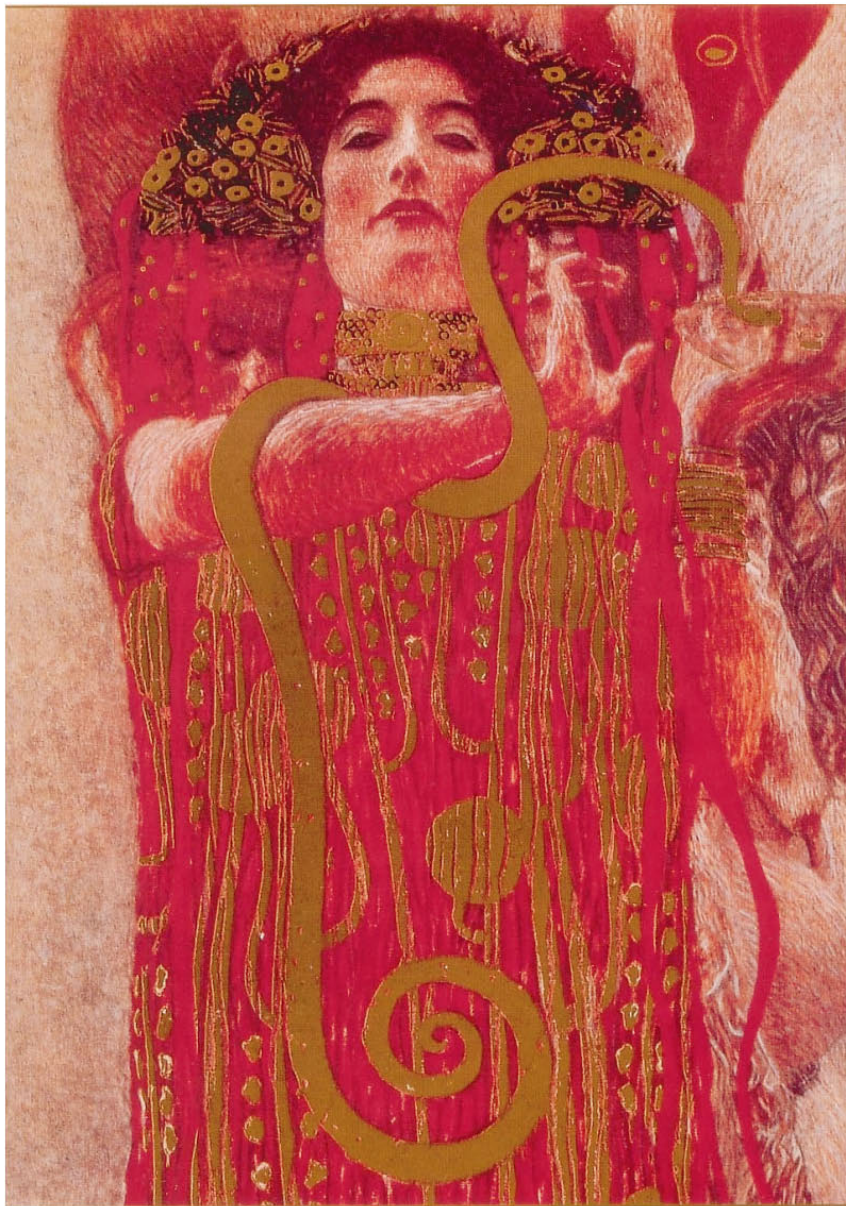


*La oss huske hverandre som vi er!*



Hygieia, i gresk mytologi datter av legeguden Æskulap

**“Festlig skrift” til Toril Hagerup-Jenssens 60 års dag**



(Foto: Fødselsvern)

Jeg gikk en tur i parken, og jeg fant, jeg fant!(Kristiansand 1986)



(Foto: Fødselsvern)

Her må vi komme til bunns i saken!(Bringsvær leirskole 1989)

## FORORD

### **Et uvanlig skrift til en uvanlig jublant**

Den 19.mai 2004 fyller assisterende fylkeslege Toril Hagerup-Jenssen 60 år. En uvanlig fargeklatt i det norske medisinske landskapet går inn i seniorklubben.

Etter å ha hatt gleden av å være hennes sjef de siste 13 årene, har jeg tatt initiativ til å lage denne publikasjonen med korte innlegg fra et *lite* utvalg av alle de personer og fagmiljø hun (hittil) har hatt kontakt med i løpet av sin yrkeskarriere. Det har vært inspirerende å registrere hvordan de forespurte, som alle er travle mennesker, med entusiasme har stilt opp og levert sine bidrag innen en temmelig knapp tidsfrist. Slik sett har arbeidet med skriftet vært en redaktørs drømmesituasjon!

Heftet er kalt et *festlig skrift*. Det betyr ikke at hvert enkelt innlegg nødvendigvis er så rasende festlig. Tanken har mer vært å få fram at dette ikke er noe akademisk vidløftig festskrift-prosjekt. Hovedvekten er lagt på forfatternes personlige erfaringer, minner, synspunkter, meninger, refleksjoner og filosoferinger; - ikke forskningsresultater og metaanalyser.

Resultatet er blitt en høyst lesverdig trykksak. Her er stoff som det er vel verd å spandere en ledig stund på. God lesing!

Tittelen er avledet av ett av Torils standarduttrykk, til bruk når noe litt ekstraordinært skal skje: *Dere får huske meg som jeg er!* - Hun kan være trygg på at vi kommer til å gjøre det.

Kristiansand mai 2004

Kristian Hagestad, Fylkeslege i Vest-Agder

## INNHold

Forord	1
Innhold	2
Ølseidler og studentopprør, eller askese og hard jobbing? – livet som norsk medisinerstudent i Tyskland på 1960-tallet	3
Fra ”kjøttkontroll” til HMS-arbeid – norsk arbeidsmedisin fra 1970-tallet til i dag	4
Hiv og hoi!? – minner fra pionerfasen i hiv-arbeidet i Vest-Agder	7
Venter på mor?! – oppvekst som barn av doktordama	9
”Fylkeslegekontoret” – ein assortert samfunnsmedisinsk landhandel	11
Å fungere eller ikke fungere, det er spørsmålet – om livet som assisterende fylkeslege med stedfortrederfunksjon	13
Tvang eller ikke tvang? – etiske og praktiske dilemmaer i psykiatrisk hverdag	14
Vår mest forsømte pasientgruppe – rusmisbrukernes møte med helsetjenesten	17
Screene eller ikke screene? – fra mammografiprojekt til -program	19
Medisinen er et livslangt studium – erfaringer fra kurskomiteen i Vest-Agder legeförening	20
Dei brennande hjarta – kunsten å brenne utan å brenne seg ut	22
Vi presenterer --- Toril Hagerup-Jenssen	25

## Ølseidler og studentopprør, eller askese og hard jobbing? – livet som norsk medisinerstudent i Tyskland på 1960-tallet

*Tor Nilsen, Kommunelege i Flekkefjord*

Det kommer et eget glimt i øynene på ”gamle” tysklandsstudenter når det blir tale om studietiden. De fleste mener å huske perioden som student i Tyskland som noe helt spesielt. Når det kommer til stykket, var det kanskje livsfasen som var romantisk, mer enn selve studentlivet, selv om også det hadde sine lyse sider.

