissthet. "Jeg **snørte meg inn i sirkler** om at nå er du sikkert sjuk. Så det ble ikke noe bedre." Så da jeg hadde fortolket hosten, tettheten og pipingene til å kunne handle om astma, så var det "rene ferieturen". Da tenkte hun selv at hun var frisk. For henne var astma ikke en alvorlig tilstand, men hoste og piping i dårlig vær og allergi mot hest og hund og slike ting. "Den tar vi," hadde hun tenkt. Det ble på mange måter en nedtrapping fra lungekreft til ingenting for Carina.

*Denne bevisstgjøringen har seinere gjort det mulig for henne å tolke kroppens signaler på en langt mer bevisst måte enn tidligere. For øyeblikket hoster hun. Men hun har vært forkjølet nå. "Da er det liksom at jeg godkjenner hosten."*

*Carina har glemt at hun faktisk hadde brukt astmamedisiner innpå et års tid da hun kom til meg den gangen. Disse sluttet hun med umiddelbart og har ikke hatt behov for dem seinere. Og datteren bruker heller ikke medisinene sine lenger mot hoste og tung pust. Det har hun ikke tenkt på før nå. Tidligere var hun alltid så nøye med å bruke dem fast og ha dem med seg overalt. Carina legger fram noen tanker om at på skolen så hadde det vært "sånn veldig fokus på dårlig inn klima, så her får vi astma - ."*

*Hva hadde skjedd om møtet vårt ikke hadde funnet sted? lurer Tom på. "Da tror jeg at jeg hadde fortsatt med medisinene. Og da hadde kanskje mine tanker vært **trua på medisinene**, at hosten stoppet. Men hvor lenge – hvis jeg da hadde vært bevisst at nå har jeg faktisk stoppet - hvor lenge skal jeg måtte gå på dem? Er det for resten av livet for på en måte å holde hosten borte?...Altså verst tenkelig så hadde jeg hostet resten av livet." Og det som hadde vært legens bidrag til forandringen? "Det var bevisstgjøringen. Hvorfor skal akkurat du ha astma? Jeg husker spørsmålet," sier Carina.*

*"Og hosten kan du kontrollere bare du bestemmer deg for det?" spør Tom mot slutten av samtalen vår. "Ja, det er det som gjør at jeg får frysninger. At **tanke** alene klarer å **kurere**. I mitt hode kurerte jeg hosten sjøl...og det er bare med å tenke tanken at du er frisk. Deg feiler det ingenting. Du trenger ikke å hoste." -*

## Dere ville meg vel

Sommeren 2000 møter Tom og jeg, som nevnt, tre av mine tidligere pasienter sammen til forskningssamtale. I tillegg har jeg intervju med seks personer alene. Video og lydbånd tikker og går trofast i alle møtene. En av dem jeg snakker alene med er ELSE.

*Vi sitter på hvilerommet på legesenteret. Else setter seg godt til rette i stolen og støtter armene på spisebordet. Tillit, tenker jeg. Slik kan hun sitte fordi hun føler seg trygg. Og det er kanskje det hele samtalen vår handler om denne dagen, trygghet og forutsetninger for denne.*

*For hun hadde vurdert å skifte lege for mange år siden. Hun hadde hatt lyst til å be meg sette meg ordentlig inn på stolen. For det virket på henne som hun ikke skulle ha vært der. Det var som om jeg allerede var på spranget til neste pasient, - som dessuten for lengst burde ha vært ferdig. Travelhet og følelse av å være til bry er det som gjennomsyrrer Elses beskrivelse av de første årene vi møttes.*

*"Det er forferdelig å si dette til et menneske som har kommet til å bety så mye for meg," ler Else. "Jeg burde jo være litt snillere." Og jeg uttrykker takknemlighet for at hun er konkret og forteller meg om disse negative erfaringene i møtene våre. Det er viktig for meg å høre. Og jeg tenker at så flott! Her kommer nyanser som det er verdifullt at bringes til torgs. Else har klar tale om betydningen av å føle seg som den ene pasienten den dagen, at hun var min pasient.*

*Men bildet fra de første årene var ikke helt uten nyanser. For når det virkelig var alvor, da hadde jeg vært veldig til stede, forteller hun. En sønn hadde vært alvorlig syk, en datter likeså. Og i begge tilfellene hadde jeg ordnet opp, hatt mange baller i luften, og samtidig inngitt en ro som hjalp dem som foreldre til ikke å bli mer oppskremte enn de var. De følte seg ivaretatt. "Jeg følte vel kanskje sånn intuitivt at hvis det ble alvor, så ville du være der." Kanskje lå dette til grunn for at hun likevel ikke skiftet lege i sin tid, lurer hun på.*

*Men så skjedde det et markant skifte, fortsetter Else. Om det var hun som ble mer interessant som pasient eller om jeg som lege hadde gjort endringer hos meg selv, se det kunne hun ikke si noe sikkert om. Men iallfall opplevde hun en radikalt annen situasjon da hun kom med smerter og fortvilelse og ikke visste hvor hun skulle begynne. Og da følte hun*

seg både sett og hørt og tatt på alvor. Da følte hun at hun ble holdt oppe, ble tatt vare på. Else svelger.

Og hun fortsetter med at å være lege må være et forferdelig krevende yrke. "For hvis man ikke er veldig spesiell, så blir man jo på en eller annen måte **berørt**." Så hun tenker at leger av og til må **skjerme seg selv, distansere seg**. "Men det er jo litt leit hvis det skjer i konsultasjonen, da."

Det hun har satt stor pris på underveis er at hun er blitt oppmuntret til å **reflektere** over egen situasjon." Du stilte noen spørsmål eller ga en liten kommentar...sånn at jeg kunne tenke at det var mulig å **tolke ting annerledes**." Hun fikk med seg noen **redskaper** som hun kunne bruke i mange situasjoner i hverdagen. Hun har underveis åpnet opp for at forhold i eget liv kanskje kan omdefineres og omformuleres, slik at hun kan komme ut av noen **tvangstrøyer** som har holdt henne på plass i fortolkninger som er blitt svært destruktive, så nedbrytende at hun ikke lenger greidde å holde seg oppreist.

Vi minner hverandre om noen møter vi hadde sammen med Bjørn Angvik hvor Else forandret kroppsstilling fra oppreist til framlut og til slutt med hendene over hodet, - som for å beskytte seg. Og det er slik hun har opplevd lange perioder av livet sitt, - nemlig at andre skulle ramme henne. Å alltid være i **beredskap**, i forsvar, forvente å bli angrepet verbalt og følelsemessig ble til slutt helt uholdbart. **Kroppen sa ifra**. Hun knakk bokstavelig talt sammen da jeg underveis spurte "Hvordan har du det?"

Om vi presset henne for hardt? "Det kan hende at dere gjorde det, kanskje gjorde dere det ikke. Jeg vet ikke. Jeg er ikke vant til at noen har respekt for meg når det gjelder å gå inn på sånne private ting. Jeg skal på en måte tåle alt....Sånn at hvis dere gjorde det, så var jeg ikke i stand til å si ifra – å se."

Hva med de rådene vi hadde gitt underveis, hentydninger til de valgene vi syntes vi kunne ane? "Jeg tror vi trenger det noen ganger....at en **sier litt ifra** hva som er hva.... Og det er jo nesten det dere gjør når dere **gir medisiner**, ikke sant....Sånn og sånn er det, og nå trenger du det. Hvis man gir et råd på hvordan en kan handle, så er det kanskje ikke noe verre – ikke noe større **overgrep**, det." Jeg stusser på ordet overgrep og ber henne utdype hva hun mener. "Noen ganger synes jeg jo kanskje det med medisiner er et overgrep fordi at du får ikke

*sjansen på en måte til å bli frisk," sier Else, og legger til at da tenker hun på vanedannende medisiner eller nervetabletter. "Det er klart at for å bli kvitt en pasient fort...da har man jo gjort noen ting. Man har fått en resept."*

*Men hvorfor ble det ikke medisiner for hennes vedkommende, tro? Else har svaret klart: "Det var fordi du spurte meg om hvordan jeg hadde det.... Jeg visste vel hvor landet lå."*

*Som avslutning denne dagen tar Else opp betydningen av å få noen **tilbakemeldinger** på hva det er **rimelig** å forvente og rimelig å tåle fra sine nærmeste. "Det hadde jeg ikke fått til aleine." I dette arbeidet var det viktig at vi hadde vært to personer, to profesjoner og to kjønn. For vi tenker jo noe ulikt. Men det aller viktigste var nok "at dere var **interessert** i utvikling hos meg... at dere var interessert i at jeg skulle klare meg."*

*"Jeg følte jo også at jeg fikk litt **omsorg**....Det er noe med det at dere **ville meg vel**...Det er kanskje det som er forskjellen....Det er noe med at jeg er din pasient. Du er unikt interessert i at jeg skal få orden på helsa eller livet mitt eller hva det måtte være." -*



## Respekt og ydmykhet

GUNVOR karakteriserer det som et privilegium å få anledning til å si sin ærlige mening om møter i helsevesenet, - og det uten å risikere å bli straffet. For det ligger **makt** i noen yrker. En går over mange terskler, ja, høye murer, om en går inn i diskusjoner med en lege." Og til og med blir sint på ham. "Det gjør du ikke. Det blir du ikke. Du har dannelse. Selv om du føler deg **tråkka på**. Han kan faktisk ikke behøve å være hyggelig med meg neste gang eller straffe meg på et vis."

Vi møtes under fire øyne. Gunvor har mye på hjertet. Hennes faste lege sluttet like før hun møtte meg. Og hun kan ikke få fullrost ham for den **roen** han alltid viste. "Du følte at når du kom klokka halv tre med en skrikende unge med halsbetennelse, så var du den **eneste pasienten den dagen**."

Og det med å skape **tillit** hos en pasient behøver ikke ha med alder og erfaring å gjøre. Hun nevner en turnuslege som vi begge vet av, en person som i ærlig åpenhet "viste **respekt og ydmykhet** for at han som lege sto overfor en person som trengte hans hjelp. Det var ikke viktig å vise hvor dyktig han var, men å inngi **trygghet** hos den andre."

For Gunvor regner med at hun får den **medisinske hjelpen** hun trenger av en lege. Hvem som er faglig sterkest, er ikke hennes bekymring når det gjelder valg av doktor, men **måten hun blir møtt på**. At hun blir ivaretatt og lyttet til, - det er det hun tar innover seg. I våre møter hadde det vært viktig for henne at jeg ikke tok over styringen, men at hun fikk **beholde tømmene**. Jeg hadde lyttet, kommet med stikkord, - "men hvorfor tenker du sånn?" Men jeg hadde ikke styrt samtalen. Hun kjente sin egen kropp best, og denne retten ville hun ikke at noen skulle ta fra henne.

Og samtidig uttrykker hun at det må være "et umenneskelig kjøp...å skulle møte alle pasienter like **blid**. For det er jo det vi forlanger. Når vi kommer der, så vil vi gjerne at du på en måte er der **for oss**, at du **ser oss** og at du ikke har en **dårlig dag**. For det er nok med at jeg har en dårlig dag, om ikke du skal ha det." Hjertelig latter virker forløsende etter en lang sekvens om en rekke nedverdiggende erfaringer i helsevesenet.

Og vi skoggerler når hun i friske ordelag beskriver et opphold på et større sykehus. "Hvis du har to eller tre diagnoser, så er du ikke menneske. Men da blir du tre diagnoser som tilhører tre spesialiteter på sykehuset." Og der lå hun fra mandag til fredag og gjorde sitt fornødne på statens regning fordi disse tre ikke greidde å bli enige om hva som skulle gjøres med henne, - selv om bestillingen fra lokalsykehuset var klar. "Er det rart at det går på dunken? Men du må huske på at jeg hadde tre diagnoser, og da var det jo ikke så enkelt!" For henne ble dette komisk. "Og tenk hva det koster!"

Gunvor er opptatt av de nyutdannede legene, strevet med å bygge opp en **profesjonalitet**. "...at man slipper å gå i baret gang på gang og tro at bare man er dyktig som fagmenneske, dyktig til å stille diagnoser og dyktig til å skrive ut medisiner, så er jobben gjort. Det er ikke slik. Det kan faktisk være sånn at hvis noen av oss har vært hos legen som har behandlet oss sånn (ikke lyttet og vært deltakende), så har vi nesten ikke **tillit til å ta de medisinene de har skrevet ut**. For vi vet ikke om de er riktige. Og så lar vi det være. For vi stoler ikke på den vi har vært hos, for han har **ikke vært hyggelig**."

Gunvor og jeg snakker sammen innpå to timer. Mange temaer blir berørt, flere som mine tidligere medtenkere også har utdypet. Jeg sitter igjen med et inntrykk av en samtale som på alle måter har fungert jevnbyrdig. Hun har kunnet komme fram med parallelle erfaringer fra eget yrke som belyser sider ved møter på et legekontor. Og vi enes underveis om at tillit er et sentralt fenomen i et hvert møte mellom mennesker, - og spesielt vesentlig når en kommer som **sårbar pasient**. "Først menneske, så lege", konkluderer Gunvor.

## Du leste meg godt

*På mange måter er Gunvors konklusjon også essensen i samtalen med IRIS. Vi har kjent hverandre i en årrekke, både fra møter på legekontoret, men kanskje mest i det sivile liv som samarbeidspartnere og innenfor fritidsaktiviteter.*

*Iris er klar på at jeg **leste henne godt** da hun kom for å ta ut noen sting etter en kul hun hadde fjernet på halsen. Jeg tok over kontrollen og anbefalte myndig en sykemelding. Det var på hengende håret. Hadde hun gått lenger, ville hun nok ha blitt alvorlig syk, bedyrer hun. Kulen var ufarlig den, men selv evnet hun ikke å forholde seg til verken dette eller at **kroppen hennes hylte av smerte**. "Men det var liksom sånn at jeg fikk lov til å slippe taket, fikk lov å la være å stramme meg opp og tåle og holde ut litt til og litt til, vente på neste ferie for å puste."*

*Overrasket og litt forvirret hadde hun akseptert sykemeldingen. Og så slapp hun taket og falt i kjelleren, ja, under kjelleren. En lang, lang trapp førte opp til en dør på gløtt. Det var mørkt og altfor langt opp til lysstrimen.*

*Iris ser sliten ut når vi nå møtes til forskningssamtale. Hun smiler, men virker ikke glad. Hun sitter og stryker over sitt eget ansikt med en og to fingre under hele intervjuet. Langsomme bevegelser som akkompagnerer det hun sier. Om igjen og om igjen. Hun tegner og tegner. Pannen, øyenbrynene, hårgrensen, halsen. Tegner seg selv.*

*Også verbalt. Hun gjentar hvor viktig det var for henne at jeg **visste om henne** fra mange positive situasjoner. Det gjorde henne **troverdig**, mente hun, og det igjen ga henne **trygghet**. Dermed ble det mulig for henne å nærme seg sider av hennes egen historie som hun aldri tidligere hadde våget å gå inn i.*

*Jeg hadde uttalt at "du kommer til å gå til du ligger flat". En annen lege ville ikke ha sett det. For Iris har alltid holdt maska – hele livet. Aldri bedt om noe for seg selv, alltid stått på for andre. Det hadde hun god trening i fra hun var bitte liten. Aldri klage. Det var alltid noen som hadde det verre enn henne.*

Hun er nå i en atferingssituasjon og forteller om hvor viktige de har vært de erklæringene jeg hadde skrevet. Diagnoser og medisinsk tilstand, jo da, greit nok. Men mest vesentlig var beskrivelsene som forklarte at situasjonen var langt **utenom hennes normaltilstand**. Det var kanskje ikke så lett å se for en trygdefunksjonær eller en rådgiver på arbeidskontoret. For hun så jo ganske godt ut, tross sin alvorlige situasjon.

En lang samtale går mot slutten. Iris har nevnt mange av de samme fenomenene som flere medtenkere har pekt på. Men om hun kunne ønsket seg noe annerledes underveis? lurer jeg på. Jo, det måtte være at vi hadde **møttes enda oftere enn vi gjorde**, - og at hun kunne ha tatt **kontakt når som helst**. Så korrigerer hun seg selv og forteller at den muligheten hadde hun jo fått, men at det kanskje var for høy terskel i henne selv til å si ja til tilbudet. Men om en psykolog hadde blitt koblet inn før jeg reiste, så ville det kanskje satt litt mer fortgang i prosessen. Og jeg er enig.

## Å bli tatt på alvor

Det nærmer seg slutten på mine vikaruker på legesenteret. Travle dager, spennende konsultasjoner, herlige samtaler med både kjente og ukjente pasienter i min kollegas praksis. Å stille med åpen agenda, ønske pasienten velkommen fram, svinge med i pasientenes fortellinger, det fungerte også i møter med nye mennesker, ikke bare der pasienten var velkjent for meg fra før. -

To tidligere pasienter står igjen på listen over samtalepartnere sommeren 2000, nemlig Kåre og Birger. Jeg har hatt det travelt og har ikke rukket å tenke og skrive før og etter hvert intervju. Jeg får heller ta en oppsummering når jeg er tilbake i Tromsø, tenker jeg. Kanskje har jeg tatt meg vann over hodet når jeg har full dags legepraksis og forskningen på ettermiddager og kvelder. Men slik ble det nå denne gangen.

*KÅRE møter Tom Andersen og meg sammen. Vi bruker litt tid på å beskrive hensikten med prosjektet mitt. Det blir greit for Kåre å delta når han får bekreftet at dette er forskning som ikke skal havne i en skuff, men som kan komme studenter og leger for øre. Da er han motivert for å delta. På min anmodning starter Tom samtalen med Kåre, og ikke med meg.*

*Kåre har livslang erfaring med leger, - mange leger. Han var nærmere 40 år før han følte seg **tatt på alvor** da han dukket opp på vårt legekontor midt på 1980-tallet. Karrieren som pasient startet i tidlig barnealder, og etter hvert har han fått en rekke kroniske sykdommer. Men roten til plagene var det ingen som hadde brydd seg om tidligere. Selv var han overbevist om at det **handlet om hans historie** og de psykiske plagene som fulgte i kjølvannet.*

*Han løfter hendene som om han holder fram et spedbarn og beskriver at slik følte han det da han omsider møtte **forståelse** og ble **lyttet til**. Det var nytt for ham - i livet. Og han er takknemlig for at alle de fysiske plagene hans ikke ble trukket i tvil, men ble **undersøkt skikkelig**. Og dermed ble han langt mindre plaget - selv om vi begge konkluderte med at de følelsesmessige problemene igjen hadde gitt seg utslag i kroppslige symptomer. Tidligere var det kalt "bare nerver". Men det er ikke bare "bare". Tvert om. Han hadde erfart både hjertekrampe, hjerteinfarkt og blodpropp i et bein. Men det var for ham langt mindre*

plagsomt enn det å hele tiden ha følelse ute for avvising - inntil et ønske om å forlate denne verden.

Som flere av medtenkerne mine så langt er også Kåre klinkende klar på behovet for **tid og ro** om en skal kunne komme fram med ærendet sitt på et legekontor. Tiden, enten den er kort eller lang, må være forbeholdt den som søker hjelp. Det må være rom for å være mennesker, snakke om **dagligdagse ting** som ikke nødvendigvis handler om sykdom. "Du får et annet **klima**." Han demonstrerer med hendene behovet for at legen stiger ned på nivå med pasienten, at man **møtes som menneske til menneske**. Det åpner for en **fortrolighet** som hjelper pasienten til å bringe fram det **vesentlige** i problemene sine.

En lang karriere på flere større sykehus har gitt ham inntrykk av en **forsterket tidsnød** blant spesialister sammenlignet med hos allmennpraktikerne. De har en oppsatt plan for hva som skal gjøres og gjennomfører denne. Det er ikke rom for **dialog** mellom pasienten og legen. "Spesialistene ser i dataskjermen og enser ikke hva du prater om. De har **sitt å gå etter**. Og så går de etter det...Ja, du kan like gjerne **snakke til veggen**.... Det er som i eventyret: *God dag, mann. Økseskaft*." Han har aldri følt at de har tenkt på pasienten. Han gjør en håndbevegelse som når en kommanderer en hund til "dekk!" og antyder med forsiktig stemme at det har vært som å få et slag i ansiktet.

Men så nevner han en turnuslege i praksisen min som **ringte hjem** til ham på en helligdag og spurte hvordan det gikk med ham. Først ble han målløs og fikk ikke fram ett ord. Tenk at noen **brydde seg** om hvordan han hadde det! Og legen ringte enda en gang en tid seinere. Det ble for ham en overveldende erfaring at han **ble tenkt på**. Han legger til at han ikke mener at leger skal ringe til alle pasientene sine, men kanskje de skulle ha **færre personer** å ha ansvar for, og så få muligheten til å ta seg godt av disse.

For Kåre tror at drivkraften bak å velge legeyrket "må jo være for pasientens skyld. Det er vel hovedsakelig derfor man utdanner seg som lege, fordi man føler trangen og lysten til å **bistå og hjelpe**...(De unge legene) er på et så menneskelig plan at det er fantastisk mange ganger å oppleve det." Men så har han tenkt i sitt stille sinn: "Bare ikke **helsevesenet ødelegger dem**."

Gjennom årene har Kåre hatt mange "innimellom-timer" hos meg, altså ultrakorte konsultasjoner, for eksempel på skiftetua. Da opplevde han meg som litt "busete", altså at jeg ikke åpnet opp for andre temaer enn akkurat det konkrete problemet jeg ble presentert for. Selv om han kunne hatt et ønske om å lufte flere spørsmål, inviterte jeg ikke til det ved at jeg ikke greidde å skjule stresset i situasjonen. Jeg støtter ham fullt og helt i denne beskrivelsen.

Kåre forsøkte allerede som smågutt å ta sitt eget liv. Flere selvmordsforsøk. Han var i fare også etter at vi møttes midt på 1980-tallet. Jeg forteller i samtalen med Tom at jeg var redd for Kåre i denne perioden. Følte meg ikke trygg på hva han kunne foreta seg. Kåre på sin side bedyrer at det var klokt at jeg ikke ga dette til kjenne overfor ham. Tvert om hadde jeg forsikret ham om at jeg ikke trodde han ville skade seg selv. Det var avgjørende viktig for ham i den labile situasjonen han den gang var i. Det var faktisk noen der ute som trodde på ham og fulgte med ham, var påpasselig.

Kåre er gått. Jeg sitter med mange sterke inntrykk fra denne forsknings samtalen. Du verden så mye han ga uttrykk for, så mange nyanser, så stor spennvidde i temaer. Flere nye sider ved en mann jeg har møtt i en årrekke. Det slår meg at jeg i altfor liten grad har vært åpen på tilbakemeldinger hos pasienter underveis som lege, altfor sjelden har invitert til refleksjon over det møtet vi nettopp har avsluttet. Tidsnød, ja vel, men kanskje ikke bare det. Vi leger går glipp av betydelige innspill for endring til det bedre i vårt daglige virke når vi ikke i langt større grad trekker inn pasienters perspektiv og synspunkter på helsevesenets oppbygning og praksis, tenker jeg.

### **Legen må søke i det ubehjelpelige**

*Endelig litt varme i en ellers kjølig sommer. BIRGER husker møtet med Tom og Bjørn så godt at han foreslår at vi møtes i eplehagen hans i stedet for å se film på kontoret. En to-timers samtale dreier seg først om nettopp forrige forskningsamtale. Han føler at det var et verdig møte med mye varme og med spørsmål som kanskje var litt annerledes enn han hadde forestilt seg på forhånd, "spesielt om hvordan du hadde opplevd meg" den første tiden på 1980-tallet.*

*Han syntes at "Tom stilte veldig sterke spørsmål underveis og veldig direkte...det var veldig seriøst. Jeg følte meg veldig respektert og satt pris på som menneske. Jeg følte meg sett til de grader."*

*Birger går etter hvert over til en beretning om et opphold han nokså nylig har hatt på hjemstedet sitt. Det var vinteren forut med forrykende uvær. Han hadde vært i butikken og var på vei tilbake til sin favorittkusine. "Plutselig var den høyre handleposen på vei inn porten (til barndomshjemmet) før jeg visste ordet av det. Det var kanskje et vindkast som hjalp meg eller noe sånn, da." Han hadde umiddelbart blitt veldig tung i pusten. "Hvis du fins, den guden, så får du komme og hjelpe meg. Det sa jeg faktisk da jeg gikk av meg sjøl opp fra porten." Han hadde våget seg inn i barndomshjemmet sitt - og det var ikke planlagt. Og selv tenker jeg at endelig var kanskje den siste brikken i puslespillet hans på plass ( s.78).*

*Birger forteller at han mer og mer har evnet å holde folk fra livet de siste årene, mennesker som har villet "spise på" ham eller bruke han som "smøring av deres hjul". "Det er noe med at det blir sånne ytre innsnevringar av viktige pulsårer. De tetter blodomløpet rett og slett. Så du kan få infarkter og alt som er. Og propper både her og der...av mindre når disse skal gå rundt i ens omløp." Og jeg tenker at kanskje har han mer rett enn han aner - ?*

*Ulende sirener fra en sykebil akkompagnerer oss. Og etter hvert starter naboens gressklipper, mens noen barn jubler på en trampoline. Svalene flyr lavt og signaliserer uvær. Og tordenen ruller stadig nærmere. En frodig ramme for mange sterke refleksjoner fra Birgers side.*

*Lydbånd og video har surret og gått under samtalen vår, selv om noen vindkast har forsøkt å sende dem i bakken. Vi har vært inne på mange fenomener som øvrige medtenkere også har*



tematisert. Tiden er inne for Birger til å vise fram sine første oljemalerier. Det er for meg en stor høytidsstund. 50 års drøm er blitt virkelighet for ham. Bildene gjør meg målløs, og jeg fortsetter å være uten ord når Birger forteller at "...jeg ønsket å tegne astma."

"Og jeg hoster jo ikke lenger når jeg snakker om dette." **Forsoning er et nøkkelord.**

Vi avslutter forskningssamtalen med noen tanker om hva han tror vil være viktig å formidle til medisinerstudentene. "De må søke å finne metoder for å være tydelige i sin legegjerning, søke etter hva det handler om." Også Birger legger vekt på det første møtet, slik flere av de øvrige medtenkerne har gjort. "**Søke i det ubehjelpelige**, lete i det...høre etter stikkordene, de **essensielle ordene**, trekke dem ut av samtalen og begynne der....Hva består du av? Hvem er du? Hvordan lever du? **Hva er viktig for deg i livet ditt?**" Han betoner at "det hjelper lite å bare se på overflaten... Det er viktig å komme **fort inn til kjerna**. Og da kan man behandle det som er viktig."

Legen må "sikte mot en **tydelighet**. Det behøver ikke være så avansert...Det er å finne stikkordene og så kjenne etter....at legen så fort som mulig søker etter **hva det handler om**."

Og Birger tar opp dette at han "har omsorg for at legene skal ha gode dager, interessante dager. Han "ser mange leger som kompromisser og kompromisser fordi de sliter med tiden og dette tilmålte, vanvittige systemet. Da blir jeg så...sint. Jeg får nesten astma bare av å tenke på det...For selvfølgelig har jo pasienten skikkelig godt av dette. ...Det er viktig at man ikke bare kommer på flaggermusbesøk, altså flagrer gjennom venteværelset og tror at man ikke får lov til å sette beina på gulvet. Det er det ikke tid til liksom....Å ha tid til **tilstedeværelse**".

"En **dialog** er nyttig for begge parter...Å få pasienten ut av systemet etter to-tre sånne møter i stedet for å bli gående der i årevis. Det er jo ikke rart at samfunnet stønner over store utgifter til helsevesenet og lurer på hva folk driver med... Så kanskje legen skulle lytte med **ørene** i stedet for **stetoskopet** noen ganger," avslutter Birger.

## En vandring i tåkeheimen

*Tåka er tett. En bomullsfølelse. Pusten, - plutselig blir jeg oppmerksom på pusten. Og hjertet hamrer tvers gjennom anorakken. Jeg letter visst litt over bakken, må kjenne etter for hvert skritt jeg tar. Går det oppover her? Nei, det var visst en stein. Litt til høyre kanskje? Nei, her heller det bratt utfor – eller er det bare en grop? Jeg kan ikke fortsette. Sett deg ned og vent, prøver jeg meg. Ta det med ro! Kle på deg og vent! Jeg fryser. Det er som is rundt hjertet. Jeg vet ikke hvor jeg er.*

Omtrent så eksistensielt skjør kjenner jeg meg etter samtalene med de ni tidligere pasientene mine. Jeg trenger måneder på å forholde meg til det jeg har fått høre og erfare i møtene med dem. Hva er det de prøver å si meg? Evner jeg å forstå? Eller skjuler det seg kvaliteter her som jeg ikke greier å fange i ord?

Jeg ser på videoene, lytter på båndene, skriver dem ut ord for ord og med kommentarer på mimikk og kroppsbevegelser, sinnsstemninger og følelsesuttrykk. I tillegg noterer jeg ned mine egne refleksjoner over det som treffer meg underveis, - det blir flere hundre sider etter hvert. For hva er det jeg hører? Hva er det jeg kjenner i kroppen? Hvordan skal jeg forstå det som kommer fram?

En forskergruppe på instituttet, bestående av tre filosofer og en lege, er til god hjelp den første tiden i dette arbeidet. Vi ser på filmer sammen, og de kommenterer mine skriftlige refleksjoner.

Litt etter litt går det opp for meg hvor dypt eksistensielt det er, det pasientene har formidlet, - både for dem selv, men også for meg. Banaliteter, vil kanskje noen hevde. Men det er ikke uvesentligheter medtenkerne har trukket fram, - for eksempel det de sier om tid nok, om å bli tatt på alvor, bli lyttet til, at de kunne komme med alt de ønsket, at de følte seg som hovedperson i møtene, samtidig som de erfarte en jevnbyrdighet oss imellom. Og dette at de var trygge på at doktoren var genuint interessert i dem og ønsket dem et bedre liv.

Jeg var forberedt på at legen som person måtte komme i fokus. Men det ble etter hvert en dypere refleksjon enn jeg kunne forestille meg på forhånd. En åpenhet og ærlighet fra medtenkerne som overrasket og imponerte meg. Og som samtidig ble veldig alvorlig.

For hvem er jeg som møter pasienten? Hvilket levd liv har jeg med meg inn i konsultasjonen med de som søker hjelp hos meg? Hvilken betydning får mine egne gode eller smertefulle livserfaringer for møter på et legekontor eller i et sykebesøk? – et spørsmål som må gjelde alle leger når de møter sine pasienter, tenker jeg.

Jeg må holde opp for meg selv at dette vet jeg jo mye om, det er jo nettopp det jeg gjør. Det er jo noe av bakgrunnen for at jeg i det hele tatt har gått i gang med det prosjektet jeg har. Og samtidig er det så overveldende å få det så rett i fanget i møter med tidligere pasienter. Plutselig blir det aktuelt for meg å sammenholde noen viktige erfaringer i mitt eget liv med tidspunkter for når jeg passerte de ulike stabbesteinene i faget, møter hvor jeg har måttet stoppe opp og innse at min faglige tenkning og praksis ikke var adekvat. Bokstavelig talt et misforhold mellom livet og læren.

Og midt i disse funderingene bader min bekymring i dette at vi leger år ut og år inn har uttalt oss om hva vi tror kan være viktig for pasienter. Men langt færre forskningsarbeider har tatt utgangspunkt i *deres* synspunkter. Videre tenker jeg at om noe skal endres i møter mellom pasienter og leger, så vil det være legene som må ta utfordringen om forandringer. Bakgrunnen for det igjen er bevisstheten om at pasienter er nå som de er når de søker oss på legekontoret. Dem kan vi ikke "forandre". Men vi selv, legene, trenger antagelig en kursending. Og da mener jeg at det var mest nærliggende å begynne med å forsøke å forstå meg selv som lege, og altså gå til mine egne pasienter for å be dem om å være mine medforskere.

Allerede før jeg søkte stipendet i Tromsø, hadde jeg noen vage tanker om sammenhenger mellom legen som profesjonell og legen som person. Dette var imidlertid nærmest ikke-tema i det medisinske studium på den tiden jeg tok min utdanning. Og jeg mistenker at det er slik fortsatt. I festtaler blir det betonert at "legen er det viktigste redskap i møtet med pasienter". Men det er i festtaler. Uttalelsen er kanskje like hul som utsagnet om at "pasienten er i sentrum" i det norske helsevesenet. I sentrum for hva? -

Mange konkrete fjellturer både alene og sammen med en av mine veiledere hjelper meg å rydde tankene. Egne foredrag i inn - og utland det samme. Noen vanndråper i tåkeheimen blir kondensert, og sikten bedrer seg noe.

## TREDJE FORSKNINGSREISE

### Noen forviklinger

Ut fra listen på 2500 pasienter har jeg altså primært plukket ut 16 personer. Og foreløpig har jeg bare hatt samtaler med ni av dem. Vil jeg fortsatt holde fast ved de øvrige sju, eller er det kanskje andre personer som kan være aktuelle å samtale med nå? Og hva med alle flyktningene i praksisen min? Mer enn 400 personer har hatt oppveksten sin langt fra Norge. Ingen av dem er med på listen min så langt.

Vi er kommet til vinteren 2001. Igjen skriver jeg flere omganger med refleksjoner omkring nye pasienter som jeg fornemmer kan være viktige å snakke med. I alt 20 personer kommer "på blokka" til slutt, inklusive de jeg allerede har møtt. Som tidligere nevnt (s.143) ønsker jeg å intervju stadig flere så lenge nye momenter kommer fram i forskningssamtalene (38).

Denne gangen sender jeg invitasjon til Anna, Mahmood, Ragnhild, Klara, Ji og Åsmund (vedlegg 2). Tiden går – og går. Kun tre av disse svarer meg tilbake om at de ønsker å bli intervjuet. Ji, Ragnhild og Klara gir ikke tilbakemelding. Hva skal jeg gjøre nå? Jeg har tidlig bestemt meg for at jeg ikke vil purre på noen av dem jeg sender forespørsel til.

Jeg har spurt Bjørn Nilsson om å være med denne gangen. Jeg tenker at jeg vil forsøke nok en gang med en kollega som leder av forskningssamtalen. Også denne gangen ønsker jeg at det skal være en samtale med pasienten først. Så kan heller jeg selv bli intervjuet i andre omgang.

Underveis viser det seg at Tom Andersen har lyst til å bli med nok en gang. Ojsan! Jeg har plutselig to kolleger, rede til å lede forskningssamtaler over to dager, men kun tre medtenkere! Hva skal jeg gjøre med det?

Selvfølgelig! Jeg kan allerede nå invitere til en runde nummer to for de medtenkerne jeg allerede har møtt. Opprinnelig hadde jeg tenkt å vente litt med det. Og jeg hadde vurdert å foreta de intervjuene alene. Kanskje jeg skulle gjøre om på denne planen og heller benytte mine kolleger også i disse sekundærintervjuene?

Men hvordan få det til rent praktisk? Sist gang fylte jeg min egen bil med AV-utstyr for å kunne vise film og samtidig ta opp ny video og nye lydbånd. Men å kjøre 2000 km i bil fra nord til sør vinters tid er ikke aktuelt for meg. Det må bli fly. Kan jeg oppnå noe av det samme om jeg på forhånd sender kopi av utskriften fra forrige møte? Da kan jeg begrense min bagasje til opptaksutstyret.

Jeg supplerer medtenkergruppen med Else og Vivian og tilbyr dem å få tilsendt kopi av samtalen som foregikk oss imellom vel et halvår tidligere (vedlegg 4).

Og mens jeg på denne tiden rydder plass til nye kassetter i kontorskapet mitt, kommer jeg over et lydbånd fra 1998. Johan hadde ringt meg og lurt på om jeg var interessert i noen tanker han hadde gjort seg etter at han hadde gjennomgått en større operasjon? Han forsto det slik at jeg var opptatt av møter mellom pasienter og leger. Han hadde noen egne erfaringer som han trodde kunne bli nyttige for meg. Fantastisk! For en gave, tenkte jeg, og reiste hjem til ham med lydbånd og ydmykhet i bagasjen.

Det er gått mer enn to år siden denne samtalen. Nå vil jeg skrive den ut. Og det gjør jeg – og sender deretter en invitasjon også til Johan. Om han kan tenke seg å utdype mer nå i ettertid? Og det vil han gjerne.

Så har jeg altså seks medtenkere klare for neste feltarbeid på legesenteret vårvinteren 2001. -

Det er like før avreise. Da kommer det et brev fra Klara. "Jeg hadde forlagt papirene, kan hende at dette er blitt for sent." Og det er det, dessverre. Jeg vil ikke greie å ha flere enn de seks personene som til nå har svart ja. Jeg beklager dette overfor Klara, som jeg jo svært gjerne skulle ha hatt en samtale med.

### Tid og tilbakemelding

VIVIAN har lest igjennom utskriften fra sist. "Den var grei den...Det var ikke noe jeg savnet." Bjørn og jeg sitter forventningsfulle. Om det er noe hun vil legge til sånn i starten? Og da er hun i gang og beholder ordet i lang tid. Hun utdyper mange fenomener hun hadde nevnt sist, - og det uten å bla i manuskriptet hun har foran seg. **Tid og tilbakemelding** er nøkkelord i det ene resonnementet etter det andre, krydret med egne og andres erfaringer.

Perioden med brystmerter blir brakt på banen igjen. Det viktige for henne den gangen var den **roen** hun ble møtt med. "Da føler du automatisk at legen har litt tid til deg som **meneske**, ikke bare som pasient for akkurat det du kommer for....Jeg forsto at jeg kunne få litt sånn **pusterom** for å begynne å **hente fram** noe av det jeg hadde tenkt igjennom før jeg bestilte meg en time...Og da begynte jeg å få noen **knagger** å henge mine tanker på. Dermed fikk jeg det til å **gå opp**, at - jo - det var forklaringen." Uten den roen til **refleksjon** ville hun ha forlatt legekantoret som "et stort spørsmålsteget" og vært lite hjulpet.

Samtalen går videre oss imellom med pauser og innspill fra alle tre. "Ja, men kan du få nesten som du går med melkespreng?" hadde hun spurt den gangen i 1999. "Vi kom innpå det med disse vi så på TV som sto og grein bak gjerdet...Det er jo akkurat det jeg følte at jeg nettopp hadde vært nede i gata. Og så plutselig fikk jeg for meg at ungen min lå hjemme og grein fordi han var sulten."

Gjennom livet har hun erfart at hun "har så mye følelser på godt og vondt." Hun har mange ganger erfart at hun får **kroppslige** utslag av **konflikter** hun er oppe i, som vondt i magen for eksempel. Men at brystene kunne si ifra, det hadde hun ikke kunnet tenke seg i sin "villeste fantasi". Men når hun "kunne få det **bekreftet** fra en lege at kroppen kan gi slike utslag, da var det (for henne) en naturlig forklaring på det." Og da ga plagene seg i løpet av få dager. Hun har en lengre utredning om sammenhengen mellom livet og helsa, før hun så går over til å snakke om barna og legebesøk.

"Hvis ungen din klager over noe som ikke er slik vanlig som unger klager over, så synes jeg det er viktig å ta ungen på alvor. En må stole såpass på ungen sin....Kanskje er det bare en bagatell....Da er det viktig at doktoren ikke gir uttrykk for at dette er en **bagatell**....Hvis ungen får et **fortrolig** møte med en lege, så opplever den det ikke så skremmende...når en

*kommer i en situasjon som den må sy eller slikt... da tror jeg ungen føler seg trygg på deg...Og jeg tror det er veldig viktig at legen konkret henvender seg til ungen."*

Jeg opplever denne samtalen som ledig og humørfyllt. Vivian utdypet sine tidligere utsagn, og ingenting blir trukket tilbake av det hun har sagt i første runde. Slik har det faktisk vært i alle sekundærsamtalene med både Eva, Kristian, Birger og nå Vivian. Både filmgjennomgang og det å få tilsendt utskriften av sin egen forskningsamtale synes å være velegnet i forhold til både eventuell konfirmasjon av utsagn, - men også som springbrett for ytterligere utdypning - i tillegg til nye elementer.

### **Hopp ikke over første kapittel!**

JOHAN slentrer bort til stolen og beholder skyggelua på. Herlig å se hvor avslappet han er, - seg sjøl lik slik jeg har kjent ham fra han var liten. Han har dramatiske erfaringer bak seg i forbindelse med en større operasjon. "Det er et viktig område du driver med," hilser han. Og så er han i gang. "Det er (om å gjøre) å bli tatt på **rette måten** når du skal tilbake til livet igjen." Og da har det vært viktig for Johan å ha en lege som nettopp **vet hvem han er**, så han slipper å bruke opp hele timen på å forsøke å forklare – og dessuten kanskje føle at han ikke blir helt forstått.

Ekstra frustrerende har han erfart sider av rehabiliteringen hvor han opplevde å bli testet helt på siden av det som er hans verden. Som praktiker har han erfaringer med at han kommer dårligere ut enn de som har gått mange skoler. Leonardo da Vinci? Jo, han konstruerte forløperen til dagens bil og flypropeller, mente Johan å vite da han fikk et testspørsmål. Men var han ikke også kjent for noe annet? ville de vite på avdelingen. Jo, det er mulig det, hadde han svart. Men maleriet Mona Lisa var ikke innenfor hans interessefelt. Og det var det de var ute etter. "Men du må teste en person i den **personen han er**," mener Johan.