Året 1960 var bare 15 år etter annen verdenskrig. Tyskland var i sin oppbyggingsfase, selv om landet på de få årene var kommet svært langt. Det var sterk spenning mellom øst og vest. Berlinmuren, som ble bygget i 1961, var en stadig trussel mot verdensfreden. Media, med Springer Verlag og Bild Zeitung - bulevardpresse på sitt verste - på den ene siden, og den mer nøkterne og intellektuelle Der Spiegel på andre siden, var toneangivende i den spenningen som hersket innen nasjonen.

Hardt arbeid var gjennomgangstonen i hele samfunnet, og hardt arbeid ble det også forlangt av studentene. Mange av oss - jeg vil tro også Toril Hagerup-Jenssen - fikk et aldri så lite sjokk i overgangen fra et fredelig og forutsigbart gymnas i Norge til de harde realiteter på et universitet i det som den gang ble kalt Bundesrepublik Deutschland. Her var undervisningen autoritær. Det ble forlangt at vi var både høflige og disiplinerte, - og det var få som våget å opponere. Det var kamp om studieplassene, ikke bare ved opptak, men gjennom store deler av studiet. Frafallet var stort blant medisinerstudentene, men underlig nok klarte de norske seg bra. Hard jobbing, en god porsjon selvdisciplin og en klar målsetting var et par nøkkelord.

Studietiden var nå likevel mer enn et arbeid. Vi fikk bo i sentrale deler av Europa, og vi fikk på nært hold se og

oppleve litt av vår nære europeiske historie. Berlinmuren som en stadig trussel mot verdensfreden, er alt nevnt. Studentopprøret i 1968 fikk sitt utspring i Sentral-Europa, og i Tyskland var frontfiguren Rudi Dutschke fra Freie Universität Berlin en glødende og særdeles veltalende studentleder. Attentatet mot ham kostet ham både helsen og senere indirekte også livet.

Jeg tror få av medisinstudentene deltok i demonstrasjonene. En karikaturtegning husker jeg enda. Bildet var følgende: Et par studenter arbeider på et laboratorium, mens et tog av studenter demonstrerer på gaten under. Bildeteksten lød: “Die Soziologen haben es gut. Das Demonstrieren gilt gleich als Praktikum“. Var vi medisinerere mer opptatt av faget, måtte vi arbeide hardere enn andre studenter? I hvert fall overlot vi til andre studenter å demonstrere.

Men studenttiden var jo også fritid og fest. Vi bodde i et annet land, med et annet språk og andre tradisjoner. Vi forble nok ikke upåvirket av dette, vi ble preget av det, men likevel var det tydelig at vi først og fremst forble nordmenn. Det ble vel svingt en del ølseidler, men trolig ikke flere enn blant norske studenter i Norge. Det var et stort samhold blant de mange norske studenter i Tyskland, vi holdt sammen i ordets positive betydning. Å hjelpe hverandre med studiet var en selvfølge, men også å gi hjelp hvis noen – og det skjedde – ikke klarte selve livet. I de fleste studentbyene var det norske studentkafeer med norske aviser, der en kunne treffe kjente og ikke minst få hjelp og gode råd. Det er derfor ikke underlig at en i Tidsskrift for Den norske lægeforening stadig finner notiser om at tidligere norske

studenter har ”treff” i sine gamle studentbyer i Tyskland.

De fleste av oss var i gifteferdig alder. Noen hadde kjærest i Norge, slik tilfellet var med Toril, og fridager ble brukt til hurtigst mulig å komme seg hjem til den en

hadde aller mest kjær, - hvis en da så seg tid til det. Andre fikk seg tysk ektefelle.

Få av oss ble værende i Tyskland, de fleste hadde som mål å komme tilbake til Norge. Her er vi blitt, og jeg vil våge å påstå at vi er blitt en berikelse for det norske medisinske miljø.

## **Fra ”kjøttkontroll” til HMS-arbeid – norsk arbeidsmedisin fra 1970-tallet til i dag**

*Håkon Lasse Leira, overlege ved Arbeidsmedisinsk avdeling, St Olavs Hospital i Trondheim*

Med kjøttkontroll menes årlig helsekontroll uten hensyn til hva personen (den ansatte i dette tilfellet) driver med. Kontrollen foregår etter et tilfeldig, gitt skjema, likt for alle. I Arbeidstilsynets retningslinjer fra 1980 het det at helsekontrollene skulle være målrettede og selektive. De skulle altså rette seg mot organer som var reelt utsatt for risiko, og de skulle bare omfatte den andelen av de ansatte som var utsatt for denne risikoen. Hørselsundersøkelser av kontorpersonell eller leverfunksjonsprøver av snekkere (eller av hvem som helst for den saks skyld!) var derfor ikke indisert. Fra bedriftslegehold kom det et viktig motargument, nemlig det at helsekontroll er en viktig kilde til kunnskap om bedriftens sosiale liv. Og etter hvert som psykososiale forhold blir mer og mer viktige som årsaker til uhelse, er dette en kilde man knapt kan være foruten.

Det finnes altså argumenter for målrettede helsekontroller, enten for å overvåke helsa til en person som er utsatt for risiko, eller som svar på et legitimt behov hos bedriftslegen om kunnskap som det ellers kan være vanskelig å få tak i. ”Kjøttkontroller” finnes det derimot ingen gode faglige argumenter for.

*Hvorfor er da slike kontroller fortsatt så etterspurt?*

De er etterspurt fordi de formidler en følelse av trygghet, riktignok falsk, men trygghet i alle fall. At legene utfører dem, kan forklares ikke bare ved at de representerer lettjente penger, men også ved at de representerer noe legen kan, nemlig å undersøke folk. Det er en kjensgjerning at mange leger som tilbyr såkalt bedriftshelsetjeneste (bedriftshelsetjeneste i navnet, men ikke i gagnet), ikke har faglig bakgrunn for å gjøre det. De er i en situasjon hvor de ikke veit hva de bør gjøre, og de griper da til det de kan, nemlig å undersøke folk. De har liten greie på arbeidsmiljø, veit derfor ikke hvilke risiki de ansatte er utsatt for, og kan dermed ikke målrette undersøkelsene.

Sånn har det vært lenge. I tillegg har vi det siste tiåret fått et medisinsk marked hvor all etterspørsel blir tilfredsstilt, - dersom betalinga er god nok. Om en bedriftslege på faglig grunnlag avslår å gjennomføre en ønsket prøve, står det alltid en annen lege klar til å utføre den. Og dersom denne legen i tillegg slenger på et røntgenbilde og en gynekologisk undersøkelse, er suksessen sikret. Derfor lever kjøttkontrollene.