Han ser seg selv tilbake på barneskolen, hvor han følte seg lite verdt fordi han ikke var så flink i det teoretiske. Men han fikk beste karakter på en sleiv han hadde laget på sløyden. Den rosen sitter som spikret i minnet hans. "Å være alvorlig syk kan sammenlignes med å starte i første klasse på skolen."

Å komme tilbake til livet igjen etter en alvorlig sykdom eller ulykke, det handler i stor grad om å finne tilbake til **interessene** du hadde før skaden, mener Johan. Så "det første de skulle ha gjort når du kom dit (på rehabilitering) var at jeg og spesialistene skulle ha satt oss ved et bord, og så skulle jeg startet med å forklare **hvilken person jeg er**...Det er ingen som kjenner meg bedre enn meg sjøl."

Om han var i ferd med å bygge hus før operasjonen og ble sittende i rullestol etterpå, så mente han det var helt feil å slå ham i hodet med en planke ved å si at det kunne han ikke fullføre. "Du må bygge huset ditt, må du si, - men hvordan skal vi gjøre det?" Selv ble han forespeilet at han aldri mer skulle kunne gå tilbake til sitt tidligere yrke. Men han visste med



*seg selv at det måtte han. Det ville han. Det skulle han greie. Og det ga ham så stor styrke at han faktisk også har oppnådd det - mot alle spådommer fra helsepersonell.*

*På veien tilbake til livet hadde han erfart hvor viktig det var at noen ville **høre** på ham - **lenge nok** - hver gang. "Det var godt å komme hit. For du hadde **tid** til å høre på meg...Jeg følte at du **engasjerte** deg i det jeg pratet om, da." Han bruker flere metaforer for å beskrive hvor viktig det er å få **støtte på de ørsmå** framskrittene han erfarte, og at han ikke ble motarbeidet og ledet **mot mål som ble feil** for ham. "...det er å hjelpe enhver person til å gjøre det han er god til og bygge oppunder så han tror på det han gjør....Det er viktig ...å bygge opp under drømmene."*

*Johan lurer på om **leger blar over første kapittel** i utdannelsen, altså de enkle sidene ved det å være menneske, de grunnleggende fenomenene i livet. "Hvis du ikke har lest kapittel én, da kan du ikke gå videre på nummer to."*

*Vi ler mang en gang underveis i samtalen med Johan. Treffende metaforbruk og frodige utlegninger om alvorlige og grunnleggende temaer løser opp. "Hvis vi ler litt, tenk hvor mye lettere det er å føre en **dialog** etterpå," kommenterer han.*

*Johan avslutter møtet med å poengtere at dette "er det første kapittelet i boka di. Du skal bygge oppunder folk, det de tror på."*

## **Ta ansvar for eget liv**

*Bjørn og jeg sitter andektig og lytter til ÅSMUND. Det er kort vei inn til latteren. Den sitter løst, selv om temaene han tar fram er alvorlige.*

*Åsmund har hatt jevnlig kontakt med helsevesenet i over 30 år. Alt i alt er han veldig fornøyd med den hjelpen han har fått da han omsider ble tatt på alvor av en kollega etter 15 år med økende plager. Mye kunne ha vært annerledes om legene hadde tatt seg tid og virkelig lyttet til ham da han var ung. Og samtidig ønsker han ikke å fokusere lenge av gangen på fortiden. Livet ligger foran ham. Han lever mens han lever og dør når han dør. Men underveis ønsker han å kunne rådsle med helsepersonell, - i respekt, åpenhet, trygghet og tillit. Nok tid er en forutsetning.*

*Som Johan er også Åsmund opptatt av at pasient og lege må bli godt kjente. Samtale om andre ting enn sykdom er viktig, og at begge kan sette fokus på det positive i situasjonen. Begge disse medtenkerne har gitt uttrykk for at etter alvorlig sykdom eller skade, hvor livet på mange måter er snudd på hodet, så vil en "likemann" kunne komme inn i tillegg til eller sammen med en lege når en pasient skal kjempe seg tilbake til et liv mest mulig i samsvar med hva som har vært viktig for vedkommende før han ble syk. "Patient-power" kalte Johan dette med at en tidligere pasient kan bistå.*

*Åsmund fikk i sin tid høre at han hadde maksimalt to år igjen å leve. "Jeg tror at hadde jeg tatt (den beskjeden) på alvor, da hadde jeg falt sammen, - da hadde jeg vært borte i løpet av to år." Men nå nesten 20 år seinere trener han og holder seg i god form, er aktiv og deltar i samfunnet fullt på høyde med andre, på tross av sine store handikap. Og han oppfatter seg selv som frisk, selv om ikke alle funksjoner er som før.*

*En stor kreftsvulst lot seg ikke fjerne i sin tid. Hvordan kan det være mulig at den ikke har vokst videre? lurer Bjørn på. "Jeg takler nok problemene veldig bra. Jeg ser ikke vanskeligheter i noen ting....Jeg er en litt glad person... Alt er en utfordring. I stedet for å være negativ, så snur jeg det til det positive."*

*Men så blir han alvorlig og legger til at "en del nyutdannede sykepleiere kan gjøre at du blir pleiepasient... fordi de synes veldig synd på deg i den første fasen (av sykdom/skade) og*

(dermed) ikke gir deg ansvar for å kle på deg og greie deg sjøl." Å ta tak i eget liv er helt avgjørende, mener Åsmund, som selv har vært vant til å jobbe og ta ansvar siden han var liten.

Som flere av mine medtenkere har påpekt, så har **dataen** forandret klimaet på flere legekontorer, synes Åsmund. "Du føler at du bare er **en i systemet**. Du føler deg ikke som **menneske lenger**. ..Det blir ett ord her og ett ord der, så du føler deg **utrygg**. Og da tror jeg **sjukdommen varer lenger enn om du tar det alvorlig**, - ved rota."

Han tror at å legge inn litt mer tid for enkelte pasienter vil være veldig positivt. "Det er klart at du får ikke behandlet så mange. Men jeg tror at hvis du gjør det sånn, så tror jeg ikke så mange kommer **tilbake** og behøver behandling heller." Jeg nikker gjenkjennende.

Åsmund utvider perspektivet og kommenterer at "jeg tror at hvis flere lyttet og tok seg tid til hverandre, så ville samfunnet bli mye lettere å leve i. Da ville det ikke bli så mange sykemeldinger, så mye sjuke folk...Lytt og **ta litt rede på hverandre**."

## Sterke møter

*ANNA kommer til forskningssamtale, men kunne nok i stedet hatt bruk for en konsultasjon. For det har skjedd mye i livet hennes siden sist, betydelige påkjenninger i nær familie og frustrasjoner over ikke å bli møtt på en god måte i helsevesenet. Det er ille for meg å høre. Direkte smertefullt, rett og slett. For hun trenger jo nå faktisk en legetime, ikke en ettersamtale! tenker jeg opprørt.*

*Bjørn leder intervjuet med Anna, mens Tom er bisitter i dette møtet. Anna har mye å fortelle. Og hun benytter timen til en sammenhengende beretning om erfaringer hun har gjort seg i helsevesenet de siste årene, holdt opp mot de samtalene vi i sin tid hadde sammen med Bjørn Angvik. Selv om hun igjen er i en situasjon med betydelige muskelspenninger og tomhetsfølelse, bedyrer hun at hun fortsatt har hjelp av de møtene vi i sin tid hadde for åtte-ni år siden, "hjelpen jeg fikk med å forstå kroppens reaksjoner på ting som er med og styrer livet mitt."*

*En nær person lå på det siste, og erfaringene fra tiden på sykehuset er en sjokkerende beretning. "Det viser seg jo der at de trenger virkelig å få litt innføring i hvordan de oppfører seg overfor pasienter...kanskje tar tak i...signaler som en pasient sender ut...og ikke bare er opptatt av diagnoser og resultater av prøver...Det det hele går på (er) kanskje litt mer medmenneskelighet....det skal så lite til før det hjelper deg når du er i en vanskelig og sårbar situasjon." Hun legger til at i andre yrker som har med mennesker å gjøre, så blir det lagt vekt på hvordan en opptrer overfor andre.*

*Egen alvorlig sykdom medførte nye legekontakter – og igjen uten at det ble vist den ringeste interesse for henne som person. "Kreft er jo alvorlig. Det er mange som dør av kreft. Og det er klart at du engster deg jo for det....Du bygger deg opp til en sånn konsultasjon. Du har noen forventninger om at du skal få opplysninger, enten gode eller dårlige. Og så blir du ikke tatt på alvor." Legen hadde ikke engang åpnet journalen hennes på etterkontrollen, langt mindre informert eller henvendt seg til henne om det kanskje var noe hun lurte på. "Dette ser bra ut." Og så var det kontroll om tre måneder. "Du kan jo ikke opptre sånn overfor mennesker du skal betjene."*

Bjørn lurer på hva som gjorde at Anna i sin tid våget å ta fram problemene bak alle helseplagene sine overfor Bjørn Angvik og meg. Og da er det viktige at hun primært hadde fått all den **medisinske hjelpen** som sto til rådighet. Men jeg hadde ikke stoppet med det eller fortsatt å gi mer av **det samme**. I stedet hadde jeg uttrykt min fortvilelse, forteller hun. "Nå vet jeg virkelig ikke hvordan jeg skal kunne hjelpe deg!" Hun husket ordene som falt. "Så satt du og så på meg sånn (fester blikket), og så sier du: Jeg tror du går og bærer på en sorg inni deg. Det husker jeg veldig godt... Hun skjønnte at det var noe som **lå bak** og var **interessert i å gå inn i det.**"

Da jeg hadde foreslått å invitere en psykolog, trodde Anna at han skulle fortelle henne "...hva slags person jeg var. Jeg tenkte ikke så mye på mine reaksjoner...,(men) at han skulle fortelle meg slik og sånn ved å **bedømme meg** som person. Men det som skjedde var jo at det var **jeg** som satt og **pratet** sånn som jeg gjør nå. Bjørn (Angvik) kom bare inn med noen spørsmål av og til. Men de spørsmålene som han kom med, de stilte han sånn at jeg måtte **ta stilling** til og **tenke igjennom** hvorfor sier jeg det jeg sier? Hvorfor forteller jeg at jeg handlet slik og sånn, og hvorfor måtte jeg gjøre det?"

Det var vel en måned mellom hver samtale. "Det kjentes **trygt** å gå og kjenne på de vanskelige følelsene...få bearbeidet det...det kjentes trygt fordi du følte at du hadde mennesker som **brydde seg** om deg som person og prøvde å hjelpe deg. Det var det **vesentlige.**"

Og Anna fortsetter: "Samtidig fikk jeg **tømt** omtrent som du tømmer en **skyllebøtte**...ting som du går og samler på og tenker på....De **vanskelighetene, de setter seg i kroppen**. Du har det i sjelen og det slår ut i spenninger i kroppen. Og det igjen...krever veldig mye energi...det **tapper deg**....Å gå bare å spise **piller**, det hjelper ingen ting. Det **tar bare toppen** liksom. Du **må gå bak**...de følelsene, de reaksjonene som du får på de problemene du har." Og "det går an å kjenne på de følelsene uten at noe drastisk skjer. Du ser, det er jo mennesker som ikke takler det å få problemer og velger rett og slett å ta sitt eget liv, ikke sant?" Men "du har jo alltid noen valg...og så er det å prøve å ta de **riktige valgene**, da. Det er jo ikke så enkelt." -

Anna har fylt de halvannen timene med en vel gjennomtenkt og klar beretning om egne erfaringer i helsevesenet. En sterk fortelling som berører. Tom er bisitter under denne samtalen. Han avslutter med den samme refleksjonen som jeg hadde gjort meg i starten av

*møtet, nemlig at Anna kunne ha trengt en samtale om dagens situasjon, men at hun lojalt har fulgt opp vår bestilling om å snakke om tidligere konsultasjoner.*

*Jeg må ta kontakt med henne når jeg kommer hjem igjen til Tromsø, er min umiddelbare tanke når vi takker farvel.*

*Og det gjør jeg noen uker seinere. Anna forteller da at muskelsmertene har sluppet taket og at hun ikke lenger kjenner seg som en tom kropp uten innhold. Hun har begynt å fylle seg selv igjen. "Når jeg snakker, så hører jeg jo hva jeg sier, og det gjør noe med meg. Det var fint å få det ut."*

*Samtalen hadde altså fungert terapeutisk for henne. Og jeg registrerer at hun igjen omtaler seg selv i første person, ikke andre - .*

## Som en søster eller mor

MAHMOOD har bodd mange år i Norge etter at han kom som flyktning fra Nord-Afrika sammen med sin familie. Jeg er svært spent på om han vil delta i en samtale med Tom, Bjørn og meg. Men han svarer ja. Og han kommer.

Underveis kommenterer han at han aldri tidligere har snakket frivillig foran et kamera. Og han ville ikke ha gjort det nå heller om ikke jeg hadde bedt ham om det. Det er hans plikt å møte opp når jeg spør ham.

Plikt? Jeg blir kald innvendig. Føler han seg tvunget av min forespørsel? Det blir helt feil for meg. Men Mahmood supplerer med en lengre utredning om hva kontakten vår har betydd for ham og hans familie. Jeg er for ham som en **mor eller søster**, en person han kan **stole på**.

“Hun er et menneske. Hun er ikke (bare) lege. Det fins mange leger i verden. Kanskje kan jeg finne en bedre lege enn henne, (med) mer erfaring og mer kunnskap. Men for meg og min familie er det viktig at jeg finner **det rette mennesket**, et riktig menneske som kan **følge deg**, som kan **tenke på deg som et menneske**”, ikke en tunisier eller egypter. Han legger til at det var veldig viktig.

Mahmood benytter også ordet **engel**, og vi får en samtale om hva hver av oss legger i dette begrepet. For Mahmood “er det ikke et menneske, men en sjel som kan hjelpe deg uten å bli kjent med deg, uten å tenke på hvilken farge du har, hvor du kommer fra, hvilken religion du har. De gjør det som Gud sier. Og Gud sier du må hjelpe menneskene..... Og hvis du gjør det for meg, når jeg ikke kan hjelpe meg selv, - da kan jeg kalle deg engel. Du trenger ikke å komme fra himmelen.” Og hva legger han i begrepene mor og søster? “Når jeg sier at hun er som en søster eller mor for meg, så betyr det at hun har **mye respekt**.”

Mahmood er svært alvorlig når han så omtaler sin situasjon som arbeidsledig i år etter år i Norge. Å være sosialklient var en farlig situasjon. Han var et null i egne øyne når han ikke kunne ta godt vare på kone og barn. I en slik situasjon kunne løsningen bli å forlate familien, - jeg fornemmer at han også mener livet.

“Hun **ble med oss** til arbeidskontoret. Det var ikke hennes plikt eller ansvar...Kaller du ikke det en engel? Kaller du ikke det en søster?...Hvilken lege vil ringe til (nevner arbeidsplasser)

*for å få jobb for meg?" Det har vært helt avgjørende for ham selv og hans familie at jeg ble med dem for å slå inn noen dører, dører som ikke var stengt, - annet enn for utlendinger. En mangeårig kamp lyktes til slutt slik at han nå omsider har en fast jobb. -*

Jeg møter også ELSE på denne forskningsreisen. Hun har fått tilsendt utskriften av samtalen vår fra året før. Omstendigheter, som ingen av oss har kontroll over, gjør at vi ikke får utdypet de temaene hun hadde lagt på bordet i første runde. Jeg ønsker å beklage dette overfor henne og ringer henne derfor etter et par uker for å snakke om dette.



### Et møysommelig arbeid

Så langt har jeg møtt 13 tidligere pasienter, fem av dem to ganger. Da regner jeg med Johans første samtale med meg i 1998. Filmopptakene studerer jeg sammen med veilederne mine både en og to ganger. Jeg forsøker å være så åpen som mulig, igjen befinne meg i tåkeheimen. Etter hvert tar jeg for meg lydbånd etter lydbånd og skriver dem ut. Og da kommer det nye elementer inn.

Jeg lager flere "essays" på denne tiden. Jeg forsøker å kondensere noen dråper i tåkehavet, lar tankene fly og fingrene løpe over tastaturet på den bærbare PC'en min. Jeg går to skritt fram og ett tilbake, henter inn tankegods og fornemmelser fra høyre og venstre. Tar en slynge langt tilbake i prosjektet og henter inn refleksjoner og holder dem opp mot dagens funderinger. Slik blir arbeidsmåten min å ligne med skjønnskiftens e-bord i første klasse på folkeskolen. Men den følger ikke en rett, pen linje, og slyngene er ikke like store. Det blir mer som en tre-dimensjonal tegning, et fortolkningsarbeid ut fra ulike horisonter.

Vi sier ofte spøkefullt at "veien blir til mens vi går". Og iallfall passer ordtaket for det arbeidet jeg har gitt meg ut på, - at forskningen blir til mens jeg forsker. Det er blitt en anelig mengde papir etter hvert, en dokumentstabel av utskrifter og refleksjoner som måler mer enn 40 cm i høyden. "1000-sider-spørsmålet" er for lengst blitt en stor utfordring, altså hvordan holde styr på alle utsagnene til medtenkerne mine i disse mer enn 2000 sider med direkte tale? (38)

I utgangspunktet ønsket jeg å fortsette med stadig nye intervjuer til det ikke kom vesentlig nye momenter fram i samtalene, altså at materialet kunne oppfattes som mett. Er jeg der nå? Kanskje - kanskje ikke. For strengt tatt så har det kommet fram nye elementer til og med ved siste intervju. På den annen side så ser jeg at mange fenomener blir repetert av den ene etter den andre. Så skal jeg si at nå har jeg nok?

Jeg er kommet til høsten 2001. Min stipendtid er halvgått. Jeg må ta en bestemmelse – og kommer etter hvert fram til at jeg ønsker å vurdere om jeg skal innby til en samtale nummer to med flere av de jeg har møtt bare én gang så langt i prosjektet. For ordens skyld går jeg nye

omganger i forhold til alle de 13 tidligere pasientene og skriver ned mine "hvorfor?" og "hvorfor ikke?" jeg eventuelt kan tenke meg et nytt møte. Det blir behov for flere runder med refleksjoner også omkring spørsmålet om jeg skal reise nok en gang tilbake til min gamle praksis eller om jeg skal invitere til et telefonintervju. Dessuten funderer jeg på om jeg skal sende medtenkerne den forrige videoen og/eller utskriften deres til dem på forhånd eller ikke.

Jeg ender opp med å postlegge et brev med invitasjon (vedlegg 5) til seks av mine tidligere pasienter, nemlig Else, Carina, Iris, Gunvor, Kåre og Anna. Jeg spør om de kan tenke seg nok en samtale, og om de i tilfelle vil foretrekke å møte meg, eller om vi skal snakke sammen over telefonen. Videre tilbyr jeg at de kan få tilsendt kopi av sin forrige video og/eller utskriften av denne.

Iris, Gunvor, Kåre og Anna responderer og svarer ja. Alle ønsker en samtale under fire øyne, og alle ber om å få sitt forrige intervju tilsendt.

Underveis i planleggingsfasen for denne fjerde forskningsreisen til den gamle praksisen min, føler jeg behov for igjen å gå igjennom filmer og utskrifter og mine egne tidligere refleksjoner. Hva forventer jeg? Hvilke temaer ønsker jeg at vi skal utdype – vel å merke etter at medtenkerne først har kommet med sitt? Jeg ender opp med en liste over de mest sentrale fenomenene som har vært drøftet tidligere. Så får jeg se om det blir nødvendig å forholde seg til dem.

Opptaksutstyret mitt for film er tungt å bære på, så jeg hadde tenkt å greie meg med bare lydbånd denne gangen. Men underveis i gjennomgangen av de tidligere møtene blir jeg overbevist om at jeg ikke kan gå glipp av alt som ikke høres. Det er så mye som sies uten ord og som jeg vil miste om jeg ikke tar opp video. -

## At legen bryr seg om deg

ANNA har forberedt seg godt. Hun bretter ut papirbunken og finner de viktige sitatene fra sist. Hun både begynner samtalen og avslutter denne med å betone hvor avgjørende det har vært for henne å møte en lege som bryr seg om henne som person. "Der har vi essensen, tror jeg, at du torde å **være deg sjøl** og **vise menneskelighet**....det kommer tydelig fram, synes jeg, at det var da du ...prøvde å **vise litt av dine egne følelser**, at det da løsnet....Du torde å **kjenne på** at du forsto at jeg hadde problemer i det livet jeg førte. Men om du kjente eller visste og så at jeg hadde personlige problemer eller hadde det vanskelig i livssituasjonen, (så) behøvde du ikke å gjøre noen ting med det annet enn å gi meg medisiner eller henvisninger. Men fordi du forsto at jeg hadde det så vanskelig ellers, så syntes du kanskje synd på meg. Eller du tenkte at det hjelper jo ikke med alle disse tablettene og alt dette her. Kanskje hun trenger litt mer **forståelse** eller noen som kan **høre på** hva hun sier eller **være mer nær** enn en profesjonell lege...", som for Anna betyr en doktor som kun er opptatt av det "faglige".

"Og så hendte det at du **ringte**...hjem hvis det var et eller annet. Det viste jo at du hadde et **engasjement**, brydde deg... om meg som person."

Anna har, som de fleste, et ønske om å være frisk. Og på tross av alle sykdommene og plagene gjennom årene så føler hun seg i dag ikke syk. "Astmaen nevner jeg bare i en bisetning. Den plager meg ikke lenger." Men i og med at hun etter hvert har fått en tykk, tykk journal, så er hun var og sårbar overfor hvordan hun blir møtt i helsevesenet. Hun vil ikke bli betraktet som en "annenrangs" person. For slik ser hun ikke på seg selv. Å få følelsen av at legen tenker at "er a' her nå igjen!", det hindrer henne i å åpne opp for det som kanskje var det viktige å få snakket om denne dagen.

Og Anna har også slike erfaringer – og skiftet derfor fastlege nylig. Den neste legen hennes fikk klar beskjed om at hun ville vurdere ham, – og etter konsultasjonen meddelte hun at "du slapp gjennom nåløyet. Du skal nok få være doktoren min."

Anna tar fram det ene temaet etter det andre, utdyper, nyanserer og legger til i forhold til det forrige møtet vårt. Jeg kommer med noen spørsmål underveis, og hun har svarene parat og med fyldige utlegninger med basis i egne erfaringer. Mange emner dekker fenomener som tidligere samtaler med medtenkere har omhandlet. Det er ikke mange overflødige ord i Annas

*framstilling. En imponerende formidlingsevne og stor anstrengelse på å finne betegnelser for sider av et pasient-lege-forhold som vi begge synes det kan være vanskelig å fange i ord.*

*Før meg som doktor er det dessuten godt å se hvor frisk hun ser ut, - en helt annen Anna enn for et halvår siden. "Jeg har det bra. Jeg har vel kommet ganske langt i sorgprosessen (etter dødsfallet)." Hun hadde følt seg som et skall med tomrom inni. "Men sånn er jeg ikke lenger...Det er min hellige overbevisning at jeg har hatt utrolig god hjelp av de samtalene som jeg hadde med Bjørn (Angvik) og deg....Jeg fikk forstå mine egne reaksjoner og kroppens signaler...Og det har hjulpet meg veldig nå." -*

## Vi skulle ha møttes litt oftere

"Koselig å se deg!" IRIS ser strålende ut. For en forandring! Jeg kommenterer det ikke i første omgang. Lar henne få sette agendaen. Hun har fått ny jobb, og der blir hun berømmet og stadig spurt om hun har nok utfordringer og om hun har det bra. "Så fint at du er her," sier både sjefen og medarbeidere. Og "det har jeg aldri hørt før," legger hun til.

Hun har lest igjennom intervjuet fra sist "...på senga. Og jeg sov godt etterpå." Hun har fått mer avstand, historien plager henne ikke så mye lenger. Men det kom opp noen følelser. Hun forteller så at hun valgte å søke hjelp hos psykiater etter intervjuet sist. "Det har vært veldig fint. For det har gitt meg **bekreftelse** på ting jeg har skjønt...Nå kan jeg stole på det jeg selv føler er riktig." For han hadde blant annet sagt at "du har i grunnen gått bak vannvogna, du. Og så har du fått noen drypp av og til. Og da fortsetter du å gå.." Og hun legger til at "det er jo det som blir så urettferdig. Det er ofte de barna som får minst som yter mest. Resten av livet."

Hvordan ville hun ønsket seg å bli møtt av meg den første gangen, idéelt sett, vurdert i ettertankens lys? Lurer jeg på. Det kunne ikke ha vært bedre, mener hun, nemlig at jeg så bak fasaden hennes og sykemeldte henne prompte. Men deretter burde jeg kanskje ha "hanket" henne inn **litt oftere** den første tiden. For hun raste så forferdelig langt ned, befant seg i et mørkt hull. "Jeg plagdes og plagdes, og jeg var så sliten – av å tenke. Jeg sleit meg ut på følelser."

"Det var akkurat som om noen kom og slo meg med en klubbe i bakhodet. Og da fikk jeg alt det jeg skulle ha grått for da jeg var ni år – da far døde. Og de årene etterpå hvor jeg fikk den sorgen at mor også klappa helt sammen. Jeg var jo rett og slett foreldreløs...Og så var det han babyen, da, som jeg følte at her må jeg stille opp, stryke barnetøy og løpe rundt."

Jeg kjente ikke **historien** hennes den gangen jeg sykemeldte henne. Og den kunne vi har tatt fatt i raskere, om hun hadde blitt bedt om å komme igjen litt oftere. For fallhøyden hennes ble så veldig stor. Men hva om jeg ikke hadde spurt henne om hvordan hun hadde det? Nei, da tror hun at hun hadde fått en alvorlig sykdom til slutt. "Jeg tror det er sånt folk får kreft av...magesår...det som til slutt starter en sykdom hos deg som er livstruende. Det tror jeg. Det er jeg kommet til....at jeg blir sjuke av å ha vondt i livet....Har du et svakt immunforsvar

eller en latent sykdom...så slår det iallfall ut da...Egentlig var jeg **ulykkelig**. Og da blir du sjuk. Er du lykkelig, så blir du ikke sjuk. Så enkelt.”

Vi får en lang og grundig drøftelse av **tillits**-begrepet og behovet for **menneskelighet** i all vår profesjonalitet. Vi samholder erfaringer fra hver våre yrkespraksiser. For Iris har lang erfaring med mennesker som har behov for hennes assistanse. Selv har hun vært igjennom et utføringssopplegg og erfarte da at det var ene og alene det medisinske grunnlaget som bestemte innvilgelse eller ikke da hun søkte. På arbeidskontoret var det ikke snakk om hva hun selv måtte ønske eller ville. Saksbehandleren var trivelig, det var ikke det som var problemet. Men det var noe med hele systemet.

Hun var pliktig til å møte opp på kurs og til samtaler. Hun hadde en helt annen historie å vise til sammenlignet med mange av de øvrige klientene. Hun hadde jobbet i alle år, mens flere av de andre kanskje møtte opp for tiende gang. ”Så jeg tenkte at, jaja, Iris, om du ikke har lært noe annet her enn det, så har du i hvert fall fått tanker om hvordan det er å gå igjennom det apparatet.”

Iris avrunder samtalen vår med at hun vet at hun er født med gode evner, stor styrke og derfor mange muligheter i livet. Og hun har mange års trening i å stå på for alle. ”Men det går ikke i all evighet...En må ha **påfyll** sjøl for å kunne gi”. Og det har hun nå omsider fått - i den nye jobben sin.

Etter at vi har vært innom en rekke temaer og utdypet emner fra forrige samtale, så kommenterer Iris at hun vegret seg for å se filmen fra sist. Etter samtalen denne dagen forstår hun hvorfor. Og jeg støtter henne i at kanskje det hadde vært vondt for henne å se hvilken skygge hun den gangen var av seg selv. -

Vel tilbake i Tromsø ønsker jeg å se på videoen som ble tatt opp av denne siste samtalen. Lyden er helt fin, men bildene er borte på tapen. Dette skal ikke være teknisk mulig med mitt kamera. Jeg må innrømme at det gjør inntrykk på meg. Iris hadde ikke ønske om å se seg selv på film – i det hele tatt. -

## Han gikk i en sirkel rundt meg

- sier GUNVOR. Hun forteller igjen om den turnuslegen hun i sin tid møtte. "Han på en måte nøstet...og så gikk han... i sirkel rundt meg som pasient. Og så kom han tilbake til utgangspunktet. Jeg følte meg så innmari ivaretatt,...og jeg tenkte aldri tanken at hva vet du om medisin? Jeg var så sikker på at han ville mitt beste. Og hvis han ikke visste det han skulle behandle meg for,...da ville han ha søkt hjelp. Jeg stolte på ham...Det er noe med å være trygg på det du kan og ha ydmykhet for det du ikke kan."

Og hun berømmer den faste legen hun hadde hatt i mange år. Han henvendte seg alltid til henne slik at hun fikk følelsen av at han strakte begge hender fram på pulten som om han skulle si "Hva er det med deg i dag, da, Gunvor?" Han viste henne tillit..."og en respekt så du hadde følelsen av at du var **din egen ekspert** på din egen kropp." Det var noe med kroppsspråket hans, - "som kanskje betyr 70% i en kommunikasjon, mot det verbale kanskje 20% og stemmeleie 10%," legger hun til.

"Jeg tenker først så er du menneske, og så er du lege" og ikke omvendt. "Det er noe med å møtes på det **mellommenneskelige planet først**", fortsetter hun. Og "for noen yrker blir det mer alvorlig enn for andre...for legeyrket er et **maktyrke**...Og det finnes **farlige leger**. Det får sånne uante konsekvenser når vi opplever dem, fordi at i den farligheten så ligger det en makt som er helt **uhåndterlig** for motparten."

Gunvor er opptatt av de unge legene, slik flere av medtenkerne mine har vært. Noen av ungdommene som kommer inn på medisinerstudiet, er såkalt vellykkede, fortsetter hun. Og da er det ikke snakk om hvilken **sosial kompetanse** de måtte ha. De hører kanskje til "...curling-generasjonen, altså at foreldrene har curla for dem slik at det ikke har vært et sandkorn i veien som gjorde at det butta." Gunvor drøfter inngående hvordan det å ha en god og varm oppvekst kan være et stort pluss når man skal inn i yrker som har med mennesker å gjøre.

Men hun supplerer med at kanskje har en ungdom ytterligere kompetanse i forhold til å møte alle pasientenes historier om de har måttet kjempe seg fram til en respekt for seg selv, at ikke alt har vært så greit underveis. "Noen ganger tenker jeg 'Du har ikke gått strake veien'. De har fått med seg noe i bagasjen som du ikke får med deg om du surfer på en smørklump."

*Og vi enes om at vi på mange måter er våre levde liv. Vi bærer historien med oss i kroppen, og vi blir ikke hele mennesker uten at vi forholder oss til det. "Det er jeg helt overbevist om," sier Gunvor. Og "du bryter jo ikke av det livet du har levd fra null til du begynte å studere, ikke sant....det er jo kanskje det viktigste du har med deg," fortsetter hun. Vi får en samtale om hvor vesentlig det er å kjenne sitt eget liv for å etablere en trygghet i seg selv når pasienter forteller om sine smertefulle erfaringer. "...det må ikke være en usynlig mur hvis det skal fungere (godt) i pasient-legeforholdet."*

*Gunvor har igjen øst av sin rike erfaring som menneske og som pasient gjennom mange år. Så verdifullt, så innsiktsfullt, tenker jeg og kjenner meg glad og takknemlig for alt hun deler med meg av utdypninger og suppleringer til den forrige samtalen vi hadde. Ingenting trekkes tilbake av tidligere utsagn. Sammen bestreber vi oss på å forsøke å finne ord for det nære og viktige når mennesker møtes i en så sårbar situasjon som det kan være i sykdom, angst og smerte. "Jeg synes det er et privilegium...å få lov å fortelle hvordan man oppfatter det fra den andre sida..., men også dette å få være med på å utforme noe for framtida."*

*Stor takk og flere klemmer før jeg pakker sammen - og forlater hvilerommet på en arbeidsplass som har vært en så viktig skole for meg gjennom mange, mange år. -*



## Et telefon-intervju

KÅRE er den fjerde medtenkeren som har takket ja til et intervju nummer to på legesenteret i denne forskningsrunden. Men han er så sjuk denne dagen at det ikke kommer på tale med noen samtale. I stedet sender jeg ham et brev etter en tid og spør om jeg kan få snakke med ham en dag på telefonen. Og det er greit.

*Han minner meg på at han ikke søkte legehjelp før i siste liten, - slik var det i mange år. Han hadde hatt så negative erfaringer gjennom livet, blitt så mye avvist og avspist. Også i helsevesenet. "Uansett hvor dumt legen synes det er...man kommer jo dit nettopp fordi at man føler seg sjuk...ikke for å hefte. Enkelte ganger har jeg fått følelsen av at "søren, hva gjør du her?" Legen titter på skjermen og leter i papirer "og er mer opptatt av det enn å høre hva pasienten sier... Det er ovenfra og ned." Og hvis det viser seg at det han kom for ikke var så alvorlig som han trodde, så er det "vesentlig å få plastret litt på det" for eksempel ved at legen kan si at "det var da fint at du kom, da."*

*Han nevner igjen erfaringene sine med spesialister på sykehus. " Hvis du spør hva er det og hvorfor sånn og sånn?, så mener jeg at da må de ta seg tid til å forklare på en vettug måte slik at man skjønner hva det dreier seg om." Siden sist har han flere nye erfaringer som føyer seg inn i rekken av negative opplevelser. "Det er ingen som tviler på kompetansen. Men det er hvordan legen tar imot deg som er det avgjørende." Han har stor forståelse for at leger også er mennesker og at de kan være slitne etter vakt for eksempel. " Men da må han være innstilt på at nå ...er ikke jeg kompetent til å ta imot pasienter...Man må jo være opplagt til det."*

*Kåre lurer på om legene kunne trenge noe mer psykologi i utdannelsen, altså om hvordan man omgås mennesker. For "det er jo ikke forsøksrotter de skal behandle" når de er ferdige med studiet. Og samtidig så ser han at de unge legene han har møtt på legesenteret "de er jo helt ekstreme den andre veien. Så lenge systemet ikke har ødelagt dem, så er de veldig flinke." Og da tenker han spesielt på de rigide tidsrammene som tilbys, og at de unge legene ofte blir så forsinket. Mer fleksibilitet er nødvendig. Noen ganger trenger en pasient kort tid, mens andre ganger kan det være nødvendig med en dobbelttime.*

*Og så er det dette med **det første møtet**. Om legen er aldri så sliten, så må han ta seg litt sammen når han møter en pasient for første gang, mener Kåre. Ellers kan det bli til at "den legen vil jeg ikke gå til, - og det sier du ikke hvis du ikke er der at 'dette klarer jeg ikke'."*

*Kåre avslutter med mon tro hva trygdekontoret vil med de brevene de sender ut for tiden, - om at de har lest igjennom papirene hans og ber ham vurdere om han skal ut i jobb igjen. "Virkemidler for uførepensjonister i arbeid," siterer han. Kåre tar dette tungt. "Jeg blir automatisk dårlig. Jeg klarer ikke å kontrollere det, selv ikke den dag i dag. Det treffer den delen som gjør at jeg blir deprimert. Det er så dumt. For jeg **reagerer med hele kroppen**, blir dårlig og uvel...Hva i himmelens navn har de sett etter i papirene mine?" sier mannen som omsider fikk sin uføretrygd etter sju år med atføring og utvikling av den ene alvorlige sykdommen etter den andre.*

*Kåre har ført ordet det meste av tiden. Han lurer til slutt på om kanskje jeg hadde flere spørsmål jeg ville stille? Jeg forsikrer ham om at han faktisk har vært innom de aller fleste temaene jeg hadde notert meg på forhånd. Og mer enn det. Han avslutter der han startet ut tre kvart år tidligere: Det er bra om det han omtaler kan formidles videre til studenter og leger. Og det lover jeg at det skal.*

### Tid for ettertanke

Lydbånd og filmer surrer og går, om igjen og om igjen. Hva er det alle medtenkerne mine sier, hva er det som trer fram, og hva er det som treffer meg som vesentlige elementer i det de har fortalt? Jeg studerer tekstene og markerer utsagnene som kan si noe om hva mine tidligere pasienter mener er av betydning for konstruktive konsultasjoner. I lange kolonner lister jeg opp fenomenene, i rader og rekker, forskjellige forsøk på kategoriseringer. Mer enn hundre momenter kan jeg trekke ut av forskningssamtalene (vedlegg 6).

Jeg hadde jo ingen intervjuguide vi skulle følge underveis i møtene våre. Medtenkerne visste fra invitasjonsbrevet hva som var mitt anliggende, - hva åpner og hva stenger for tilfriskning når pasienten konsulterer en lege? Det var det hele. Jeg beveget meg ut i terrenget uten kart og kompass, - for igjen å trekke inn min vandrermetamor. Inngangen til temaene var ulik fra møte til møte, og hvilke elementer som ble vektlagt, var avhengig av hva som ble samtaleemnene de halvannen timene vi snakket sammen hver gang. Min tanke var i utgangspunktet at vi får det vi får - der og da. Jeg ønsket å styre minst mulig.

Nå i ettertid finner jeg det interessant og nyttig å sette opp en oversikt over hvem av medtenkerne som var innom hver av fenomenene på den lange listen. Så spennende! For her er det flere sider ved konsultasjonene som så å si alle har nevnt. En liste over "ti på topp" gir antydninger om hvor hovedtyngden av synspunktene peker hen. *Tid nok*, er "vinneren". Og så kommer andre kvaliteter som *tillit*, *bli lyttet til*, *tatt på alvor*, *bli trodd*, *trygghet* og *kunne stole på* hakk i hel.

Men er det noen overskrifter i alt det de har formidlet? Noen elementer som kanskje hører sammen under et felles tema? Eller spriker utsagnene i alle himmelretninger? Jeg leser og leser, om igjen og om igjen. Metaforen om tåkeheimen er igjen betegnende for tilstanden min under vandringen i stoffet. Og etter hvert kondenseres flere og flere vanndråper, det letter litt, et mønster trer fram. Noen stier ser ut til å møtes i felles utsiktspunkter, at flere fenomener kan knyttes sammen. De sier noe om det samme ut fra litt ulike tilnærminger. Omsider kan jeg forsøke å tegne inn på kartet noen sentrale varder, noen hovedtemaer som går igjen i tekstene.

**Menneske først, og så lege** er et stort og viktig knutepunkt underveis. Det samme gjelder at **pasienten er hovedpersonen**. Ikke mindre vesentlig synes ønsket om **en vid ramme for møtet** å være. Og som den fjerde utsiktsposten peker det seg ut en rekke utsagn som kan samles i siktemålet å **bevare livskraftene**.

Underveis har de fleste medtenkerne også vært innom synspunkter på begrepene sykdom og helse. Dette gir byggesteiner til et femte knutepunkt i terrenget vårt.

I det følgende vil jeg forsøke å gå opp disse stiene og ta med meg de elementene som medtenkerne har fokusert på, plukke opp steinene langs traséene. Fenomenene de nevner har jeg satt *i kursiv*. Jeg velger å bevege meg opp mot en og en varde av gangen for å være sikker på at jeg får med meg detaljene for hvert av tråkkene. Det aner meg at generasjoner av mennesker har brukt disse stiene gjennom tidene. Men noen av traséene er kanskje i ferd med å gro igjen? Det gjelder å lete fram igjen merkesteinene.

## 1) Menneske først, og så lege

*Menneske først, og så fagperson*, - Gunvor setter standarden for ethvert yrke som har med mennesker å gjøre. Flere av medtenkerne betoner at dette er det aller viktigste, det som må ligge i bunnen for enhver god konsultasjon. Nettopp de *menneskelige sidene i møtet med legen* er en forutsetning for alt det øvrige de legger fram som vesentlig. Så sterkt blir det betonet at flere avrunder forskningssamtalen med dette som konklusjon på hele høyttenkningen deres. Noen famler og leter etter ord for å beskrive det de mener, mens andre synes å ha refleksjonene klare allerede før de kommer til samtalen vår. Som Mahmood, som betyr at han vet hva han mener og hva han vil si, uansett hvordan vi legger opp forskningsmøtet vårt.

Som underoverskrifter til dette hovedtemaet kan jeg hente fra tekstene begrepene *tillit, likeverd, medvander/pedagog* og dette at *legen må gi av seg selv* i møtet med pasienter. Store emner, viktige merkesteiner, vanskelige temaer å beskrive fullgodt. Medtenkerne bruker mange ord for å uttrykke det de vil ha fram. Noen ganger er det kun som et ordtak, andre ganger som en programmatisk påstand. De temaene de legger vekt på er kanskje av en slik karakter og betinger et såpass personlig engasjement at det er rimelig at det innimellom er vanskelig å finne beskrivelser som er dekkende, tenker jeg underveis.

### TILLIT

Hva mener vi med begrepet tillit? Vi tror vi vet hva det er, har en dypt følt fornemmelse av hva det handler om. Men flere av medtenkerne er innom temaet uten å kunne si at jo, sånn og sånn, - *det* er tillit. Kanskje Gunvor er nær noe sentralt når hun beskriver hvordan hun opplevde det når den faste legen hennes møtte henne på en måte som gjorde at hun følte det som om han strakte to åpne hender fram mot henne og spurte om hva han kunne hjelpe henne med i dag.