### Hvordan var det så før?

Går vi tilbake til 1930-tallet, var de første norske bedriftslegene i sving med forebyggende arbeid. De brukte årlige helsekontroller, som den gang var begrunnet i faren for smittsomme sykdommer. Tuberkulosen herjet mye verre da enn hva HIV/AIDS gjør i dag her til lands. Det som dessuten var viktig for innholdet i bedriftslegenes arbeid den gang, var press fra kolleger som var redde for lønnsomheten i praksisen sin. Om bedriftslegene startet med kurativt arbeid blant de ansatte, ville det stjele pasienter fra allmennpraktikerne. I følge en avtale mellom Legeforeningen og LO/NAF (NHO) fra 1946 var det forbudt for bedriftsleger å drive kurativ virksomhet. Det førte noen steder til at bedriftslegene henviste ansatte til sin egen private praksis om ettermiddagen.

I denne avtalen var det presisert at bedriftslegene skulle drive forebyggende arbeid. Hva det skulle gå ut på, ble av E. Thiis-Evensen ved Eidanger Salpeterfabriker (forløperen til Norsk Hydro) beskrevet slik:

”Hovedoppgaven for bedriftslægene er:

1. Regelmessig helsekontroll av bedriftens arbeidere og funksjonærer.
2. Overvåkning av helseforholdene på arbeidsplassen, særlig hvor disse kan tenkes å ha direkte uheldig innflytelse på helsen. ---

Ved siden av regelmessig helsekontroll med den enkeltes helse, inngår overvåkning av sunnhetsforholdene på arbeidsplassen som et meget viktig ledd i bedriftslegens hygieniske helsearbeid. De forhold en i så henseende har oppmerksomheten henvendt til er:

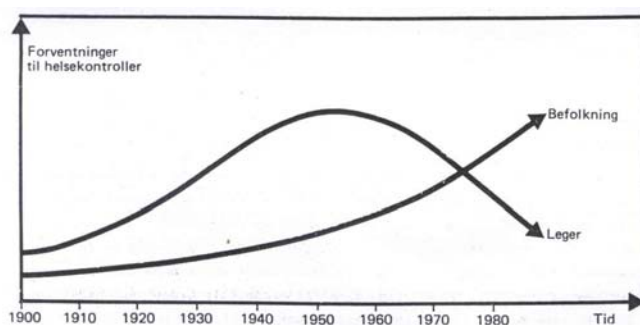
- a) Faren for yrkessykdommer
- b) Muligheter for arbeidsulykker
- c) Arbeidsmiljøet.” (1).

Bedriftslegearbeidet ble første gang regulert i forskrifts form i 1980. Det vil si det var ikke bedriftslegens, men hele bedriftshelsetjenestens oppgaver som da ble regulert. Den skulle (i prioritert rekkefølge) drive med:

1. Forebyggende tiltak
  - a. Miljøarbeid
  - b. helseopplysning og rådgivning
  - c. helsekontroller
2. Attføring
3. Behandling

Helsekontrollene var fortsatt med, men de var som allerede nevnt ikke lenger begrunnet i faren for smittsomme sykdommer, men i eventuell reell risiko i arbeidsmiljøet. Behandling skulle være begrenset til arbeidsbetingete skader og sykdommer.

På 1970 tallet var legenes tro på helsekontroller blitt ganske liten, mens befolkningens tiltro var økende. Figuren under er hentet fra en bok fra 1979 (2).



Figur 2. Forventninger til nytten av helsekontroller blant befolkningen og leger gjennom tid.

I dag kan en få inntrykk av at legenes tro på helsekontroller igjen er økende. For å holde interessen innafor faglige rammer, har Legeforeningen bidratt med Helsekontrollboka, som kom ut i 1993. Etter hvert som genforskning og nye, avanserte behandlingsmetoder er kommet til, har listen over anbefalte kontroller økt, slik at i dag ville en allmennpraktiker hatt hendene fulle om hun skulle følge opp bare de vanligste anbefalingene (3). Kontroll av friske mennesker er blitt en betydelig del av allmennpraktikers hverdag.

*Men hvordan står det til i bedriftshelsetjenesten i dag?*

Fysiske og kjemiske agens er fortsatt til stede mange steder. Det dukker for eksempel opp anslagsvis 1000 nye tilfeller av arbeidsrelatert astma hver år, og minst like mange personer får støyskaded hørsel. Det er likevel ikke slike problemer som er viktigst for det store flertall av arbeidstakere i Norge i dag. Nå er helsa først og fremst truet av knappe tidsfrister, økte krav til tempo og - mange steder - redusert kontroll med eget arbeid. Stresset øker, og dette slår ut i økt risiko for hjerte-/karsykdom og -dødelighet, muskel-/skjelettlidelser, psykiske lidelser og avhengighet; - for å nevne det som er best dokumentert.

*Hvilken rolle bør så helsekontrollen ha i dagens arbeidsliv?*

Som sekundærforebyggende tiltak mot kjente fysiske og kjemiske risiki har (selektive og målrettete) helsekontroller fortsatt sin plass. I forhold til risiki fra det "nye" tjenesteytende, klientbaserte og "kjappe" arbeidslivet kan kontrollene brukes som kilde til kunnskap. Bedriftslegene kan ha en viktig rolle i arbeidet for å øke arbeidsstokkens mestring, om de blir en integrert del av bedriften. I en slik integrert rolle kan de langt på vei bidra til å forebygge helseskader og andre problemer med rot i

organisatoriske forhold. Slike problemer lar seg knapt løse ved å hyre inn eksterne eksperter eller fagfolk fra Arbeidstilsynet. De virvler som regel bare opp støv og drar igjen uten at grunnleggende forhold er endret. Jeg ser ingen annen instans enn bedriftshelsetjenesten som kan ha denne rollen. Men da kreves det noe annet enn kjøttkontroll. Målrettet informasjonssøk er det som må til.

*Hvilke mål skal informasjonssøket styre mot?*

Dette er ikke alltid like klart, heller ikke hvordan informasjonen bør håndteres. Her er det rom for veiledning. Alle kan ikke bli spesialister i arbeidsmedisin med psykososiale forhold som spesialfelt. Norsk arbeidsmedisinsk forening gir ut arbeidsmedisinske veiledninger (kan søkes via Norsk Elektronisk Legehåndbok eller NAMFs hjemmeside via [www.legeforeningen.no](http://www.legeforeningen.no)), som tar mål av seg til å oppsummere konsensus på sentrale faglige områder. Der kan en hente ut mye kunnskap, også generelt om psykososiale forhold. Kanskje er det en tanke å be foreningen lage en veiledning for helsekontroller som forebyggende redskap mot psykososiale helseskader?