*Fagkunnskapen* er sentral og viktig. Pasientene må føle at de blir *skikkelig undersøkt*, at det blir *tatt tak i ting*, som Åsmund og Kåre uttrykte det. Men denne faglige siden tar medtenkerne *for gitt*. Har ikke legen den kompetansen som er nødvendig, så føler de seg sikre på at hun vil søke nødvendig kunnskap eller henvise pasienten videre. Å ikke vite *tar ikke en del av selvfølelsen* hos den legen Gunvor ønsker seg.

Mahmood og flere av de andre samtalepartnerne betoner dette at kanskje kunne de ha funnet en bedre lege, rent "faglig", om de hadde ønsket det. Men det er ikke det som er det avgjørende og som gir dem trygghet. Nei, *å bli møtt på en god måte*, det er det vesentlige. Det hjelper for eksempel på stemningen om legen tar initiativet til å *snakke litt om dagligdagse ting* i begynnelsen, mener blant andre Kåre. Og så må legen *gå rundt pasienten, nøste og sikre* at temaene er belyst godt nok, det er det som er av størst betydning, bedyrer Gunvor. Og det er hun ikke alene om å mene, - Birger la vekt på tilsvarende. Doktoren må dessuten forsikre seg om at pasientene har fått *sva*r på det de lurer på, - om det kanskje også var *noe mer* de ville ta fram?

Både Iris, Johan og Kåre er opptatt av hvor vesentlig det har vært for dem med den *fortroligheten* de kunne ha til legen sin. Ved å være *godt kjente* over lang tid så behøvde de ikke å starte forfra hver gang de trengte en doktor. Og det var slett ingen ulempe om pasient og lege også møttes i andre sammenhenger. Dermed ble bakteppet for konsultasjonene på legekantoret mer nyansert og styrket, var Iris inne på.

Å kunne *stole på* legen er helt grunnleggende, det betyr de alle sammen. Og tillit er ikke noe legen *har* i utgangspunktet. Det er noe hun *får* underveis, - enten der og da allerede i det første møtet, eller at hun opparbeider seg tilliten underveis ettersom pasient og lege blir kjent med hverandre. Eller kanskje er det motsatt? At tillit er noe vi har til andre mennesker i utgangspunktet, men som kan bli krenket underveis i livet? korrigerer noen. Altså at vi møter tilværelsen og andre personer med en tillit inntil vi får grunn til det motsatte?

#### LIKEVERD

"*Som mennesker har vi like mye verdi*", sier Eva. Og flere legger vekt på det samme, - og da som en refleksjon over hvor overrasket de var blitt over at det var mulig å erfare en *jevnbyrdighet* på et legekantor. Som pasient søker man medisinsk ekspertise, og dette alene manifesterer en nivåforskjell på kunnskapsplanet.

Men flere har erfaringer i helsevesenet som i noen tilfeller ble opplevd som en avmaktssituasjon og slett ingen jevnbyrdighet. "For det er *makt* i noen yrker", konstaterer Gunvor. Dessuten er en jo ekstra *sårbar* som syk eller bekymret og *var for ethvert signal* som kan understreke underlegenheten i møtet med legen, betonet flere.

## MEDVANDRER

Et litt høytidelig ord, som kanskje kunne erstattes med *veileder* eller *pedagog*, som Birger syntes var mer dekkende for forholdet mellom pasient og lege. "Jeg opplevde det som om noen tok meg i hånden og *gikk sammen med meg*," var Elses beskrivelse. *Omsorg, at legen engasjerer seg, vil pasienten vel, bryr seg om* vedkommende rett og slett. Spesielt Anna utdypet dette. De fleste av medtenkerne legger stor vekt på betydningen av at legen søker *øyekontakt* med pasienten. Om så ikke skjer, hvordan skal da legen kunne fornemme pasientens behov for stillhet til refleksjon, at hun tenker? lurert Vivian på. Når legen har et *nærvær* i situasjonen, er *delaktig* og viser *innlevelse*, da har man *møttes på et menneskelig plan* primært.

Fortellingen utvikles i et samspill, hvor legen *svinger med, bruker sin intuisjon* og kommer med *innspill* og *tar tak* i ting som kommer fram, har *antenner* og en varhet for det uttalte - og for *pasientens grenser*. For Eva og Kristian og flere med dem var det avgjørende at legen *ikke dømte* eller *fordømte*, men viste *åpenhet* for ethvert tema, stort eller lite, tabubelagt eller ikke.

## GI AV SEG SELV

Medtenkerne kommer inn på dette emneområdet fra flere innfallsvinkler. "Jeg tror det var da du *våget å gi litt av deg sjøl*, det var da forandringen kom", sier Anna. Men det skal et visst *mot* til å være *ærlig* overfor egne reaksjoner i konsultasjonen. *Selvinnsikt* er en stor fordel, betoner flere, for ellers kan noen pasientfortellinger komme *for nær* for legen. Og det merker pasienten raskt. En liten kroppsbevegelse kan være nok til at pasienten ikke går videre, bedyrer Kåre.

Denne fjerde merkesteinen underveis til den varden som jeg har kalt "menneske først, og så lege", utgjør kanskje den største utfordringen for legestanden. Doktoren må *være menneske*, *visse menneskelige sider* i møtet. Ved å være *åpen på egne reaksjoner og følelser* i det som kommer opp som temaer, fikk pasientene tiltro til legen sin. For *historien vår bærer vi jo med oss, - legen også* - , stadfester Gunvor med stort alvor.

Man blir jo aldri ferdig med å *jobbe med seg selv*, som Eva kommenterte. Men ved å ha en *trygghet i egen person*, vil legen tåle pasientenes historier uten at deres egne livserfaringer vil kunne stenge for sider av det som legges fram i møtet. Tvert om kan legen oppmuntre til å

være tydelig, til at pasienten henter fram detaljer der det er nødvendig, kanskje nyanser og kvaliteter som kan være rystende å høre fra en pasient. Men som det altså kan være helt avgjørende for personen å få sette ord på for å komme videre i livet sitt.

Om legen viser *ydmynhet* innfor pasientens situasjon, så er det med på å bevare en grunnleggende tillit til legen. Legen må finne en balanse mellom det å bli berørt, *la seg berøre* og det å ha en *passende avstand*. Den *gode myndigheten* fra legens side må bevares, samtidig som legen ikke må *sensurere* sine egne reaksjoner, men komme med ærlige innspill, - som så kan bringe pasienten videre i deres egne refleksjoner, mente Eva.

*Latter og gråt* hører med i noen situasjoner, en *klem* likeså. "Og tenk så mye lettere det blir å prate om vanskelige ting når en også kan le sammen", uttalte Johan. Og det samme sa både Åsmund og Birger.

"Det er ikke en leges plikt å følge meg til arbeidskontoret," konstaterer Mahmood. Men kanskje er det uttrykk for en *solidaritet* som gjorde det helt naturlig å *gå en ekstra mil* sammen med pasientene. Kanskje er det tilsvarende synspunkter som ligger bak uttalelsene fra Anna og Kåre om hvor viktig det hadde vært for dem å *bli oppringt* underveis: Jeg lurer sånn på hvordan det går med deg? " Kåre var klar på at "det kommer jeg aldri i mitt liv til å glemme".



## 2) Pasienten er hovedpersonen

Underveis til neste varde, som jeg har kalt "pasienten er hovedpersonen", finner jeg tre større under-temaer eller merkesteiner: Om pasientens *sårbarhet*, om pasienten som *spesialist på eget liv* og en drøftelse av *barn* som pasienter.

Ideelt sett skulle enhver pasient være hovedpersonen når de søker legehjelp. "Pasienten i sentrum", et tidsriktig utsagn på alle måter. "Pasient-sentrert metode" som et ideal for leger og mye omtalt blant allmennpraktikere (44). Men hva sier medtenkerne om erfaringene sine i så måte?

### SÅRBARHET

Som pasient kan man være svært *sårbar*. De aller fleste går jo ikke til lege for moro skyld, hevder medtenkerne med ettertrykk. Hele spekteret av bekymringer for hva som kan feile en selv bidrar til en varhet for selv de minste, subtile signaler og uttrykk fra legens side. Dessuten er det jo slik at man *utleverer seg* på flere måter når en søker hjelp, er Elses erfaring.

Men om pasienten blir *sett*, virkelig sett, som *hel person*, og ikke et *tilfelle* eller en *diagnose*, ja, da er man langt på vei til et godt møte. *Lytter* legen til beretningen, *tar pasienten på alvor* på det han kommer med, *tror på* det som legges fram og *respekterer* pasientens fortelling, ja, da er den sårbare situasjonen i gode hender.

Ikke minst vesentlig er dette ved alvorlige sykdommer eller skader, situasjoner hvor kanskje pasienten har fått større funksjonshemninger å leve med videre. Flere medtenkere betoner viktigheten av å *støtte opp under det pasienten selv har tro på*, hva vedkommende kanskje var engasjert i før skaden eller sykdommen. Flere hadde erfaringer av å bli slått i bakken av utsagn fra leger om at de neppe kunne fortsette med det som hadde vært viktig for dem, - som for eksempel Johan som tidlig i sykdomsforløpet ble forespeilet at han måtte skifte yrke. Men selv visste han at det aldri ville komme på tale, koste hva det koste ville.

Spesielt *det første møtet* med en lege er svært sårbart, mente Kåre. Om pasienten ikke føler seg *imøtekommet*, kan konklusjonen bli at den legen vil ikke vedkommende ha mer med å gjøre, om mulig. Man vil jo gjerne være *den eneste for legen der og da*, at det ikke er pasienten på gangen som har legens oppmerksomhet, som Vivian uttrykte det. Dessuten blir

det neppe en god konsultasjon *hvis legen er altfor sliten*, som for eksempel etter en vakt. Da er man jo *ikke kompetent* til å ta seg av pasienter, mente Kåre etter noen uheldige erfaringer i så måte.

*Åpningsspørsmålet* er viktig, at pasienten føler at her er det en person som er genuint interessert i min historie, stor eller liten, og som signaliserer at "plassen er din". Motsatsen kan være utsagn som får pasienten til å føle at egentlig så *burde han ikke ha vært der*, eller kanskje han må *forsvare seg* i forhold til berettigelsen av å søke lege, eller han kan bli stemplet som en *gjenganger*. "Hva har du her å gjøre?" som flere hadde erfaringer med.

Om konklusjonen på konsultasjonen blir at "deg feiler det ingenting, *du er frisk*", så kan det være mer til forvirring enn trøst når "*kropp og sjel huler av smerte*". Og kanskje enda verre: flere fortalte om erfaringer hvor de nærmest *snakket til veggen*, og noe svar fikk de iallfall ikke av spesialisten de var henvist til for vurdering. PC-bruk og avbrytende telefoner, en lege som var opptatt av papirer og prosedyrer og som nærmest ikke enset pasienten i stolen, det ble opplevd som en *krenkelse*, - både i sykehus og i allmennpraksis.

#### SPESIALIST PÅ EGET LIV

Den andre merkesteinen underveis handler om at pasienten er spesialisten på eget liv. "Ingen kjenner meg bedre enn meg selv," mente Johan. "Det eneste måtte være kona, da", la han til med en latter. "Og det betyr at vi kan *bytte plass den første timen* slik at jeg kan fortelle hvem jeg er", utdypet han. Fortellingen må få komme til uttrykk, legges fram til vurdering, og da av *to eksperter*, pasienten på eget liv og doktoren på det medisinske fagområdet. Flere av medtenkerne hadde erfart hvor viktig det var for dem at de kunne "*legge alle kort på bordet*", som Vivian uttrykte det.

Mange pasienter har jo tenkt mye før de søker lege. Det er viktig å bli møtt på det de har av forestillinger og vurderinger, selv om legen kan være uenig eller se andre svar på pasientens spørsmål. "*Hva tror du selv dette kan handle om?*" Dette spørsmålet var helt sentralt for de fleste.

For noen pasienter er det imidlertid ikke bare å fortelle. Når man knapt vet om man er sjuk en gang, men bare kjenner seg helt tom og fortvilet, slik det var for både Eva og Else. Da må

historiene kanskje hjelpes fram, lirkes på plass, mente Birger. Det foreligger *ingen ferdig plate* å legge på for avspilling.

*Avbrytelser* underveis i beretningene kunne fungere dårlig. Samtidig ville de fleste gjerne ha *innspill fra legen* slik at de kunne reflektere ytterligere over situasjonen. *Utfordringer* var avgjørende for Eva og flere med henne. Og *ansvar* for egen situasjon. Legen måtte ikke ta over dette, men *oppmuntre* pasienten til å strekke seg litt og litt lenger. "Jeg vil *beholde tømmene*", var Gudruns formulering. *For mye omsorg* kan kjennes klamt og hindre en god utvikling, poengterte Eva.

#### BARNA SOM HOVEDPERSON

Noen av samtalepartnerne mine poengterte betydningen av at barna fikk være *sentrum for oppmerksomheten* når de møtte en lege. At 5-åringen fikk hovedplassen gjorde at Eva fikk en *grunnleggende tillit* til legen. "Det gjør noe med oss som foreldre *at barna blir tatt på alvor*". For ungene har sitt å fortelle både om plager og fortolkninger. Og de må få komme til orde med dette, kjenne seg som sentral og *viktig*, den det handler om rett og slett. Og *barns fantasi*, det vet de fleste nok om til å kunne forestille seg hva en bilyd på hjertet kan bety om det ikke blir forklart, en skjevhet i ryggen eller andre forhold som voksne kan forholde seg rasjonelt til, men som for barn i gitte situasjoner kan vokse til livstruende eller fryktingytende monstre som forfølger dem i årevis.

Flere kunne fortelle om hvordan ungene sluttet umiddelbart å klage over plager når de hadde vært hos legen og fått være *sentrum for samtalen og undersøkelsen*. Foreldrene kom alltid inn i annen omgang, og da med barnas versjon som det primære å forholde seg til. Om ungene da på et seinere tidspunkt skulle behøve å ha nye kontakter med lege eller helsepersonell for øvrig, så har de kanskje en *god erfaring* som basis, at *tilliten ikke er brutt*, at de vet at de kan *stole på* det som blir sagt og gjort av legen. "De unga deres er jo *aldri redd for verken doktor eller tannlege*", fikk Vivian høre fra omgivelsene om sine egne barn.

Noen av medtenkerne mine er pedagoger. Det var ekstra interessant å drøfte hvordan lærer og lege trenger utfordringer på å se situasjoner fra henholdsvis *barneperspektiv* og *pasientperspektiv*. Og noen ganger er dette sammenfallende for legen når det er en barnepasient det gjelder. Vi var skjønt enige om viktigheten av å tilstrebe at *hovedpersonen* må få være hovedperson, selv om de holder seg forsiktig i bakgrunnen og kanskje i

utgangspunktet ikke er så synlige. Desto større utfordring for begge yrkesgruppene våre å la dem få tre fram både for seg selv og den profesjonelle, - erfaringer som kan bety litt for *selvfølelsen* deres videre i livet. At de kan få næring til en *stolthet* over hvem de er.

### 3) En vid ramme i møtet

En tredje varde eller utsiktspunkt på vandringen jeg har gitt meg ut på, kan benevnes som behovet for en *vid nok ramme i møtet* mellom pasient og lege. To store merkesteiner kommer til syne langs denne noe gjengrodde stien opp mot toppen, nemlig *tid nok* og *åpenhet*. Alle medtenkerne var innom disse to emneområdene på flere ulike vis. Spesielt er *tid* et tema som engasjerer og som blir utdypet gang på gang.

#### TID NOK

*Tid nok* er ikke det samme som en masse tid. Tvert om kan *tid nok* bety noen få minutter, - vel å merke om pasienten får *innta hovedsetet* både i rommet og i sin egen fortelling, enten den er stor eller liten. Og motsatt kan lang tid føles svært kort om legen er opptatt av andre ting underveis i møtet, - som å *klapre på PC-en, lete i papirer* eller *ta telefoner* som ringer. Og verst av alt er det om hun ikke har en *ro* i situasjonen.

*Legen blir hovedpersonen* om det er *stress* i konsultasjonen. Hun *bestemmer agendaen* om tiden er knapp. Dersom hun dessuten signaliserer at hun skulle ha vært ferdig med neste pasient på dette tidspunktet, da begrenser det seg selv hvor mye den aktuelle pasienten velger å ta opp. Det meste må kanskje vente til en seinere gang. Da føler man seg *i veien*, rett og slett *til bry*. Og legen får dermed ikke rede på hva det hele egentlig dreide seg om for den som søkte hjelp, i følge medtenkerne.

Pasienten kan bli utrygg ved dette og *velge å ikke følge legens råd*, all den stund *hun ikke har lyttet* seg fram til hele historien. *Malen* ble rett og slett *for smal*. Det var mer som var viktig, men det ble ikke *rom* for å ta det fram. Mange *medisiner blir ikke brukt* etter anbefalingen av grunner som dette, mener flere av mine tidligere pasienter.

Og motsatt har noen av medtenkerne erfart legemøter som et *fristed* for refleksjon og høyttenkning når de selv er *sentrum* i møtet, en *profesjonell arena*, et *verdige forum*. Det å ha muligheten for *doble timer* innen kort tid ble høyt skattet og flittig benyttet om det var større problemkomplekser som trengte belysning. For noen kan det ta tid å komme fram til det som er det vesentlige. Det er ikke alltid man søker legen med en *ferdig pakke*.

Spesielt Kåre holdt fram bekymringen om at leger *tar på seg for mye arbeid* – eller blir pålagt dette. Om legen hadde færre på listen, ville hun kunne ta seg skikkelig av de som det var hennes ansvar å bistå. Han lurte nok på hvor mye *penger* styrte dette spørsmålet. Men de fleste som velger legeyrket har vel kjent på et *ønske om å hjelpe*, om å bistå mennesker som trenger assistanse? lurte han på.

De medtenkerne som hadde benyttet seg av doble timer, poengterte med tyngde betydningen av å kunne *gå bakom symptomene*, få anledning til å *søke til bunns* i problemene. Dermed sparte de både seg selv, legen og samfunnet for belastninger ved at de kom seg raskt til hektene igjen og ut i aktivt liv og arbeid, - og det i motsetning til årelange plager og langvarige sykemeldinger, slik noen hadde erfart tidligere.

#### ÅPENHET

I det første møtet med en pasient må det være sentralt å få fram hvem vedkommende er, *hva han består av*, få høre litt av historien. Iallfall hvis pasienten har uklare plager, mente Birger. *Lete i det ubehjelpelige*, søke etter *de sentrale ordene*, starte der. "Vi kan *bytte plass* den første timen så jeg kan få fortelle hvem jeg er", var Johans versjon av dette med at pasienten må få tre fram som *hel person* for legen som skal forsøke å hjelpe til i en prosess mot god helse for pasienten. *Vi er jo våre historier*, sa Gunvor. Og Anna uttalte at *jeg er jo mitt levde liv*.

Og da er det viktig at *rammen er vid*, at *ingen temaer er upassende* eller "*feil*". Hva som vurderes som smått eller stort, det er det opptil pasienten å bedømme. Folk går jo ikke til lege for moro skyld. De har jo en bekymring, - dette er et tema som de fleste var innom. "For deg kan det være en *filleting*", sa Kåre. Og da gjelder det at legen ikke gir uttrykk for dette, men tar det på alvor og heller formidler beroligelsen på en måte som gjør at pasienten ikke føler seg *dum*. Eller som Vivians sønn eller barna til Eva som aldri mer nevnte plagene sine etter at de fikk legge fram symptomene og fikk tilpassede, *seriøse tilbakemeldinger* på bekymringene sine.

Du må få muligheten til å *legge alle kortene på bordet*, var en av Vivians utfordringer. For ellers ville noen spørsmål kunne kverne og kverne og vokse seg større og kreve nye legetimer for avklaring. Men når pasienten får ro til *refleksjon*, at *pauser* benyttes til funderinger, og begge parter kaster seg inn i en felles høyttenkning omkring pasientens situasjon, så klarnet

det for flere. De fikk *knagger* å henge ting på eller hjelp til å løfte av seg *en tung bær* eller *ryggsekk*.

Men Mahmood er opptatt av at *åpenheten har en grense*. Det er ikke alt i livet han ville drøfte med meg som lege. Og Kristian støtter dette: Det er pasienten som bestemmer hvor langt han vil gå i framleggingene sine.

Else var innom hva som kan være *innledningsordene* ved et møte på legekantoret. Kanskje "Hvordan har du det?" eller "*Hvordan står det til?*" Det kan være følsomt å få spørsmål som "hva gjelder det?" eller å bli møtt med den åpne utfordringen "fortell!" mente Else. Men det viktige er kanskje til syvende og sist å ha en *finfølelse for situasjonen* når pasienten ankommer. Noen ganger skal en lege kanskje ikke gjøre annet enn å ønske velkommen ved å håndhilse og med kroppsspråket formidle at "*plassen er din*".

Flere av medtenkerne la vekt på betydningen av at *medisiner ikke ble aktuelt* underveis i arbeidet vårt. "Dermed kunne jeg være med med hele meg", sa Eva, inklusive med de vanskelige følelsene. Og det samme kom fram i samtalen med Else. Anna kommenterte at det er jo ikke nok med medisiner, - "det er bare en *overflatedemper*". Og de medikamentene alle tre hadde i tankene var nervemedisiner eller tabletter for søvn eller tungsinn. Og Birgers metafor var en "*glemselspille*", som han var glad for at han ikke benyttet ved Estonia-forliset.

Som avslutning på kanskje de fleste konsultasjoner så fant medtenkerne det verdifullt å få spørsmålet om det var *noe mer* de ville ta fram. Og når så var tilfelle, og tiden kanskje brukt opp, at legen da kunne tilby de nevnte dobbeltimene som en mulighet. Videre erfarte de det som vesentlig at det var *opptil pasientene selv* å ta stilling til om de skulle ha flere timer og i tilfelle *når*. Men: Iris hadde hatt behov for at jeg som lege hadde tatt en beslutning om *tettere oppfølging*. Individualisering er viktig også her.

#### 4) Å bevare livskraftene

Det er flere stier som fører opp til den fjerde varden i det imaginære landskapet mitt. Om jeg skulle angi noen navn på merkesteiner for hver av disse, kunne det være *refleksjon*, *hjelp til selvhjelp* og *livsoppsvinget*.

#### REFLEKSJON

Under denne overskriften har jeg valgt å hente opp "steiner" med noe ulik fasong og beskaffenhet, men som likevel har noe felles, nemlig nettopp *refleksjonen*. Vivian var klar på at det var viktig for henne med *tenkepauser* slik at hun kunne hente fram det hun hadde fundert over hjemme på forhånd. Og Carina erfarte at mine antydninger om mulige *sammenhenger mellom livet og helsa* falt i god jord hos henne, - det ga gjenklang i hennes egne forestillinger om hvordan *kroppen kan hele seg selv* i noen tilfeller. Det var altså pasienten selv som måtte få være *refleksjonens sentrum*, ikke legen i første omgang. Ofte kunne det handle om en *bevisstgjøring*, ikke minst på *kroppens tale*, som Carina og flere var inne på.

"Jeg får så lyst til å kjøre *dialog* i stedet for monolog" uttalte Birger. "Det virker som om *legene ikke forventer seg noe fra pasientens side*. Og da setter konsultasjonen lite i gang hos den som er syk", var hans bekymring. Selv er han en mann med frodige metaforer, et trekk som preget også flere av de andre konstruktive samtalene med medtenkerne. "Det blir så mye lettere å forstå når vi *snakker i bilder*", mente Johan. Underveis hadde det vært mye latter midt i gravalvoret sammen med disse to mennene, mye på grunn av nettopp den frodige metaforbruken deres.

Birger hadde selv erfart hvor vesentlig det hadde vært at vi *lette i det ubehjelpelige*, i det uklare, i det som manglet ord, men som kunne fornemmes. Og da gjelder det for lege og pasient å presisere seg fram til en *tydelighet*. Da kommer man så mye raskere inn til det det hele dreier seg om, mente han, - til *kjernen*. Historien ligger ikke ferdig. Den må *avdekkes* - eller kanskje rett og slett *skapes* - i møtet.

#### HJELP TIL SELVHJELP

Skriften på denne steinen er litt uklar. Den kan tolkes i noe forskjellige retninger. Uttrykket er kanskje litt (for)slitt. Men Else la stort alvor i at det nettopp var *hjelp til selvhjelp* hun hadde



fått. Og da forsto jeg det dit hen at temaene vi hadde drøftet hadde hjulpet henne til å *se hva som er rimelig* og urimelig, hva en kan forvente av seg selv og andre i de nære omgivelsene. En støtte på at det hun på ett nivå visste om, det var det legalt å holde fram som riktig for henne selv. På den måten ble det mulig å få *en bedre kontroll i eget liv*. Og på liknende vis hadde psykiateren hjulpet Iris til en trygghet på at hun kunne *stole på sine egne fornemmelser* på hva historien hennes hadde gjort med henne. Hun fant en *logikk* som skapte en *frihet*.

Eller som Eva betonet så sterkt at de *rådene* hun hadde fått underveis, de *ble hennes egne*, omskrevet til hennes virkelighet slik at det passet inn i hennes dagligliv. De var ikke pålegg i retning av at "du bør" eller "du skal". Nei, heller som antydninger fra min side om at "kunne det være noe med -?" Eller "jeg får idéer om - ". Dette fungerte kreativt for henne og medførte en aldri så liten *revolusjon* i livet hennes. Men det hadde vært avgjørende at vi kunne *tenke til bunns*, legge oss åpne for dype refleksjoner over livet og helsa. Og på denne måten oppnådde hun å få bruke hele seg i livet sitt, mente hun. Men *ansvaret* for forandringene måtte hun ta selv.

Vivian er inne på begreper som å *treffe spikeren på hodet* eller å legge ut noen *ledetråder*. Mens Carina omtalte det nyskapende i samtalene våre som at det ble *plantet et frø* hos henne. Det falt i god jord, slik at det fikk vokse og formere seg. Hennes nyvunne innsikter ble nemlig også brukt av henne selv overfor kolleger og venner når disse hadde ulike plager med helsa si. Hvorfor er det ingen som *snakker litt ordentlig* med dem som strever for eksempel med smerter overalt? lurte hun på. Hun hadde tanker om at hun *kurerte seg selv* når hun fikk plukket fra hverandre hva astmaen hennes kunne handle om.

Flere av medtenkerne hadde fått erfare underveis hvordan det ble mulig å trekke opp noen *grenser* i livet sitt, demarkasjonslinjer som ikke skulle overskrides av andre uten et klart uttalt "velkommen innenfor". En *urørbarhetssone* som til nå hadde vært overtrådt gang på gang for flere av medtenkerne gjennom livet, - både av deres nærmeste og av andre i omgivelsene. Klare "ja" og ditto "nei" var nye erfaringer, og disse ble grunnleggende vesentlige i selvhjelpen videre.

Åsmunds og Johans erfaringer med "*likemenn*" eller "*patient power*" faller også inn under begrepet hjelp til selvhjelp. Det handler om at mennesker som har kjent på egen kropp hvordan sykdom og skade kan endre livet og gi nye utfordringer, at de kan støtte pasienter

som opplever tilsvarende. Kanskje stiller leger svakere enn tidligere pasienter når det gjelder formidling av erfaringer om mestring på kanten av livet? Det er viktig at "du må få meg til å *tro på meg selv*", mente Johan.

### LIVSOPPSVINGET

Uttrykket har jeg lånt fra Asbjørn Aarnes (45). En programerklæring for legearbeidet og en skjellsettende erfaring for pasienter som gjenvinner god helse etter sykdom eller skade, - eller som velger livet framfor å forsvinne fra denne verden. Ved dette uttrykket ser jeg for meg en eksponentialkurve, illustrert med en arm som svinger fram og opp - og med en åpen hånd.

Medtenkerne har nevnt en rekke fenomener som jeg oppfatter som ulike uttrykk for nettopp dette at *livet kommer til uttrykk* igjen, det *livsbejaende*, det som gir mening og sammenheng for pasientene (46;47). Gunvor var inne på dette at vi er *født med en livskraft*, en *livsvilje*. Styrken i denne kan være ulik fra person til person. I hvilken grad en sikrer seg bekræftelse allerede som liten kan være noe forskjellig. Men *viljen til liv* konstaterer vi, men forstår den knapt. Her er det virkelig store *mysterier*, var Eva og jeg skjønt enige om.

Underveis i prosjektet gikk det opp for meg at omtrent halvparten av medtenkerne hadde stått i fare for å avslutte livet før tiden. For to av dem var det en gudstro som hindret dem i å gjøre alvor. Eller var det barn og barnebarn som ropte dem tilbake? Kanskje det også. Og noen har ansett samtalene på legekantoret som avgjørende for ikke å *begå selvmord* – eller *visne langsomt hen innenfra*, som Birger uttrykte det.

Legen må *hegne om pasientens liv*, støtte opp under *drømmer* og *håp*. Og vi har hele tiden *valg*, proklamerte Anna, "og da gjelder det å ta de rette valgene, da. Det er ikke alltid så lett." I en slik kritisk situasjon er det viktig at legen stoler på pasienten, og at legen klart gir uttrykk for dette. For Kåre var det viktig at *det var noen der ute* som brydde seg, som faktisk *fulgte med* hvordan det gikk med ham. Det var vesentlig i den labile situasjonen han befant seg i noen år tilbake.

Livsoppsvinget er et uttrykk som kanskje kan antyde dette at mennesker går over fra å være syke og fortvilte til å ta kontroll over egen situasjon, *en oppvåkning til fornyet kreativitet*. Å gå over fra å være et menneske som omtaler seg selv i *tredjeperson* til å "*fylle seg selv til fingertuppene*", en selvforståelse i *førsteperson*. Mange av medtenkerne mine hadde ikke vært

*til stede i sitt eget liv, hadde ikke funnet den røde tråden i tilværelsen sin, hadde ingen bevissthet om retten til en plass i verden.*

Men når de hadde fått fortalt alt som føltes nødvendig, og det var blitt *tatt i mot i respekt*, da kunne Iris senke skuldrene, - det samme kunne Anna. Det var mange sykdommer og helseplager som fordampet, som tidligere nevnt (s. 51). Og Birger kunne trekke pusten helt inn, fylle lungene med luft, for så å kunne tre ut i tilværelsen. For flere ble det åpning for å *pleie kjærligheten*.

### Krenkelse gjør krank

Medtenkerne var invitert til en samtale om hva som åpner og hva som lukker i forhold til tilfriskning når pasient og lege møtes. I intervjuene er det, naturlig nok, også kommet fram mange synspunkter på hva de tenker om sykdom og helse. Utsagnene deres støtter og utdyper det jeg har reflektert over etter tilbakereisen med Birger (s.95-107). Jeg finner det riktig å nevne noe av det medtenkerne har bidratt med av supplerende synspunkter.

Flere av dem som var aller mest plaget med sykdommer, var ikke blitt *sett* og *verdsatt* av sine nærmeste som barn, - mange heller ikke seinere i livet. I fortellingene kom det fram alle grader av vanskjøtsel og *avvisning* til dels fra helt tidlig i livet. For noen var det snakk om *mishandling*, for andre neglisjering og *mangel på omsorg*. Og det var ikke bare Anna som syntes å bære på mye *ubearbeidet sorg*. Det ble nevnt av flere av medtenkerne underveis i forskningssamtalene. Mange hadde ytt mye overfor mange, men fått lite omsorg tilbake, både som barn og voksen. Og dermed har flere strevd med *dårlige tanker om seg selv* gjennom alle år. De har slett ikke kunnet hilse et blidt "godmorgen" til sitt eget speilbilde.

Og med mye ubearbeidet sorg som ballast kan det *bli for mye* for et menneske. *Kroppen kan si skikkelig ifra* når *begeret er fullt*, når det *ikke er plass til mer*, som flere uttrykte det. Noen var seg dette bevisst, mens andre ikke hadde tenkt så mye over det når de var plaget med helsa si.

"*Jeg er mitt levde liv*", sa Anna. Og når det *gjør vondt i livet*, når man er *ulykkelig* over lang tid, mente Iris at det etter hvert kunne utvikle seg også alvorlige sykdommer. At kropp og sjel er ett var ingen av dem i tvil om. "Har du psykiske plager, så setter det seg i kroppen som smerter." Kåre hadde en klar formening om bakgrunnen for mye av den helsesvikten han hadde opplevd gjennom oppveksten og hele sitt voksne liv. Men ingen hadde tidligere *gått til rota for det hele*, altså all den avvisningen han hadde tøffe erfaringer med helt fra han ble født som et *uønsket barn*. -

Forskningssamtalene gir meg grunnlag for en foreløpig antakelse om at det kan foreligge elementer av en relasjonell smerte i sykdomsutvikling.

## DEL IV: ET FUGLEPERSPEKTIV PÅ ERFARINGENE

### Historisk tilbakeblikk

Om jeg nå hever meg litt opp over dette landskapet jeg har beskrevet og inntar et fugleperspektiv, så blir området under meg kanskje ikke så stort, men ikke mindre interessant av den grunn. De erfaringene som medtenkerne og jeg har fått underveis de siste årene føyer seg inn i en historisk sammenheng som det er vel verdt å dvele litt ved og fundere over.

I horisonten dukker det opp mange, mange personer som har sagt viktige ting om helse og sykdom og om legers arbeid gjennom tidene. Om jeg bare konsentrerer meg om vestlig medisin, vil jeg likevel kunne fylle mange hyllemeter med bindsterke verk fra en rekke forfattere. Å gjøre seg godt kjent i disse vil kreve flere års videre studier. Så det følgende er ment som en summarisk antydning om at medisinen som fag har mye å hente fra tenkere både i og kanskje spesielt utenfor egne rekker.

Fra mitt fugleperspektiv med utsikt til grensene for vår egen tidsregning og vår vestlige kultur er det noen personer og noen tankebygninger som fanger oppmerksomheten min, - som lyser kraftigere opp enn de øvrige. Innenfor rammen av denne oppgaven er det rimelig å gi en *varsom* tilkobling til noen av disse tenkerne som har gått foran oss. Det dreier seg om til dels store filosofer med synspunkter som fikk betydning langt ut over deres egen levetid.

Ordet filosofi oversettes gjerne med "kjærlighet til visdom" (43). Og alle er vi vel mer eller mindre hverdagsfilosofer helt fra vi er ganske små. For selv barn funderer over de store spørsmålene i tilværelsen, - over livet og døden, kjærligheten og rettferdigheten. Det er her på sin plass å presisere at jeg ikke har studert faget filosofi. Jeg er lege. Og i den grad jeg skjeler til filosofi i denne framstillingen, så er det med medisinsk, og ikke fagfilosofisk bakgrunn jeg uttaler meg.

Dagens medisinere er i liten grad skolert i filosofi, selv om det gjøres iherdige forsøk på å bøte på denne situasjonen (48). Dette til forskjell fra antikkens leger. For dem var filosofi og medisin to disipliner som var uløselig knyttet opp mot hverandre. Denne tradisjonen fulgte legers utdannelse og interessefelt helt fram mot ca. år 1800, da framveksten av den naturvitenskapelige tilnærmingen overtok arenaen innenfor forskning og fagutvikling (49).

Grekeren Hippokrates ( 460 - ca.370 f.Kr.) fra øya Kos i Middelhavet regnes som den vestlige legekunstens far (50). Møtet mellom den syke og den medisinsk kyndige skulle styres av aldri å skade, alltid trøste, noen ganger lindre og i mer sjeldne tilfeller å kunne helbrede. Hippokrates' legekunst bygget på *møtet* mellom pasient og lege, og den utgjorde en *praksis*. Dette er sentrale elementer i helsevesenet den dag i dag. Dessuten utgjør hans etiske refleksjoner fortsatt den basis som dagens etikkdiskusjoner tar utgangspunkt i innenfor faget medisin (50;51)(Vedlegg 7).

Men Hippokrates' sykdomsforståelse deler vi ikke lenger. For ham og flere av hans samtidige gjaldt det å finne den rette *balansen* mellom kroppens væsker, de fire "kardinalsåftene", altså mellom blod, slim, gul og svart galle. Slik tenkte antikkens legeknyndige, og denne forståelsesrammen dominerte legekunsten i mer enn 1500 år (49).

Om jeg skygger for øynene og søker videre i horisonten, må jeg stadig tilbake til en franskmann, nemlig matematikeren, filosofen og naturforskeren René Descartes (1596-1650). Den dag i dag preges mye av vår tenkning av denne vitenskapsmannens strev med å finne ut av hva han kunne stole på i denne verden. I sine presentasjoner måtte han balansere hårfint mellom det han mente var rett og det som kunne uttales høyt uten å provosere den katolske kirken på den tiden. Han ønsket nok ikke å lide samme skjebne som sine kolleger polakken Nikolaus Kopernikus (1473-1543) og italieneren Galileo Galilei ( 1564-1642), som begge fikk store problemer med pavekirken da de la fram sine vitenskapelige arbeider som viste sider ved vår virkelighet som presteskaperet ikke evnet å forene med sitt verdensbilde.

Descartes "metodiske tvil" førte ham blant annet til konklusjonen at kroppen tilhører den utstrakte verden (*res extensa*) og sjelen den åndelige (*res cogitans*), og at disse ikke kunne ha noe med hverandre å gjøre. Iallfall ikke direkte. Men sansningen måtte han også forholde seg til. Så han postulerte et mellomledd mellom kropp og sjel og henførte dette til det såkalte hjernevedhenget eller konglekjertelen (*corpus pineale*).

Etter Descartes' oppfatning var kroppen å regne som en mekanisk innretning, styrt etter mekanikkens lover, og atskilt fra sjelen som tilhørte en åndelig dimensjon, Gud. Historien forteller at han blant annet foretok operasjoner på hunder – uten å bruke bedøvelse. Dyrenes

skrik var ikke i smerte, mente han, men reflekser. (Denne oppfatningen holdt seg helt inn i det 19. århundre og var noe av bakgrunnen for at man kunne forsvare medisinske forsøk på dyr.)

Dagligtale og forestillinger langt inn i de vitenskapelige kretser vitner om fortsatt trofasthet mot Descartes' dualisme. Denne to-delingen i kropp og sjel ligger for eksempel til grunn for oppdelingen i ett helsevesen for psykiatri og et annet for mer kroppslig pregede plager. Mange pasienter og leger kjenner imidlertid på denne todelingen som både naturstridig og uhensiktsmessig i daglige erfaringer som syk eller som hjelper og fagperson. Ja, noen vil nok mene at den er til ikke liten fortvilelse og representerer en stor ulykke for faget medisin.

Men kanskje må vi se litt nøyere etter der ute i horisonten. For muligens bør vi ikke uten videre forkaste Descartes' forestillinger, men først forholde oss til noen av de resultatene som fulgte i kjølvannet. For kan vi tenke oss den moderne samfunnsutvikling i Vesten om ikke denne vitenskapsmannen - og flere med ham - hadde "løsrevet" materien fra den åndelige sfære? Dagens eventyrlige, teknologiske nyvinninger hadde kanskje ikke vært mulige uten hans "metodiske tvil" i sin tid.

Ved at Descartes bidro til å "frigjøre" kroppen fra kirkens domene og forestillingsverden, ble det etter hvert mulig blant annet å finne sammenhenger mellom pasienters symptomer og forandringer i indre organer. Obduksjoner av døde, og seinere også operasjoner på levende mennesker, muliggjorde en radikalt annen sykdomsforståelse enn den Hippokrates og hans etterkommere kunne ha muligheter for. De hadde ingen tilgang til menneskekroppens indre.

Med røtter tilbake til Descartes har naturvitenskapelig baserte studier bidratt til en rekke av de medisinske framskritt som vi i dag ikke ville ha ønsket å være foruten, alt fra basalforskning på menneskets natur til utvikling av medikamenter og vaksiner. For ikke å snakke om alle bragder medisinen som fag kan vise til innenfor livreddende behandling, enten det gjelder sykdommer eller skader (48). "Å kaste vrak på dette ville være en absurd tanke" (49).

Samtidig er vitenskapelig engasjerte personer klar over behovet for utvidede forståelsesrammer for faget medisin. I horisonten kan vi ane en rekke tenkere som har utfordret Descartes og hans meningsfeller. Det blir altfor omfattende å nevne hele den nære filosofiske og vitenskapsteoretiske diskusjonen vi har hatt i Europa de siste par hundre år. Men ett emneområde vil jeg så vidt berøre, og det via begrepet *positivisme*. Betegnelsen ble

første gang nevnt av sosialfilosofen Claude Henri Saint-Simon (1760-1825). Men det var hans sekretær, filosofen Auguste Comte (1798-1857), som er blitt stående i historien som positivismens far (52).

Det er flere definisjoner og noe ulike forståelser av dette begrepet, som uttrykk for at det dekker mer en ett fenomen. Den vanligste tilnærmingen er at det sier noe om en forskning som gir *sikker* viten. I denne sammenheng vil jeg også peke på den positivistiske oppfatningen at det skulle ligge en innebygd mekanisme i tilværelsen som skulle betinge en stadig *forbedring av samfunnet*, at man gjennom erfaringsvitenskapene måtte forvente en mer og mer human tilværelse i nær framtid. Når vi bare får forsket enda litt lenger, så - . Og med vitenskapen mente man her *naturvitenskapen*.