#### Litteratur

1. Natvig H, Thiis-Evensen E. Arbeidsmiljø og helse. Yrkeshygienens og bedriftshelsetjenestens frembrudd og utvikling i Norge. Norsk bedriftshelsetjeneste. 2. utg 1989:86-87
2. Siem H. Masseundersøkelser og helsekontroller. Rapport nr 2-1979. Institutt for almenmedisin, Universitetet i Oslo, NAVFs gruppe for helsetjenesteforskning.
3. Getz L, Sigurdsson JA, Hetlevik I. Is opportunistic disease prevention in the consultation ethically justifiable? BMJ 2003; 327:498-500.



## Hiv og hoi!? – minner fra pionerfasen i hiv-arbeidet i Vest-Agder

*William R. Glad, Lege og billedkunstner, Kristiansand*

Toril Hagerup-Jenssen kom inn i mitt liv på et for meg turbulent tidspunkt. Jeg var i ferd med å avslutte et langvarig forhold, og noen og enhver kjenner vel til hvor sløret minnet kan være under slike omstendigheter. Det jeg sikter til var et drøyt seksårig forhold til det medisinske fakultet ved universitetet i Hamburg. Eksamensforberedelsene var i gang. Vi sprengleste og dukket ned i den medisinske verden som vi vel aldri hadde gjort (verken før eller siden?). Det ble lite tid til medstudenter som enda hadde et hav av tid til eksamen. Besøkene på våre vin- eller ølstuer opphørte, og det sosiale liv led en kvelende død.

Det var på dette tidspunkt hun dukket opp, Toril. Selv om vår tid sammen den gang ble kort, sitter jeg tilbake med et klart bilde av den friske, rødhårete vinden som kom feiende inn i det norske studentmiljøet i Hamburg. Hun var annerledes enn de andre kvinnelige studentene. Med fare for å bli kalt for mannssjåvinist vil jeg si det slik: I tillegg til sin uttalte kvinnelighet var hun velsignet fri for nykker. Hun hadde noe veldig realt og rett-fram ved seg. Det var åpenbart at det hun sa, mente hun. Dette gikk selvfølgelig rett hjem hos gutta! Medstudenter har i ettertid dvelt nettopp ved dette. At de alltid visste hvor de hadde henne. Og ikke minst, at hun var en person du kunne være forrykende uenig med, - uten at det ble noen personlig motsetning ut av det. Hennes selvironi og smittende latter var et kjennetegn. I tillegg behersket hun kunsten å lytte. Hun ble et naturlig midtpunkt. For øvrig viser jeg til Tor Nilsens bidrag om hine harde Tyskland-dager i dette utmerkede skrift.

Mange år senere krysset våre veier igjen. Ett av disse veikryssene var mer spesielt enn andre, nemlig da en ukjent epidemi

også nådde Norge. I dag - 20 år senere - er det nesten vanskelig å forestille seg hvor dramatisk tilsynekomsten av hiv-/aids-problematikken var. Hele vårt samfunn ble rasket ut av sin trygge forestilling om at det fantes en kur mot alt. Plutselig stod man overfor en sykdom som man (den gang) ikke kjente årsaken til, og for hvilken det ikke fantes noen kur. Selv om de norske tilfellene var få, dukket de opp i rask rekkefølge. På grunnlag av dette og alarmerende høye tall fra utlandet, ble det laget prognoser som så ut til å gå rett til vær. Statistikk kan være så mangt. I ettertid må vi koste på oss den erkjennelse at kurven (for Norges del) ikke gikk helt ut i universet. Men det var overhodet ingen tvil om epidemiens alvor og dramatik.

I 1986 ble "Fylkeslegens ressursgruppe mot hiv/aids" etablert i Vest-Agder med undertegnede som leder. Gruppen var bredt sammensatt av de fremste eksperter på sine respektive felter, - både fra det medisinske miljø og fra andre områder. Toril var medlem av gruppen helt fra starten av. Hun var på det tidspunkt kommunelege i Kristiansand med ansvar blant annet for helsearbeid blant innvandrere. Det var et nytt arbeidsfelt her i landet, og hun hadde få fotspor å følge. Hennes innsats her forsvaret betegnelsen pionerarbeid. Et annet av hennes ansvarsområder var arbeidet mot smittsomme sykdommer. Her var hun blant annet medisinsk ansvarlig for det nystartede hiv-kontoret i Kristiansand.

Jeg husker henne fra arbeidet i ressursgruppen som faglig dyktig, alltid oppdatert, lyttende og saklig. Og med sitt usvikelige gode humør, selv i ganske tunge stunder! Hun skulle få bruke hele sitt rike spekter av egenskaper i mange situasjoner. Særlig gjaldt dette en helt spesiell historie.

I februar 1988 hadde tabloidpressen førstesideoppslag med krigsoverskrifter: En lærer ved en barneskole i Mandal var hiv-smittet. I de påfølgende uker var Mandal Norges sentrum. La det være sagt med en gang: skolesjef, rektor, lærerne og mange foreldre møtte utfordringen på en imponerende måte. Midt i stormkastene slo de på en enestående måte ring om læreren som hadde stått åpent fram.

Imidlertid var den første tiden helt dominert av de redde og skremte foreldrene. Disse ble selvsagt gjenstand for særlig interesse fra media, som kastet seg over deres redsel og angst med glupende appetitt.

Ressursgruppen stod sentralt i saken. Vi hadde full forståelse for disse foreldrenes reaksjoner. Å nå fram med saklig informasjon og rasjonelle argumenter viste seg imidlertid å være særdeles vanskelig. At det var slik, skyldes ikke minst at deler av helsevesenet både lokalt og sentralt pustet til ilden. Vi måtte med andre ord kjempe på to fronter for å avvise kravet om lærerens avgang.

Tirsdag 9. februar 1988 var selve D-dagen. På skolen ventet skoleledelse, lærere og foreldre til over 100 elever. På vei til Mandal hadde jeg følge med Toril. Vi hadde da i over to år drevet en intens opplysningskampanje i fylket. Og nå hadde vi en følelse av at intet var nådd ut. Var det nødvendig med dette møtet? ”Jeg føler at vi er som plaprende papegøyer som sier det samme igjen og igjen!” kom det plutselig fra Toril. Jeg delte følelsen, men vi ble raskt enige om at her må vi være misjonærer, som uavlatelig gjentar det de er overbevist om. Uavlatelig! Vi måtte vinne folk for det vi visste. Vi visste allerede da ganske mye om viruset og dets liv. Og vi var hellig overbeviste om at en

lærer ikke behøvde å forlate sitt yrke av den grunn.

Denne kvelden kunne fylt en hel bok. Det var noen fortattede timer hvor vi møtte det redde mennesket som ikke klarte å håndtere sin redsel, men også det redde mennesket som trosset sin redsel og stod opp som en mur av medmenneskelighet og verdighet rundt en som lå nede.