De fleste fagområder i Vesten tok et oppgjør med den positive retningen omkring tiden for studentopprøret i 1968 og i årene som fulgte inn på 1970-tallet. Alt var politikk og styrt av politiske beslutninger, mente man nå. En naturgitt framskrittsoptimisme ble revet ned fra pidaestallen. Og så kjenner vi til hvordan det siden har gått - , en pluralisme vi kanskje aldri har sett maken til i Vesten. "De store fortellingens tid" er over (53). Det er overmodent for å sette tanken fri. Moderniteten er tilbakelagt. I den postmoderne epoke famler så mennesket etter et ståsted, - mange ståsteder.

Men i faget medisin tok vi ingen dyptgripende og selvransakende diskusjoner på 1970-tallet omkring hvilket fundament medisinsk forskning og praksis skulle bygge på i framtiden. Vi fortsatte bare videre – med å søke dypere og dypere i materien etter de *sikre* svarene på uhelse og sykdommer. Bare vi kunne få forsket enda litt mer, gå enda litt mer ut i de subtile detaljene, så - . Vi fikk en spesialisering av faget vårt. Etter hvert utviklet det seg en grenspesialisering, - om ikke også en "kvist-spesialisering" - , innenfor legeyrket. Men dermed mistet vi kanskje oversikten.

Og det til tross for at vi fikk taxonomier innen faget etter mønster av Carl von Linné (1707-1778). Hans "Systema naturae" med klassifikasjoner innenfor plante-, dyre- og mineralriket banet veien for tilsvarende kategoriseringer av sykdom og uhelse. Men de medisinske klassifikasjonssystemene har kanskje bidratt til at perspektivet lett kan dreies bort fra pasient og lege som samhandlende mennesker, bort fra det skapende mellomrommet mellom disse to.



Iallfall sto vi i fare for å miste Hippokrates' perspektiv for en stund. For vi "bekjenner" oss jo fortsatt til hans idealer for medisinsk virksomhet. Og de innbefatter at det sentrale for en lege er å *møte sine pasienter* og i dette møtet utføre sin medisinske *praksis* med det mål for øyet å *hjelp*, - og i beste fall helbrede. Personer kommer til legen med hele seg og kjenner på at noe er galt med dem selv. Verden er stoppet opp. Plutselig er kroppen påtrengende til stede og framtiden usikker. Dette er pasienten som søker legen om hjelp - fortsatt (23). I konsultasjonen er pasienten ikke et naturvitenskapelig forskningsobjekt.

### **Et fenomenologisk helsebegrep**

I min posisjon i fugleperspektivet har jeg skjerpet blikket. For i horisonten dukker det opp en stor gruppe personer, så mange at det er vanskelig å velge hvem jeg skal fokusere på. De står tett sammen, og noen står på skuldrene til hverandre.

Jeg snakker om mennesker som vi kunne samle under betegnelsen fenomenologisk orienterte filosofer. Vi er kommet til det 20. århundre. Naturvitenskapene har dominert i lang, lang tid. Dette vitenskapssynet vokste ut fra matematikk, og idealene fra fysikkens forskningsverden fikk etter hvert stor innflytelse - til og med på fagområder som vi i utgangspunktet ville vurdere som fjerne fra tallenes verden, nemlig de humanistiske vitenskapene. Men *sikker* kunnskap var gjennomgående idealet, og *sikker* vitenskap ville alle bedrive. Og da var naturvitenskapen den som la lista, gullstandarden, for all god forskning.

”Vi er alle galileiere”, uttalte den tyske filosofen Hans-Georg Gadamer ( 1900-2002) under et intervju i Heidelberg i 1999 (54). Med det mente han nok at vi er alle forhekset av tallenes tale. Og vi er alle ”lydige” mot Galileo Galilei, som oppfordret sine samtidige til å måle alt som lot seg måle – og å gjøre målbart det som i utgangspunktet ikke kunne behandles tallmessig. Begrunnelsen var etter hans mening at naturen er skrevet i geometriens språk og må derfor utforskes i henhold til dette.

Naturvitenskapens ideal om fullstendig *objektivitet*, om *validitet*, *reliabilitet* og forskning som kunne gi *sikker, allmenngyldig* kunnskap, - denne forestillingen ble det satt noen spørsmålstejn ved på begynnelsen av 1900-tallet. Subjektet som totalt atskilt fra objektet, jeg’et isolert fra verden, var ikke lenger like opplagte synspunkter og erfaringer for tenkere i Europa. Flere hadde stilt grunnleggende spørsmål ved berettigelsen av idealet om den objektive posisjon i forskningen. Ja, noen betvilte at det i det hele tatt ville være mulig å befinne seg prinsipielt sett *utenfor* sin egen forskningsarena.

Den tyske filosofen Edmund Husserl (1859-1938) regnes som fenomenologiens far. Han kom fram til at jeg’et, subjektet, ikke står utenfor den objektive verden. Tvert om. Vi har som mennesker en erfart *livsverden* som vi *forholder oss* til, - en førvitenskapelig erfaring gjennom sansene og kroppslige handlinger. Han ville lage en beskrivelse av det som kommer til syne: *fenomenene*. Programmatisk utsagn som ”*til tingene selv*” og at menneskets

bevissthet har en *intensjonal* dimensjon, en rettethet, ble sentrale postulater fra Husserls side. Og vi forholder oss gjennom et aspekt av *mening* som binder oss og verden sammen.

Hans elev, den tyske filosofen Martin Heidegger (1889-1976), stod på skuldrene til sin læremester og nådde kanskje enda lenger ut med sine idéer enn sin forgjenger. Hans hovedverk "Væren og tid" har fått betydning langt utenfor filosofiske kretser. Kanskje er han i ferd med å få tilsvarende innflytelse over vestens mennesker når det gjelder forholdet til vår eksistens i verden som den østerrikske legen Sigmund Freud (1856-1939) kan sies å ha hatt når det gjelder vår forståelse av drømmer og det skjulte bevissthetslivet.

Heidegger er opptatt av at bevissthetsfilosofien fra Descartes av på mange måter la verden øde, at vestens mennesker har lidd under en *værensglemsel*. Også hans lærer Edmund Husserl var opptatt av bevisstheten, mens Heidegger altså fokuserer på vår væren-i-verden, - altså ikke hva det betyr å *vite*, men hva det betyr å *være*. Det tyske ordet Dasein er et begrep han bruker, og som kan oversettes med her-væren. Altså at mennesket er *kastet* inn i verden, at vi er *situert* i en livsverden, noe som bestemmer hva vi ser etter og hvorfor, for å si det veldig kort.

Også Heidegger tar avstand fra oppfattelsen av jeg'et som subjekt atskilt fra verden som objekt. Tvert om utgjør Dasein og verden en *totalitet*, - og da ikke bare ved det vi *gjør*, men også gjennom det at mennesket tenker, føler og taler. Alt dette er aspekter av mening ved det å være til, vår væren-i-verden. Han beskriver ikke vesensstrukturene i vår tilværelse, men gjøremålene, alle værensaktene.

Han har videre interessante perspektiver på det å være syk eller frisk. Han postulerer at mennesket i utgangspunktet, ja, grunnleggende, er fremmed i verden, og at bevisstheten om egen *endelighet* bidrar til denne erkjennelsen. Å være frisk er å på mange måter å glemme vår endelighet. Bevisstheten om dette viker i bakgrunnen – og mennesket føler seg *hjemme-i-verden*. Og motsatt: Som syk blir vi igjen klar over både vår tidsbegrensning og dessuten vår avhengighet av andre mennesker. Vår *hjemløshet* overskygger vår væren-i-verden, altså Dasein. Å være syk preger hele vår eksistens og vår forståelse av vår egen situasjon. Da fravikes den grunnstemning som Heidegger mener vi har som friske, nemlig at vi her og nå kan ha en rettethet mot framtiden basert på fortiden – og føle oss hjemme – i nåtiden. Og med begrepet *tid* menes ikke her den objektive fysiske tid i astronomien, men *levd tid*, - det er et meningsaspekt her.

Men selv i den mest alvorlige sykdomssituasjon vil mennesket som oftest bevare en viss grad av det å føle seg hjemme-i-verden. Vi kjenner oss som oss selv i vår egen kropp i vår verden. Det handler altså om grader av å føle seg hjemme eller fremmed i sin egen tilværelse.

Det grunnleggende nye hos Heidegger er altså dette at helse ikke tar utgangspunkt i fravær av sykdom, men i *levd erfaring*. Og nettopp denne erfaringen av å kjenne seg hjemme i verden er målet for klinisk praksis når pasient og lege møtes, - helbredelsen.

Men hvordan kan vi i daglig medisinsk praksis kombinere denne forståelsen med naturvitenskapens tanker om årsak og virkning innenfor menneskets biologi? Naturligvis vil en pasient og en lege fortsatt måtte forholde seg til at for eksempel et influensavirus medfører sykdommen influensa hos en som blir smittet. Men influensaviruset som sådan kan ikke forklare menneskets *erfaring* av å være syk. Pasienten *lever* sin sykdom, fortolker og søker mening i situasjonen.

Fenomenologi som berikelse av forståelsen av helse og sykdom er altså ikke synsmåter som skal *erstatte* biomedisinsk kunnskap, som tidligere nevnt (s.215). Men et fenomenologisk helsebegrep vil kunne befrukte vår forståelse av sykdoms*erfaringen* ved å koble sammen det engelske ordet for sykdom, nemlig *disease*, med erfaringen av det å være syk, *illness* (55). For mellom disse to nivåene av sykdom foreligger det ikke en direkte kausalitetssammenheng. "Der mening kommer inn går kausaliteten i oppløsning." (56)

Det er videre vanlig i vestlig medisinsk praksis å uttale at såkalte kroppslige sykdommer har sine *psykologiske* implikasjoner. Dette blir nok for snevert, skal vi ta fenomenologisk helseforståelse på alvor. Det vil være mer adekvat å forholde seg til sykdommers ulike aspekter som *levd erfaring*, som nevnt.

I horisonten trer nok en filosof fram for meg, og nå gjelder det franskmannen Maurice Merleau-Ponty (1908-1961). Han anses for å være den første fenomenologen som gir *kroppen* forrang og starter med den (57). Hans verk om "Kroppens fenomenologi" blir for meg en naturlig videreføring av postulatene fra Husserl om *intensjonalitet* og *livsverden* og Heideggers *væren-i-verden* og følelse av å være *hjemme*. Men ingen av de sistnevnte tyske

filosofene har eksplisitt uttalt seg om *kroppen*. Det har spesielt vært *bevisstheten* og forsøket på å beskrive vår *eksistens* med den som utgangspunkt som har vært det sentrale så langt.

Merleau-Ponty beskriver og underbygger at vi forstår som *kropper*, og det er som kropper vi *bebor* verden, vår *væren-til-verden*, som han uttrykker det. Menneskekroppen har et stilltiende pre-objektivt forhold til sin omverden. Og dette forholdet til verden eller situasjonen kaller han *eksistensen*, - som han mener å kunne plassere mellom det fysiologiske og det psykologiske. Det er som levde kropper vi er til, erfarer og søker å forstå vår tilværelse. Sansningen, persepsjonen, er vår *priviligerte åpning* mot verden. Enhver fornemmelse er svanger med en mening (58).

Men i mesteparten av livet vil den personlige eksistens skyve organismen i bakgrunnen, - "uten hverken å sette seg ut over den eller gi avkall på den, uten hverken å kunne redusere den til seg eller redusere seg til den" (59).

Blant mange eksempler han bruker for å illustrere sine synspunkter, har han gitt plass til organisten som skal spille på et fremmed orgel. Det tar ikke mange sekundene før musikeren *bebor* instrumentet, - er hjemme på orgelkrakken. Han rett og slett innretter seg i musikkinstrumentet, oppretter en eksistensiell, intensjonell relasjon til orgelet. Og dette er et generelt fenomen for mennesket. Vår kropp er ikke objektiv for oss, men jeg er bevisst om verden gjennom min kropp. Jeg *bebor* verden. Min kropp er verdens akse – for meg.

Egenkroppen motsetter seg utforsking og framtrer alltid under samme synsvinkel. Dens permanens utgjør ikke en permanens i verden, men for meg. Kroppen er altså ikke en eller annen ytre gjenstand som er den eneste som utmerker seg ved alltid å være til stede. Og jeg har ikke det Merleau-Ponty kaller en *posisjonsromlighet*, men heller det han benevner en *situasjonsromlighet*.

I forlengelsen av disse resonnementene nevner han forskjellen på en persons evne til å peke på egen nese når han blir oppfordret til det (fomler) og det å klø seg på nesen når noe irriterer (rett på sak!). Å gripe er noe helt annet enn å peke. Kroppsrommet foreligger for oss i en *gripe-intensjon* uten å foreligge for meg først som en erkjennelsesintensjon.

I kroppsrommet har vi en stedskjenning, en slags *sameksistens med stedet*. Blir jeg stukket av en mygg, vil hånden min, min *fenomenale* hånd, straks klø på stikkstedet. Hånden går ikke via den objektive verden for å finne ut hvor det klør. Det er aldri vår objektive kropp vi beveger, men den *fenomenale*. Som Merleau Ponty skriver: "Min kropp har sin verden eller forstår sin verden uten å skulle gå via representasjoner eller underordne seg en symbolfunksjon eller objektiverende funksjon" (59).

Og han nevner andre hverdagsseksempler: Å venne seg til en hatt, en bil eller en stakk vil si å innrette seg i dem eller omvendt la dem få del i egenkroppens voluminøsitet. Vanen er uttrykk for vår evne til å utvide vår væren-i-verden. Det handler ikke om viten eller automatikk, men det han kaller *fortrolig viten*. Det er kroppen som "forstår" under ervervelsen av en vane.

Han utdyper hvordan det foreligger en indre nødvendighet for eksistensen å skaffe seg en *tilvant* kropp. Derfor kan mang en funksjonshemmet person føle seg frisk og hjemme i verden på tross av sine handikap. Mens en pasient med en kronisk sykdom i forverrelse kan erfare det stikk motsatte, nemlig en følelse av hjemløshet, slik Heidegger har beskrevet det.

En diagnose sier, med andre ord, ikke noe om en person føler seg syk eller ikke. Hvilken mening mennesket erfarer i situasjonen er avgjørende, - og denne meningen vil være forskjellig fra person til person alt etter bakgrunn og omstendigheter for øvrig. I sykdom er det *meningsaspektet* som utfordres og som kan bryte sammen, altså at pasienten kan kjenne seg fremmed i sin egen verden.

Merleau-Ponty har spennende refleksjoner over hva det vil si å snakke sammen. Så lenge tankene hverken er formulert for en selv, er sagt eller skrevet, så er *tankene uferdige*. De fullbyrdes ved at de uttrykkes. Derfor *vet vi ikke hva vi skal si før vi har sagt det*. Når talen på denne måten er uttrykk for tanken, er den *skapende*, den bringer noe nytt. Gjennom talen skjer det en overtakelse av den andres tanke, en refleksjon i den andre, en evne til å ettertenke den andre som beriker våre egne tanker. Talen *er* hans tanke, og ikke tankens tegn, slår Merleau-Ponty fast. Meningen er inneholdt i talen og talen er meningens ytre eksistens. Og ikke bare det: Det åpner for en ny erfaring i form av en *uttrykkskraft*, - et fenomen som er velkjent blant annet fra musikk og annen kunst.

Men det kan være forskjell på å snakke med en person vi har møtt før og en fremmed, selv om vi har felles språk. Som godt kjente har vi et *mentalt panorama* som vi deler etter mange tidligere møter og samtaler. Dette mangler når to ukjente starter en dialog. Og ytterligere fremmed kan det erfares om vi ikke har samme språkfelleskap. Et språks *fullstendige* mening kan aldri oversettes fra ett språk til et annet. Vi kan beherske flere språk rent verbalt, men ett av dem vil alltid være det vi *lever i*. For å kunne tilegne seg et språk fullstendig, må man overta den verden som det uttrykker. Og man kan aldri tilhøre to verdener på en gang, hevder Merleau-Ponty.

## Hermeneutikk og medisinsk praksis

Ordene fenomenologi og hermeneutikk hektes ofte sammen når man snakker om behovet for utvidede vitenskapelige perspektiver på det faglige møtet mellom pasient og lege. Om vi søker til røttene for hva som kan ligge i disse begrepene, er det vidt forskjellige tradisjoner vi da blir klar over. Som allerede nevnt regnes Edmund Husserl som fenomenologiens far. Hans liv og virke ligger i vår nære forhistorie fra et par generasjoner tilbake. I det foregående er noen få, men viktige etterfølgere også omtalt.

Hermeneutikk har langt eldre røtter og da tilbake til gresk mytologi. Guden Hermes ble tillagt oppgaven å fortolke for mennesket det som tilsynelatende forelå som uforståelig. Han regnes som skrivekunstens og språkets gud. Innenfor vitenskapelige sammenhenger er det for øvrig kjent at teologen Martin Luther (1483-1546) bedrev hermeneutikk, og da forstått som *fortolkningskunst*. Det var oppstått et stort behov for å utlegge bibelske tekster på 1500-tallet under reformasjonen av den katolske kirken. Seinere er hermeneutikk brukt mer generelt for tolkning av tekster.

Friedrich Daniel Ernst Schleiermacher (1768-1834), tysk filosof og teolog, omformet hermeneutikken til en generell *forståelselære*. Han framhever menneskets individualitet, det enkelte menneskets særpreg (52). Og dette igjen kommer fram i fellesskap med andre mennesker, - og da som *uttrykk*. Dermed blir det behov for fortolkning av det som uttrykkes. For Schleiermacher ble hermeneutikken framhevet som nødvendig for å unngå misforståelser. *Samtalen* er derfor sentral, - og da for å komme fram til en felles sannhet.

I vår nære fortid utvikles hermeneutikken videre av filosofene Martin Heidegger og Hans-Georg Gadamer, - nå benyttet i arbeidet med all menneskelig forståelse. De anser ikke hermeneutikk kun som en metode, men framhever enda tydeligere hermeneutikken som et ontologisk (ontologi = læren om det værende) konsept, altså en vesentlig side ved menneskelivet. *Vi lever fortolkende*.

Og som sådan angår hermeneutikken også medisinsk praksis. For i konsultasjonen mellom pasient og lege består mye av anliggendet i nettopp dette å *fortolke*. Å være, å eksistere innbefatter å forstå sin egen og andres situasjon. For Gadamer er dette et helt sentralt aspekt ved det å være frisk, å være hjemme-i-verden, nemlig dette å forstå seg selv og den andre,



samt også å bli forstått av den andre. Han snakker om *horisonter* som vi forstår ut fra. Og ethvert menneske har sin egen horisont av forforståelse. Når disse horisontene nærmer seg hverandre, er det håp om en *felles* forståelse.

Når pasienten søker lege, har han et håp om at doktorens og hans egen horisont skal kunne smelte sammen, - altså at pasienten skal kunne føle seg forstått. Å være syk er på mange måter at ens egen historie er falt noe fra hverandre. For noen kan det oppleves ganske kaotisk, rett og slett. Fortellingen henger ikke lenger helt sammen, men er i ferd med å bli til usammenhengende brokker. I den dialogen pasienten ønsker med legen sin, er det nettopp at de to personene med hver sine horisonter, hver sin forforståelse, at disse horisontene må kunne nærme seg hverandre gjennom samtalen.

Medisinsk ekspertise som verktøy kommer inn i tillegg til dette sentrale elementet av tilnærming mellom to livsverdener. Målet for medisinsk praksis er at pasienten skal gjenvinne sin erfaring av å være hjemme-i-verden, å føle seg hel, altså *gjenskape god helse*.

Hermeneutisk forståelse av konsultasjonen betyr altså her ikke at legen forholder seg til pasienten som en objektiv tekst som skal fortolkes, men at hermeneutikk her er forstått som horisonter som nærmer seg hverandre til samforståelse gjennom *dialogen*. For alt menneskelig liv er forankret i en *meningsstruktur* som omgir hele vår tilværelse. Som syk er denne meningsstrukturen satt mer eller mindre på prøve, - noe er kanskje blitt meningsløst for pasienten. Målet for medisinsk praksis er å gjøre hjemløshet om til det å føle seg hjemme igjen i livet og verden. Dialogen har altså i seg muligheten til nettopp å gjøre hel igjen, - det engelske *healing*, å gjenvinne god helse. I dette felles prosjektet mellom pasient og lege oppnås med andre ord mer enn "summen av delene", mer enn møtet mellom de to livsverdenene.

I sitt arbeid refererer Gadamer til det greske ordet *techné*, et begrep som i oldtiden ble brukt om håndverksmessig-kunstnerisk kyndighet, men som i vår tid gjerne blir forstått som produksjon (60). Men i medisinen er det ikke et produkt som skapes, men en helse som *gjenskapes* eller kanskje riktigere sagt *re-etableres*. Og så vil det alltid være et spørsmål, sier Gadamer, om hvor mye av gjenvinningen som skyldes naturen selv og hvor mye som kan sies å stamme fra medisinske tiltak. Målet er å gjenopprette en *likevekt* når det gjelder helsen. Og denne balansen vil alltid være mer eller mindre labil. For hele ens liv er innbefattet i det å ha

god eller dårlig helse, og dette vil alltid være i mer eller mindre bevegelse, altså ikke statisk – og derfor vanskelig målbart for vitenskapen. Det handler både om pasientens *livshistorie* og om den *sosiale situasjonen* her og nå.

Og dermed blir det viktig, hevder Gadamer, at legen *lytter seg fram* til pasientens spesielle livssituasjon og er varsom med å misbruke pasientens *tillit* ved å utnytte den *makt* og innflytelse legen kan ha overfor den syke. Pasienten må heller *ikke bindes* til legen unødig. God legekunst setter tvert om pasienten *fri*, hevder Gadamer. Og sentralt her står muligheten for *refleksjon*, - denne unike anledningen mennesket har til å skape en viss distanse til sitt eget uten å forlate seg selv, - en virkelig frihet. I refleksjonen belyses både andre forhold og refleksjonen i seg selv.

Men i sykdom er denne friheten forstyrret. For å være syk er ikke identisk med det vitenskapen beskriver som sykdom, men menneskets gjennomleving av den. *Disease* er, som tidligere nevnt ikke det samme som *illness* (s.220). Og det er dette å gjennomleve en sykdom, å lide, som kan hindre den frie refleksjonen og altså sette pasienten ut av "spill". Og i denne situasjonen er det så viktig at ikke legens forordninger eller tiltak ytterligere forstyrrer pasientens søken etter en reetablert likevekt - i følge Gadamer.

Han er også bekymret for dette at leger forventes å skulle *dempe all smerte*, ta bort enhver lidelse fra mennesket. Slik mister pasienten muligheten til å kjenne etter, bli klar over, hva sykdommen kan si vedkommende. I nevnte intervju i 1999 (s.218) erklærer han vår tids streben etter smertefrihet som helt feilslått, rett og slett at vi frarøver pasientene muligheter til selvinnsikt. Og han legger til at spesielt alvorlig anser han det som noen ganger skjer ved bruk av psykofarmaka, hvor pasienter ikke får bearbeide "sine dypeste frustrasjoner og sinnsforvirring."

For Gadamer er det sentrale for legen i møtet med pasienten, ikke alltid å fjerne noe, men å assistere prosessen som skal bibringe adaptasjon (om nødvendig) eller at pasienten kan gjeninntre i det pulserende menneskelige liv, sosialt og engasjementsmessig, i familie og yrke. Og på sin egen måte. Dette blir bare mulig gjennom kommunikasjonen mellom menneskene i konsultasjonen. Dialogen skaper en felles grunn mellom dem. Men dialogen blir bare virkelig vellykket når den foregår som om det var en *normal konversasjon*, hevder han.

For noen pasienter kan det oppleves som et *mirakel* når legen helt uventet (for pasienten) finner det rette ordet eller det eksakt passende uttrykket for det det handler om for pasienten. Gadamer er også opptatt av *sykdommens mysterium*, - som igjen viser til det store mirakelet *helse*, - som gir oss mulighet til å glemme oss selv gjennom velvære, - en lethet, som han kaller det. Og han spør om mennesket ikke har noe å lære nettopp gjennom det at vi nå og da blir syke. Om leger er altfor "flinke" til å fjerne all lidelse, kan pasienten risikere ikke å ha fått noen lærdom av sin tilstand, en berikelse og en dypere innsikt. Og Gadamer er spesielt opptatt av at en av de største utfordringer for mennesket er det kroniske forløp vi alle tar del i, nemlig *veien mot døden*.

### Og det var flere tenkere –

Jeg befinner meg fortsatt i mitt imaginære fugleperspektiv og søker langs horisonten av vår nære historie. Da blir jeg klar over nok en tysk filosof, født i Østerrike, nemlig Martin Buber (1878-1965). Han har skrevet flere verk, og mest kjent er kanskje "Jeg og Du", som kom ut i 1923 (61). Som flere av hans samtidige tar han avstand fra forestillingen om et jeg som subjekt atskilt fra verden som objekt. Også for ham er *forholdstenkning* det adekvate og objektivismen en konstruksjon.

Buber omtaler to grunnord, nemlig ordparene *Jeg-Du* og *Jeg-Det*, - hvor Det kan erstattes av Han eller Hun uten å endres grunnleggende. Han mener at menneskets Jeg er "tvefoldig", - at Jeg i Jeg-Du er annerledes enn Jeg i Jeg-Det. Når jeg sier Du, så har jeg også dermed sagt Jeg, - og da er det sagt med hele mitt vesen, sier Buber. Annerledes med Jeg-Det/Han/Hun, hvor jeg ikke på samme måten har et *engasjement* med hele min personlighet.

Verden som *erfaring* hører til grunnordet Jeg-Det, mens grunnordet Jeg-Du stifter *forholdet* til verden, - og da nevner han både forholdet til naturen, til menneskene og åndelige verdier. Og forholdet er *gjensidighet*.

*Jeg blir til* ved Du'et, - idet jeg sier Du blir jeg til Jeg. Altså i møtet. Og bare der ethvert middel er falt bort, skjer møtet, sier Buber. Og "så lenge Du'ets himmel hvelver seg over meg, kryper kausalitetens vinder sammen ved min hæl, og tilskikkelsens hvirvel stivner," er hans poetiske beskrivelse av forholdet. Men han uttrykker videre at "kjærligheten ikke kan forbli i det umiddelbare forhold. Den varer ved, men i veksling mellom aktualitet og latens." Med andre ord at forholdet til det andre mennesket vil veksle mellom et Du og Han/Hun. Det'et er puppen, mens Du'et er sommerfuglen. Hvert enkelt Du må forpuppe seg til et Det, for så i neste omgang igjen å få nye vinger, er Bubers utdypelse av latens og aktualitet i forholdet.

Jeg-Du-grunnordet er den naturgitte *samhørighet*, Jeg-Det-grunnordet den naturgitte *utskillelse*. Det-verdenen har sammenheng i rommet og tiden, mens Du-verdenen har i rom og tid ingen sammenheng. Du'et kjenner ikke noe koordinatsystem. Mens i Det-verdenen hersker kausaliteten uinnskrenket, ... "dette herredømme som er av grunnleggende betydning for den vitenskapelige systematisering av naturen" (61).

I møtet mellom et Jeg og et Du er det umulig å være tilskuer. I stedet blir det nødvendig å gi et svar på henvendelsen, et tilsvarende svar i vid betydning av ordet. Buber omtaler møtet som en begivenhet og ikke en "værensblokk". Det er et intervall mellom Jeg og Du, *zwischen'et*. Og dette kan ikke atskilles fra den enkelte persons historie. Dette *zwischen*, mellomrommet, konstitueres om og om igjen for hvert nytt møte, - det er alltid nytt. –

Etter denne svært kortfattede presentasjonen av det som har truffet meg i Bubers filosofi, vil jeg også summarisk nevne nok en tenker fra vår nære fortid, nemlig den danske filosofen og teologen Knud E. Løgstrup (1905-1981). Også han kan regnes blant de fenomenologisk orienterte tenkerne. Sentralt i hans filosofi står dette at livet er *skjenket*. I dette gitte har vi som mennesker fått en ballast han kaller "de suverene og spontane livsytringer", som for eksempel *barmhjertighet, tillit og talens åpenhet*, for å nevne de mest sentrale i denne sammenhengen. Disse livsytringene er hva han kaller elementære, det vil si at de er medfødte og at de ligger til grunn for hva mennesker så kan skape gjennom livet. De er grunnlaget for menneskelig samliv i det hele tatt.

De etiske normene springer ut av nettopp disse spontane livsytringene, - noe han beskriver i det verket som kanskje er blitt mest kjent fra hans hånd, nemlig "Den etiske fordring" (24). På sett og vis kan vi si at Løgstrup forsøker å vise til et ontologisk utgangspunkt for etikken. Motsatsen til de suverene eller spontane livsytringer er det Løgstrup betegner som tvungne eller kretsende tanker og følelser, som for eksempel hat, misunnelse og fornærmelse. Vi fanger oss selv inn i disse og blir ufrie, - vi danner en sirkel omkring oss selv ved dette. "Kretsende tankefølelser omkring en kummerlig emosjonalitet" er et uttrykk han har brukt (62).

Løgstrup legger stort alvor i beskrivelsen av møtet med andre mennesker, blant annet når han snakker om menneskets *urørlighetssone*. Han sier dessuten at vi har "aldri med et annet menneske å gjøre uten å holde noe av dette menneskets liv" i våre hender. "Det kan være svært lite, en forbigående stemning, en oppstemthet en vekker eller får til å visne, en tristhet en forsterker eller letter. Men det kan også være skremmende mye, slik at det simpelthen er opp til den enkelte om den andre lykkes med livet sitt eller ikke." I følge Løgstrup (24).

Han er også opptatt av *sårbarheten* i det menneskelige møtet. "Uansett hvor mange måter kommunikasjonen mellom oss kan arte seg på, så består den alltid i å driste seg fram på for å bli imøtekommet. Det er nerven i den, og det er det etiske livs grunnfenomen" (24). Og enda tydeligere blir alvoret kanskje når han skriver at "hvis tilliten blir møtt av en hvilken som helst annen holdning enn en mottakelse av den, slår den over i mistro. Det skal ikke fiendtlighet til. Det skjer også og kanskje vel så mye på grunn av likegyldighet, reservasjon og avvisning" (24).

I motsetning til Buber forfekter ikke Løgstrup en gjensidighet i møtet mellom mennesker, - heller tvert om. Vi har fått livet i gave, og bevisstheten om dette er grunnlaget for menneskelig godhet – som han mener er nedlagt i mennesket fra begynnelsen, blant annet i "tillitens og kjærlighetens realiteter". Den etiske fordring er av en slik art "at bare det faktum at noe av et annet menneskes liv ligger i våre hender, skaper kjærlighet til dette andre mennesket, ene og alene fordi vårt eget liv er skjenket oss, ikke fordi det andre mennesket er knyttet til oss på annen måte, biologisk eller sosialt" (24).

Så langt den danske filosofen.

## På grensen av det fattbare

Jeg må litt tilbake i tid for å nærme meg en stor filosof jeg i første omgang ikke fikk øye på. Det dreier seg om en tenker som stiller grunnleggende spørsmål ved Vestens forestillinger om mennesket, naturen og samfunnet, - for å antyde omfanget av hans filosofi. Henri Bergson (1859-1941) var franskmann med polske aner og levde på samme tid som Edmund Husserl. Hans filosofi beskrives av den norske filosofen Hans Kolstad som ”det åpne smils, bejaelsens filosofi, ikke mistankens eller det skeptiske blikks tanke” (63).

Det som umiddelbart fanger min interesse og som kjennes relevant i forhold til mitt eget forskningsarbeid, er hans tidsfilosofi, - om *varigheten* (la durée). Sentrale og aktuelle begreper er også *intuisjon* og *livshigen*.

*Varigheten* eller tidsforløpet er den indre tid, bevissthetens tid, og ikke klokketiden, det vil si målt tid. Den representerer kontinuitet og forandring, som tilsynelatende kan oppfattes som motsetninger. Men tidsøyeblikkene bevarer, forlenger og innvirker på hverandre. Kanskje kan det sammenlignes med en melodi hvor de foregående tonene, som vi husker, bestemmer preget på de følgende tonene i musikken - som igjen oppleves som en helhet.

Bergson beskriver la durée ikke bare som vedvarenheten, men viser til varigheten som bevissthetens innhold. Og tidsforløpet bevarer de enkelte øyeblikk, de forsvinner ikke, men fortsetter å virke i nuet. Det som kjennetegner den indre tid er erindring og forandring, en skapende kraft. Minnet om hendelser vil med andre ord påvirkes av det fortsatte livet. (Dette til forskjell fra Freud, som hevdet at minnet om en erfaring ville foreligge uforandret selv etter mange år.) Personligheten er i ethvert øyeblikk et samlet resultat av alt den har gjennomlevd.

Motstykket til teorien om varigheten er i Bergsons filosofi teorien om *rommet*. Dette definerer han som et tomt, homogent, kontinuerlig, endeløst medium, - en form ved vår bevissthet. Sansefornemmelsene våre har rommet som anskuelsesform. Bergson hevder at det å tenke i rom er den opprinnelige, naturlige måten mennesker kan tilrettelegge forestillingene sine på - rett og slett for å kunne handle - i kampen for tilværelsen.

Bergson hevder videre at vår bevissthet er tvefoldig, *intellekt* og *intuisjon*. Mens intellektet er knyttet til vår romlige erfaring av virkeligheten, er varighetens erkjennelseskorelat

intuisjonen. Intellekt og handling er knyttet opp mot hverandre og forutsetter begge stabile, ubevegelige og tydelig atskilte elementer, noe som avspeiles i utviklingen av de språklige benevnelsene. Intellettets oppgave går blant annet ut på å gripe det uforanderlige, - måle, beregne og analysere og holde virkeligheten fast i avgrensede begreper.

Men nettopp ved dette faste og uforanderlige evner ikke intellektet gjennom sine analyser å fange inn det som hele tiden forandrer seg. Som Bergson uttrykker det: "Mekanismen i vår daglige erkjennelse er av kinematografisk art" (63), altså avgrensede, statiske øyeblikksbilder - dog i rask rekkefølge - som altså ikke må forveksles med varigheten. Bergson hevder at mennesket ikke er i stand til å gripe la durée med forstanden, men derimot ved sin intuisjon.

Og med intuisjon mener Bergson: "...den type intellektuell sympati ved hvilken man plasserer seg selv i det indre av en gjenstand for å sammenfalle med dét i den som er særegent for den og følgelig også utsigelig" (63). Dette er ikke noe lett forståelig utsagn for en ikke-filosof! Kolstads presisering hjelper noe: "Stillstand, utvendighet, analyse og derpå følgende syntese kjennetegner intellektet; bevegelse, gjensidig gjennomtrengning og umiddelbart erfart helhet kjennetegner intuisjonen" (63). Intuisjon er på sett og vis å gripe varigheten eller bevegeligheten i vårt indre.

Og med sympati mener Bergson at varigheten, som vi umiddelbart erfarer i vårt indre, har muligheter til å sammenfalle med andre varigheter, - altså at intuisjonen er del av det innerste i all væren. Sympati betyr her ikke "å føle med", men evnen til "å være ett med", altså bevege seg på samme varighetsplan. Vi er ikke i stand til å *se* et annet menneskes opplevelser, men vi kan *leve med* gjennom å søke bevegelsen eller dynamikken - i varigheten. Et sted skriver Bergson at "denne filosofi har til verden den åpne og forekommende hånds bevegelse, det frie og vidt oppspillede øyets blikk."

Kolstad skriver videre om hvordan intuisjonen i følge Bergson består i et sprang hvor man i én akt forsøker å plassere seg i den tingen man studerer. Denne handlingen er en unik akt ved bevisstheten hvor den hever seg ut over analysen. Når man for eksempel som kunstner har tatt sine notater, kreves det noe mer for å kunne begynne komposisjonsarbeidet, nemlig "en anspennelse, ofte en meget sterk anspennelse, for med et sprang å plassere seg selv i selve hjertet av emnet og for der så dypt som mulig å søke den impuls som man siden bare kan la seg drive av" (63).



Og ”om vi stiger ned i vårt indre, jo dypere det punkt er som vi berører, jo sterkere blir støtet som sender oss opp til overflaten igjen. Den filosofiske intuisjon er denne berøring, filosofien er dette livsoppsving” (63). Og som Kolstad skriver: ”Filosofi er livshigen...ensbetydende med å si at filosofi er handling eller berøring med det som skjer, og ikke kontemplasjon eller skuen av det som har skjedd. Filosofi er delaktighet i det *værende*...I neste omgang gjøres denne erfaringsutvidelse til emne for tankens bearbeidelse. De nye erfaringer blir til erkjennelse.” Og vesentlige tilføyelser: ”Evnen til filosofisk intuisjon ligger ...latent i ethvert menneske og skal bare vekkes og stimuleres” (63).

Det tredje sentrale begrepet som har fanget meg er Bergsons uttrykk *livshigen* (élan vital). Varigheten innbefatter kontinuerlig nyskaping, og i dette ligger også implisitt at livet alltid er higende, pågående, som uttrykk for en grunnleggende dynamikk i tilværelsen. Og denne livskraften har sitt utgangspunkt i livets ursentrum (i dag ville vi vel assosiere til teorien om The Big Bang). Vel har Charles Darwin (1809-1882) vist til forklaringer på artenes utvikling og seleksjon, men han har ikke kunnet gi noen forklaring på hva som har vært drifkraften bak denne – og heller ikke hva som driver utviklingen videre. Svaret mener Bergson er å finne i livets stadige higen.

Men mot hva? Her bruker Bergson begrepet *kjærlighet*. Livets uopphørlige mål er å skape mest mulig kjærlighet. Han kobler livsimpuls, skapende energi og kjærlighet sammen, alle sider ved varigheten. Denne kjærligheten omfatter både mennesker og den øvrige naturen, som mennesket er en del av. Altså at kjærlighet er en skapende kraft i tilværelsen.

Og varighetens natur gjenspeiles kanskje aller best i *håpet*, idéen om framtiden, mulighetene. Og her viser han til et velkjent fenomen at ”vi finner mer fortryllelse i håpet enn i besittelsen, mer i drømmen enn i virkeligheten.” Varigheten kan altså ikke betraktes som ”en passiv, tom dimensjon som venter på å bli fylt, men som aktivt foregriper fremtiden under håpets alltid fornyende fortryllelse” (63).

### **Som hånd i hanske**

Jeg befinner meg fortsatt i mitt fugleperspektiv. En nær erfaring dukker plutselig opp i horisonten.

*Våren 1998 inviteres det til et dagsseminar på Senter for medisinsk etikk i Oslo. Om jeg vil bli med? Temaet er filosofi, - om en fransk-litauisk tenker ved navn Emmanuel Levinas (1906-1995). Navnet sier meg ikke så mye, men jeg melder meg på.*

*Og blir bergtatt. For her får jeg høre brokker fra en filosofi som kaster lys over erfaringer jeg har hatt på legekantoret. Det er ikke til å tro! Jeg får en følelse av "hånd i hanske". Jeg vet med meg selv, der og da, at dette griper meg dypere enn det jeg finner ord for. Snirklete formuleringer kretser omkring fenomener som jeg så langt ikke har greid å beskrive selv, smyer seg inn under min profesjonelle hud og får hårene til å reise seg på armene mine.*

*Etter dette seminaret iler jeg til bokhandelen for å kjøpe alt jeg kan komme over av og om Levinas, - på norsk og nordisk. Men det blir snart klart at hans egne tekster er vanskelig tilgjengelige for meg, svært vanskelige. Ikke fordi de omhandler ubegripelige fenomener. Men hans skrivestil og formuleringer volder meg stort hodebry. Jeg får mang en gang fornemmelser av å forholde meg til krevende poesi mer enn til faglig preget prosa.*

*Men uansett: det aner meg at jeg ikke vil bli ferdig med Emmanuel Levinas' filosofi med det første, - om noen gang.*

## En betydelig tenker

Det er gått noen tid siden seminaret om Levinas' filosofi. Jeg befinner meg stadig i mitt imaginære fugleperspektiv, høyt hevet over mitt erfaringsmateriale fra praksis og mine forskningsreiser. Levinas utfordrer meg hele tiden, - og desto mer jo flere tekster jeg gir meg i kast med, både hans originale og kommentarlitteratur. Om og om igjen prøver jeg å fange inn litt av det som *treffer* meg underveis i lesningen. Det er fortsatt krevende - og ikke minst engasjerende - etter hvert som begrepene blir omhandlet og omtalt på stadig nye måter i tekstene.

Levinas utfordrer meg som lege, og han setter meg på prøve som menneske. Flere av de temaene han tar opp, rammer meg dypt i min egen eksistens. Og det aner meg at kanskje noen av de radikale forandringene pasientene og jeg erfarte etter mine omlegginger av praksis, kan finne noen svar i Levinas' filosofi.

En summarisk presentasjon av ham er kanskje på sin plass og nyttig for de videre refleksjonene. Han ble født i Litauen i 1906. Foreldrene var jøder, og familien hadde en bokhandel. Han ble tidlig interessert i litteratur og leste blant annet de store russiske forfatterne allerede i ungdomstiden. 17 år gammel reiste han til Frankrike for å studere filosofi, og i dette landet ble han boende resten av livet.