Jeg holdt hovedforedraget. Jeg følte vi stod i en enormt viktig kamp for rasjonalitet og menneskeverd. Jeg la fram budskapet med all den iver og glød jeg eide. Men min iver og glød viste seg å være en anelse i overkant av det mange var i stand til å ta imot i denne situasjonen. Noen foreldre ble enda mer provosert enn de var før møtet, noen ble ganske enkelt aggressive. Da var det godt å ha Toril! Da vinden nådde storms styrke, stod hun stødig som en påle i den følgende diskusjon og i klassemøtene etterpå. Hun delte av sine kunnskaper på en lyttende måte, med en ro og stille entusiasme som gjorde inntrykk.

Jeg vil ikke påstå at vi reiste fra Mandal i helt stille sjø, men så avgjort med løyende vindstyrke. Vi visste på forhånd at denne kvelden ville være en viktig milepæl i hiv-/aids-arbeidet, ikke bare i vårt fylke. I ettertid kan jeg - for å holde meg til den maritime tittel - si at kvelden representerte en avgjørende vakt i en vanskelig og stormfull seilas. Marginene var små. Det var godt å ikke være alene på broa den kvelden. At skuta seilte inn i smulere farvann skyldtes uten tvil Torils tilstedeværelse og innsats. Den kan ikke vurderes høyt nok!

Seksti år? Ingen alder for en dame av dette kaliber! Hun har fortsatt mange glitrende seilaser foran seg! Hva annet kan jeg si en ”Hiv og hoj!” ?

## Venter på mor?! - oppvekst som barn av doktordama

*Ingeborg Hagerup-Jenssen, rådgiver i Sosial- og helsedirektoratet*

Undertegnede har sammen med lillesøster (Toril Hagerup-Jenssens yngste datter Maria) prøvd å tenke gjennom hvordan det egentlig var å vokse opp med en mor som etter diverse opptredener i avis og radio etter hvert fikk status som lokalkjendis (i alle fall var det slik vi oppfattet det!), og hva vi husker best fra hennes tid som lege og småbarnsmor. Traumatiske minner om venting på en "Tårnfrid-mor" som aldri kom hjem, har vi - tross intense forsøk for anledningen - ikke klart å fremkalle.

Bedriftslegetiden på Hunsfos husker ikke vi så mye av. Det er blitt fortalt at jeg som veldig liten begynte å "snakke venndøl" som følge av samværet med dagmamma nær mammas jobb. Heldigvis kom mine foreldre på bedre tanker, og skaffet barnehageplass i det mer siviliserte Vågsbygd. Ulempen med barnehagen var lang avstand fra Vennesla, og jeg har et vagt minne om en gang vi (undertegnede og lillebror) ble sendt hjem i drosje fordi ingen kom og hentet oss ---. Men vi syntes det bare var kjempegøy å få kjøre Mercedes-drosje!

Noen av pasientene fra Vennesla-tiden holdt kontakt i *mange* år. Vi husker spesielt én som ringte regelmessig - til alle døgnets tider - for å fortelle hvor flink han var til å gi blod. Det var pappa som til slutt måtte gi ham klar beskjed, og oppringningene tok slutt en gang etter at gullmerket i blodgiving var oppnådd.

Tidsklemma var ikke noe innarbeidet begrep på den tiden, men litt travelt var det nok å være yrkesaktiv med tre barn og en ektemann som reiste en del med jobben. Mens vi var små - jeg husker ikke helt hvor lenge det varte - var Toril hjemmeværende én dag i uken. Disse fridagene var alltid morsomme. Om mamma var stresset eller

hadde mye å gjøre på jobb, var det aldri synlig for oss. Da koste vi oss; bakte, dro i Dyreparken eller på dukketeater. Moderne tidsklemte foreldre har noe å lære!

Karrieren til Toril ble ganske raskt penset inn på jobb som skrivebordslege, men noen grunnleggende doktorferdigheter satt heldigvis igjen. De kom til nytte når uhellet var ute for to- eller firbente familiemedlemmer; som for eksempel da lillebror Henrik hogde seg i kneet mens han lekte tømmerhogger i skogen nedenfor huset. Hylene kom først da blodet begynte å trenge gjennom buksestoffet. Da bar det rett opp til mamma, som tok fram nål og tråd og sydde tre - fire sting mens Henrik lå på benken og hylte som en gris. Også den ene hunden fikk glede av mammas syferdigheter, da en av naboene ikke klarte å holde schæferen sin under kontroll.

Ellers har Toril praktisert et fornuftig prinsipp om ikke å være behandler for sine egne, og å ha en restriktiv forskrivningspolitikk overfor familie og venner. Piller var det lite av hjemme da vi var små. Toril drev ingen form for skremselspropaganda mot medisiner, men det var liksom bare ikke aktuelt. Som student på NTH på andre året måtte det mye overtalelse fra flere venninner til før jeg gikk med på å kjøpe en pakke Paracet (og spise av den!) da influensaen kom snikende dagen før siste juleeksamen.

Vi var en frisk familie, og det skulle være noe *ordentlig* før man fikk medynk eller lov til å bli hjemme fra skolen. Fucidin-salve og lapisstift er det eneste vi kan huske å ha fått eller brukt. En dag oppdaget Toril at lapisstiften også hadde blitt utprøvd på en brystvorte (hvorfor ikke der når på andre vorter?). Da ble hun litt blek og ringte sin doktor-far, som kunne

berolige. Resultatet ble at Toril tok kontroll over lapolisstiften, utprøvingen måtte avsluttes, - og ingen skade hadde skjedd.

Om familievennlig jobb som skrivebordsdoktor for mange kan synes kjedelig og byråkratisk, har mammas kreativitet og festlige påfunn utfoldet seg på hjemmebane. Å bli kirurg var vel aldri aktuelt, men trang til å bruke nål og tråd hadde hun tydeligvis. Familiebilder fra 1970-tallet viser oss alle i diverse lekke, hjemmesydde kreasjoner. Produksjonen av klær var ganske stor fram til 1980-tallet, men dabbet naturlig av da vi ble "fjortiser". I senere år har den igjen tatt seg opp. Nå syr hun mest til seg selv, og klærne er jo faktisk riktig fine! Strikkepinnene klirrer dessuten jevnt og trutt, til glede også for sviger- og barnebarn. Det går imponerende fort. Og da tåler vi at plaggene må gås over for å feste og klippe litt løse tråder etter at Toril selv anser produktet for avsluttet!

Vi har fått med oss Torils store glede over å lage mat og stelle i stand til store selskaper. Også dette skjer uhyre organisert og effektivt. Vi vokste opp med hjemmelaget brød (hun husket *nesten* alltid å ha i salt). Fryseren var full av boller som kunne tines når som helst, tas med på tur i skogen eller bare ut i hagen. Ekstra fritt fram for å forsyne seg med så mange boller man ville så ofte man bare ønsket, var det den gangen fryseren var fylt med en

uendelig stor porsjon rosinboller bakt med *grovt* mel. Toril hadde satt i gang med baking sent på kvelden, og først langt ute i prosessen oppdaget at det var tomt for hvetemel i huset.

Da det hiv-forebyggende arbeidet tok av på begynnelsen av 1990-tallet, ble Toril for alvor "kjendis". Som tenåring var det ikke veldig festlig å se mamma avbildet i avisen i ferd med å tre kondom på en banan. Enda mer pinlig ble det da hun kom hjem med helsesøster-koffert og ville vise oss både det ene og det andre --. Lillesøster visste likevel å utnytte dette til sin fordel da hun gikk på gymnaset. Hun skrev særoppgave om hiv/aids, fikk all underlagsdokumentasjon hun trengte nesten uten å løfte en finger, og bakpå den sponsede russebilen lyste et smilende kondom.

Mamma har uten tvil vært engasjert i jobben sin og formidlet det videre til oss. Det er neppe tilfeldig at alle tre barna ser ut til å havne i samme sektor; eldstedatter har som sivilingeniør endt opp i Sosial- og helsedirektoratet, sønnen har slått seg på sykepleien; og yngstedatter som (forhåpentligvis ikke så mye lengre) er arbeidsledig cand. scient, søker jobber innenfor helserelaterte etater.

Så hvordan har det *egentlig* vært å ha en doktordame som mor? Veldig bra! Vi ville ikke prøvd noe annet!

## ”Fylkeslegekontoret” - ein assortert samfunnsmedisinsk landhandel

*Kristian Hagestad, fylkeslege i Vest-Agder*

Etter 13 år i embetet synest eg framleis det er like vanskeleg å svare kjapt og klart på spørsmålet ”Kva driv egentleg fylkeslegen med ?” I blant ønskjer eg nesten at yrkesvalet heller hadde endt med gynekologi eller psykiatri. Da hadde det vore langt enklare å forklare innhaldet i jobben, - om noen i det heile hadde funne på å spørje.

Skal ein forstå samtida og tenke klokt om framtida, bør ein kjenne fortida. Det gjeld også for den som tar mål av seg til å seie noe vettigt om fylkeslegen. Før vi går vidare, tar vi oss derfor tid til eit lite historisk tilbakeblikk. Fylkeslegerolla har i meir enn hundre år vore i stadig utvikling, i pakt med endringar i samfunnsliv, offentleg forvaltning og helselovgivning (1).

Fylkeslege-omgrepet går tilbake til 1891, da vi fekk ein lov om ”sinnsyge”. Etter den skulle ein ”*amtslæge*” ha ansvar for dei sinnsjuka. Den første amtslegen i Lister og Mandal (seinare Vest-Agder) var Thorvald Kraft. Han hadde vervet som bijobb til stilling som sanitetslege.

I 1912 kom loven om ”offentlig lægevesen”. Etter den skulle ein av distrikts- eller stadslegane utpeikast som amtslege, og vere den næraste føresette for andre offentlege legar. Heilt fram til etterkrigstida blei fylkeslegeoppgåva utøvd på deltid. I 1953 blei distriktslegen i Oddernes, Knut Litlere, fylkeslege i full stilling, etter å ha hatt vervet som bijobb sia 1945. Fylkeslegen blei etter kvart tillagt ei rekke nye oppgåver; som rådgivar for fylkesmannen, fylkestinget, sjukehusutvalet i fylket og folketrygda sitt fylkessekretariat. Han fekk oppgåver knytta til helsemessig beredskap, vaksinasjon og andre forebyggjande tiltak.

I Karl Evangs tid som helsedirektør var fylkeslegen knutepunktet i ein sterk,

sentralstyrt helsefagleg og administrativ akse frå Helsedirektoratet til dei offentlege legane i byar og landdistrikt. Da kommunehelsetenesteloven blei sett i kraft i 1984, blei stads- og distriktslegane kommunale tenestemenn, og mista den administrative tilknyttinga til fylkeslegen. Lov om offentlig legevesen blei oppheva. Fylkeslege-funksjonen blei forankra i ein ny lov om ”statlig tilsyn med helse-tjenesten”, som Helsedirektøren sin forlenga arm på fylkesnivå.

Sia 1980-talet blei det satsa bevisst på å utvikle fylkeslegekontoret til eit tverrfagleg organ med høg helsefagleg og -juridisk kompetanse; i Vest-Agder med legar, sjukepleiarar, sosionomar, jurist, ingeniør og merkantilt personell.

Frå 2003 er fylkeslegeembetet del av fylkesmannsorganisasjonen, men i tilsynsaker opptrer det som Helsetilsynet i fylket, direkte tilknytta Statens helsetilsyn, og ikkje underlagt fylkesmannens instruksjon.

Oppgåvene til Helsetilsynet i fylket og Helseavdelinga hos fylkesmannen kan i dag delast inn i tre hovudgrupper:

- Tilsyn og klagebehandling
- Rådgivning og pådriving
- Forvaltningsoppgåver.

Helsetilsynet i fylket skal etter tilsynsloven føre *tilsyn* med alt helsepersonell og alt helsevesen. Tilsynet omfattar både offentlege og private tenester; og på offentlig side både kommunale, fylkeskommunale og statlege tilbod. Etter sjukehusreformen skjer tilsynet med spesialisthelsetenesta utover og på tvers av fylkesgrensene innan helseregionen. Helsetilsynet skal sjå til at helsetenesta arbeider i samsvar med lover, forskrifter og god fagleg praksis.

Tilsynet skjer dels som planlagt tilsynsbesøk til utvalte verksemder. Dels foregår det gjennom behandling av saker baserte på enkelthendingar; etter klage frå pasient eller pårørende, oppslag i massemedia, eller mottak av annan informasjon. Nært knytta til tilsynsverksemda er behandling av klager etter pasientrettighetsloven m.v. Ved uforsvarlege tilhøve i helsetenesta, kan Helsetilsynet sentralt gi pålegg om retting. I alvorlege tilfelle av svikt hos helsepersonell kan Statens helsetilsyn gi formell reaksjon; advarsel, tap av autorisasjon eller spesialistgodkjenning, eller tap av rett til å forskrive visse legemiddel.

I tilsynsverksemda inngår også det som loven litt vidløftig kaller overordna fagleg tilsyn; å halde løpande oversikt over situasjonen og utviklingstrekk i helsetenesta og helsetilstanden i fylket. Delar av slik informasjon blir presentert i den årlege medisinalmeldinga.

*Rådgiving* skjer i form av telefonkontakt, skriv, informasjonsblad og møteverksemd. Målgruppene er mange; helsepersonell, politikarar, offentleg administrasjon og (ikkje minst) massemedia. Nært knytta til rådgiving er oppfølgjingsansvar for nasjonale satsingsområde. Eksempel frå dei siste åra er Handlingsplanen for eldreomsorgen, Opptrappingsplanen for psykisk helse, Rekrutteringsplanen for helse- og sosialpersonell, Nasjonal kreftplan (med vekt på mosjon, kosthald og røykfritt samfunn), samt Kvalitetsutvikling i helsetenesta.