Men han hadde to opphold i Tyskland som ble skjebnesvangre for ham: For det første var det møtet med fenomenologiens arnested, nærmere bestemt studier hos Edmund Husserl, og deretter hos arvtakeren Martin Heidegger på slutten av 1920-tallet. Og det andre oppholdet hans var som fange i en arbeidsleir under den andre verdenskrigen. Han selv overlevde krigen, men alle slektningene hans fra Litauen ble likvidert. "Jeg var beskyttet av den franske uniformen", uttalte han. Med andre ord at han ble betraktet som krigsfange. Han ble altså ikke behandlet som jøde. Begge disse periodene i nabolandet fikk antagelig avgjørende betydning for utviklingen i hans filosofiske arbeid.

### Vestens desorientering

Innledningsvis vil jeg trekke fram noen få ord om Vestens tanketradisjon - i følge Levinas - , et supplement til det som allerede er beskrevet foran.

Med Levinas' ord er den vestlige sivilisasjon *desorientert*, i ordets etymologiske betydning både "forvirret" og "vendt bort fra Orienten". Hans billedbruk for det siste er at Vesten har "dyrket Odyssevs og glemt Abraham" (64). Den greske helten dro til Troja, seiret, og reiste så hjem igjen til Ithaka, mens Abraham forlot Ur for aldri mer å vende tilbake. Denne uttalelsen beskriver noe av det sentrale i Levinas' kritikk av Vestens filosofi slik vi kjenner den dominerende tenkningen opp mot vår egen tid.

For helt fra den greske antikken av har Vestens kultur søkt "omgjøringen" av det *fremmede* til det *samme*, til det kjente. Sokrates mente for eksempel at en elev ikke kunne forstå mer enn det som var nedlagt i ham fra idéenes verden, altså at læring kun var en *gjenerindring*, ingen genuin ny kunnskap. Med andre ord: Å forstå ble å redusere alt Annet til det Samme. "I Vestens kultur har det stått strid mellom det Samme og det Andre. Som kunnskapsmengden har økt, har det Andre tapt i anseelse, det Samme har trådt i det Andres sted. Med Levinas' ord: Vi har "dyrket Odyssevs og glemt Abraham".

Om vi i møtet med det fremmede, - *den fremmede* -, søker å gripe, begripe, sette på begrep, kan dette igjen innbefatte ikke bare å forstå, men også å ta hånd om, temme, ta i besittelse. Det ukjente gjøres til noe kjent, til "*mer av det Samme*", som Levinas ville si, – eller det kan avvises. Jeg selv kan så falle til ro, føle en frihet. Ingenting kan true meg.

Levinas har søkt å vise hvilken pris vi har måttet betale for subjektets frihet, for den ettertraktede autonomien: "Degradering av naturen til utnyttbar ressurs, degradering av mennesket til kunnskapsteoretisk subjekt, til forvalter av kunnskap, som om målet var å mestre verden, ikke å bo i den" (65).

Men hva så med ontologien i følge Heidegger? Den handler jo om mennesket som værende og som i sin væren søker å "bygge og dyrke, i en hjemlig egn, på moderlig jord" (65). Men mennesket som værende står under det nøytrale væren. Som værende søker mennesket å

forbli i sin væren, altså leve, holde seg i live - og det i mulig konkurranse med andre mennesker – som også søker selvoppholdelse og selvutfoldelse.

Her mener Levinas at vi finner noe av grunnlaget for krigen, en mulig alles kamp mot alle. Han er kritisk til Heideggers tenkning omkring dette, som han oppfatter som en videreføring av Vestens filosofi de siste par tusen år: "Denne jordens moderlighet bestemmer i realiteten hele den vestlige sivilisasjon som hviler på besittelse, utbytting, politisk tyranni og krig" (65). Eller som Levinas uttrykker det i samme verk: " I en sivilisasjon som avspeiler det Sammes filosofi, fullbyrder friheten seg som rikdom." Dette er dypt alvorlig. "Det er hemmeligheten, mysteriet ved å være i verden som står på spill" (64).

Og hva så med vitenskapen, er den også rensert for det overskridende? "Erkjennelsen består i å gripe dette enkelte som alene har eksistens, ikke i dets singularitet, som ikke teller – men i dets generalitet; bare som den gir det vitenskap. De ytre tings overgivelse til den menneskelige frihet gjennom deres generalitet betyr ikke bare, i all uskyldighet, at de blir forstått, men også at de blir tatt hånd om, temmet og tatt i besittelse" (66).

### **Et utvidet perspektiv**

Da Levinas reiste til Tyskland for å studere hos Husserl og seinere Heidegger, "søkte han fenomenologien, men fant den Annen" (67). Men selv om han målbar en skepsis til deler av denne filosofien, så beholdt han hele livet en dyp respekt, beundring og lojalitet til det hans tyske kolleger hadde utviklet. Levinas forble trofast mot sider av fenomenologisk filosofi, "denne omgivelses- og forholdstenkningen som avløste substanstenkningen" (68). Men han gikk ut over denne ved å *åpne perspektivet* - mot noe *mer* og *annet*.

For: Ontologien hviler på reduksjon (det annet til det samme i identifiseringen), assimilasjon til helhet (totaliteten krever innpassning) og på frihet (den erkjennende persons frihet, - dominere det fremmede som kan begrense det erkjennende jeg) (69). Og fenomenologien viser til det som viser seg, fenomenene. Men Levinas gjør oss oppmerksom på det som nettopp ikke er et fenomen, på det som unndrar seg erkjennelsen, nemlig det andre mennesket, den *helt* Andre.

Levinas fører Vestens filosofi fra ontologien over i etikken, fra tanken til *om*-tanken. Med andre ord at vi blir minnet om et annet mål for livet enn selvoppholdelse og selvutfoldelse, - nemlig det andre mennesket, medmennesket. Vesten lider ikke av værens-glemsel, slik Heidegger postulerte, men av en annen-glemsel,  *neste-glemsel*. Heideggers *fundamentalontologi* må vike plassen for Levinas' *fundamentaletikk*, en ny *førstefilosofi*, grunnlaget for all annen filosofi, og ikke etikk kun som en *del av* filosofien. Levinas viser til en forståelse av filosofi - ikke som det etymologisk oversatte "kjærlighet til visdommen" -, men kanskje heller som  *kjærlighetens visdom* (67).

Det er viktig å supplere denne påpekningen av *den etiske vending* med at Levinas på ingen måte bestrider berettigelsen av den erkjennelsesteoretiske og ontologiske tradisjon innenfor de livsområdene hvor vi nettopp skal erobre verden og gjøre den til vår egen, både i vårt daglige liv og innenfor vitenskapene. Men det er når vi beveger oss over i sosialitetens, politikkens og for den saks skyld også religionens område at denne type tenkning viser både sine begrensninger og skjebnesvangre konsekvenser (70).

## Den Andres ansikt

"...for den Andre kommer nær og med ett befinner seg under mitt ansvar. Da har 'noe' skyllet over mine beslutninger, som var fattet i frihet, listet seg inn i meg uten at jeg visste det og som således fremmedgjorde min identitet" (70).

Det er ikke uten grunn at dette sitatet stadig dukker opp i litteratur som omhandler Levinas' filosofi. Det er en fortettet utforming av kanskje det mest sentrale i hele hans tenkning. Om og om igjen, fra ulike ståsteder og forskjellige innfallsvinkler, søker han gjennom sin poetiske formidlingsstil å utdype hva som kan ligge i dette å møte det andre mennesket. "Det rammer meg utenom de åpninger jeg kommuniserer med verden og andre mennesker gjennom. Det overrumpler min aktive oppmerksomhet, treffer meg før min beredskap er mobilisert" (70). Han løfter spørsmålene til stadig nye høyder, ja, inntil det *uendelige*.

I utgangspunktet er mennesket ikke alene i verden. Var det det, ville det ikke kunne leve. Forholdet til andre mennesker har en primær - eller før-logisk - betydning, slik Levinas uttrykker det. Det er kanskje nok igjen å minne om hva som ville skje om et nyfødt barn ikke ble møtt kontinuerlig av en nær person. Det ville dø, selv om det både fikk mat og klær og hus. Barnet blir så over tid et *jeg* i møtet med sine nærmeste og andre. Motsatsen er beretninger om barn som har vokst opp uten menneskelig kontakt ut over den første fasen etter fødselen (71). De er for all framtid fratatt evnen og muligheten for nærhet til andre mennesker.

Levinas framholder at i møtet med det andre mennesket kan jeg forholde meg til ham som et eksemplar av arten menneske, eller til det jeg ser, nesens fasong eller ørene plassering for eksempel. Jeg kan også tenke på den andre som en lærer, en student, en flyktning - eller en sykdomstilstand. Jeg kan med andre ord beholde en distanse som gjør det mulig for meg å befinne meg innenfor fenomenologiens terminologi av intensjonalitet i min rettethet mot fenomenet, det som kommer til syne, det som viser seg. Da beveger jeg meg i ontologien. Jeg møter som værende et annet værende i vår felles væren, for å holde meg i Heideggers begrepsverden. Og jeg beholder et grep om situasjonen, - jeg har på sett og vis kontroll.

Men å møte et annet menneske har en annen og mer opprinnelig *betydning*, i følge Levinas. Den andre *treffer meg før* jeg i det hele tatt har fått tenkt meg om. En *avmakt*, passivitet, en lideform. Jeg er påvirkelig, blir affisert. Det er utgangspunktet i møtet.

Ved at den andre kommer til syne, erfarer jeg en *henvendelse* som fordrer at jeg gir et *svar*. Ansiktet *taler*, og jeg blir nødt til å si noe tilbake. Her er antagelig utgangspunktet for alt språk, hevder Levinas. Det er imidlertid ikke det sagte som er det grunnleggende for språket, men selve henvendelsen, det å hilse, det han kaller *sigen*. (Dette er et begrep som må forstås som underliggende de konkrete språklige uttrykk, - slik *varigheten* er det basale ved tidserfaringen etter Henri Bergson og *væren* om den menneskelige eksistens i følge Martin Heidegger. Alle disse tre er nøytrale begreper som viser til grunnleggende sider ved tilværelsen som det er vanskelig for intellektet å gripe.)

Å bli truffet av den andre, den *helt* Andre, betyr videre at jeg kommer inn under et *ansvar* for dette mennesket, et ansvar for å svare, - og i ytterste konsekvens et ansvar for den Andres liv. Hva leder meg til en slik erfaring? Levinas svarer i et intervju med Philip Nemo: "Tilgangen til ansiktet er umiddelbart etisk...Det som spesifikt er ansikt, er det som ikke kan reduseres til persepsjon. Det er først og fremst ansiktets likefremhet, dets uforbeholdne utsatthet, forsvarsløsheten. Ansiktets hud er den mest nakne, den mest blottede...I ansiktet finnes en grunnleggende fattigdom...ansiktet er truet, som om det oppfordret til en voldelig handling. Men samtidig er ansiktet det som forbyr oss å drepe...Det er et helt opprinnelig *Après vous* (Etter Dem -) jeg har forsøkt å beskrive," sier Levinas (72). Han peker altså på min passivitet i møtet med den Andre. Jeg blir *sub-ject*, både *underkastet* og *meg*.

Den ene betydningen av ordet *sub-ject* kan utdypes til at den Andre står over meg og stiller med en fordring - om ikke å drepe - innbefattet ikke å skade eller krenke. Dette møter meg i den Andres ansikt, og da ikke som noe jeg *ser*, men noe som jeg *hører*. "Fine taushets røst", er Levinas' uttrykk her (fransk oversettelse av Bibelens I. Kongebok 19.12). Det er en uendelig sårbarhet i dette ansiktet som jeg rammes av og som vekker meg til ansvar. Og ikke til medlidenhet, presiserer han. Det er ikke medfølelse det er snakk om. I sårbarheten i den Andres ansikt blir jeg minnet om menneskets endelighet, innbefattet min egen død. Jeg blir altså utfordret til å ta ansvar for den Andres *liv*. I møtet går det an å si at jeg er sterk og den andre svak. Men den Andre er herren og jeg er tjeneren hans. Jeg er *sub-ject*, *underkastet*.



Makt og posisjon er altså ikke koblet sammen slik at den ene eller den andre av oss er truet. "Den Andres blikk forbyr meg all erobring....jeg makter ikke lenger å makte" (66).

Men Levinas' betegnelse *sub-ject* har også en annen betydning. Jeg er uerstattelig i ansvaret som jeg møter som en appell i den Andres ansikt. Ingen kan stille i mitt sted. Jeg er enestående, rett forstått. Det er i møtet med det andre mennesket at *jeg* blir *meg*, altså subjekt. (Kfr. det lille barnets utvikling til et *seg*.) Den Andre forteller meg hva jeg har å gjøre i verden, nemlig å ta vare på mine medmennesker. *Høydemålet* for livet er altså den Andres ansikt. "Nesten trer i ansiktet fram for meg, ikke som en hindring, heller ikke som en trussel jeg overveier, men som noe som veier meg" (66).

### Ut av fatning

Dette er tittelen på en bok (73), og det kunne ha vært en av overskriftene på Levinas' filosofiske verk. For det er nettopp dette å bevege seg forbi fatte-evnen, slippe grepet, komme ut over forståelsen, som kanskje er det som kan bevare menneskets menneskelighet. Og da er det ikke min egen humanisme det dreier seg om, men den *Andres humanisme*, i følge Levinas.

Som beskrevet har Vestens tenkning vært dominert av nettopp dette grepet, dette å forstå, å fatte, altså "mer av det Samme". Men det er forhold i tilværelsen hvor forståelsen kommer til kort. Levinas støtter på mange måter Henri Bergsons kritikk av Vestens forhold til forstanden, - som Bergson mente kunne innfange det faste, det romlige, det diskontinuerlige. Men intellektet er avmektig overfor det som kjennetegner tilværelsen, nemlig det flytende, det kontinuerlige, det bevegelige, det varende. En av Bergsons påpekninger var derfor at det finnes erfaringer som vitenskapelig rasjonalitet kommer til kort overfor (69).

"Men hvor og hvordan – innenfor vår livsverden – kan dette 'helt Andre', eller det transcendentе bli en *konkret erfaring*? Levinas svarer: I møtet med *den* Andre, det andre menneske – og bare der" (53). Og den eneste tankestruktur som kan tilsvare Ansiktets uttrykk, er *idéen om uendelighet*: idéen om noe som aldri kan gripes av tanken, det tanken ikke kan romme, og som likevel "faller oss inn uten tvetydighet mellom sannhet og mysterium....som er en tanke som tenker mer enn den tenker, som gjør mer enn å tenke: den går mot det Gode. I den Andres ansikt - som uttrykker 'Du skal ikke drepe', det Godes første bud – møter uendeligheten meg som konkret erfaring" (53). I møte med den Andre er relasjonen til det transcendentе mulig: Ikke som ontologisk kunnskap, men som *etisk relasjon* (70). I dette forholdet er min intensjonale bevissthet satt til side, og dermed kan den Andre bevare sin annethet. Kort sagt: Idéen om det uendelige utgjør det sosiale forhold mennesker imellom.

Men Levinas tøyer og utfordrer vår innsikt i egne erfaringer ytterligere når han postulerer at vi i vår konkrete tilværelse forholder oss til det uendelige, - og da som *spor* i den Andres ansikt, - ansiktet "kaller fram nærværet av et fravær". Det er sporet av en som fra uminnelige tider har fart forbi uten å si noe, uten å ha noe budskap, ut over et brorskap "eldre enn fjellene" (34), usynlige tråder som binder mennesker sammen i et ansvar for hverandre. Dette kaller Levinas for *higen*. Og denne er utslukkelig, - som et begjær som "lever av sin egen sult og vokser ved tilfredsstillelsen, - som en tanke som tenker mer enn den tenker eller mer enn det

den tenker" (72). Nesten "viser et ansikt, åpner *høydens* dimensjon, dvs. overstiger *uendelig* erkjennelsens mål (69).

"I nestens nærvær finnes det altså et streif av fravær som gjør at nærheten ikke er ren sameksistens og ro, men selve u-roen, engstelsen...Uendeligheten kan ikke konkretiseres i et begrep, den bestrider sitt eget nærvær. I sitt uforlignelige superlativ er den fravær, på randen av intet. Den flykter alltid. Men det etterlater et tomrom, en natt, et spor hvor dens synlige usynlighet er Nestens ansikt." I følge Levinas (66).

Her er vi ved det punktet som viser det perspektivutvidende og radikale hos Levinas, nemlig at han kobler uendelighetsidéen med forholdet til nesten. Dermed knyttes den Andre uløselig sammen med transcendens, med det som ikke *kan* "reduseres til det Samme". Og for meg som møter den Andre erfarer jeg det Levinas kaller higen. Han omtaler det som et begjær som næres av sin egen sult, som vokser med tilfredsstillelsen, uslukkelig, umulig å gripe om. Og dermed slippes også grepet om nesten. Dette er det etiske utgangspunktet *forut* for ontologien. Den Andres ansikt som bønnfaller meg er "uten opprinnelse".

## Etikk og rettferdighet

Det er rimelig å nevne nok et sitat fra Levinas som går igjen i mye av det han har sagt og skrevet gjennom årene. Han har ikke glemt sin ungdoms store leseropplevelser. Og flere steder refererer han til noe den russiske forfatteren Fjodor Dostojevskij skrev i verket "Brødrene Karamasov": "Enhver av oss er skyldig overfor alle, for alle og alt, og jeg mer enn de andre." Blant annet med referanse til dette utsagnet hevder Levinas at det menneskelige knyttes til overvinnelsen av egoismen: "Livet for den Andre betegner menneskelighetens fødsel" (65).

Men hva da med meg? Er jeg også en annen for noen? Det kan jeg naturligvis håpe på, og for de fleste er det slik. Men *regner* jeg med det, "da har jeg forspilt det levinaske. Om jeg kalkulerer med det, er jeg ute av etikken og over i forretningslivet, kontraktene" (Asbjørn Aarnes, muntlig meddelelse).

Men hva så når en tredje person kommer nær, - og en fjerde og en femte? Her må den Andres privilegium vike for rettferdigheten, slår Levinas fast. Behovet for rettferdighet er grunnlaget for staten og et ansvar for politikken. "Alt hva jeg sier om rettferdigheten kommer fra gresk tenkning og gresk politikk. Men det jeg sier er helt enkelt at den er basert på forholdet til den Andre. På den etikk uten hvilken jeg ikke ville ha søkt rettferdigheten. Rettferdighet er den måte hvorpå jeg svarer ansiktet; at jeg ikke er alene i verden sammen med den Andre" (69).

Men selv om mennesket som statsborger er redusert til en av mange, så vil rettferdigheten være avhengig av ikke å glemme utgangspunktet for nettopp denne rettferdigheten, nemlig nestens eneståenhet. Levinas kommenterer spesielt at ytringsfriheten inntar plassen for "første frihet av alle og hvor rettferdigheten alltid er revisjon av rettferdigheten og imøteselse av en bedre rettferdighet" (69).

## Alvor og glede

Levinas legger stor vekt på at en filosofi som ikke springer ut av erfaringer i praksis, i samlivet med andre mennesker, vil fort kunne fjerne seg fra etikken (45). Men for de av oss som så i neste omgang venter å finne mer detaljerte retningslinjer for livet med nesten i Levinas' filosofi, vil bli skuffet. For Levinas har ikke søkt å *beskrive* en etikk, men å vise til *etikken mening*, som han selv uttrykker det. Og sentralt her er at det er livet som står på spill – for min neste, for den Andre. "Verden er å forstå som en moralsk realitet, ikke fordi vi har bestemt eller villet at den skal være det, men fordi verden består av andre, og de er sårbare" (66).

"Det værendes mål er det værende selv. Imidlertid med det menneskeliges fremkomst- og her ligger hele min filosofi – er det noe som er viktigere enn mitt liv, og det er den Andres liv. Det er ufornuftig. Mennesket er et ufornuftig dyr", er en av Levinas' konklusjoner. Det er et dypt alvor i det han legger fram. Han sier det selv et sted at "intet er teater lenger, dramaet ikke lenger spill. Alt er alvor" (67).

Men personen Levinas, var han som menneske og filosof så tynget av gravalvor som kanskje noen av tekstene hans kunne tilsi? I denne korte presentasjonen av hans filosofi har jeg så langt ikke løftet fram den glade siden av hans litteratur. Hans tyske kolleger Husserl og Heidegger er kjent for å være svært alvorlige både i sitt arbeid og sitt engasjement i livet, mens Levinas heller må kunne sies å være en mann som evnet å sette pris på alt det gode livet kan gi.

I et av hans tre hovedverk, "Totalitet og Uendelighet", beskriver han den store gleden ved å bo, ved å ha et hjem, ved familien, gjestfriheten, ved kjærligheten som eros (74). Alt dette kaller han *nytelsen*. Denne kommer fram når man spør hva mennesket *lever av*: mat og drikke, luft, søvn, idéer, - ja, til og med av bevissthet kan man leve når man nyter våkenheten. Han snakker om kjærtegnet og det å bli foreldre og se slekten gå videre. Han kan også glede seg stort over "å la seg henføre av det vakre, som en solnedgang", for eksempel (75). Kort sagt gleden over tilværelsens overflod. Og "nytelsen er til for sin egen skyld. Det er nettopp derfor det er nytelse" (75). Å leve i nytelsen kaller Levinas med et selvlaget ord for å leve i det *elementale* (65).

En mann med destruktive erfaringer på grensen av det menneskelige viser oss alvorret ved det å leve og gleden ved det samme livet i en og samme gjestfrie gest: *Après vous!*

## HVERDAGSFILOSOFI MØTER FAGFILOSOFI

Fugleperspektivet – en svimlende erfaring. Et løft. Stort alvor og ikke minst grunn til begeistring. For det finnes jo tenkere i vår del av verden som kommer vestlig medisin til unnsetning. Og ikke bare som kritikere, men kanskje helst som utfordrere – og hjelpere. Det er håp for både pasient og lege og samfunn, aner det meg, mens jeg ettertenksomt forlater det historiske løftet og senker meg ned i landskapet igjen. Med ærbødighet og varsomhet trekker jeg med meg tankegods fra fagfilosofene Edmund Husserl, Martin Heidegger, Hans-Georg Gadamer, Maurice Merleau-Ponty, Martin Buber, Knud E. Løgstrup, Henri Bergson og Emmanuel Levinas.

Hva om mine medtenkeres hverdagsfilosofi og lysglimt fra de store filosofene i vår nære europeiske historie fikk møte hverandre? For er det ikke slik at mye av det som den filosofiske faglitteraturen har løftet fram, nettopp handler om det som har opptatt mine tidligere pasienter og som de har presentert - hver på sin måte - i forskningssamtalene? Utsiktspunkt for utsiktspunkt, merkestein etter merkestein – skjuler det seg ikke her filosofiske skatter som bare venter på avdekning? Eller kanskje det vil være rimeligere å si at hverdagsfilosofene (76) og fagfilosofene må få komme i dialog med hverandre, - altså ikke en avdekning, men en skapende prosess (38)?

Leseren har antagelig for lengst merket seg mange sammenfallende synspunkter mellom fag- og hverdagsfilosofene. Men la meg likevel, for ordens skyld, presentere en summarisk oversikt med utgangspunkt i vardene som jeg har beskrevet tidligere (s.195-211). Mine medtenkeres utsagn er satt i kursiv i det følgende.

## I) Menneske først, og så lege

a) *Tillit*, er det noe vi *har* eller noe vi *får*? Det var ikke medtenkerne helt entydige på. Løgstrup hevder at tillit er en av de spontane livsytringene. Altså noe vi er født med. Uten tillit i utgangspunktet er det vanskelig å tenke seg hvordan mennesket skulle kunne evne å møte verden.

Tilliten bevares om pasienten er trygg på at legen ikke vil kunne *krenke* ham, var Tom og Eva enige om i den første forskningssamtalen. Løgstrups tanker om at vi i møtet "holder noe av den andres liv i vår hånd" gjør det så altfor lett å krenke. Og Levinas utdyper dette når han sier at jeg i møtet hører en appell fra den Andre som forbyr meg å drepe, - og da ikke bare i bokstavelig forstand, men innbefattet å ikke skade eller krenke. Og flere medtenkere, spesielt Mahmood, Kåre og Gunvor, betonet viktigheten av å *bli møtt på en god måte*, at det var viktig for at den medisinske *fagkunnskapen* skulle kunne *hjelp* dem. Og hos Levinas finner jeg en lang, lang rad av innganger til dette temaet. Kanskje vi i denne omgang kunne trekke fram dette at i møtet med den Andre er jeg sterk og samtidig hans tjener, mens den Andre er sårbar og min herre. Som Asbjørn Aarnes sier i et foredrag at "Mon det ikke er når det etiske grunnforhold er opprettet at ekspertkunnskapen kommer til sin rett?" (56)

Anna og Kåre var av dem som hevdet betydningen av å ha en *samtale* mellom pasient og lege som kunne dreie seg om *dagligdagse temaer*. Det ga tillit i situasjonen. Gadamer utdyper dette i et avsnitt hvor han omtaler muligheten for pasienter til å gjenvinne helsen, nemlig at "denne dialogen er virksom bare om den finner sted som om det var en normal konversasjon" (60). Og for ham handler det nok om mer enn de innledende utvekslingene om vær og vind som mange leger legger opp til. Her gjelder det nok formen på hele konsultasjonen.

Gunvor erfarte at turnuslegen *nøstet* i fortellingen og *sikret* henne hele veien under møtet på legekantoret. Birger poengterte liknende erfaringer i fellessamtalene med psykologen og på tilbakereisen til hjembygda. Merleau-Ponty skriver at vi har en "evne til å ettertenke den andre som beriker våre egne tanker" (59).

b) *Likeverd* ble poengtert fra flere av medtenkerne. "Som mennesker er vi *like mye verdt*", fastslo Eva og flere med henne. Mens Birger undret seg over at det virkelig hadde vært mulig å erfare en *jevnbrydighet* i møter på et legekontor. Buber har omfattende beskrivelser av



gjensidighet og likeverd som kan foreligge når jeg befinner meg i grunnsituasjonen Jeg-Du, - og da i motsetning til om forholdet mer kan beskrives med ordparet, grunnordet, Jeg-Det eller Jeg-Hun/Han. Da er det snakk om en utskillelse, en utenfra-posisjon.

Levinas på sin side er ikke enig med Buber i at dette er grunnsituasjonen i den etiske relasjonen mellom mennesker. Det handler ikke om gjensidighet. Løgstrup framhever sårbarheten i henvendelsen, behovet for mottakelsen. Og kanskje får begge støtte av mange av mine medtenkere som poengterer som Else hvor *sårbar* man er som syk, som pasient. I Levinas' omfattende refleksjoner over møtet med den Andre omtaler han nettopp nakenheten i ansiktet "i betydningen fremmed, forsvarsløst, utlevert" (53). Og Kåre beskriver i detalj hvilken *varhet* pasienter kan ha når man søker legehjelp. Er jeg *i veien*? Henvendelsen fra pasienten fordrer et svar og ansiktet appellerer til et ansvar. Her er det ikke jevnbyrdighet og gjensidighet, hevder Levinas. Jeg er sub-ject, underkastet den andre i ansvaret.

Gadamers understrekning av makt-avmaktrelasjonen som kan foreligge i lege-pasientmøtet er flere av medtenkerne innom. Både Johan, Anna og Kåre hadde klare meldinger om hvor destruktivt dette kunne oppleves. Og Gunvor slår kort og godt fast er det er *makt* i noen yrker, og at noen ganger kan denne bli *farlig* for en pasient. Levinas støtter henne når han om og om igjen presiserer dette at ved å generalisere, ikke se den enkelte i sin eneståenhet, så er ikke det uskyldig. Legens forsøk på å forstå pasienten kan bety å ta hånd om, men da i betydningen "temme og ta i besittelse", altså "mer av det Samme", erobring, kontroll (66).

Men for å repetere en av Levinas' postulater som kan hindre faren for maktovergrep: i møtet med den Andre er jeg sterk og samtidig hans tjener, og den Andre er sårbar, men også min herre.

*c) Medvandrør* er et ord jeg selv har brukt for å beskrive doktorrollen. Kanskje begrepene *pedagog* eller *veileder* kunne være egnede beskrivelser, mente Birger. På forskjellige måter la alle medtenkerne fram synspunkter omkring betydningen av dette at legen viste *omsorg*, var *engasjert*, *brydde seg*, var *delaktig* og hadde en *solidaritet* med pasienten. Rett og slett *ville pasienten vel*.

Levinas' filosofi beskriver hvordan møtet med den Andre "vil bringe oss ut av fatning, ut av fatteevnen, ut av forståelsen – og over til det gode ønske for vår neste, et ønske som er

forpliktende som et løfte. I det gode ønske for nesten ligger overskuddet i forhold til forståelsen,” sier Asbjørn Aarnes i et intervju med Hall Bjørnstad (73).

Halvparten av medtenkerne var innom betydningen av å ha *øyekontakt* med legen. Det var svært viktig for flere av dem. Og det de berører er kanskje noe av det mest sentrale og utfordrende i Levinas’ filosofi. Summarisk: I møtet er ikke ansiktet noe jeg primært ser, men som jeg hører. En appell om ikke å skade eller krenke. Det at den Andre befinner seg i et møte med meg, selve henvendelsen, gjør at jeg må svare, altså et an-svar.

Med begrepet ansikt mener ikke Levinas det fysiske som vi kan beskrive utenfra, men et ”nærvær av et fravær”, det overskridende. Idéen om det uendelige vekkes. Og det viser samtidig til vår endelighet, min endelighet, min død. Så i den Andres ansikt leser jeg et forbud mot å krenke og et påbud eller fordring om å ta vare på den Andre, altså hindre *hans* død.

De tidligere pasientene legger vekt på at legen som medvandrer må vise et *nærvær*. *Empati* og *innlevelse* er kvaliteter de nevner. Her kan vi skjele til Bergsons begreper om bevegeligheten, det alltid skapende. Men da må vi forlate rommets dimensjon av stillstand, ubevegelighet og de avgrensede former som vi kan iakttå, men ikke delta i. Altså forlate den intellektuelle betraktning og i stedet ”i et sprang forsøke å plassere oss” i intuisjonens dimensjon. ”For mellom vår egen bevissthet og andre bevisstheter er avstanden mindre påtagelig enn mellom vårt legeme og andre legemer, siden det er rommet som lager de skarpe skillene” (63).

Levinas på sin side poengterer at hans filosofi ikke handler om medlidenhet, og det av den enkle grunn av den Andre er en helt annen enn meg. Jeg kan rett og slett ikke sette meg helt inn i hvordan den andre har det. Det ville i tilfelle være en erobring, altså bruk av makt. Den Andre kan vi altså ikke fullt ut forstå. Tilsynelatende kan det se ut som en motsetning her mellom Bergsons og Levinas’ synspunkter.

I følge både Løgstrup og Levinas er vi pålagt ansvaret for det mennesket vi møter. Og medtenkerne fremmer dette synspunktet på sine måter ved å legge vekt på legens *åpenhet for ethvert tema*, at legen må bruke sine *antenner* og sin *intuisjon*, komme med *innspill* og *ta tak* i det som måtte ligge mer eller mindre åpent i dagen i pasientenes framstillinger. Aarnes uttaler i intervjuet med Bjørnstad at ”Du må slippe grepet. Så lenge du sitter i grepet, kommer ikke den Annen til deg” (73). Altså ved, kort sagt, å legge kravet til forståelse til side en stund, vil

pasienten kunne komme fram med det som kanskje smerter mest og som de knapt har ord for i utgangspunktet. En medbevegelse, stemthet, ja, kanskje en musikalitet i møtet.

Medtenkernes positive erfaringer med at legen bruker sin intuisjon, Levinas' oppfordringer om å slippe grepet og Bergsons synspunkter på livets higen, det skapende, karakteristisk for varigheten, - snakker de kanskje alle om det samme? Om en åpning mot det vi ikke kan vite noe sikkert om, men som er kraftfullt og livgivende?

Levinas har uttrykt : "Det er forbausende at den fenomenologiske analyse aldri har forsøkt å utdype rytmens og drømmens grunnleggende paradoks, som betegner en sfære som befinner seg utenfor bevisstheten og utenfor det ubevisste....Det er med tanke på denne omvendning av makten til delaktighet at vi her skal bruke begrepene rytme og musikalitet" (66).

*d) Legen må gi av seg selv* er den fjerde merkesteinen som fører oss opp til utsiktspunktet jeg har kalt "*Menneske først, og så lege*". På mange måter overlapper punkt c) og d) hverandre. Men ikke helt. For de emnene medtenkerne har poengtert og som jeg har samlet under punkt d) handler om temaer som går tettere inn på legen som person. Flere av dem har pekt på dette at doktoren må ha et *mot* og en *ærlighet* bygget på *trygghet i seg selv*, en *selvinnsikt*, for å kunne møte pasienter med nødvendig *åpenhet*, - la seg treffe, for å bruke Levinas' uttrykk.

Disse temaene som omhandler legen, eller den personen som møter den Andre, har jeg ikke funnet omtalt hos noen av de filosofene jeg fikk et lite glimt av i mitt fugleperspektiv. Heller ikke hos Levinas. Ekspertene på tekstene hans og mennesker som har møtt ham personlig kan fortelle at selv-hensynet kanskje ikke er ivaretatt i hans filosofiske arbeider (56). Det har antagelig ikke vært hans anliggende, rett og slett. Kanskje snarere tvert om. For han har ønsket å peke på uroen i møtet med den Andre, ikke tryggheten i grepet om tilværelsen – og den Andre.

Det han imidlertid kan taes til inntekt for er en støtte til medtenkerne på dette at legen må la seg *berøre* og å ha en *åpenhet på egne følelser* og vise en *ydmynhet* overfor pasienten.

Men midt i åpenheten må pasienten få erfare en *god myndighet* fra legens side, noe spesielt Eva og Gunvor var inne på. Og her tror jeg kanskje Levinas kan utdype synspunktene ved det han om og om igjen beskriver på ulike måter om dette at den Andre er sårbar og samtidig min

herre, mens jeg er den sterke og dessuten en tjener for den Andre. I en slik relasjon vil også et annet viktig hensyn kunne ivaretaes, nemlig medtenkernes ønske om en *passee avstand* mellom pasienten og legen. "Ansiktet forbyr erobring", er et av Levinas' uttrykk.

## II) Pasienten er hovedpersonen

Etter det som til nå er skrevet, foreligger det neppe tvil hos leseren om at mine medtenkere får støtte både fra Levinas og Løgstrup på dette at pasienten er *hovedpersonen* når han møter en lege. Så jeg kunne ha begrenset meg til å vise til teksten foran. Samtidig ville det kanskje være interessant å videreføre - iallfall summarisk - hvordan hverdagsfilosofien får støtte i fagfilosofien – og omvendt – og filosofi da tenkt som en refleksjon over livserfaringen.

a) *Sårbarheten* hos den som er syk, lider og som kanskje både er redd og fortvilet er et sentralt tema i forskningssamtalene med mine tidligere pasienter. "Kreft er jo alvorlig. Det er mange som dør av kreft. Og det er jo klart at en engster seg jo for det," var Annas hjertesukk over ikke å bli *møtt* av legen etter en operasjon. Hun ble ikke *sett*, langt mindre *lyttet til* og på ingen måte *tatt på alvor* eller *respektert* av legen. Hun fikk ingen *svar* på det hun lurte på og som hadde knuget henne natt og dag: Er det spredning? Vil jeg dø av dette?

Levinas sier noe sentralt og vesentlig om alle de nevnte fenomenene i møtet Anna hadde med legen på sykehuset, som beskrevet tidligere i teksten. Og både Husserl, Heidegger, Gadamer, Merleau-Ponty, Buber, Løgstrup og Bergson kunne sikkert vise legen til sider ved Annas situasjon som kunne ha endret møtets karakter og innhold grunnleggende. For Anna lever sin sykdom,- hun har den ikke som en "ting". Og situasjonen er mettet med mening. Hun er neppe hjemme-i-verden når hun er usikker på om hun er frisk. Og kroppen er påtrengende til stede. Legen møtte henne i en Jeg-situasjon som Jeg-Hun, og ikke som Jeg-Du. Han var nok heller ikke klar over hvor mye av Annas liv han holdt i hånden sin der på poliklinikken, og noen medbevegelse i bergsonsk forstand var det iallfall ikke snakk om i møtet.

Anna måtte på en måte *forsvare seg* overfor kirurgen. De møttes som værender i sin egen væren, en kamp om hvem sin tid og situasjon som var viktigst. Altså en krenkelse. Eller "krigen", ville kanskje Levinas ha kalt det. Også Kåre ville nok være veldig enig i dette for sin del, sett på bakgrunn av de utallige forsøkene han hadde gjort opp gjennom årene på å komme i tale med leger som verken hadde sett eller hørt hans forsiktige spørsmål om egen helsesituasjon. "Jeg skulle ikke ha vært der."

b) *Spesialist på eget liv* er en merkestein som viser til både at *pasienten selv er ekspert*, og samtidig at legen kan oppmuntre til å utdype og *utfordre* denne ekspertisen. Vivian viste

nødvendigheten av å *legge alle kort på bordet*, alle hennes erfaringer og spørsmål måtte belyses før hun kunne slå seg til ro – og helseplagene kunne fordampe. Men i en slik framleggelse hos legen ønsket Gunvor å *beholde tømmene*. Hun ville ikke gi fra seg styringen verken over *fortellingen* eller konklusjonene som kunne trekkes til slutt. Og Gadamer støtter henne. I bestrebelsene på gjenopprettelse av likevekt poengterer han betydningen av å lytte seg fram til pasientens livshistorie og sosiale situasjon slik at legen ikke legger hindringer i veien for helbredelsen, pasientens adaptasjon, som han kaller det.

"Jeg visste vel hvor landet lå hen," uttalte Else. Men det var lang vei inn når hun skulle sette ord på det som dypest sett plaget henne i livet. Det var nesten uhørt å skulle forsøke å finne ordveiene, slik det var for flere av medtenkerne, om vi nærmet oss temaer som omhandlet nære familieforhold. Noen fortalte at det var langt enklere å snakke om umulige samlivspartnere eller håpløse arbeidskamerater enn det var å komme med negative utsagn om egne foreldre. Det følte som en *utlevering*. Men også andre temaer kunne det være vanskelig, om ikke umulig, å ta fram hos en lege, slik både Mahmood, Birger og Kristian la fram synspunkter på. Løgstrups spontane livsytringer, spesielt tilliten og talens åpenhet, hindres åpenbart her.

Både Heidegger, Merleau-Ponty og Løgstrup har vist til henholdsvis menneskets livsverden, til hvordan vi er vår levde kropp og hvordan vi utleverer oss i ethvert møte. "*Min kropp sier ifra*," mente Birger. "*Vi er våre historier*," som Anna uttrykte det, altså *våre levde liv*. Merleau-Ponty har i den ene beretningen etter den andre vist hvordan kroppen husker (59). Han finner for eksempel at et fantomlem er "avhengig av den sykes historie, hans erindringer, følelser og ønsker" og ikke av "en kausalitet i tredje person". Han omtaler en fantomarm som en "...gammel nåtid som ikke kan beslutte seg til å bli fortid."

Og Bergson ville nok legge vekt på at "personligheten er i ethvert øyeblikk et samlet resultat av alt den har gjennomlevd" (63).

c) **Barn** møter antagelig verden med en bred tillit inntil de får grunn til noe annet. Løgstrup tar også dette utgangspunktet i sin filosofi, som nevnt i omtalen av de spontane livsytringer. Ut fra hans refleksjoner går det fram at tillit altså er noe vi er utstyrt med fra naturens side. Det er ikke noe vi opparbeider oss gjennom livet. Tvert imot. Men med årene kan barnet få grunn til å miste tilliten til mennesker omkring seg, - at det vil møte verden med en "mistro".

Kanskje Løgstrups tanker stemmer overens med de erfaringene vi har med friske ettåringer som enda ikke er blitt "vingestekket" i livet? For hvem kan vel "slå" ettåringer i selvsikkerhet og "verdensherredømme", i trygghet og tillit der de er "dronning" eller "konge på haugen" og kaster seg ut i rommet – i forvisning om at de vil bli fanget opp av trygge voksen-armer!

Om leger tar barneperspektivet når de møter unger, er kanskje nettopp bevisstheten om barnets sårbarhet noe som må styre hele møtet. Legen vil da kanskje kunne ane dimensjoner i helseplager som ikke står å lese i medisinske lærebøker. For hvordan lever barn sin sykdom? Hvilken levd erfaring kan de fortelle om? Den "tilvante kroppen", som Merleau-Ponty er opptatt av, den er nok annerledes i barnealderen enn for en voksen. Eller kanskje blir det klarere for oss hvilken stor forskjell det må være mellom barn og voksne når vi tar med Bergsons beskrivelser av hvordan levd erfaring legger seg på hverandre til en helhet - som forandres hele tiden. Barn har jo ikke levd så lenge enda - .

Levinas' utsagn om at den Andre er min herre og jeg hans tjener får kanskje et ytterligere lag av mening når det gjelder barn. Her er det på sin plass å minne om alle de velkjente metaforene for nødvendig varsomhet, både om silkeføtter, fingerspiss-følelse og at vi har to ører og bare én munn.

Og foreldrene ble truffet når barna ble møtt i helsevesenet, fortalte medtenkerne. *"Det gjør noe med oss som foreldre når barna blir tatt på alvor"*, sa Eva, som nevnt, og med en ørliten skjelv i stemmen.