*Forvaltningsoppgåvene* spenner over eit vidt spekter, frå skattesporsmål til fordeling av statlege middel til velferds-tiltak for funksjonshemma. Den oppgåva som tar mest tid, er førarkortsakene, der fylkeslegen mellom anna skal avgjere om personar som ikkje fyller helsekrava for førarkort, kan få dispensasjon.

Toril Hagerup-Jenssen kom inn som ein frisk og fargerik pust hos Fylkeslegen i

Vest-Agder ein vintertung februar dag i 1991. Ho blei raskt ein krumtapp innan store delar av den assorterte samfunnsmedisinske verksemda ved kontoret. Etter vidareutdanning i Göteborg fylte ho også krava for formell godkjenning som spesialist i samfunnsmedisin.

*Er Toril inne?* lyder det ofte i korridoren. - Grunnen kan vere ein klage over vedtak om tvangsmedisinering på psykiatrisk avdeling, som bør behandlast innan i morgon kl 12. - Det kan vere telefon frå ein stoffmisbrukar som er misnøgd med legen sin. - Stundom er det tvert om eit apotek som reagerer på forskrivinga av vanedannande legemiddel frå lege NN. - Kanskje har ei kvinne uanmeldt komme til kontoret fordi ho *må* snakke med oss om noe, - og dette "noe" viser seg å vere ein innfløkt sosialmedisinsk problematikk som "systemet ute" ikkje har fått heilskapleg grep på. - I blant er det Pasientombodet som treng eit raskt råd. - Eller det er forespørsel om å halde foredrag om helseskader etter seksuelle overgrep? - Eller rett og slett at måndagsmøtet på avdelinga skulle starta for tre minutt sia? - -- *Ho skulle vere her!*, blir det svart. Og kort etter *kjem* ho faktisk feiande bort korridoren: *Eg måtte bare innom Samfunnsavdelinga*, lyder det i forbifarten før ho tar fatt på neste utfordring.

Psykiatrien står sentralt blant Torils mange og mangfoldige hjertebar. På det feltet bankar hennas varme hjerte ekstra kraftig. Med fagleg innsikt, engasjement og utradisjonell tenking handterer ho arven frå amtslæge Kraft, med å sjå til at samfunnet gir dei "sinnsyge" det tilbodet som dei treng, har krav på og fortener.

#### Litteratur:

1. Hagestad K. Fylkeslegen – frå omsorg med sinnsjuka til tilsyn med helsetenester. I Klev Å F. Mandal sykehus 1877-2002. Mandal, Mandal sykehus: 2002.

## **Å fungere eller ikke fungere, det er spørsmålet – om livet som assisterende fylkeslege med stedfortrederfunksjon**

*Berit Fevang, assisterende fylkeslege ved Fylkesmannen / Helsetilsynet i Rogaland*

Det er en kjent sak at stillinger som assisterende fylkeslege ikke har vært blant de mest ettertraktede jobbene på det norske legemarkedet. Erfaringsmessig har det vist seg vanskelig både å rekruttere og å beholde leger i slike stillinger over tid.

Toril Hagerup-Jenssen kom inn i etaten som et friskt pust på begynnelsen av 1990-tallet. Jeg husker henne som en engasjert og dyktig deltaker på diverse "hiv/aids-møter" arrangert av Helsedirektoratet som ledd i opplysnings- og forebyggingskampanjer. Hun representerte et fargerikt, morsomt og feminint innslag i en ellers grå og byråkratisk verden, bestående av middelaldrende og til dels temmelig eldre menn.

Det er gått snart 15 år siden hennes debut, og mange spådde nok den gang at en person som Toril ikke ville passe inn i den byråkratiske verden. Enten ville hun komme til å slutte, eller så ville hun bli avfarget, grå og trist etter å ha jobbet der noen år. Heldigvis har ingen av disse dystre spådommene gått i oppfyllelse. Toril er et levende bevis på at det motsatte har vært mulig. Hun er den samme engasjerte, sprudlende og festlige personen i dag. Hun har til de grader vist at det går an å være såkalt byråkrat over mange år, og like fullt beholde sin frodighet og fargerikdom.

Så til spørsmålet i overskriften, - å fungere eller ikke fungere som assisterende fylkeslege med stedfortrederfunksjon. Selvsagt finnes det ikke noe enkelt svar på et slikt spørsmål, men jeg for min del tror det er helt avgjørende at stillingen oppleves interessant og utfordrende. Dernest må en bli tildelt ansvar, bli gitt mulighet til å utnytte sine evner og få

utfolde seg på flere plan. Da er en avhengig av å ha en sjef som gir rom for dette, viser tillit og gir støtte; - og det må foreligge en god kjemi mellom sjefen og stedfortrederen.

Faglig dyktighet og kunnskap må ligge i bunnen. Det nytter ikke å fungere som stedfortreder for fylkeslegen uten å ha opparbeidet respekt hos sine arbeidskolleger innad på kontoret og hos sine samarbeidspartnere i de mange relasjoner et "fylkeslegekontor" må ha, hvis en ikke har den faglige tyngde og ekspertise som forventes i rollen.

Videre vil jeg understreke betydningen av allmennmenneskelige dyder og egenskaper, som bør tilstrebes i de fleste yrker og stillinger, men som kan være ekstra viktige i denne posisjonen: Lojalitet, engasjement, empati, pålitelighet, kreativitet, innsatsvilje, mot, nysgjerrighet, evne til å lytte, respekt for det enkelte mennesket, tro på å kunne lykkes med det en arbeider med, sosialt vesen med evne til å skape kontaktnett, oppmuntring av sine medarbeidere, rikelig med humoristisk sans ----.

Ja, slik kunne jeg fortsette å ramse opp gode egenskaper, de fleste bygget på de greske filosofers dyder fra antikken, som er like gyldige i dag. Det kan høres overveldende og urealistisk ut, men faktum er at skal en lykkes og trives over tid i stillingen som assisterende fylkeslege med stedfortrederfunksjon, bør i det minste noen av de ovenfor nevnte egenskaper foreligge. Toril er så heldig at hun besitter dem alle!

Jeg er stolt av å ha Toril som kollega. Jeg tillater meg selv å "sole" meg i hennes

nærvær. Hun er en flott representant for standen og et godt eksempel for våre kvinnelige etterfølgere. Nettopp slike som henne har etaten bruk for, hvis den skal ivareta sin funksjon, og vi enkeltvis skal klare å "overleve" som assisterende fylkesleger i fremtiden.

Jeg vil avslutte med et lite dikt av Åse-Marie Nesse fra hennes lille samling "Vinterhuset", som jeg er så glad i, og som handler om hennes mor (1).

### *Årgangar*

Vi blir den vi er  
med åra  
berre enda meir en før

vi blir skarpere i kanten  
eller rundare, mildare  
noen blir som fiin gammal vin  
andre minner mest om malurt  
alt etter jordsmonn og temperatur  
eventuelt tidlege frostskafer

mor, du er mjølk og honning  
ein rest av den opphavlege uskyld  
i skaparverket  
sjølv nå  
når alle daglege demningar er borte  
fløymer dine kjelder utan grums.