### III) En vid ramme i møtet

a) *Tid nok* var "vinneren i konkurransen" om hvilket fenomen som ble nevnt hyppigst i forskningssamtalene. Alle medtenkerne poengterte om og om igjen og fra ulike innfallsvinkler hvor viktig det var med nettopp å ikke føle på en tidsklemme. Det var ikke snakk om et visst antall minutter, men de ønsket at temaene kunne bli uttømt, - og at pasienten i forkant av møtet kunne slippe å bekymre seg for at så ikke skulle bli mulig. Mange ganger kunne fem minutter kjennes som en klokke time, og motsatt: hvis ikke legen var oppmerksom og lyttende, kunne 20 minutter erfares som kun et kort tidsrom, et bortkastet møte rett og slett.

Heidegger har mange spennende refleksjoner over tidsbegrepet, - om at vi forholder oss i nåtiden i forhold til framtiden på basis av fortiden. Og vår opplevelse av tid er sjelden den numeriske eller astronomiske tiden, men levd tid. Bergsons beskrivelser av varigheten, den indre tid, bevissthetens tid faller kanskje sammen med medtenkernes opplevelser her.

Om det er *stress* i situasjonen, blir *legen hovedpersonen* i møtet. Da blir det *legens agenda* som blir bestemmende, mente mange. I en slik situasjon ville ikke Vivian ha funnet svarene på sine spørsmål, men i stedet forlatt kontoret *som et stort spørsmålstegn*. I stedet erfarte hun radikale forandringer i egen situasjon når hun møtte en *ro* både til tanke og ettertanke, en *refleksjon* med veksling mellom henne selv og legen.

Levinas' utsagn om å slippe grepet, ikke ta kontroll over den Andre, la seg treffe, alle sider av disse sentrale elementene i hans filosofi kan gjentas og gjentas under gjennomgangen av det som mine medtenkere har lagt fram som viktig i konsultasjoner.

Flere av min samtalepartnere var opptatt av hvor viktig det var for dem å *gå bakom og komme til bunns* i de problemene de strevde med. Og at det da var opp til dem selv *hvor lenge* de ville at legen skulle følge dem i dette arbeidet. De får god støtte av Gadamer på dette siste. Han poengterer det samme, nemlig at "...pasienten bare forblir under behandling inntil det punktet hvor restitusjon har funnet sted....Legekunst består til syvende og sist av å trekke seg ut og sette den andre personen fri" (60).

Men kanskje er Bergson nærmere en beskrivelse av det å søke i dybden av problemene, nemlig at hver og en går inn i en skapende prosess ved "en anspenning...for med et sprang å



plassere seg i selve hjertet av emnet ...for der så dypt som mulig å søke den impuls som man siden bare kan la seg drive av" (63).

*b) Åpenhet* fra legens side var et sentralt tema som også nesten alle medtenkerne mine utdypet i forskningssamtalene. "Jeg vet ikke om noe felt hvor jeg ikke kunne ha åpnet meg," var Evas utsagn om betydningen av å kjenne seg trygg i forhold til en *vid ramme*. For det var ikke bare tiden som ikke måtte være for begrenset, men det var også viktig i forhold til *temaer* som kunne bringes fram i møtet.

Blant andre var Kristian innom nok en dimensjon innenfor begrepet *ramme*, nemlig at det er viktig at legen *ikke fordømmer* den andre, uansett hvor negative erfaringer som bringes til torgs. Birger var overrasket over at legekantoret kunne bli en *verdige arena* hvor de mest skambelagte forhold kunne legges fram til drøftelse.

Johan er kanskje den mest radikale når han sier at pasient og lege gjerne kan *bytte plass* den første timen, "så jeg kan forklare hvem som kommer og hva som feiler meg." Birger var også opptatt av at legen måtte søke etter svar på spørsmålet "Hva består du av?", og da *lete i det ubehjelpelige*, i ordene som berører eller uroer, - kaste oss ut i intuisjonen, ville kanskje Bergson si? Og både Heidegger, Merleau-Ponty og Gadamer's filosofi kommer inn her i forhold til henholdsvis livsverden, kroppslig levd erfaring og horisonter eller forforståelse, - sentrale elementer som støtter medtenkernes vektlegging av åpenhet i møtet. Og Johans tanker omkring hvem som er hovedperson og hvem som er den lyttende når pasient og lege møtes første gang, gir assosiasjoner til Levinas' filosofi om at den Andre er min herre, selv om han er sårbar, og jeg er tjeneren hans, samtidig som jeg har makt i situasjonen.

Men *åpenheten har en grense*. Det var både Mahmood, Birger og Kristian opptatt av ut fra litt forskjellige problemstillinger. Og denne demarkasjonslinjen må pasientene selv trekke. De får støtte fra Løgstrup når han peker på "urørlighetssonen" som ikke må invaderes. Presser legen forbi denne grensen, vil det kunne erfares som en krenkelse. Da har legen tatt kontroll. "Legeyrket er et maktyrke", hevder Gunvor, og fortsetter: "... det finnes farlige leger. Og det får sånne uante konsekvenser når vi opplever dem, fordi at i den farligheten så ligger det en makt som er helt uhåndterlig for motparten." Hos Levinas vil Gunvor finne mye støtte for dette utsagnet, som beskrevet tidligere.

#### IV) Å bevare livskreftene

Denne fjerde utsiktsposten var det litt krunglete å finne veien opp til. Dessuten ligger den nær de øvrige vardene. Så kanskje kunne jeg ha sett godt nok fra de tre foregående. Men samtidig har medtenkerne kommet med utsagn som søker å fange noe som ikke umiddelbart dekkes fullgodt av de tre øvrige.

a) *Refleksjon*, muligheten til å ha *tenkepauser*, *søke tydelighet* og dermed kunne komme fram til *kjernen* i det det handlet om for pasientene, det hadde gitt dem muligheter til å finne *sammenhenger mellom livet og helsa*. For noen av dem ble det en innebygget *logikk* i det de hadde erfart. "Da jeg gikk ut av døra, var tanken min forandret. Og da ble jeg bra," som Vivian sa i forskningssamtalen. Gjennom søkende *metaforbruk* (77) og spørsmål fra legen om "hva tror du selv?", så "kunne jeg hente fram noe av det jeg hadde tenkt igjennom før jeg bestilte meg en time," konstaterer Vivian videre.

Og Carina fortalte at "jeg snørte meg inn i sirkler om at nå er du sikkert sjuk", mens Eva uttrykte at hun ble "hengende fast i et mønster". Løgstrups utlegninger om "kretsende tankefølelser omkring en kummerlig emosjonalitet" sier kanskje noe om Carinas og flere av de øvriges innestengthet i en forståelse av situasjonen som kanskje gjorde dem enda mer plaget med helsa.

Det at pasienten ble refleksjonens sentrum, og ikke legen, det fungerte kanskje slik Merleau-Ponty har beskrevet som at "...det tenkende subjekt befinner seg i en slags uvitenhet om sine tanker så lenge det ikke har formulert dem for seg selv eller likefram sagt og skrevet dem...Gjennom talen skjer det således en overtagelse av den annens tanke, en refleksjon i den andre, en evne til å ettertenke den andre som beriker våre egne tanker."

Birger undret seg over at noen leger *ikke forventer seg noe fra pasientens side*, og da var det nettopp refleksjoner han tenkte på. Bergson ville kanskje sagt at legene befinner seg i den intellektuelle sfære, den romlige og avgrensede begrepsverdenen, den statiske, uten muligheter for forandring. Men om de i stedet hadde våget seg ut i intuisjonen, i varighetens dimensjon, forholdt seg til livet som livshigen og derav skapende muligheter, så ville de kunne erfare en bevegelse sammen med pasienten – som så "i neste omgang kan bli gjenstand

for erkjennelsesmessig bearbeidelse, uten at denne bevisstgjøring av intuisjonen noensinne vil kunne uttømme dens rikdom" (63).

Kanskje særlig for Iris og Johan var det vesentlig at de *kjente legen sin godt* da sykdom og skade rammet dem alvorlig. Vi hadde hva Merleau-Ponty ville kalle et felles mentalt panorama fra tidligere møter. I den andre enden av spekteret ville vi ha befunnet oss om vi ikke hadde møttes før og dessuten i tillegg ikke tilhørte samme språkkrets. For, som Merleau-Ponty har satt fingeren på: Vi kan ikke leve i mer enn én språkverden av gangen. Vi kan mestre flere ulike språk rent verbalt, naturligvis, men det er ikke det samme som språk som levd erfaring (59). Dette kom tydelig fram i samtalen med Mahmood. Vi måtte ha en oppklaringsrunde på hva hver og en av oss la i begrepene *mor, søster og engel*.

*b) Hjelp til selvhjelp* var et uttrykk Else brukte for å beskrive den assistansen hun hadde fått i helsevesenet. Og på veien fra sykdom til gjenvunnet helse, var det avgjørende for Eva at hun *selv måtte ta ansvar* for stegene hun tok.

Gadamer er opptatt av at legen ikke må binde pasienten opp i forhold til legens "horisont", legens forforståelse, men tvert om søke en tilnærming av begges "horisonter". Først da har pasient og lege kommet nærmere en felles forståelse. Målet for pasienten, i følge hans filosofi, er re-etablering av en balanse, - hva Heidegger ville kalle å være hjemme-i-verden.

Legen Eivind Merok har sammen med filmskaper Rossella Ragazzi og filosof Holger Hole vist sider av dette i filmen "Hjemme i verden" (78). Bergson ville kanskje ha sagt at hovedpersonen deres (en frisk, eldre kvinne med flere kroniske sykdommer) åpner for hvordan hun lever i en bevissthet om å være delaktig i naturen. Men hennes intuitive erfaringer i varigheten finner vanskelig gjenklang hos de legene hun har hatt kontakt med, antagelig fordi de har befunnet seg i den intellektuelle, romlige erkjennelsesform, - en utvendighet i forhold til hennes virkelighet.

Vivians utsagn om å *treffe spikeren på hodet* og Carinas om å *plante et frø* kan hver på sin måte antyde det skapende potensiale som ligger i møter hvor begge våger seg ut i det åpne, og hvor begge tar del i en bevegelse – i intuisjonen, i varigheten. Else visste innerst inne *hvor landet lå*, hva noen av problemene dypest sett handlet om. Og Iris fikk hjelp av psykiateren til å *stole på det hun selv visste*. Både Bergson og Levinas er opptatt av hvordan Vestens

mennesker har lang, lang tradisjon for å søke å omgjøre alt nytt og fremmed til det som allerede er kjent, det vi har begreper om, det vi kan gripe. Mer av det samme. Men i disse medtenkernes tilfelle er det neppe innskrenkning og kontroll som er det sentrale. Gjenkjennelse innbefatter også håp, - livshigen i en skapende prosess med endring som en mulighet.

Evas omskriving av mine *råd* underveis er et frodig eksempel på hvordan hver og en av oss forholder seg til det vi fanger opp i kommunikasjonen med andre. I den grad vi tar med oss de rådene vi får, vil de alltid "omskrives", fortolkes, til vår egen livsverden med våre egne horisonter, for å bruke Husserls og Gadamer's vokabular.

c) *Livsoppsvinget* er et begrep jeg har "stjålet" fra Asbjørn Aarnes, som nevnt tidligere (s.212). På mange måter er det dekkende for mye av det livsbejaende som medtenkerne har vektlagt underveis i samtalene våre. For eksempel Eva som betonet hvor vesentlig hun syntes det var å "*kunne bevare livskraftene oppi alle disse teoriene i helsevesenet.*"

Som mennesker er vi antagelig født med en "livskraft", en vilje til liv. Eller for å si det med Heideggers begreper at vi som værender søker å forbli i vår væren, altså holde oss i live. Dette er jo et tema som engasjerte Darwin og som han uttrykker i det velkjente utsagnet "survival of the fittest". Eller som Levinas uttrykker det: "krigen". Men Levinas sier også at "mennesket er et ufornuftig dyr", underforstått at vi har muligheten til å gå ut over dette å overleve som art. Vår oppgave er tvert om å ta vare på den Andres liv først og fremst.

Og Bergson deler nok dette synspunktet. Livets iboende higen og pågåenhet beskriver han blant annet med at "denne filosofi har til verden den åpne og forekommende hånds bevegelse" (ikke ulikt min egen uttrykksmåte om livsoppsvinget på side 210). Og for ham gjelder det ikke bare å ta vare på mennesket, men hele skaperverket.

"*Det er en del mysterier inni her, ja, det virker som vi er litt ydmyke for det alle sammen*", er Evas kommentar når hun ser på sin første video under forskningssamtale nummer to. For Gadamer er helsa et stort mysterium, et tema som han stadig kretser om i sine utlegninger. Eva får også støtte av ham når hun forteller om det utrolige at en *annen person kan forstå hvordan hun har det*. Sammenfall av horisonter ville han nok betegne det som, "og for mange vil dette oppleves som et mirakel" (60).

Johan er konkret og klar på at legen må *hegne om pasientens drømmer og håp*. For uten forventninger om en framtid kan vi dø. Ikke nødvendigvis av selvmord, men av at vi legger oss til i mer eller mindre overført betydning, slik Åsmund fortalte om at han bevisst avviste for seg selv etter at han ble operert for uheldelig kreft. Og han lever fortsatt et godt liv 20 år etter at han fikk sin diagnose og ble forespeilet maksimalt to år igjen å leve med sin store svulst. I Heideggersk forstand er han hjemme-i-verden, eller som Merleau-Ponty kanskje ville si det, at han bebor sin verden, har en tilvant kropp og føler seg dermed frisk på tross av sine handikap. Han har funnet en balanse, i følge Gadamerens vokabular.

Johans oppfordring til legene finner kanskje en samklang med Bergsons utsagn om håpet. Det "gjenspeiler varighetens natur, idéen om fremtiden, rik på en uendelighet av muligheter" og altså "mer fruktbar enn fremtiden selv" (63). For, som tidligere sitert, er det "mer fortryllelse i håpet enn i besittelsen, mer i drømmen enn i virkeligheten". Og håpet er en side av livets higen og pågåendhet, det skapende, fornyende, - kanskje vi kunne tolke det til det helbredende.

Men som Anna kommenterte underveis: "*Du er jo hele tiden i en eller annen situasjon hvor du skal gjøre valg. Og da gjelder det å ta de rette valgene, da.*" Her kommer Gadamer inn med en advarsel til leger om at de ikke må forstyrre disse valgene som pasientene må gjøre. Og for å holde oss i daglig legepraksis: Else postulerer at å *gi medisiner til en pasient kan erfares som et overgrep*. Også dette støtter Gadamer direkte ved at han poengterer at leger ikke må ta fra mennesker enhver smerte. Spesielt alvorlig ser han på bruken av nettopp "nervemedisiner" i en del tilfeller. Dermed kan mennesker miste muligheter for økt selvinnsikt.

Medtenkerne tar for gitt at leger har eller skaffer seg det de kaller den medisinske *fagkunnskapen*. Det avgjørende for de fleste av dem var imidlertid hvordan de ble *møtt* når de søkte legehjelp. Levinas er kanskje den mest radikale av filosofene jeg har trukket fram når han framsetter påstanden om at jeg har ansvar for å bevare den Andres liv gjennom svaret jeg gir ham i møtet. Han sier noe om hva jeg har å gjøre i verden (67). Som menneske. Som lege.

Anna og Birger og flere med dem var opptatte av å finne rom for å *pleie kjærligheten*. For Bergson er kjærlighet, livsimpuls og skapende energi ett og det samme, nemlig varighetens

vesen, sfæren for å bevare og utvikle livet videre. Og Levinas viser til en kjærlighet som er eldre enn fjellene, som viser til et brorskap som knytter mennesker sammen med usynlig bånd fra uminnelige tider. -

Gjennomgangen av ovennevnte merkesteiner på vei mot de fire utsiktspunktene har holdt opp hverdagsfilosofi mot fagfilosofi. Underveis er spørsmål om helse og sykdom innbakt, slik at den femte høyden i mitt imaginære terreng, nemlig antydningen om at krenkelse kan gjøre krank, er omtalt mer eller mindre direkte i dialogene mellom mine medtenkere og fagfilosofene. -

## Tilbakemelding fra medtenkerne

På dette stadiet i arbeidet med manuskriptet ønsker jeg å sende dokumentet til medtenkerne mine for gjennomlesning og kommentarer (vedlegg 8). -

Etter hvert har alle svart "ja" på forespørselen om at de kan tenke seg å bidra ytterligere i prosjektet ved en slik arbeidsinnsats. Mitt anliggende er, som beskrevet i brevet som ledsager manus (vedlegg 9):

- om de føler seg godt nok ivaretatt med hensyn til anonymisering, samt
- om gjengivelsene av utsagnene deres er i samsvar med det de har sagt og fortsatt mener.

Jeg finner det vesentlig hva medtenkerne måtte synes og tenke om presentasjonen. Tilbakemeldingene deres må jeg naturligvis ta til følge. De representerer nok en slynge på min imaginære e-bord, - den hermeneutiske bearbeidelsen av stoffet over mange år.

Alle samtalepartnerne mine gir svar tilbake. Ingen er betenkte over anonymiseringen, bortsett fra en detalj om egen helse for en av dem. Denne opplysningen endrer jeg umiddelbart. Flere har sendt meg brev med utdypninger av synspunktene sine, og noen har gjort notater direkte i det returnerte manuskriptet. Ingen trekker noe ifra i det som er presentert, men én beskrivelse får en presisering, mens en annen blir endret noe innholdsmessig. Begge forslagene tar jeg til følge og retter opp i teksten.

Flere gir forsterkende kommentarer til sine egne utsagn, som for å vise at jeg ikke har overdrevet beskrivelsen av de endringene de erfarte i livene sine underveis i samarbeidet.

Noen av medtenkerne har tatt seg umaken med å lese igjennom hele avhandlingen, og ikke bare de avsnittene som gjelder dem selv. De har skrevet synspunkter fortløpende i dokumentet, - en imponerende innsats i den varme sommeren 2003. -

### **Etter – tanke**

På slutten av prosjektperioden kommer jeg over en bok som blir nyttig for meg, nemlig sosiolog Karin Widerbergs "Historien om et kvalitativt forskningsprosjekt" (79), en detaljert beretning om tenkningen bak og gjennomføringen av en vitenskapelig undersøkelse (av trøtthet). Jeg benytter denne boken som utgangspunkt for å arbeide meg igjennom enda en slynge på e-borden min, - nok en runde med refleksjoner over det arbeidet som nå nærmer seg en avslutning. Widerberg gir meg muligheter til å se mitt eget prosjekt i lys av en erfaren forskers beskrivelser av egne vitenskapelige arbeider innenfor den kvalitative forskningstradisjonen. Nedenfor vil jeg peke på noen få, men sentrale elementer som Widerberg holder fram i boken sin og som har relevans for min egen forskningsvei.

For også hun opererer med begrepet reise – en kunnskapsreise – og fortellingen om denne. Metaforen beskriver det som ofte er karakteristisk ved kvalitativ forskning, hvor et nytt område fanger interessen eller at et kjent felt blir utforsket på en ny måte. For mitt prosjekt ble det aktuelt med både en konkret reise og en vandring i mer overført betydning.

Widerberg følger heller ikke noen bred motorvei full av systematiske kunnskapskrav, slik mange kvantitative studier krever. Den kvalitative reisen er vanskelig å begi seg ut på, nettopp fordi det finnes så mange måter å nærme seg et kunnskapsfelt på, så mange valg en må gjøre, så mange stier man kan følge.

Den kvantitative forskningstradisjonen operer, som nevnt (s.16), med begrepet objektivitet som et ideal og et krav. I Widerbergs arbeid, som i mitt eget, er det det relasjonelle som styrer retningen. Forskeren gjør sine "funn" i samspill med sine informanter eller medtenkere. På den kvalitative arenaen er forskeren selv det viktigste redskapet underveis. Og med erkjennelsen av mennesket som unikt, vil forskeren som menneske komme i fokus.

Reliabilitet (gjentatte målinger gir samme resultat) blir derfor i kvalitativ forskning et lite egnet begrep i og med at den kvalitative forskeren nettopp ikke skal kunne skiftes ut. Det var meg som fulgte Birger på tilbakereisen, og fortellingene hadde sannsynligvis blitt andre om en annen lege hadde vandret sammen med ham. Også ettersamtalene ga historier i forhold til at det akkurat var oss som møttes. At jeg var til stede i møtene ga kanskje andre temaer og



andre vinklinger enn om Tom Andersen og Bjørn Nilsson hadde truffet mine tidligere pasienter alene.

Tilsvarende med begrepet validitet (instrumentet måler det det var ment å skulle måle): I et kvalitativt forskningsprosjekt er det nettopp ikke fastlagt på forhånd eksakt hva som skal "måles". Vi er underveis sammen på leting etter de beretningene som er viktige, både på tilbakereisen og i intervjuene på legekantoret. Kunnskapen skal ikke avdekkes, men skapes i prosessen hvor vi begge er bidragsytere, både informanten og forskeren.

Men kravet til saklighet og pålitelighet står fast uansett forskningsvei. I min kvalitative studie mener jeg dette blir ivaretatt gjennom dokumentasjon og diskusjon av valgene jeg tar underveis og gjennom fortløpende fortolkninger i forskningsprosessen, - altså en grundig redegjørelse for hvordan jeg har gått fram og hvorfor.

Jeg kan naturligvis ikke være garantist for at en medtenker kommer fram med all relevant informasjon, at han alltid husker rett eller at han ønsker å legge fram alle sine synspunkter på temaene. Men den gode atmosfæren i intervjusituasjonen, medtenkernes seriøsitet dokumentert ved video-opptak og de reflekterte kommentarene på tilsendt materiale, gjør at jeg mener at det fester høy grad av saklighet og pålitelighet til materialet.

Kanskje jeg kan hevde med støtte i Widerbergs framleggelse at forskningsarbeidet mitt består av en fortløpende *analyse* av variasjoner, mangfold og kompleksitet mer enn av en *metode* som jeg følger. Eller for å avgrense fra en kvantitativ tilnærming nok en gang: Jeg har søkt etter hva de ulike fenomenene betyr, hva det handler om, for mine medtenkere, og ikke fenomenenes forekomst eller sammenhenger. Og jeg har søkt å forstå delene ut fra helheten eller helhetens perspektiv.

Framstillingen av et kvalitativt arbeid må bli empiri-nær, det vil si at selve forskningsmaterialet må ta en stor plass i presentasjonen. Og i valget mellom å presentere stoffet som idealtyper eller portretter, har jeg valgt en variant av det siste. Det betyr at jeg ikke har søkt å samle mange medtenkeres beretninger til en konstruert sammenstilling, men i stedet forsøkt en varsom bearbeiding av stoffet for å beholde presentasjonen av synspunktene så nær opp til portrettet, den aktuelle personen, som mulig.

Dette stiller store krav til etikk, og mer gjennomgripende enn det som oftest blir nødvendig i kvantitative studier. Etikk og analyse må følges ad underveis. Etikken er som en rød tråd gjennom hele arbeidet og blir avgjørende for utformingen av prosjektet på alle stadier av forskningen. Som Widerberg uttrykker det: "Er ikke etikken god, er ikke kvaliteten det heller." Spesielt krevende og vesentlig ble dette i presentasjonen av tilbakereisen sammen med den ene tidligere pasienten.

Anonymisering er et "must" i dette arbeidet, også i ettersamtalene med de 13. I mitt prosjekt er det medtenkernes erfaringer og synspunkter som er det viktige, - deres forståelse – og rett nok ikke en utforskning av personene selv. Likevel legger dette til en viss grad en begrensning på hvordan jeg kan presentere den enkelte medtenkers utsagn. For ingen av personene skal kunne gjenkjennes. Men etter hvert som fenomener blir nevnt av flere, blir det ikke aktuelt å repetere det som allerede er holdt fram av andre jeg har snakket med forut. Dette gjør arbeidet med anonymiseringen noe enklere i den endelige presentasjonen av materialet.

Men kanskje like viktig som det å ikke bli gjenkjent, er det at gjengivelsene av medtenkernes uttalelser får en verdig form. Muntlig tale skiller seg fra en skriftlig framstilling, noe som krever nennsomhet i presentasjonen av sitater.

Widerberg legger også vekt på bevisstgjøringen omkring balansen mellom nærhet og distanse i møtet med informanter. Medtenkerne og jeg hadde truffet hverandre flere ganger tidligere som pasient og lege. Dermed kunne vi ta utgangspunkt i hva Merleau-Ponty ville kalle et felles mentalt panorama. Vi visste om hverandre. Vi stilte ikke som helt ukjente på bar bakke, men hadde noen erfaringer sammen gjennom flere år. Som forsker var dette mitt utgangspunkt for ikke å komme for nær, slik at de tidligere pasientene skulle kunne komme til å snakke om forhold som de i ettertid ikke ville være glade for å ha tematisert. Men jeg måtte heller ikke stille meg i en utenfra-posisjon, men søke å svinge med i refleksjonene deres, vel vitende om at vi nå møttes som informant og forsker, ikke som pasient og lege.

Noen perspektiver som Widerberg legger vekt på i boken sin, har jeg ikke tematisert i mitt arbeid. For henne som sosiolog er det nærliggende å trekke fram for eksempel kjønn, klasse og yrke, noe som naturligvis også er viktige faktorer i medisinsk forskning og praksis. Men i det foreliggende forskningsprosjektet har jeg valgt å ikke gå inn på disse kategoriseringene, uten at jeg dermed sier at de ikke er vesentlige aspekter innenfor de erfaringene som mine

medtenkere har lagt for dagen. Det jeg har sikret meg underveis, er at jeg har samtalepartnere av begge kjønn, men uten dermed å gjøre dette til et tema. I anonymiseringen av mine informanter har jeg heller ikke skiftet kjønn på dem i framstillingen ut fra erkjennelsen av at vi tross alt ofte forholder oss litt ulikt til mange livserfaringer alt etter om vi er kvinner eller menn.

Målet med Widerbergs prosjekt – og mitt eget - har vært nye tanker, ny innsikt, ubeskjeden sagt å *generere* i motsetning til å *belegge* teori. Heri ligger det utfordrende, men også det vanskelige. For framgangsmåtene må tilpasses i hvert enkelt forskningsprosjekt og i hvert enkelt møte med enkeltmenneskene i forskningsarbeidet.

Jeg kunne ha valgt andre veier underveis i prosjektet. Det er medtenkerne som har budt fram empirien. Men det er meg som har ordnet og kategorisert, riktignok med justering fra medtenkerne. Jeg kunne ha søkt andre høydedrag eller utsiktspunkter underveis, kort sagt hatt et annet perspektiv enn filosofi på medtenkernes utsagn og synspunkter. Men jeg ønsket å utfordre meg selv og mitt fag på det som av mange kalles banaliteter, dette som ”vi alle vet, dette som er så selvsagt”. Jeg hadde en antakelse om at de fenomenene som medtenkerne tematiserte, de kunne handle om langt mer sentrale temaer enn det som kanskje slo meg i første omgang. Derfor valgte jeg å se om det kunne gi mening å la hverdagsfilosofi få møte fagfilosofien. -

Det overordnede målet for legevirkosomhet – og for denne avhandlingen – er å hjelpe mennesker ut av sykdom og lidelse. Og ikke uvesentlig i tillegg: Jeg har i dette arbeidet også ønsket å antyde hvordan leger skal kunne stå et helt yrkesliv med mening og glede i arbeidet.

## DEL V: FAGLIGE UTFORDRINGER

### Så - hva nå?

Vandringen er over for denne gangen. Jeg er tilbake i dalen etter en reise både konkret og i overført betydning. Den har ført meg ut til kysten og opp i fjellet. Jeg har befunnet meg i fugleperspektiv, men også med føttene i bakken for å kunne lete opp merkesteiner langs stiene opp mot noen varder i mitt imaginære landskap. Medtenkerne har vært et spennende og utfordrende reisefølge. De har, som sagt, gitt mye, både i forhold til sykdomsforståelse, og ikke minst omkring spørsmålet om selve møtets betydning for gjenvinning av god helse for pasienter.

Ekstra spennende har det vært å være vitne til hvordan deres refleksjoner finner gjenklang hos store tenkere. Utsagnet om at filosofi er å forstå som en refleksjon over livserfaringen får ekstra mening for meg i denne dialogen mellom hverdagsfilosofi og fagfilosofi.

Prosjektet mitt startet ut med to hypoteser:

- 1) En relasjonell smerte kan ha betydning for utviklingen av sykdom og helseplager.
- 2) For å få god hjelp, må pasienten være hovedpersonen og refleksjonens sentrum i konsultasjonen, ikke legen primært.

Disse antakelsene sprang ut av erfaringer i egen praksis og omlegging av denne, som beskrevet. Har jeg fått støtte for disse postulatene underveis, eller faller de livløse til jorden? Jeg vil hevde at ikke bare blir de bekreftet positivt, men medtenkerne har hjulpet meg til å bruke dem som springbrett for ytterligere forsøk på forståelse av temaområdene. Og ikke mindre vesentlig: Jeg har måttet forholde meg til sider av dette som jeg i utgangspunktet ikke hadde reflektert over, knapt nok skjenket en tanke.

I det følgende vil jeg antyde hvilke forskningstemaer jeg kan ane konturene av etter den reisen jeg nå er i ferd med å avrunde. Utviklingen av helseplager og selve sykdomsbegrepet er et stort område for framtidig forskning. I denne avslutningen vil jeg også peke på noen utfordringer for nye studier omkring møtets betydning for god helsehjelp.

## Handler det om legekunst?

Tidlig i dette forskningsarbeidet dukket betegnelsen *det kreative mellomrommet* opp. Var det en innskyttelse hos meg selv, eller kanskje noe som kom fram i en samtale med kollega Anne Luise Kirkengen for flere år siden? Jeg er ikke sikker. Lenge la jeg det til side, satte det på "vent". Jeg ville ikke binde forskningen opp mot et programmatisk utsagn eller en betegnelse, men i stedet være så åpen som mulig i forhold til hva som ville dukke opp under vandringen i prosjektperioden.

Men nå ønsker jeg å hente det fram igjen. Og jeg vil begrunne hvorfor. For kanskje peker det i retning av hva *legekunst* kan dreie seg om?

Buber omtaler også et mellomrom, et "zwischen" i relasjonen Jeg-Du, hvor "jeg"et ikke er subjekt, men relasjonen i egentligste forstand," som "ikke mer kan atskilles fra den enkelte persons historie", som Levinas skriver i en kommentar til sin kollegas uttrykk (69). Men er dette det mellomrommet jeg selv har i tankene? Kanskje er det noe på siden i og med at Bubers zwischen er "det sted hvor selve værens verk utøves" (69). Min erfaring går kanskje mer i retning av det nyskapende som ligger i Bergsons beskrivelse av varigheten, - hvor intuisjonen hører hjemme, området for livshigen, livskraft, kjærlighet - og dermed fornyelse, det alltid skapende.

Er dette legekunstens røtter og tilhørighet? Nærvær, engasjement, delaktighet, medvandrer medbevegelse, musikalitet, - ja, kanskje til og med improvisasjon som en av ingrediensene, - ikke ulikt det som skjer innenfor jazzen? (80)

For en jazzmusiker gir ut en tone – som fanges opp av en annen musiker - som legger seg inntil - og den tredje og den fjerde gjør det samme. De svinger med, har denne "anspennelsen" som Bergson omtaler, slik at de finner inn til kjernen i det melodiske, til rytmen. I dette kan de la seg drive videre. En spontan komposisjon, et språklig uttrykk som muligens flyr over Merleau-Pontys postulater om begrensninger i språkverdenen. Jazzen som kanskje det mest internasjonale kommunikasjonsuttrykk i vår tid? (81)

Kan dette bildet si noe om legekunst i betydningen skapelse av noe nytt, om veien til re-etablering av god helse, som kanskje Gadamer ville si? Ja, var det ikke nettopp det som

skjedde i de møtene hvor pasientene våget seg utpå med sin "tone"? Og hvor jeg som lege dristet meg til å legge min egen tone inntil – for så igjen å erfare at pasienten skapte ytterligere klanger - hvor vi begge ble fanget inn, - en "anspennelse" og dermed en flyt med kreative innspill i retning av åpenhet – og håp – om å bli hel igjen – helbredelsen?

Men det er et "men" her. For hvordan etablere en mulighet for en slik skapende prosess i møtet? Hva skjedde i konsultasjonen med Nilsen, den aggressive, ulykkelige Nilsen? Levinas ville nok ha sagt at jeg ble truffet. Ikke at jeg hadde bestemt meg for det, men at Nilsens henvendelse - i og med at han kom til meg - den overrumplet meg og stilte meg til an-svar. Men hvordan kunne det skje? Det måtte ha hatt noe med åpenhet å gjøre, å stille i en "ikke-vitende posisjon", som Tom Andersen kanskje ville ha uttrykt det.

Hva om jeg nå forsøker å kombinere hva Bergson sier om dette med "anspennelsen" framfor et skapende arbeid og Levinas' beskrivelser av ansiktet som treffer meg, - transcendent, noe grenseoverskridende, noe med en erfaring av "en tredje som er gått forbi", om et fellesskap eldre enn fjellene? Ja, kanskje jeg da begynner å nærme meg en forsiktig antydning av det radikale skiftet jeg erfarte i møtene med flere pasienter som jeg ikke hadde evnet å etablere noe skapende mellomrom sammen med tidligere.

*Så: Kan det være en tilknytning mellom det jeg har kalt det kreative mellomrommet og begrepet legekunst?*

## Og hva med berørthet?

Som tidligere påpekt (s.98) har medisinen som fag en solid forankring i naturvitenskapelig basert biologisk forskning. Og jeg skal være den siste til å så tvil om betydningen av denne viten for legers muligheter til å hjelpe dagens pasienter ut av sykdom og helseplager. Et fantastisk kunnskapstilfang foreligger og må brukes der det er relevant (48).

Men det er et "men" også her - midt i alt det positive. For det spørs om idealet om objektivitet i den naturvitenskapelige forskningstradisjonen – om ikke dette også har sneket seg inn på pasientrommene på sykehusene og til og med inn på legenes kontorer i primærhelsetjenesten. Og der hører nok ikke dette idealet hjemme. I møtet mellom pasient og lege foreligger det en relasjon, ikke et subjekt som observerer sitt objekt – utenfra. Ikke engang når vi foretar operasjoner eller andre medisinske prosedyrer, vil jeg hevde. Det er en person vi opererer, ikke kun et brokk, en galleblære eller en brukken legg. Da Vivian kom til en gynekologisk undersøkelse, så "følte jeg at det var jeg som menneske som kom der".

Jeg har tidlig i dette forskningsarbeidet tilkjennegitt at jeg ville la prosjektet styres av min egen berørthet underveis (s.16). Men det ble først mulig etter at jeg var blitt klar over hvor lite bevisst jeg hadde vært på legen som person i møter med pasienter, altså på det relasjonelle aspektet. Dette kommer ekstra tydelig fram under tilbakereisen med Birger. "Men hvor er du?" spurte kollega Berit Austveg etter å ha lest det første utkastet til boka "Ser du meg, doktor?" "Men det er jo ikke meg det handler om," var mitt svar tilbake. Det mente jeg nok den gangen. Og det avspeilet seg i måten jeg hadde skrevet ut lydbåndene på ved at jeg hadde satt mine egne utsagn underveis i parentes - og bare i stikkords form.

Så "lydig" var jeg altså overfor medisinsens ideal om objektivitet at jeg satte meg selv i klamme. Og ikke bare i forskningen, men faktisk også i det kliniske arbeidet, - i møtet med pasienter. "Hold deg selv utenfor. Ikke involver deg. Iallfall ikke for mye." Denne formaningen har vi hørt fra kolleger i akademiet og i annen undervisning i mange år nå. Og oppfølgingen av dette var tydelig å se i den filmen som jeg tok opp av Birgers konsultasjon hos meg i 1988 (s.24). Jeg involverte meg ikke. Kanskje var det også dette som Else hadde erfart og mente å si noe om da hun beskrev et *markant skifte* i måten jeg møtte henne på etter hvert (s.158)?

En endring ble nødvendig for meg på begynnelsen av 1990-tallet om jeg skulle fortsette som lege. Jeg erfarte en diskrepans mellom det jeg visste som menneske etter hvert og det jeg praktiserte som lege, en spagaten-erfaring, som jeg har kalt det (s.34). Filosofen Løgstrup skriver om det han kaller "de spontane livsytringer". Og blant disse nevner han barmhjertighet som en av de egenskapene vi er født med, en evne som ligger der fra naturens side og som fører til en umiddelbar medfølelse med mennesker som lider. Var det denne som "slo igjennom" objektivitetsidealet?

Barmhjertighet er et ord som nok ikke er så vanlig i daglig tale i vår tid. Løgstrups filosofiske betraktninger kan antagelig kobles opp mot Bibelens beretning om den barmhjertige samaritan (Lukas 10, 23-37), en fortelling som av mange oppfattes som et forbilde for alt humanitært hjelpearbeid over de siste seklene i vår del av verden. I denne fortellingen kommer dette med berørthet inn. Utsagnet om at samaritanen syntes synd på ham som lå forslått i veikanten er i en gammel bibelfortolkning oversatt fra gresk med at han "ble rammet i sine innvoller"(v.33). Dette finner jeg interessant i forbindelse med møter mellom pasient og lege.

For min berørthet som kliniker er en berørthet som menneske. Og da er det også et kroppslig anliggende, - om jeg skal måtte dele i kropp og sjel fortsatt. Det er hele meg som blir affisert av pasienten jeg møter og fortellingen de legger for dagen. Dette er tanker som er utdypet gjennom forskningsarbeidet til kollega Carl Edvard Rudebeck hvor han bruker begrepet kroppsempati (82). Kanskje handler dette om – slik Anna og Eva var inne på - at utfordringen for leger ligger i å legalisere dette å våge en relasjon med hele seg, la seg berøre, for så å kunne tre inn i det skapende mellomrommet - men uten derved å forlate ansvaret for og fagligheten i situasjonen.

Men også som forsker lot jeg meg lede av en berørthet, både da jeg valgte ut mine medtenkere og underveis i bearbeidelsen av stoffet, - beskrevet som en vandring i tåkeheimen. Psykolog Gudrun Olsson har stilt spørsmålet om "Får vetenskap beröra?" i en artikkel for en tid siden, der hun avslutter med å uttale at "I de ögonblick vi berörs, är det inte just då vi erövrar ny kunskap!" (83).

*Så: Er det først når legen lar seg berøre at det kan etableres et kreativt møte med pasienter?*



## **”Vår forakt for svakhet”**

Dette er tittelen på en bok som kom ut i 1971 (84), hvor filosof Harald Ofstad tar for seg Hitlers verk *Mein Kampf*. Han viser med all ønskelig tydelighet at *holdningene* som kom til syne gjennom de uhyrlighetene vi kjenner fra nazistenes overgrep i Europa, de døde ikke med Hitler eller med avslutningen av den annen verdenskrig. Ofstad belegger og skriver utilsørt om hvordan forakten for svakhet lever videre i samfunnssystemene i Vesten gjennom ”elitens rett til å herske over og utnytte andre, om den sterkes forakt for de svake og om den konformes rett til å dømme avvikerer,” som det står i forlagets omtale av boken.

Ytterligere nedstemt blir jeg når jeg leser NRK-medarbeider Yngvar Ustvedt bok om ”Dødens leger” (85). Der levnes det liten tvil om legestandens brede engasjement, både før og under krigen, for å utrydde de svake, enten det nå gjaldt psykiatiske pasienter, personer med ulike funksjonshemninger eller andre ”avvik” som Hitlers ideologi ikke ga rom for i hans rike. Filosof Åge Wifstad viser i to artikler til den seneste tids dokumentasjon på hvordan vel ansatte og respekterte kolleger og sykepleiere deltok aktivt i Hitlers omsorg for å holde samfunnet fritt for uønskede elementer (86;87).

Men har disse overtrampene og overgrepene relevans i forhold til faget medisin i dag? Kan det være mulig at leger har forakt for svakhet - for eksempel i vårt land? Og enda mer alvorlig: har jeg selv forakt for svakhet? En kjetersk tanke, er min første innskytelse. Dette er historie, dette gjelder ikke legestanden i dag.

Men tankene slipper meg ikke helt. Underveis i dette forskningsarbeidet kommer jeg i kontakt med en modig kvinne i vårt naboland Sverige, nemlig Hanna Olsson, skribent og forfatter. Etter et betydelig feltarbeid skriver hun boken ”*Catrin och rättvisan*”, en beretning om hvordan saken mot to leger forløper i det svenske rettsvesenet. De blir arrestert etter å ha misbrukt, drept og partert en prostituert kvinne i 1984 (88).

Jo, men dette er unntaket fra regelen, slikt forekommer jo ikke jevnlig. Nei, det skulle bare mangle. Men så var det dessverre ikke bare disse to kollegene som viste forakt. Gjennom rettsaken kom det for en dag at også de sakkyndige kollegene avdekket holdninger som pekte i samme retning, og da i forhold til hvordan de omtalte den drepte.

Og som om ikke dette var tilstrekkelig med negativ dokumentasjon: Sosiolog Vigdis Moe Christie har i forbindelse med Legekårsundersøkelsen fra 1993 samlet materiale fra 88 leger som selv har erfart å være pasienter. I boken "Syk lege" (89) refererer hun mange utsagn fra våre kolleger om hvordan de både som pasienter, men kanskje særlig som rehabiliterte etter sykdom eller skade, har merket en unnvikende holdning fra sine kollegers side. I eksempel etter eksempel viser Moe Christie til uttalelser fra legepasienter som har fått føling med dette å ikke lenger være helt "regnet med" i det gode kollegafelleskapet, - eksemplifisert ved en beretning i media nylig: "Når kollegaene mine distanserte seg, var det vel fordi de fryktet at dette en dag skulle ramme dem selv" (90).

Moe Christie stiller mange spørsmål til det hun kommer under vær med i intervjuene og gjennom tilsendte essays fra sine informanter. Blant annet lurer hun på om det kan være slik at leger generelt er redde for selv å bli pasienter, redde for egen sårbarhet, egen sykdom og kanskje egen død - og det mer enn folk flest?

Få mennesker ønsker vel å bli syke, men håper tvert imot på et godt og langt liv. Slik også med leger. Som medisinerstudent har mange erfaringer med å "ha" både den ene og den andre lidelsen gjennom studietiden, og med ditto bekymringer i kjølvannet. En mannlig student jeg møtte for mange år siden skjønnte vel at han gikk litt langt i sin innlevelse i de medisinske beskrivelsene da han kjente at han begynte å få veer i terminen hvor han lærte om kvinnesykdommer og fødselshjelp.

Men det er ikke dette fenomenet jeg ønsker å problematisere, men heller det følgende: Kan det være noe i at dyktige, "vellykkede" studenter som kanskje er vant til å mestre utfordringer i eget liv, at de får næring gjennom studiet til en selvforståelse av usårbarhet? Og når faget medisin dessuten presenteres som en *kamp* mot sykdom og i ytterste konsekvens død, da er det krigsmetaforer som introduseres. Krig mot .., bekjempelse av .., seier over .., overvinning av .., førstelinje og andrelinje ... Og skal du bli seierherre, kan du ikke være sårbar eller vise tegn til svakhet.

Filosofen Ludwig Wittgenstein (1889-1951) har uttalt at "filosofien er en kamp mot forhekselsen av vår forstand ved hjelp av midlene i språket vårt" (91). Og medisinsens krigsvokabular er kanskje noe som forhekser studentene gjennom studiet slik at noen kan komme til å tro at de er usårbare? At sykdom og død ikke kan ramme dem? Moe Christie fikk

mange uttalelser fra kolleger som kan peke i denne retningen, - både om angsten for smerte og for nederlag. -

Etiske problemstillinger diskuteres jevnlig i våre faglige fora for tiden. Det er bra. Veldig bra, og ikke minst nødvendig. For vi er inne i en medisinsk epoke hvor teknologien kan "løpe løpsk" om vi ikke tar jevnlig stopp for ettertanke (92). Kollega Linn Getz har nettopp tatt en slik pust i bakken og stilt spørsmål ved om vi leger vet hva vi gjør når vi introduserer teknologi i svangerskapsomsorgen (93). Dette er en periode i livet som på mange måter er en av de mest sårbare for de involverte, og hvor vår etiske bevissthet holdes våken. For hva mener vi med et "verdig liv", et uttrykk vi kan støte på i debatten omkring nettopp diagnostikk i svangerskapet? Og hva gjør vi for eksempel med vordende foreldre når vi står tvil om barnet deres er friskt?

Dette temaet får jeg ikke til å plassere på "vent". Det uroer meg, det uroer mange kolleger og det skaper heldigvis diskusjoner. Har vi forakt for svakhet i vårt samfunn? Også vi leger - i vår tid - i vårt land? Og hvordan vurderer jeg selv mennesker som avviker fra "normen"? Jeg skulle ønske at jeg kunne gi et ubetinget positivt svar på hvordan jeg har forholdt meg gjennom alle årene som lege.

Jeg evnet ikke å møte Hansen i sin tid. Var det bare talestrømmen og lukten som hindret en god relasjon oss i mellom?

*Så: Kan det finnes snev av forakt for svakhet innebygd i medisineres selvforståelse og legers praksis?*

## Sårbarhet og styrke

Medisinen som fag hevder å bygge på en kombinasjon av biologisk kunnskap og humanisme. Tidligere i dette dokumentet har jeg antydnet at det siste kanskje har vært langt mindre i fokus enn det første.

Hva mener vi så med humanisme? Tradisjonelt bygger den på en kulturstrømning som oppsto i Italia ved slutten av middelalderen, hvor den klassiske filologi skulle fungere som dannelsesmiddel for å fremme det harmoniske mennesket (94). Den vestlige verdens forståelse av humanisme tok utgangspunkt i menneskets verdighet og suverene status som fornuftsvesen.

Levinas deler ikke den gjengse oppfatningen av begrepet. Humanismen søkte det humane der det ikke var å finne, hevder han, nemlig i stoltheten, verdigheten og autonomien. Men "det humane ligger i sårbarheten, ikke i verdigheten" (66). Humanismen er altså ikke død. Men det er ikke min humanisme det gjelder, men den Andres, ifølge Levinas.

Dette fører meg igjen til det *skapende mellomrommet*, og hva som skal til fra legens side for at dette kan tre i funksjon i konsultasjoner med pasienter. Vi må møtes som menneske til menneske, var en av konklusjonene til mine medtenkere. Og i dette ligger det å la seg berøre av den andre, vel vitende om det sårbare i situasjonen når to mennesker møtes. Sårbart også for legen, noe mine medtenkere tok høyde for når de søkte å legge fram sine bekymringer på et legekontor. De beskrev en varhet for ikke å komme legen for nær gjennom fortellingen sin, for da kunne de kanskje risikere at doktoren ikke ville evne å høre det hele.

Men en lege som pasientene erfarte at lot seg berøre, som våget å svinge med i beretningene, det bidro til at noen fortellinger fikk ord for første gang – noe som ble nyskapende og helende, som tidligere beskrevet.

Vår sårbarhet er vår styrke.

Også som leger. Men det er kanskje ikke dette som framheves i undervisningen i medisinstudiet? At det kan bety et fortrinn å "ikke ha gått strake vegen", som Gunvor uttrykte det. Studenten kan ha med seg en ballast som kan ha smertet og som kanskje har vært både

alvorlig og kritisk i en fase i livet. Men om livserfaringer på godt og vondt blir holdt fram i undervisningen som en styrke, og ikke en svakhet, da kan det også åpne for et kreativt mellomrom i selve studietiden for de framtidige legene.

Studentens egen historie kan bli en kilde til vekst og bidra til en forståelse av andre mennesker i neste omgang. Levd liv får ikke sjansen til å bli vurdert som en svakhet ved personen, - noe som må skjules både for en selv og omverdenen - og særlig overfor kollegene, slik Vigdis Moe Christie har beskrevet fra sine intervjuer med legepasienter. Tvert om.

Men dette må tematiseres og holdes fram som vesentlig for framtidige yrkesutøvere som skal møte medmennesker i sykdom og lidelse og ved avslutningen av livet, - enten det gjelder akutte situasjoner eller møter hvor farvannet er smulere.

Denne snuoperasjonen fra et ideal om styrke til også å inkludere sårbarhet, fra objektivitet til delaktighet, vil nok kreve mange og lange diskusjoner i den medisinske verdenen. Men den er nødvendig om ikke faget skal ende opp med en mistillit hos befolkningen. Runddansen med flere og flere undersøkelser, mer og mer behandling og medisiner, det er ikke sikkert at det er den beste løsningen på mange av de helseproblemene folk søker lege for (95). "Når man har tillit til noen (legen), så er det like bra som å få medisin", sa hovedpersonen i Meroks film fra Finnmark (78).

*Så: Bør utdannelsen for leger åpne opp for studentenes livserfaring som relevant ballast for yrkesutøvelsen?*

### **”Jeg kan ikke leve livet for deg”**

Noe av bakgrunnen for at leger kan føle seg ”oppspist” av pasienter, føle at ”bøtten er full” (96), kan være at vi er altfor ansvarsbevisste. Dette oppfattes kanskje som en underlig påstand etter det jeg nylig har påpekt i forhold til manglende engasjement. Men leger har et stort engasjement – i forhold til å gjøre det riktige og av redsel for ikke å strekke til. Såpass ut av proporsjoner er det kanskje kommet i vårt samfunn - om vi skal ta medias fokuseringer inn over oss - at om en pasient dør, så er det ikke lenger naturens gang, men medisins feil. De siste årenes oppmerksomhet omkring mulig svikt i helsevesenet har ikke gjort det lettere for samvittighetsfulle leger, - og det gjelder kanskje hele standen (1).

Selv var jeg en svært sliten doktor umiddelbart før jeg bestemte meg for å utfordre meg selv og faget. Jeg tok nok også for mye ansvar i form av tanker om at fulgte ikke pasientene råd og forordninger, så var det jeg som ikke var dyktig nok som lege. Kanskje er dette satt litt på spissen, men det var ikke helt utenfor hverdagskartet i praksisen min.

Men underveis ble det klart for meg at dette jo er å sette forholdene på hodet. Pasienter har levd sine liv så langt og skal leve dem videre. Det er ikke mitt ansvar hva de gjør med det de får ut av en konsultasjon, - vel å merke om de har fått lagt fram det de ønsker, at de er blitt skikkelig undersøkt og at vi er enige om at dette var det hele denne dagen, at vi er kommet så langt som situasjonen tillater. Om pasientene da gjør andre valg enn dem jeg ville tro var de mest fornuftige, så er det ikke mitt ansvar.

Dette kan høres banalt og selvsagt ut. Men her er det finurlige og uklare forventninger i legerollen som ikke umiddelbart er så lette å få tak i og som kanskje heller ikke er et stort tema i undervisningen i faget. Men da dette gikk opp for meg, da jeg så klarere hvor grensene for mitt engasjement måtte befinne seg, så kunne jeg - i overført betydning - lene meg tilbake etter utført arbeid. En utrolig lettelse som frigjorde meg og som sammen med de øvrige forholdene jeg har beskrevet i denne avhandlingen, bidro til en helt annen delaktighet i møtene med pasientene. Og dermed kunne jeg lene meg *forover* i selve møtet. Som Bjørn Eidsvåg synger i en vise for mange år siden, noe om at jeg kan ikke gråte for deg, men jeg kan gråte med deg, - jeg kan ikke leve livet for deg, men jeg kan gå med deg (vedlegg 10).

Så: *Kan legers ansvarlighet legge en demper på det kreative potensialet i konsultasjonen?*

## Et sideblikk

Sosiolog Olaug Lian har i sin bok "Når helse blir en vare" (1) gitt uttømmende belegg for hvordan forretningsmessige aspekter på kort tid har fått en dominerende plass både innenfor sykehus og i forhold til primærhelsetjenesten. Det kan se ut som om en mentalitet har slått rot som til fulle blir advart imot i Levinas' skrifter, nemlig om at Vestens tanketradisjon i sin ytterste konsekvens fullbyrdes i rikdom og utnyttelse av andre mennesker (66).

Lian viser til et grunnsyn bak dagens reformer som har en klokkertro på at helsearbeidere trenger økonomiske insentiver for å stimuleres til å gjøre en god jobb – altså at for eksempel leger styres av egoisme og et ønske om privat vinning, ikke pasientenes behov for hjelp. Men, som Lian viser i sin egen forskning, så har både sykepleiere og leger en yrkesetikk og andre verdier som bufrer mot en utvikling hvor syke og lidende mennesker blir midler og ikke mål i seg selv. Foreløpig er det ikke primært økonomi som er retningsgivende i arbeidet med pasienter, - hverken i møtet med den enkelte eller i prioriteringer mellom de mange som trenger medisinsk hjelp. Enn så lenge - , skriver Lian. For her er det sterke krefter som søker å presse en annen tenkning enn den hippokratiske ned over medisinsk praksis. Vi kan risikere at helsevesenet ikke lenger blir et velferdsgode, men går over til å bli en markeds plass (97).

Og det er flere utviklingstrekk som bekymrer. I mangt og mye skjeler de norske samfunnsplanleggerne til trender som styrer utviklingen i USA, - så også innenfor helsevesenet. Kanskje vi skulle være på vakt. For på den andre siden av Atlanteren har "managed care" fått styre pengebruken i medisinsk praksis en del år nå, noe som har bidratt til en stor grad av ufrihet både for pasienter og leger (1). Forsikringselskaper og andre ikke-medisinske firmaer bør neppe få myndighet til å bestemme hvordan en pasient skal utredes og behandles. Men det er nettopp det som i sum nå skjer innenfor managed care-systemet.

Mange vil hevde at helsevesenskuta ikke lar seg stoppe. Det er altfor sterke krefter som ønsker den utviklingen som nå dominerer, - med en pille for både det som *er* og det som *kan bli* ille en gang i framtiden. Tradisjonelt er det de som *er* syke som er helsevesenets anliggende, og i forhold til enkeltsykdommer er dette alltid bare et mindretall av befolkningen. Men i forhold til det som *kan bli* ille er det ofte en majoritet som er potensielle "kunder". I dag ser vi at stadig mer av markedsføringen sikter mot "forebyggende" medikamentell behandling.

Flere mener nok at det er "kjerringa-mot-strømmen" – tenkning å tro at den utviklingen vi nå er inne i vil la seg endre. De helsereformene som er kommet, vil gjøre sin mentalitetsoppgave og bidra til medgjørlige helsearbeidere som er lydige overfor insentivtenkningen. Bare vent, så skal du se!

Ja, er nå det så sikkert? Befolkningen viser muligens en gryende mistillit til det norske helsevesenet. Alle føler seg ikke vel, verken helsepersonell selv eller de som trenger medisinsk assistanse. Mange pasienter tar konsekvensen av at de ikke kjenner seg ivaretatt på en god måte og oppsøker i stedet alternative behandlere. Mange erfarer at de der både blir lyttet til, blir tatt på alvor, møtes som hele personer og får den tiden de trenger for å kunne legge fram sine anliggender. Og det hører nok ikke til unntakene at folk kjenner seg godt hjulpet med helseplagene sine innenfor den såkalte alternative eller komplementære medisin.

*Så: Kan dagens markedstenkning forstyrre det skapende mellomrommet i møtet mellom pasient og lege?*



## Kjærlighetens kraft

Som avslutning vil jeg nærme meg noen fenomener som antagelig er svært sentrale både i sykdomsutvikling og i møter mellom pasient og lege. Men det er ord og begreper som sjelden står i lærebøker. Kanskje er det et vokabular som det er vanskelig å ta i sin munn, - muligens av blygsel for å virke pompøs. Eller er begrepene rett og slett tabubelagt innenfor faget medisin?

Medtenkerne har nok forsøkt å få meg i tale på disse emneområdene. Når jeg går igjennom mitt videomateriale fra samtaler med de tidligere pasientene, så ser jeg at jeg mer enn én gang viker litt unna. Men både medtenkerne og jeg har nok noen grunnleggende antakelser om hva som er det aller viktigste for å holde seg frisk eller komme seg igjen etter en sykdomsperiode. "Er du lykkelig, så blir du ikke syk," sa Iris. Om det så bare er ett eneste menneske som mener det vil bli en forskjell i verden om man dør, ja, så gir det næring til "livsoppsvinget".

Dette vet vi gjennom livserfaring. Dette har kunstnere i mange generasjoner uttrykt. Litteraturen er full av beretninger om kjærlighetens kraft og livgivende potensiale. Og da henviser jeg ikke alene til *eros*, men likeså mye til *agape*, det uselviske ønsket om å ta vare på og bry seg om. For er det ikke det mine medtenkere har sagt på mange forskjellige måter gjennom de merkesteinene de har pekt på underveis på vandringen? Ordet *kjærlighet* er ikke nevnt hyppig, men omskrivninger er det ikke vanskelig å finne blant utsagnene deres.

For kort tid siden ble det publisert et omfattende intervju med hjertespesialisten Dean Ornish, som arbeider ved universiteter i California (98). Han er den første i verden som har vist at livsstilsendringer kan bidra til at trange blodårer til hjertet kan åpne seg igjen – uten operasjon. Pasientene fikk et liv uten hjertekrampe, og flere år ble lagt til deres livslengde. Dette var pasienter som i utgangspunktet ble vurdert som så syke at operasjon ikke ville være forsvarlig.

Men tilstrekkelige forandringer i livsstil er ikke gjort i en håndvending, framhever Ornish. Rådgivning i seg selv er ikke nok. For hvordan kan vi regne med at pasienter vil gjøre krevende forandringer i måten å leve på om de innerst inne lengter mot døden? Etter 25 år med forskning og klinisk arbeid er han kommet til at det sentrale i møter med hjertepasienter er å hjelpe dem til å "åpne hjertet" også i overført betydning. Eller senke noe av det

følelsesmessige forsvarsapparatet og se at det finnes mennesker som bryr seg om at de er til. By-pass-kirurgi kan komme i skade for å bli en metafor for å bevege seg utenom eller omgå det aller mest livsviktige for pasientene: å ha noen å dele sine følelser med. En kolesterolsenkende tablett vil neppe kunne gi noe dyptgripende "livsbudskap" til kroppen. Lengselen mot død, bevisst eller ubevisst, vil dessuten kunne bidra til at tablettene legges til side etter hvert. Det var ikke en pille de trengte, men kjærlighet og intimitet, hevder Ornish.

Han har etter hvert etablert et stort antall grupper hvor hjertepasienter arbeider med å senke forsvaret mot sin egen sårbarhet, et forsvar som signaliserer til kroppen at det ikke er trygt å etablere nære relasjoner til andre mennesker.

Vestens ideal om selvstendighet, uavhengighet og autonomi har kanskje fått sin pris i form av isolasjon, ensomhet og en manglende tilknytning til nære personer, - og derav følgende fortvilelse hos mange mennesker. Dette kan gi et "dødsbudskap" til kroppen, noe som i sin tur kan hemme forsvarsapparatet vårt. Om vi ikke deler våre følelser med noen, om vi søker å holde alt for oss selv, kan det medføre at vi har forsvarsverkene oppe hele tiden. Hele døgnet. Hele livet. Vår fysiologi tåler ikke dette i lengden. Det gis et "dødsbudskap" til kroppen. Vår genetiske konstitusjon er forskjellig. Vi kan tåle mer eller mindre. Men i lengden vil vår immunitet bli skadelidende. Vår hjerne og vårt nervesystem, våre hormonelle budbringere, reseptorer, peptider, kort sagt alle de til nå kjente systemene vil fortelle kroppen om en konstant stressituasjon. Om fare.

Dette er jo ikke ny kunnskap. Det er allerede mange år siden nevrofysiolog Birger Kaada skrev artikler om placebo og nocebo, om selvhelbredende og selvdestruktive krefter hos mennesket (99;100).

I tidlig barnealder legges grunnlaget for hvordan vi seinere i livet forholder oss til andre mennesker. Om det innebærer en fare å vise følelser i oppveksten, for eksempel på grunn av fysiske, psykiske eller seksuelle overgrep, må det en bevisstgjøring til seinere i livet om en skal våge å senke det følelsesmessige forsvaret av sin egen sårbarhet. Men det er mulig å endre eget mønster og åpne for kjærlighet og intimitet. Og dette igjen kan ha større innvirkning på helse og levetid enn både røyk og kost, mosjon og arv og andre kjente risikofaktorer for alvorlig sykdom. Det listes opp mange vitenskapelige arbeider i Ornish's

siste bok "Love and Survival" hvor det er belegg for dette (101). For, som han selv skriver, at det ikke skal være noen tvil om gehalten i påstandene hans.

Blant alle de kollegaer og forskere som Dean Ornish nevner i sin omfattende framleggelse er kreftkirurgen Bernhard S. Siegel, som arbeider i Connecticut. Han har selv skrevet en bok om sine erfaringer, "Love, Medicine & Miracles" (102). Som Ornish er han en vitenskapsmann, velkjent med de tradisjonelle kravene til god forskning. Underveis i arbeidet med kreftpasienter erfarte han det velkjente fenomenet at noen av dem ble uventet friske, og det på tross av alt annet enn gode framtidsutsikter vurdert ut fra svulstens egenskaper og grad av spredning av sykdommen. Han kalte pasientene "usedvanlige" og ble nysgjerrig på hvem disse var.

De viste seg å ha noen fellestrekk: Pasientene hadde en sterk livsvilje, de ville forstå behandlingen de fikk og delta aktivt, de krevde verdighet, integritet og kontroll. Dessuten viste de stor grad av aksept, men hadde dessuten en sterk framtidstro, kunne tilgi mennesker som hadde såret dem, søkte fred med sine omgivelser og kunne både gi og motta kjærlighet.

Siegel trekker flere slutninger etter arbeidet med disse og mange flere pasienter etter hvert: Sinnsro gir et "livsbudskap" til kroppen, mens depresjoner, frykt og uløste konflikter gir et "dødsbudskap". Han lurte rett og slett på om kreft kan være fortvilelse opplevd på cellenivå.

Kanskje er det noe *naturstridig* i Vestens tanketradisjon om selvstendighet og autonomi. For tilhørighet er biologisk. Vi er skapt til fellesskap. Men dette har vi nesten glemt i vår kultur. For når alt kommer til alt er mennesker knyttet til hverandre, enten vi vil det eller ikke. Om jeg selv kanskje er 30 eller 50 år, så er mine gener millioner av år gamle, - arvestoffet som befinner seg i hver eneste en av kroppens levende celler. Tilknytning mellom mennesker er altså et fysisk fenomen vi ikke kommer utenom. Dette gir mening til et utsagn fra Asbjørn Aarnes om at "vi i en uminnelig fortid er knyttet sammen med usynlige bånd" (103).

Ikke mindre utfordrende er det for Vestens mennesker å forholde seg til fenomener av mer mental eller metafysisk art, - som for eksempel at nyvinninger skapes eller nye tanker kommer fram på ulike steder på kloden samtidig, og det uten at individene vet om hverandre. Hvordan kan det være mulig? Og hva ligger det bak de arketyperiske symbolene for *håp* (regnbuen) og *forvandling* (sommerfuglen) som viser seg i de spontane tegningene hos

Siegels kreftpasienter, og som vi finner igjen hos mennesker over store deler av kloden? Jeg vet ikke. Men kanskje er det lignende spørsmål flere av medtenkerne har stilt seg selv underveis i livet. "Det er noen mysterier her", nevnte blant andre Eva. " Vi forstår ikke alt."

Men er det målet? Vi forstår kanskje nok. Og dessuten er det heller ikke forståelse det er snakk om når det kommer til stykket. For det er nettopp når vi slipper grepet, beveger oss ut over fatte-evnen, det er da genuine møter kan finne sted. – når vi går "ut av forståelsen og over i det gode ønske for nesten...for uten det gode ønske vil all nestetjeneste være mangelfull," sier Aarnes, og henviser til Levinas' omtale av gjestfriheten, betingelsesløs og uten tanke på gjenytelse (45).

"Å møte et menneske er å holdes våken av en gåte", skriver Levinas (104). Her dreier det seg altså ikke om en intensjonalitet i fenomenologisk forstand. Å nærme seg er "å røre ved nesten hinsides de fakta som i erkjennelsen er oppfattet på avstand, det er å nærme seg den Annen. Denne vending fra det gitte til nesten, fra forestilling til kontakt, fra kunnskap til etikk er ansikt og menneskelig hud." Og "nærheten er ikke bevisstheten om nærhet. Den er en besettelse som ikke er forhøyet bevissthet, men en bevissthet mot strømmen, som velter bevisstheten over ende. En hendelse som fravrister bevisstheten dens initiativ, som løser meg opp og plasserer meg foran den Annen som skyldig, en hendelse som stiller meg for tiltale, en forfølgelsens tiltale fordi den går forut for enhver feil – og som fører meg til *selvet*, til akkusativ som ikke etterfølger en tidligere nominativ.....Fra enestående til enestående, overskridelse; uten enhver formidling, utenfor ethvert motiv som søkes i artsfelleskapet, utenfor ethvert forutgående slektskap og enhver *apriorisk* syntese, en fremmeds kjærlighet til en fremmed, bedre enn brorskapet i selve brorskapets midte" (104).

Så: *Har kjærligheten en plass i medisinskfaglig forståelse og praksis?*

#### Reference List

1. Lian OS. Når helse blir en vare. Kristiansand: Høyskoleforlaget AS, 2003.
2. Forde R. [Was Illich right? Is ill health created by focusing on risks?]. *Nord Med* 1996; 111(4):113-115.
3. Forde OH. Is imposing risk awareness cultural imperialism? *Soc Sci Med* 1998; 47(9):1155-1159.
4. Getz L, Sigurdsson JA, Hetlevik I. Is opportunistic disease prevention in the consultation ethically justifiable? *BMJ* 2003; 327(7413):498-500.
5. Sackett DL. The arrogance of preventive medicine. *CMAJ* 2002; 167(4):363-364.
6. Braatøy T. Pasienten og lægen. Oslo: J.W.Cappelens forlag, 1967.
7. Balint M. Läkaren, patienten och sjukdomen. Lund: Studentlitteratur, 1964.
8. Lundstøl J. Kunnskapens hemmeligheter. Oslo: Cappelen Akademisk Forlag, 1999.
9. Riis P. Den ubeskrivelige erfaring. *Nordisk Medicin* 1997; 112(8):300.
10. Berg E. Tilfellet Anna - en samarbeidsmodell i allmennpraksis. *Utposten* 1995; 24(6):254-256.
11. Thesen J. Being a psychiatric patient in the community--reclassified as the stigmatized "other". *Scand J Public Health* 2001; 29(4):248-255.
12. Berg E. Han gikk ned med Estonia. *Utposten* 1998; 27(2):23-25.
13. Angvik BR, Berg E. Psykolog og allmennpraktiker på legens kontor. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening* 1996; 33(794):799.
14. Ringheim G, Throndsen J. Løvetannbarn. De klarte seg - mot alle odds. Oslo: J.W.Cappelens Forlag AS, 1997.
15. Kirkengen AL. Inscribed bodies : health impact of childhood sexual abuse. Dordrecht: Kluwer, 2001.
16. Berg E, Skarderud K. Seksuelle overgrep hos barn sett fra helsestasjonen. In: Bang L, Hydle I, editors. Mishandling og seksuelle overgrep. Legens faglige oppgaver i helse- og rettsvesenet. Oslo: TANO AS, 1992: 21-30.
17. Lindseth, A. Vitenskapsteori, etikk, kvalitative metoder. Upublisert arbeid.
18. Kirkengen AL. Kroppsliggjøring av seksuell overgrepserfaring. *Utposten* 1998; 27(2):18-22.
19. Kristoffersen I. Han Arthur. Oslo: Det Norske Samlaget, 1997.
20. Arntsen, B. and Holtedahl, L. Vizualizing Situatedness - The Role of the Audience/Reader in Knowledge Production. Upublisert arbeid.

21. Edvardsen, E. Den innbilte Andre. Upublisert arbeid.
22. Mehren S. Den usynlige regnbuen. Oslo: Aschehoug & Co., 1981.
23. Toombs SK. The Meaning of Illness. A Phenomenological Account of the Different Perspectives of Physician and Patient. Dordrecht, The Netherlands: Kluwer Academic Publishers, 1993.
24. Løgstrup KE. Den etiske fordring. Oslo: J.W.Cappelens Forlag AS, 2000.
25. Ricoeur P. Eksistens og hermeneutikk. Oslo: Aschehoug. Thorleif Dahls Kulturbibliotek, 1999.
26. Werner EE. Children of the Garden Island. Sci Am 1989; 260(4):106-111.
27. Werner EE. High-risk children in young adulthood: a longitudinal study from birth to 32 years. Am J Orthopsychiatry 1989; 59(1):72-81.
28. Hafting M. Et eple om dagen. Oslo: TANO AS, 1995.
29. Langewitz W, Denz M, Keller A, Kiss A, Ruttimann S, Wossmer B. Spontaneous talking time at start of consultation in outpatient clinic: cohort study. BMJ 2002; 325(7366):682-683.
30. Heskestad S, Tjemsland L. [The story of suffering. On the traces of narrative medicine]. Tidsskr Nor Laegeforen 1996; 116(9):1092-1094.
31. Katz AM, Shotter J. Hearing the patient's 'voice': toward a social poetics in diagnostic interviews. Soc Sci Med 1996; 43(6):919-931.
32. Heath I. The Mystery of General Practice. London: John Fry Trust Fellowship/ The Nuffield Provincial Hospitals Trust, 1995.
33. Andersen T. Et samarbeid, av noen kalt psykoterapi. In: Rønnestad MH, von der Lippe A, editors. Det kliniske intervjuet. Oslo: Gyldendal, 2003: 314-331.
34. Hanssen TM. Englevakt. Oslo: Vidarforlaget, 1994.
35. Berg E. Ser du meg doktor? : Pasienten fra objekt til subjekt. Oslo: Emilia, 1999.
36. Skjervheim H. Deltakar og tilskodar og andre essays. Oslo: Aschehoug. Idé og tanke, 2001.
37. Arborelius E. Hur kan man studera patient-läkarrelationen och vad får man fram? Utposten 1995; 24(4):148-152.
38. Kvale S. Interview. En introduktion til det kvalitative forskningsinterview. København: Hans Reitzels Forlag, 1997.
39. Fog J. Med samtalen som udgangspunkt. Det kvalitative forskningsinterview. København: Akademisk Forlag, 1998.

40. Andersen T. Forskning av behandlingspraksis: Hva skal eller hva bør eller hva kan slik forskning være? Fokus på familien 1996;(1):3-15.
41. Andersen T. The Reflecting Team. Dialogues and Dialogues About the Dialogues. New York: W.W. Norton & Company, 1991.
42. Nilsson B. Respektfulla läkare-patientmöten lindrade 30-årigt lidande. Läkartidningen 1999; 96(12):1464-1469.
43. Landrø.M.I., Wangensteen B. Bokmålsordboka. Definisjons- og rettskrivningsordbok. Oslo: Universitetsforlaget, 1986.
44. McWhinney IR. Are we on the brink of a major transformation of clinical method? CMAJ 1986; 135(8):873-878.
45. Aarnes A. Ut av fatning. Oslo: Aschehoug, 2001.
46. Antonovsky A. Hälsans mysterium. Natur och Kultur, 1995.
47. Hellström O. Vad sjukdom vill säga. Om patienters uttryck och läkares svar, om dialogmedicin och skapande möten. Örebro: Libris, 1994.
48. Wifstad A. [What can philosophers do for medicine?]. Tidsskr Nor Laegeforen 2001; 121(9):1115-1117.
49. Svenaeus F. The Hermeneutics of Medicine and the Phenomenology of Health. Steps towards a Philosophy of Medical Practice. Linköping: Department of Health and Society, Linköping University, 1999.
50. Aggebo A. Hvorfor altid den Hippocrates? Aarhus: Universitetsforlaget, 1964.
51. Gaarder J. Sofies verden. Roman om filosofiens historie. Oslo: Aschehoug, 2000.
52. Grøn A, Husted J, Lübcke P, Rasmussen SA, Sandøe P, Stefansen NC. Politikens filosofi leksikon. København: Politikens Forlag AS, 2001.
53. Thomassen, M. Etikk som første filosofi. Upublisert arbeid.
54. Merok E, Wifstad Å, Ragazzi R, Hole H. Die Verborgenheit der Gesundheit. Mit Hans-Georg Gadamer. Det medisinske fakultet, Universitetet i Tromsø: 2001.
55. Kleinman A. The Illness Narratives. Suffering, Healing & the Human Condition. USA: Basic Books, Harper Collins Publishers, 1988.
56. Aarnes A. Hjelperen og den Annen. Nytt Norsk Tidsskrift 2002; 19(1):73-77.
57. Østerberg D. Innledning (Kroppens fenomenologi). Maurice Merleau-Ponty. Kroppens fenomenologi. Oslo: Pax Forlag AS, 1994: V-XII.
58. Emaus N. Den levende kroppen, i filosofien og fysioterapien. Det medisinske fakultet, Universitetet i Bergen, 1995.
59. Merleau-Ponty M. Kroppens fenomenologi. Oslo: Pax Forlag AS, 1994.

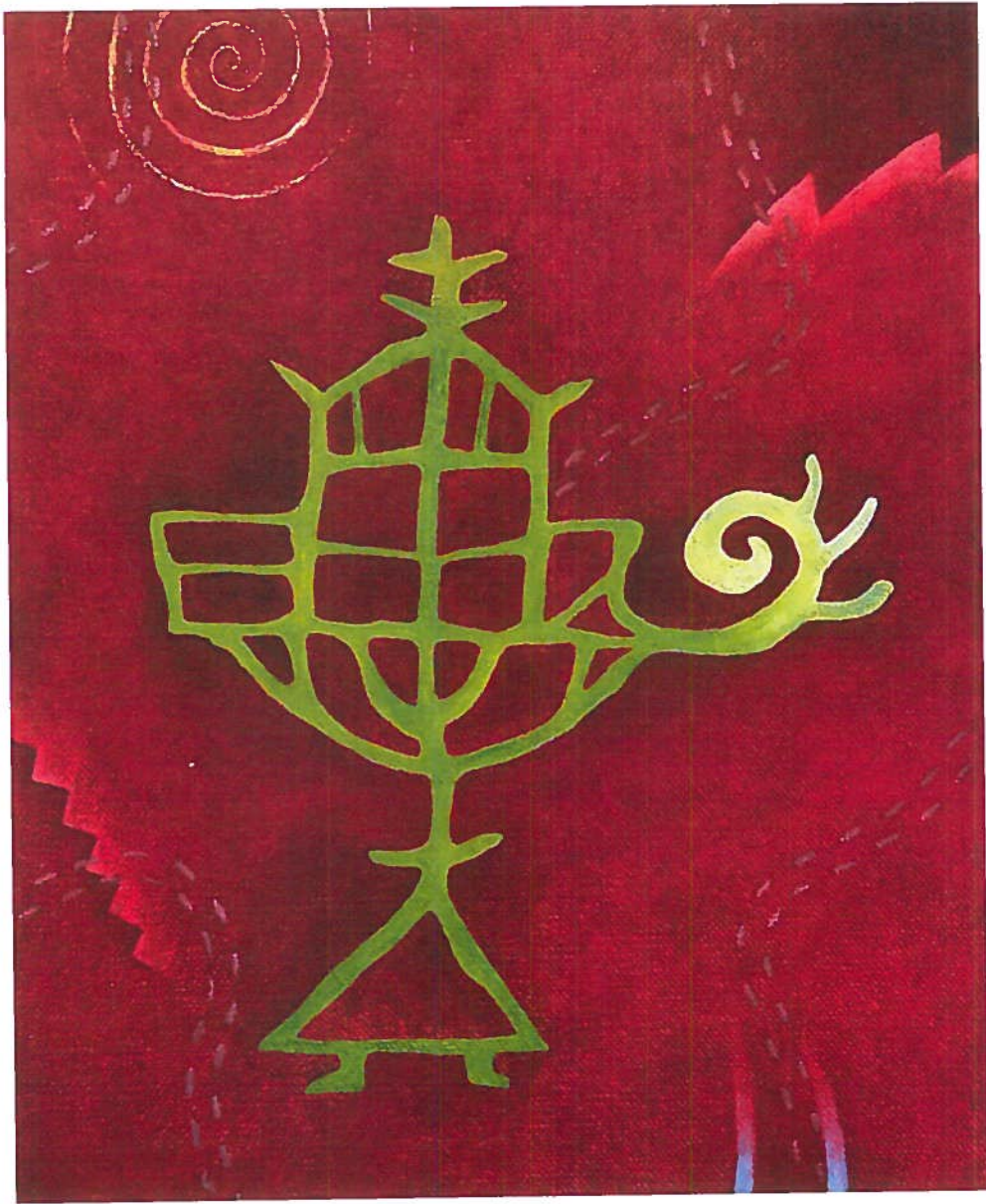
60. Gadamer H-G. *The Enigma of Health. The Art of Healing in a Scientific Age.* Cambridge: Polity Press, 1996.
61. Buber M. *Jeg og du.* Oslo: J.W.Cappelens Forlag AS, 1992.
62. Løgstrup KE. *Opgør med Kierkegaard.* København: Gyldendal, 1968.
63. Kolstad H. *Henri Bergsons filosofi - betydning og aktualitet.* Oslo: Humanist forlag, 2001.
64. Aarnes A. Er Emmanuel Levinas' filosofi til å "forstå"? *Aftenposten* 2000 Jul 15.
65. Levinas E. *Den Annens humanisme.* Oslo: Aschehoug, Thorleif Dahls kulturbibliotek, 1996.
66. Levinas E. *Underveis mot den annen : essays av og om Levinas : debatt.* Oslo: Vidarforl., 1998.
67. Bjerkeset OA. Emmanuel Levinas - et spørsmål om alvor. *Nytt Norsk Tidsskrift* 2002;(4):401-405.
68. Aarnes, A. Innledning for plenum (Møtet med den Annen). Upublisert arbeid.
69. Levinas E. *Fænomenologi og etik.* København: Gyldendal, 2002.
70. Kolstad H, Bjørnstad H, Aarnes A, red. *I sporet av det uendelige : en debattbok om Emmanuel Levinas.* Oslo: Aschehoug, 1995.
71. Itard J-M-G. *The Wild Boy of Aveyron.* New York: Appleton-Century-Crofts, 1962.
72. Levinas E. *Etik og uendelighet.* København: Hans Reitzels Forlag AS, 1995.
73. Bjørnstad H. Ut av fatning. Asbjørn Aarnes i samtale med Hall Bjørnstad. Oslo: Aschehoug, 2001.
74. Levinas E. *Totalitet og Uendelighet.* København: Hans Reitzels Forlag, 1996.
75. Berge G. Emmanuel Levinas. En innføring i hans filosofi. In: Kolstad H, Bjørnstad H, Aarnes A, editors. *I sporet av det uendelige. En debattbok om Emmanuel Levinas.* Oslo: Aschehoug, 1995: 21-35.
76. Gullestad M. *Hverdagsfilosofer.* Oslo: Universitetsforlaget, 1996.
77. Kamps H. [The patient as a text--metaphors in medicine]. *Tidsskr Nor Lægeforen* 1999; 119(18):2677-2680.
78. Merok E, Ragazzi R, Hole H. *Hjemme i verden.* Det medisinske fakultet, Universitetet i Tromsø, 2002.
79. Widerberg K. *Historien om et kvalitativt forskningsprosjekt.* Oslo: Universitetsforlaget, 2001.
80. Rogne K. *Improvisare necesse est.* *Tidsskr Nor Lægeforen* 2003; 123(1):87.



81. Setreng SK, Alterhaug B. Jazz som alternativ samfunnsform og pedagogisk oppgave. Noen idéer fra Jazz-filosofisk Forum. 69-74. 1987.
82. Rudebeck CE. General Practice and the Dialogue of Clinical Practice. On symptoms, symptom presentations and bodily empathy. *Scand.J.Prim.Health Care* 1/1992. 1992.
83. Olsson G. Får vetenskap beröra? *Insikten* 2000;(5):59-64.
84. Ofstad H. Vår forakt for svakhet. En analyse av nazismens normer og vurderinger. Oslo: Pax Forlag AS, 1991.
85. Ustvedt Y. Dødens leger. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag ASA, 1997.
86. Wifstad A. Medisinens holocaust. "Eutanasi" i Tyskland ca. 1935-45. *Tidsskr Nor Laegeforen* 1997; 117(8):1131-1135.
87. Wifstad A. Når sykepleiere dreper. *Sykepleien* 2001; 89(12).
88. Olsson H. Catrine och rättvisan. Carlssons Bokförlag, 1990.
89. Christie VM. Syk lege. En presentasjon gjennom 88 legers stemmer. Oslo: Unipub forlag, 2001.
90. Nilsen L. Det store fallet. *Dagens Medisin* 2003 Aug 21.
91. Wittgenstein L. Filosofiske undersøkelser. Oslo: Pax Forlag, 1997.
92. Skolbekken JA, Lian OS. Hva er drivkreftene bak etterspørselen etter ny teknologi? *Tidsskr Nor Laegeforen* 2003; 123(5):653-656.
93. Getz L, Kirkengen AL. Ultrasound screening in pregnancy: advancing technology, soft markers for fetal chromosomal aberrations, and unacknowledged ethical dilemmas. *Soc Sci Med* 2003; 56(10):2045-2057.
94. Gundersen D, Berulfsen B. Fremmedord og synonymer. Oslo: Kunnskapsforlaget, 1998.
95. Lian OS. Tillitens vilkår i en markedsorientert helsetjeneste. *Sosiologi i dag* 2003; 33(2):31-49.
96. Hetlevik I. Den fulle allmenmedisinske bøtten. *Tidsskr Nor Laegeforen* 1999; 119(24):3547-3548.
97. Solbakk JH. Medisinen som møtested og markeds plass. Oslo: Forum. Aschehoug, 1995.
98. Ornish D. Dean Ornish, MD: a conversation with the editor. Interview by William Clifford Roberts, MD. *Am J Cardiol* 2002; 90(3):271-298.
99. Kaada B. Placebo-gåten mot sin løsning? En pavloviansk refleks for aktivering av selvhelbredende mekanismer. *Tidsskr Nor Laegeforen* 1986; 106(8):635-641.
100. Kaada B. Nocebo - placebos motpol. *Nord Med* 1989; 104(6-7):192-198.

101. Ornish D. Love & Survival. The Scientific Basis for the Healing Power of Intimacy. New York: HarperCollins Publishers, 1998.
102. Siegel BS. Kjærlighet, medisin og mirakler. En kirurgs erfaringer med kreftpasienter og deres enestående evne til å helbrede seg selv. Oslo: N.W. Damm & Søn AS, 2000.
103. Aarnes, A. Medmenneskelighet - opprinnelse og mening. Variasjoner over et tema. Upublisert arbeid.
104. Aarnes A. Emmanuel Levinas. Underveis mot den Annen. Oslo: Vidarforlaget AS, 1998.

Takk for følget -





# Veiledning 1

GÅGATA LEGESENTER  
BOKS 508, STASJONSSIDA  
2201 KONGSVINGER

Kongsvinger 1995

## VIDEO-OPPTAK PÅ LEGEKONTORET

I arbeidet med å gi bedre behandling for våre pasienter vil video-opptak av samtaler være et hjelpemiddel. Lege og psykolog vil kunne gå igjennom opptaket for å se nærmere på hvordan timen har forløpt.

Video-opptak av en samtale vil være like taushetsbelagt som en vanlig journal. Pasienten har full rett til å få kopi av opptaket, eventuelt forlange det slettet.

Si ifra til legesekretæren før timen om du ikke ønsker at video blir kjørt i samtalen din.

Hilsen

Bjørn Angvik

Eli Berg



Vedlegg 2

ELI BERG  
INSTITUTT FOR SAMFUNNSMEDISIN  
UNIVERSITETET  
9037 TROMSØ  
TLF. 77644836  
FAX. 77644831  
[Eli.berg@ism.uit.no](mailto:Eli.berg@ism.uit.no)

Tromsø,

**FORESPØRSEL OM Å DELTA I FORSKNINGSPROSJEKTET DET KREATIVE  
(SKAPENDE) MELLOMROMMET I MØTET MELLOM PASIENT OG LEGE**

Jeg har arbeidet 25 år som lege i Kongsvinger. I denne perioden har jeg lært mye av pasienter om hva som kan være bra og hva som ikke fungerer så godt i møtet mellom pasient og lege. Men fortsatt sitter jeg igjen med mange spørsmål. Gjennom forskningsprosjektet mitt håper jeg å finne noen svar, og jeg spør deg om du vil delta i dette arbeidet.

Jeg er nå ansatt ved universitetet i Tromsø. Formålet med studien er å forsøke å forstå mer om hvordan leger kan møte sine pasienter på en så god måte som mulig. Planen min er blant annet å få intervjuet noen av de pasientene som brukte meg som lege i Kongsvinger. Noen personer vil bli intervjuet av min svenske kollega Bjørn Nilsson, familielege i Västerås, og noen av meg selv. I de tilfellene hvor dr. Nilsson foretar selve intervjuet, vil han ha en samtale med både pasienten og meg om våre tidligere møter på mitt kontor. Han vil snakke med en ad gangen, men med oss begge til stede. På den måten kan vi begge høre på det som blir sagt. - Andre pasienter vil møte kun meg for samtale om våre tidligere møter.

For at jeg skal kunne lære så mye som mulig av disse samtalene, vil det være nødvendig at et videokamera og en lydåndopptaker er plassert i rommet. I ettertid vil jeg så studere båndene i samarbeid med mine veiledere ved Universitetet i Tromsø (professor Knut Holtedahl, førsteamanuensis Åge Wifstad, stipendiatene Holger Hole, Eivind Merok og Geir Lorem).

Samtalene vil foregå på ettermiddag i ukene 29, 30 og 31 (17. juli til 4. august) på Gågata legesenter. Tidspunktet kommer jeg tilbake til når jeg vet om du ønsker å delta i studien eller ikke.

Deltagelse er naturligvis helt frivillig. Om du ikke ønsker en slik samtale, behøver du ikke å gi noen begrunnelse for det. Videre er det viktig å presisere at du når som helst underveis kan trekke deg fra prosjektet mitt. Det vil ikke få noen konsekvenser for deg i forhold til helsevesenet om du ikke ønsker å delta eller om du på noe tidspunkt vil trekke deg fra prosjektet.

Video- og lydåndene vil bli oppbevart like strengt som en legejournal. Det betyr at de ikke vil være tilgjengelige for uvedkommende. Kun noen få personer (nevnt ovenfor) som er direkte knyttet til prosjektet ved universitetet i Tromsø vil se/høre på opptakene. Du står fritt til å be om at båndene blir slettet på et hvilket som helst tidspunkt, og uten at du behøver å

begrunne din beslutning. Fra min side er planen å slette alle lydbånd- og video-opptak etter at mitt forskningsarbeid er avsluttet, sannsynligvis i 2003.

All publisering av resultater fra prosjektet vil ha en form som gjør det umulig å gjenkjenne enkeltpersoner. Jeg kommer til å forelegge deg "din" del av prosjektet underveis om du ønsker det. Min endelige rapport vil sannsynligvis foreligge i hefte/bokform på norsk. Om du ønsker den endelige rapporten tilsendt, så gi meg beskjed om det. Jeg kommer tilbake til dette seinere.

Regional komité for medisinsk forskningsetikk i helseregion V har tilrådd studien min.

Dersom du ønsker å delta i forskningsprosjektet, er det fint om du fyller ut samtykkeerklæringen og sender den i vedlagte konvolutt. Kopien beholder du selv.

Hvis du lurer på noe omkring dette, så ta gjerne kontakt med meg.

Hilsen Eli Berg

#### SAMTYKKE-ERKLÆRING

Jeg har lest informasjonen om prosjektet *Det kreative (skapende) mellomrommet i møtet mellom pasient og lege*.

Jeg samtykker i å delta i studien.

Kongsvinger, den

Underskrift



Vedlegg 3



Eva

Deres ref:

Vår ref.:

Dato: 150600

DELTAGELSE I FORSKNINGSPROSJEKTET DET KREATIVE MELLOMROMMET

Kjære.....

Jeg har sett på videoen fra møtet vårt i Kongsvinger 26. april, og jeg har skrevet ut alt vi sa. Jeg har gjort meg en del tanker i ettertid. Det har sikkert du også gjort.

Min plan videre nå er å tilby deg å se på din egen video sammen med meg. Det jeg gjerne kunne tenke meg å be om var noen tilbakemeldinger på hvordan du opplevde samtalen vi hadde 26. april. Jeg vil be om at video og lydbånd kan benyttes i møtet vårt nå som sist.

Om du finner det ønskelig for din egen del, vil jeg også gjerne høre hva du hadde hatt et ønske om å formidle i vårt fellesmøte, men som det eventuelt ikke ble rom for. Om det var noe med det vi øvrige sa eller gjorde som stengte for deg, så kan det være vesentlig for meg å ta hensyn til det i mitt videre arbeid med å snakke med tidligere pasienter.

Kanskje har du også kommet på flere ting ved tidligere møter oss imellom som du gjerne vil formidle. Jeg hører svært gjerne om det også, både positive og negative momenter.

Det står deg helt fritt å si nei til min forespørsel, både nå og seinere. Du har full anledning til å reservere deg på ethvert tidspunkt slik som beskrevet i invitasjonsbrevet av 080300.

Om du skulle ha ønske om å delta videre, er det fint om du sender meg vedlagte skjema i utfylt stand så snart som mulig.

Hilsen Eli Berg  
Tlf. 77644836  
Fax. 77644831  
eli.berg@ism.uit.no

**DET MEDISINSKE FAKULTET**  
**INSTITUTT FOR SAMFUNNSMEDISIN**  
Universitetet i Tromsø, N-9037 Tromsø, Telefon 77 64 48 16, Telefaks 77 64 48 31



Deres ref.:

Vår ref.:

Dato: 15.06.00

DELTAGELSE I FORSKNINGSPROSJEKTET DET KREATIVE MELLOMROMMET

(dett kryss ved det som passer)

Jeg ønsker ikke å delta videre i prosjektet.....

Jeg ønsker å se på min egen video sammen med Eli Berg.....

Det passer for meg i

Uke 29.....

Uke 30.....

Uke 31.....

og helst på en.....dag (ukedag)

på ettermiddag/kveld mellom klokka.....og .....

Kongsvinger, den.....

.....  
(navn)

Vedlegg 4



Deres ref.:

Vår ref.: 200003652/472.2

Dato: 09.02.01

**FORSKNINGSPROSJEKTET "DET KREATIVE(SKAPENDE) MELLOMROMMET  
I MØTET MELLOM PASIENT OG LEGE**

Torsdag 8. og fredag 9. mars kommer jeg en tur til Kongsvinger igjen. Jeg har da planer om å snakke med flere medforskere fra tidligere møter, samt intervju noen nye av mine tidligere pasienter. Denne gangen ønsker jeg å ha litt ulike typer samtaler, men alle med enten kollega Bjørn Nilsson fra Sverige eller Tom Andersen fra Tromsø som den som leder samtalen.

I sommer var det etpar av medforskerne som så på sin egen video fra intervjuet noen måneder tidligere og så kom med kommentarer til denne. Jeg var til stede sammen med medforskeren, og det ble tatt opp video og lydbånd også av denne samtalen.

Denne gangen kunne jeg tenke meg at etpar av mine tidligere samtalepartnere fikk tilsendt utskriften av sitt eget lydbånd for gjennomlesning. I neste intervjusituasjon er jeg veldig interessert i om vi kunne greie å utdype en del av de poengene dere har framhevet i intervjuet i sommer. I tillegg er jeg også være svært interessert i alle nye innspill som måtte dukke opp ved gjennomlesning av utskriften eller på annen måte.

Bruk av lydbånd og video vil være til stor hjelp for meg når jeg så i neste omgang skal skrive ut og studere samtalen i møtet.

Om du ønsker å delta på en slik utdypningssamtale, vil jeg i tilfelle sende deg din utskrift og foreslå et tidspunkt. Stedet blir Gågata legesenter som sist.

Utgifter til reise eller tapt arbeidsfortjeneste vil naturligvis bli dekket for deg.

Du står helt fritt til å svare ja eller nei på denne forespørselen.

Om du finner at du vil delta på nok en samtale, er det fint om du returnerer svarslippen. Kopien beholder du selv. Vil du drøfte noe omkring dette over telefonen, treffes jeg på dagtid på 77644836 eller mobil 91318180.

DET MEDISINSKE FAKULTET  
INSTITUTT FOR SAMFUNNSMEDISIN  
Universitetet i Tromsø, N-9037 Tromsø, Telefon 77 64 48 16, Telefaks 77 64 48 31

Uansett: Tusen takk for alt du har bidratt med til nå!

Hilsen Eli Berg

**FORSKNINGSPROSJEKTET "DET KREATIVE(SKAPENDE) MELLOMROMMET  
I MØTET MELLOM PASIENT OG LEGE**

(Kryss av for det som passer):

JEG ØNSKER Å DELTA I FORSKERSAMTALE ----

JEG ØNSKER Å FÅ TILSENDT UTSKRIFTEN ----

DET PASSER FOR MEG TORSDAG 8.MARS  
( dagtid) ----

DET PASSER FOR MEG FREDAG 9.MARS  
( dagtid) ----

Kongsvinger, den

Underskrift



Deres ref.:

Vår ref.: 200003652/472.2

Dato: 22.09.01

Kjære medforsker, kjære

Takk for alt du har bidratt med i studien "Det skapende mellomrommet i møtet mellom pasient og lege." Jeg er nå kommet til en ny runde i arbeidet og tar derfor kontakt med deg igjen.

Noen av medforskerne har møtt meg en gang nummer to. Noen fikk da tilsendt utskriften av sitt forrige møte på forhånd. Andre har sett sin video. Dette har vært så nyttig at jeg nå har et ønske om å invitere flere til et lignende møte.

Min plan er å sende deg videoen fra da vi møttes sist, eventuelt også utskriften av denne, slik at du i fred og ro kan se igjennom dette. Dernest hadde jeg tenkt at jeg kunne komme til Kongsvinger igjen for en samtale, eller at vi kunne snakkes over telefonen etter at du har sett videoen/lest utskriften.

Det jeg er opptatt av er fortsatt:

- hva oppleves som bra og hva erfares som mindre bra eller negativt i møter mellom pasient og lege?

I tillegg vil jeg gjerne spørre deg om:

- hva opplevde du som positivt og hva var mer negativt for deg i måten vi møttes på i forsknings samtalen sist?

Jeg vil presisere at du står helt fritt til å svare "nei" til videre deltagelse i studien, og du behøver ikke å gi noen begrunnelse for hvorfor du trekker deg. Imidlertid hadde det vært fint om du uansett kunne returnere vedlagte svarslipp så snart som du har bestemt deg, - og da gjerne innen utgangen av oktober.

Hvis du lurer på noe omkring dette, så ta gjerne kontakt. Jeg treffes sikrest på mobiltelefon 91318180. Arbeidstelefon 77644836 og privat 77673253.

Hilsen Eli Berg

**DET MEDISINSKE FAKULTET  
INSTITUTT FOR SAMFUNNSMEDISIN**

Universitetet i Tromsø, N-9037 Tromsø. Telefon 77 64 48 16. Telefaks 77 64 48 31

**DET SKAPENDE MELLOMROMMET I MØTET MELLOM PASIENT OG LEGE**

(kryss av på det som passer)

Jeg ønsker *ikke* å delta i neste runde i studien -----

Jeg ønsker å delta i neste runde i studien, og da ønsker jeg

- å få tilsendt kopi av min siste video -----

- å få tilsendt utskrift av min siste video -----

Jeg foretrekker å ha en forskningssamtale på telefonen -----

Jeg foretrekker å ha en forskningssamtale på Kongsvinger. Det passer best (sett ring rundt):

- onsdag 7. november kl. 15 eller kl. 17 eller kl. 19

- torsdag 8. november kl. 09 eller kl. 11 eller kl. 13 eller kl. 15 eller kl. 17

Kongsvinger, den

---

(underskrift)

(Det ene eksemplaret kan du beholde, det andre sendes i vedlagte konvolutt)

# Vedlegg 6

## 150802: DE VIKTIGSTE ELEMENTENE

Navneforkortelser:

Bi – Birger, Ev – Eva, G – Gunvor, K- Kristian, El – Else, Ir – Iris, R – Kåre, Vi – Vivian, C

– Carina, Jo – Johan, Å – Åsmund, M – Mahmood, A – Anna.

INFORMANTER	X	Bi	Ev	G	K	El	Ir	R	Vi	C	Jo	Ås	M	A
X=ANTALL														
TEMA														
Tid	13	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Tilgjengelighet	4						X			X	X	X		
Ventetid	2								X			X		
Stress/travelhet(gjør legen til hovedperson)	10	X	X	X		X		X	X	X	X	X		X
Legen allerede på vei til neste	4					X			X		X			X
Ikke til bry/være i veien	6	X		X		X		X	X					X
Trygghet/stole på	11	X	X	X	X	X		X	X		X	X	X	X
Tillit	12	X	X	X	X	X	X	X	X		X	X	X	X
Fortrolighet	3						X	X			X			
Likeverd/jevnbyrdighet	6	X	X	X		X	X	X						
Ro	7		X	X				X	X		X	X		X
Pasienten hovedperson	8		X	X		X			X	X	X	X		X
Bli sett	7	X	X			X	X	X			X			X
Frihet/fristed	1					X								
Godt kjente	5						X	X			X	X		X
Profesjonell/verdig arena	3	X			X		X							
Tatt på alvor/bli trodd	12	X	X	X		X	X	X	X	X	X	X	X	X

TEMA:		Bi	Ev	G	K	El	Ir	R	Vi	C	Jo	Ås	M	A
Lyttet til/imøtekommet	12	X	X	X	X	X	X	X	X		X	X	X	X
Respektert	10	X		X	X	X	X	X	X			X	X	X
Øyekontakt	6	X	X			X			X	X				X
Omsorg/hjelpende hånd	10	X	X	X		X	X	X	X	X			X	X
Dialog	7	X			X			X	X	X	X	X		
Åpenhet/vid ramme/snakke om alt	10	X	X			X	X	X	X		X	X	X	X
Ingen fordømmelse/aldri feil	7		X	X	X			X	X			X	X	
Åpent for latter og gråt	8	X	X			X				X	X	X	X	X
Toleranse for pauser/ikke avbrytelser	5	X				X		X	X			X		
PC-bruk uheldig	6	X		X				X		X		X		X
Makt/avmakt/forsvare seg	4			X		X					X			X
Neg. omtale av spesialister/teknologi	5	X	X	X				X						X
Alle kort på bordet	2		X						X					
God myndighet	3		X			X				X				
Modig	3		X			X								X
Ærlig	3		X	X										X
Gi av seg sjøl/menneske først, deretter lege	9	X	X	X			X	X	X			X	X	X
Positivt menneskesyn/solidaritet	5	X	X	X				X					X	
Ydmykhet	2		X	X										
Vil vel/ønsker å hjelpe	9		X	X	X	X		X	X			X	X	X
Selvinnsikt (men ikke privat i konsult.)	5	X	X	X		X								X
Lar seg berøre	2					X								X



TEMA	X	Bi	Ev	G	K	El	Ir	R	Vi	C	Jo	Ås	M	A
Innlevelse/nærvær/delaktighet	8	X	X			X		X	X		X	X		X
Barn hovedperson/tatt på alvor	6		X	X		X	X	X	X					
Ser det positive hos pasienten	4			X							X	X	X	
"Small talk"	5			X		X		X				X		X
Legen trygg i seg selv	2		X			X								
Strakk seg lenger enn forventet	4										X	X	X	X
Medvandrer/pedagog	4	X					X				X		X	
Helst kvinnelig lege	6	X	X		X	X	X	X						
Engel/mor/søster	1												X	
Kompetanse taes for gitt	6			X		X	X	X	X				X	
Få svar/forståelig informasjon	5							X	X		X	X		X
Hva tror du? (pasienten)	9	X	X	X		X		X	X	X		X		X
Få ansvar	3		X									X		X
Utfordringer/innsjill	8	X	X		X		X		X	X		X		X
Tenkepauser/refleksjon/bevisstgjør./døråpn.	8	X	X	X		X			X	X		X		X
Fortellingen/historien som ressurs	10	X	X			X	X	X	X	X	X	X		X
Råd	4		X		X	X	X							
Gå bak symptomene	7	X	X		X	X			X	X				X
Hvordan har du det?	3		X			X								X
Noen ganger bestemme for pasienten	2						X			X				
Oppmuntre til skrivning	3		X				X	X						

TEMA	X	Bi	Ev	G	K	El	Ir	R	Vi	C	Jo	Ås	M	A
"Normalisere" reaksjoner	4				X	X	X							X
Sårbarhet	6	X	X			X		X			X			X
Første møtet/hva pasienten "består av"	5	X		X				X			X	X		
Bli oppringt	2							X						X
"Traff spikeren på hodet"	6			X	X	X	X		X					X
Plantet et frø/ledetråd/rettesnor	7	X					X		X	X	X	X		X
Bevare livskreftene/hegne om pas.' liv	6	X	X	X			X				X	X		
Møtt som helt menneske	8	X	X	X		X	X	X	X					X
Pas. spesialist på eget liv	5		X	X		X					X			X
Grenser/tydelighet	7	X	X	X		X	X			X	X			
Ta fatt i drømmer/håp	5	X						X			X	X		X
Noe mer?/Lete i det ubehjelpelige	3	X						X	X					
Medisiner overflatebehandling/demper	6	X	X			X				X	X			X
Mysterier/gudstro	7	X	X				X			X		X	X	X
Urørbarhetssone	3						X						X	X
Kroppslig undersøkelse viktig	4		X					X	X					X
Snakke i metaforer hjelper	2	X									X			
Tenkt mye på forhånd	4						X		X	X				X
"Vondt i livet" gir sykdom	8	X	X	X			X	X	X	X				X
Kropp/sjel "hyler"/sier ifra	10	X	X	X	X	X	X	X	X	X				X
"Vondt i livet" kan gi farlig syksom	4	X					X	X					X	
Å være en diagnose	2			X				X						

TEMA	X	Bi	Ev	G	K	El	Ir	R	Vi	C	Jo	Ås	M	A
Foreldrelojalitet	4	X	X	X		X								
Dårlig selvbilde	6	X			X	X	X					X		X
Jeg er mitt levde liv	1													X
Feilte "ingenting"	1						X							
Lov å være dårlig	2			X			X							
Fått minst i livet, men yter kanskje mest	1						X							
Ubearbeidet sorg	3	X					X							X
Suicidal	6	X				X	X	X					X	X
Var klar over sammenhenger selv	3	X			X									X
Skremselspropaganda	2								X					X
Krenket person	9	X	X	X	X	X	X	X		X	X			X
Krenket i helsevesenet	9	X		X	X	X	X	X		X	X			X
Hjelp til selvhj./gjort til eget/arenaen følger	10	X	X			X	X	X	X	X	X	X		X
Fyller hele meg/i takt med meg sjøl	4	X	X								X			X
Samme person etter sykdom/skade	2										X	X		
Livreddende	7	X	X			X	X	X					X	X
Fra sykdom til kreativitet	3	X					X						X	
Sykdom fordampet	5	X						X	X	X				X
Plassert ansvar	4	X		X		X	X							
Fra 3. til 1. person	2	X						X						
Da tanken ble endret, ble jeg frisk	2								X	X				

TEMA	X	Bi	Ev	G	K	El	Ir	R	Vi	C	Jo	Ås	M	A
Dialog framfor skilte perspektiver	3	X			X	X								
Kjente seg igjen i legens beskrivelse	3		X		X	X								
Forskningssamtalen ble tearpi	4		X		X		X							X
Pasienten bør starte	2					X			X					
Legen bør starte	1		X											
Legen bør ha gode dager	2	X						X						
Legens syn viktigst i helseattester	3						X	X					X	
Kjølige legekontorer/fuglefjell	2	X									X			
Legeyrket tøft	3			X	X	X								

# Vedlegg 7

## HIPPOKRATES' LEGE-ED

(Hippokrates, 460-ca. 370 f.Kr.)

(Hartvig Frisch's oversættelse. Aggebo, Anker: Hvorfor altid den Hippokrates? Aarhus: Universitetsforlaget 1964)

Jeg sværger ved Lægen Apollon og Asklepios og Hygieia og Panakeia og alle andre Guder og Gudinder – og jeg gør dem til Dommere over mig – at jeg af al min Magt og efter bedste Skøn vil lade denne Ed og dette skrevne Løfte vorde opfyldt.

Min Læremester i denne Kunst vil jeg regne lig med Fader og Moder, dele mit Brød med ham, og hvis han er i Nød, give ham Del i mit, og hans Afkom vil jeg sætte i Brødres Sted og lære dem denne Kunst, hvis de gør Krav derpaa, uden Vederlag om skrevet Løfte. Adgang til Belæringen og Ordet og den øvrige Undervisning vil jeg give mine egne og min Læremesters Sønner, samt de Elever, som har forpligtet sig ved skrevet Løfte og Ed efter Lægers Lov, men ej til nogen anden.

Enhver Kur vil jeg anvende til Gavn for de Syge af al min Magt og efter bedste Skøn, men afholde mig fra Skade og Fortræd. End ikke paa Begæring vil jeg give noget Menneske Gift, ej heller være noget saadant Raads Anstifter, ligesom jeg ikke vil give nogen Kvinde noget, hvormed hun kan gøre Skade paa sig selv, men redelig og fromt vil jeg leve mit Liv og udøve min Kunst.

Jeg vil ikke skære for Sten, men overlade dette til Udøvere af dette Fag. I alle de Huse, hvor jeg gaar ind, skal Maalet med min Gang være de Syges Frelse, og al bevidst Skade og Fordærv skal være mig fjernt, navnlig afrodisiasiske Handlinger udøvet paa Kvinder eller Mænd, det være sig Frie eller Slaver.

Af alt, hva jeg faar at se eller høre under Udøvelsen af min Kunst eller udenfor min Gerning ude blant Mennesker, vil jeg fortie det, som ikke bør rygtes videre, idet jeg overfor saadant paalægger mig Tavshedspligt.

Naar jeg nu lader denne Ed vorde opfyldt og ikke bryder den, gid jeg da maa nyde Frugten af mit Liv og min Kunst, altid æret blant Mennesker; men lad det omvendte ramme mig, hvis jeg overtræder den og sværger falsk.

### HIPPOKRATES' LEGE-ED

(Hippokrates, 460-ca.370 f.Kr.)

(Jostein Gaarders oversettelse. Sofies Verden, Oslo: Aschehoug 2000)

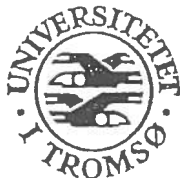
Jeg vil bruke behandling for å hjelpe syke i samsvar med mine evner og vurderinger, men aldri med henblikk på å skade eller gjøre vondt. Jeg vil verken gi giftig medisin til noen som ber om det eller oppfordre til dette. Likeså vil jeg ikke gi en kvinne pessar for å forhindre svangerskap. Jeg vil holde både mitt liv og min kunst ren og hellig.

Jeg vil ikke bruke kniven, ikke engang på dem som lider utholdelig, men jeg vil gi plass til dem som er fagfolk på dette området.

Samme hvilket hus jeg går inn i, vil jeg gå dit for å hjelpe de syke, og jeg vil avstå fra all forsettlig urett og skade, spesielt fra å misbruke kroppen til en mann eller kvinne, trelle eller fri. Hva jeg enn får se eller høre i mitt samkvem med mennesker, hvis det er noe som ikke skal gjøres kjent for andre, vil jeg aldri avsløre det, idet jeg holder slike ting som hellige hemmeligheter.

Hvis jeg gjennomfører denne ed og ikke bryter den, la meg alltid nyte anseelse blant menneskene for mitt liv og min kunst. Men hvis jeg bryter eden og forsverger meg, la det motsatte skje meg.

Vedlegg 8



Vår ref: 200003652/472.2

Dato: 30.05.03

Prosjekttiden min nærmer seg sin avslutning. Manuskriptet, som skal leveres inn for bedømmelse for den medisinske doktorgrad, blir ferdigskrevet i løpet av høsten 2003.

Dine bidrag har vært svært verdifulle for meg i dette arbeidet. Min presentasjon av det du har sagt står på ingen måte i forhold til det du virkelig bidro med. Jeg har måttet trekke ut noen temaer og la andre hvile, blant annet fordi noe overlapper deler av det som ble lagt fram av en eller flere av de øvrige samtalepartnere.

Bakgrunnen for at jeg henvender meg til deg akkurat nå, er at jeg vil tilby deg å lese igjennom den delen av oppgaven hvor dine sitater og dine synspunkter kommer til uttrykk. For å kunne gjøre dette mulig, må jeg i tilfelle sende deg en større del av manuskriptet, - dette fordi noen av utsagnene er spredt omkring i teksten.

Det er fint om du returnerer det ene brevet til meg innen utgangen av juni. Kopien kan du beholde. Det jeg spør om er altså om du ønsker manuskriptet tilsendt for gjennomlesning og eventuell godkjenning når det gjelder det som er tillagt deg av utsagn og synspunkter. Rettelser er også kjærkomne.

Hilsen Eli Berg

(tif. 77644836/mobil 91318180)

Jeg ønsker å få manuskriptet tilsendt  
(stryk det som ikke passer)

Ja

Nei

Kongsvinger, den.....

.....  
(underskrift)

DET MEDISINSKE FAKULTET  
INSTITUTT FOR SAMFUNNSMEDISIN  
Universitetet i Tromsø N-9037 Tromsø. Telefon 77 64 48 16 Telefaks 77 64 48 31





Oedlegg 9



Iris

Deres ref.:

Vår ref.: 200003652/472.2

Dato: 250703

Kjære ...

Takk for brev i dag. Her kommer deler av manus.

Jeg tenker at det særlig er to ting som er viktig:

- Føler du deg godt nok anonymisert, altså at ingen kan kjenne deg igjen?
- Stemmer det jeg har tillagt deg av synspunkter med det du mente og mener?

Som jeg skrev i forrige brev så er ikke alt vi snakket om tatt med. Noe ble nevnt av flere medtenkere blant annet.

Jeg har kalt deg IRIS. Du finner deg selv nevnt første gang på side 133. Dernest på side 148. Videre på side 166-67. Dessuten på side 193-94. Dernest kan du finne deg selv her og der fra og med side 203-218.

Jeg legger også ved kapittel IV hvor jeg har holdt filosofi opp mot det hver av dere medtenkere har lagt fram, og da spesielt fra og med side 250-262. Kapittel V er under arbeid.

Manus er ikke ferdig enda. Mye gjenstår, både språklig og i forhold til detaljer i argumentasjonene. Likevel finner jeg det riktig å koble dere medtenkere inn på dette stadiet.

Det er fint om jeg kunne få manus i retur med rettelser og kommentarer

innen utgangen av august.

Den endelige avhandlingen vil jeg gjerne sende deg etter hvert. Kryss av på vedlagte ark om du ønsker boka, og legg det gjerne i retur-konvolutt sammen med manus.

Fortsatt god sommer!

Hilsen Eli Berg

Stryk det som *ikke* passer:

Jeg ønsker

Jeg ønsker ikke

å få tilsendt den endelige versjonen av avhandlingen, - og da til odel og eie.

Kongsvinger, den

.....  
underskrift

# Deuregg 10

Bjørn Eidsvåg: EG SER

Eg ser at du er trøtt

Men eg kan ikkje gå alle skritta for deg.

Du må gå de sjøl.

Men eg ve gå de med deg.

Eg ser du har det vondt,

Men eg kan ikkje grina alle tårane for deg.

Du må grina de sjøl,

Men eg ve grina med deg.

Eg ser du vil gi opp

Men eg kan ikkje leva livet for deg

Du må leva det sjøl.

Men eg ve leva med deg.

Eg ser at du er redd,

Men eg kan ikkje gå i døden for deg.

Du må smake han sjøl,

Men eg gjør død til liv for deg.







ISM SKRIFTSERIE - FØR UTGITT:

1. Bidrag til belysning av medisinske og sosiale forhold i Finnmark fylke, med særlig vekt på forholdene blant finskattede i Sør-Varanger kommune.  
Av Anders Forsdahl, 1976. (nytt opplag 1990)
2. Sunnhetstilstanden, hygieniske og sosiale forhold i Sør-Varanger kommune 1869-1975 belyst ved medisinalberetningene.  
Av Anders Forsdahl, 1977.
3. Hjerte-karundersøkelsen i Finnmark - et eksempel på en populasjonsundersøkelse rettet mot cardiovasculære sykdommer. Beskrivelse og analyse av etterundersøkelsesgruppen.  
Av Jan-Ivar Kvamme og Trond Haider, 1979.
4. D. The Tromsø Heart Study: Population studies of coronary risk factors with special emphasis on high density lipoprotein and the family occurrence of myocardial infarction.  
Av Olav Helge Førde og Dag Steinar Thelle, 1979.
5. D. Reformer i distriktshelsetjenesten III: Hypertensjon i distriktshelsetjenesten.  
Av Jan-Ivar Kvamme, 1980.
6. Til professor Knut Westlund på hans 60-års dag, 1983.
- 7.\* Blodtrykksovervåkning og blodtrykksmåling.  
Av Jan-Ivar Kvamme, Bernt Nesje og Anders Forsdahl, 1983.
- 8.\* Merkesteiner i norsk medisin reist av allmennpraktikere - og enkelte utdrag av medisinalberetninger av kulturhistorisk verdi.  
Av Anders Forsdahl, 1984.
9. "Balsfjordsystemet." EDB-basert journal, arkiv og statistikkssystem for primærhelsetjenesten.  
Av Toralf Hasvold, 1984.
10. D. Tvuget psykisk helsevern i Norge. Rettsikkerheten ved slikt helsevern med særlig vurdering av kontrollkommisjonsordningen.  
Av Georg Høyer, 1986.
11. D. The use of self-administered questionnaires about food habits. Relationships with risk factors for coronary heart disease and associations between coffee drinking and mortality and cancer incidence.  
Av Bjarne Koster Jacobsen, 1988.
- 12.\* Helse og ulikhet. Vi trenger et handlingsprogram for Finnmark.  
Av Anders Forsdahl, Atle Svendal, Aslak Syse og Dag Thelle, 1989.

13. D. Health education and self-care in dentistry - surveys and interventions.  
Av Anne Johanne Søgård, 1989.
14. Helsekontroller i praksis. Erfaringer fra prosjektet helsekontroller i Troms 1983-1985.  
Av Harald Siem og Arild Johansen, 1989.
15. Til Anders Forsdahls 60-års dag, 1990.
16. D. Diagnosis of cancer in general practice. A study of delay problems and warning signals of cancer, with implications for public cancer information and for cancer diagnostic strategies in general practice.  
Av Knut Høltedahl, 1991.
17. D. The Tromsø Survey. The family intervention study. Feasibility of using a family approach to intervention on coronary heart disease. The effect of lifestyle intervention of coronary risk factors.  
Av Synnøve Fønnebo Knutsen, 1991.
18. Helhetsforståelse og kommunikasjon. Filosofi for klinikere.  
Av Åge Wifstad, 1991.
19. D. Factors affecting self-evaluated general health status - and the use of professional health care services.  
Av Knut Fylkesnes, 1991.
20. D. Serum gamma-glutamyltransferase: Population determinants and diagnostic characteristics in relation to intervention on risk drinkers.  
Av Odd Nilssen, 1992.
21. D. The Healthy Faith. Pregnancy outcome, risk of disease, cancer morbidity and mortality in Norwegian Seventh-Day-Adventists.  
Av Vinjar Fønnebo, 1992.
22. D. Aspects of breast and cervical cancer screening.  
Av Inger Torhild Gram, 1992.
23. D. Population studies on dyspepsia and peptic ulcer disease: Occurrence, aetiology, and diagnosis. From The Tromsø Heart Study and The Sørreisa Gastrointestinal Disorder Studie.  
Av Roar Johnsen, 1992.
24. D. Diagnosis of pneumonia in adults in general practice.  
Av Hasse Melbye, 1992.
25. D. Relationship between hemodynamics and blood lipids in population surveys, and effects of n-3 fatty acids.  
Av Kaare Bønnaa, 1992.



26. D. Risk factors for, and 13-year mortality from cardiovascular disease by socioeconomic status. A study of 44690 men and 17540 women, ages 40-49. Av Hanne Thürmer, 1993.
27. Utdrag av medisinalberetninger fra Sulitjelma 1891-1990. Av Anders Forsdahl, 1993.
28. Helse, livsstil og levekår i Finnmark. Resultater fra Hjerte-karundersøkelsen i 1987-88. Finnmark III. Av Knut Westlund og Anne Johanne Søgaard, 1993.
29. D. Patterns and predictors of drug use. A pharmacoepidemiologic study, linking the analgesic drug prescriptions to a population health survey in Tromsø, Norway. Av Anne Elise Eggen, 1994.
30. D. ECG in health and disease. ECG findings in relation to CHD risk factors, constitutional variables and 16-year mortality in 2990 asymptomatic Oslo men aged 40-49 years in 1972. Av Per G. Lund-Larsen, 1994.
31. D. Arrhythmia, electrocardiographic signs, and physical activity in relation to coronary heart risk factors and disease. The Tromsø Study. Av Maja-Lisa Løchen, 1995.
32. D. The Military service: mental distress and changes in health behaviours among Norwegian army conscript. Av Edvin Schei, 1995.
33. D. The Harstad injury prevention study: Hospital-based injury recording and community-based intervention. Av Børge Ytterstad, 1995.
- 34.\* D. Vilkår for begrepsdannelse og praksis i psykiatri. En filosofisk undersøkelse. Av Åge Wifstad, 1996. (utgitt Tano Aschehoug forlag 1997)
35. Dialog og refleksjon. Festskrift til professor Tom Andersen på hans 60-års dag, 1996.
36. D. Factors affecting doctors' decision making. Av Ivar Sønbo Kristiansen, 1996.
37. D. The Sørreisa gastrointestinal disorder study. Dyspepsia, peptic ulcer and endoscopic findings in a population. Av Bjørn Bernersen, 1996.
38. D. Headache and neck or shoulder pain. An analysis of musculoskeletal problems in three comprehensive population studies in Northern Norway. Av Toralf Hasvold, 1996.

39. Senfølger av kjernefysiske prøvespreninger på øygruppen Novaya Semlya i perioden 1955 til 1962. Rapport etter programmet "Liv". Arkangelsk 1994.  
Av A.V. Tkatchev, L.K. Dobrodeeva, A.I. Isaev, T.S. Podjakova, 1996.
40. Helse og livskvalitet på 78 grader nord. Rapport fra en befolkningsstudie på Svalbard høsten 1988. Av  
Helge Schirmer, Georg Høyer, Odd Nilssen, Tormod Brenn og Siri Steine, 1997.
- 41.\* D. Physical activity and risk of cancer. A population based cohort study including prostate, testicular, colorectal, lung and breast cancer.  
Av Inger Thune, 1997.
42. The Norwegian - Russian Health Study 1994/95. A cross-sectional study of pollution and health in the border area.  
Av Tone Smith-Sivertsen, Valeri Tchachtchine, Eiliv Lund, Tor Norseth, Vladimir Bykov, 1997.
43. D. Use of alternative medicine by Norwegian cancer patients  
Av Terje Risberg, 1998.
44. D. Incidence of and risk factors for myocardial infarction, stroke, and diabetes mellitus in a general population. The Finnmark Study 1974-1989.  
Av Inger Njølstad, 1998.
45. D. General practitioner hospitals: Use and usefulness. A study from Finnmark County in North Norway.  
Av Ivar Aaraas, 1998.
- 45B Sykestuer i Finnmark. En studie av bruk og nytteverdi.  
Av Ivar Aaraas, 1998.
46. D. No går det på helsa laus. Helse, sykdom og risiko for sykdom i to nord-norske kystsamfunn.  
Av Jorid Andersen, 1998.
47. D. The Tromsø Study: Risk factors for non-vertebral fractures in a middle-aged population.  
Av Ragnar Martin Joakimsen, 1999.
48. D. The potential for reducing inappropriate hospital admissions: A study of health benefits and costs in a department of internal medicine.  
Av Bjørn Odvar Eriksen, 1999.
49. D. Echocardiographic screening in a general population. Normal distribution of echocardiographic measurements and their relation to cardiovascular risk factors and disease. The Tromsø Study.  
Av Henrik Schirmer, 2000.

50. D. Environmental and occupational exposure, life-style factors and pregnancy outcome in arctic and subarctic populations of Norway and Russia.  
Av Jon Øyvind Odland, 2000.
- 50B Окружающая и профессиональная экспозиция, факторы стиля жизни и исход беременности у населения арктической и субарктической частей Норвегии и России  
Юн Ойвин Удлан 2000
51. D. A population based study on coronary heart disease in families. The Finnmark Study 1974-1989.  
Av Tormod Brenn, 2000.
52. D. Ultrasound assessed carotid atherosclerosis in a general population. The Tromsø Study.  
Av Oddmund Joakimsen, 2000.
53. D. Risk factors for carotid intima-media thickness in a general population. The Tromsø Study 1979-1994.  
Av Eva Stensland-Bugge, 2000.
54. D. The South Asian cataract management study.  
Av Torkel Snellingen, 2000.
55. D. Air pollution and health in the Norwegian-Russian border area.  
Av Tone Smith-Sivertsen, 2000.
56. D. Interpretation of forearm bone mineral density. The Tromsø Study.  
Av Gro K. Rosvold Berntsen, 2000.
57. D. Individual fatty acids and cardiovascular risk factors.  
Av Sameline Grimsgaard, 2001.
58. Finnmarkundersøkelsene  
Av Anders Forsdahl, Fylkesnes K, Hermansen R, Lund E, Lupton B, Selmer R, Straume E, 2001.
59. D. Dietary data in the Norwegian women and cancer study. Validation and analyses of health related aspects.  
Av Anette Hjartåker, 2001.
60. D. The stenotic carotid artery plaque. Prevalence, risk factors and relations to clinical disease. The Tromsø Study.  
Av Ellisiv B. Mathiesen, 2001.
61. D. Studies in perinatal care from a sparsely populated area.  
Av Jan Holt, 2001.
62. D. Fragile bones in patients with stroke? Bone mineral density in acute stroke patients and changes during one year of follow up.  
Av Lone Jørgensen, 2001.

63. D. Psychiatric morbidity and mortality in northern Norway in the era of deinstitutionalisation. A psychiatric case register study.  
Av Vidje Hansen, 2001.
64. D. Ill health in two contrasting countries.  
Av Tom Andersen, 1978/2002.
65. D. Longitudinal analyses of cardiovascular risk factors.  
Av Tom Wilsgaard, 2002.
66. Helseundersøkelsen i Arkangelsk 2000.  
Av Odd Nilssen, Alexei Kalinin, Tormod Brenn, Maria Averina et al., 2003.
67. D. Bio-psycho-social aspects of severe multiple trauma.  
Av Audny G. W. Anke, 2003.
68. D. Persistent organic pollutants in human plasma from inhabitants of the arctic.  
Av Torkjel Manning Sandanger, 2003.
69. D. Aspects of women's health in relation to use of hormonal contraceptives and pattern of child bearing.  
Av Merethe Kunmle, 2003.
70. D. Pasienterfaringer i primærlegetjenesten før og etter fastlegereformen.  
Av Olaug Lian, 2003.
71. D. Vitamin D security in northern Norway in relation to marine food traditions.  
Av Magritt Brustad, 2004.
72. D. Intervensjonsstudien i Finnmark. Evaluering av lokalsamfunns basert hjerte- og kar forebygging i kystkommunene Båtsfjord og Nordkapp.  
Av Beate Lupton, 2004.
73. D. Environmental factors, metabolic profile, hormones and breast and endometrial cancer risk.  
Av Anne-Sofie Furberg, 2004.

De som er merket med D er doktorgradsarbeid.

De som er merket med \* har vi dessverre ikke flere eksemplarer av.