### Litteratur:

1. Nesse Å-M. Vinterhuset. Oslo: Det norske samlaget, 1986.

## **Tvang eller ikke tvang? – etiske og praktiske dilemmaer i psykiatrisk hverdag**

*Magne Tauler, overlege ved Sørlandet Sykehus HF Kristiansand*

På vår sikkerhetspost har vi nedfelt skriftlig noen linjer om vår oppfatning av ansvar:

- *Alle mennesker har: Ansvar for eget liv og egne handlinger. Ansvar for å planlegge og å utføre handlinger for å bedre egen situasjon. Ansvar for å velge. Ansvar for andre. Vi lever i et fellesskap, hvor mine handlinger og valg påvirker andre. Ansvar for fellesskapet.*
- *Ansvar er et vidt begrep som innbefatter enkeltindividet og menneskene rundt. For å trygge individet og samfunnet hender det at vi foretar ansvarsovertakelse.*
- *Ansvarsovertakelse gjøres når individet selv ikke er i stand til å*

*ivareta egen eller andres sikkerhet, når det er fare for at individet blamerer seg, eller når individet ikke evner å se konsekvensene av sine valg. Vi kan overta funksjoner helt eller delvis.*

Når vi jobber med pasienter i psykiatrien, har vi en del dilemmaer. Vi skal følge lover og forskrifter. Vi skal vise respekt og ærbødighet overfor pasientene. Vi skal gi god pleie, omsorg og behandling. Vi skal sette nødvendige grenser for å verne den enkelte pasient og ansatte. Og vi skal sikre at den enkelte ikke lider overlast, at vi ikke forlenger lidelsen eller skader pasienten ved de tiltak som settes i verk.



Vi skal følge opp våre observasjoner og erfaringer rundt hver enkelt pasient gjennom dialog og samtale. I en slik samtale er pasienten og vi som ansatte i to ulike maktposisjoner, spesielt når vedkommende er tvangsinnlagt på en psykiatrisk sengepost.

Når pasienten er tvangsinnlagt, kan vi bestemme om han/hun skal få utgang, hvor lenge utgangen skal skje, om det skal være med eller uten følge, hvor det skal skje, om permisjoner kan innvilges, om besøk får finne sted; - vi kan kort sagt gjøre vedtak om ulike begrensninger i forhold til omverden. Dette er tiltak som for vanlige mennesker er svært inngripende, og de fleste tvangsinnlagte pasienter føler da også at friheten er fratatt dem. De opplever å være sidestilt med dem som er i fengsel eller varetekt.

Vi som jobber i psykiatrien, skal grunnleggende overfor den enkelte pasient hvorfor vi gjør som vi gjør. Dette skjer gjennom samtale med pasienten. Noen kan se og forstå hvorfor særlige tiltak er satt i gang. De som er tvangsinnlagt og mest syke, forstår mange ganger ikke det vi samtaler om. De kan oppleve at vi ønsker å ta livet av dem, at vi forfølger dem, at vi står i kontakt med en tredje makt som vil skade dem, eller at vi egentlig prøver å ødelegge dem for resten av livet. I våre øyne innebærer det at de er sterkt preget av sin psykose. Samtalen dreier seg fra vårt synspunkt om å skape en felles plattform for de tiltak vi iverksetter, mens pasienten kan oppleve dette som et diktat de må forsvare seg mot.

I dialogen med pasienter som er tvangsinnlagt bestreber vi oss på å være tydelige og klare, samtidig som vi er åpne for at det vi beskriver kan være feil. Hos noen pasienter kan dette ende opp i munnhuggeri, hvor de sier at våre utsagn er løgn og bedrag, at det aldri har hendt, selv om det er nedskrevet i rapporter. Andre pasienter som er innlagt på tvang, kan akseptere deler av vårt utgangspunkt for

dialog, men avviser andre elementer av det vi sier.

I den grad det finnes muligheter for det, prøver vi å forhandle og retter opp feil pasienter mener vi gjør i våre bedømminger. På den måten kan vi noen ganger ende opp med for stor frihet, som kan resultere i nye, uønskede hendelser med negative konsekvenser for pasient eller andre. Vi strekker oss så langt vi kan. Gjennom prøving og feiling vil det kunne skje mer positiv utvikling enn vi hadde trodd, mens det andre ganger er slik at forløpet videre blir mer negativt enn vi hadde ventet. Å finne den gyldne middelvei er ikke lett, selv om vi også snakker med pårørende eller andre som kjenner pasienten godt.

Når spørsmålet er hvor vidt vi skal tvangsmedisinere eller ikke, skjer mye av vår tilnærming til situasjonen slik som det ovenfor er skissert. Vi må også se på tidligere erfaringer med pasienten, vi må vurdere vedkommendes evne til å ta inn de tilbakemeldinger som kommer fra oss og andre, og vi må forhandle så langt vi kan for å unngå tvangsmedisinering. Vi er pålagt ved lov å prøve frivillighet først. Dersom vi opplever at situasjonen ikke blir bedre med hensyn til psykisk tilstand, og vi ikke når frem til pasienten, kan vi øke trykket på pasienten. Vi kan snakke enda mer tydelig og høyt; vi kan halvt om halvt si at dersom han eller hun ikke snart tar medisiner, er overlegen nødt til å gjøre vedtak om tvangsmedisinering. Dette innebærer et nytt dilemma. Skal vi heller kort og godt gjøre vedtaket uten være så tydelige og "true med vedtak", eller skal vi tvert om prøve å bearbeide pasienten over enda lengre tid?

Skal vi bare vente til pasienten selv finner ut av det, eller skal vi avvente en ytterligere forverring, som kanskje først kommer om flere uker? Hvor mye hensyn skal vi ta til personalets arbeidssituasjon - at pasienten kan slå, sparke og bite - når vi

bestemmer oss for hvor raskt vi skal gjøre vedtak? Skal vi gjøre vedtak så fort som mulig for å bruke ressursene på sykehuset maksimalt effektivt? Skal vi overlate fastsetting av tidspunktet for eventuelle vedtak til pårørendes vurdering av når det er riktig? Her er det mange dilemmaer som er nevnt, og enda flere som ikke er nevnt.

Slik sykehuset oppfatter det, har tvangsinnlagte pasienter ofte betydelige plager med angst, depressivitet, vrangforestillinger og/eller hallusinasjoner. Deres virkelighetsbilde er blandet opp med ting som kommer innenfra dem selv, og som ofte gjør selve situasjonen enda mer plagsom. Det at vi venter lenge med eventuelt vedtak om tvangsmedisinering, kan gjøre situasjonen ytterligere plagsom. Samtidig vet vi at mange som har vært i en slik tilstand, etterpå opplever det som et onde at vi iverksatte tvangsvedtak, og at dette kan etterlate psykiske sår. På andre siden vet vi også at tvangsmedisinering kan gi håp hos svært syke pasienter, hvor de psykotiske forestillingene har tatt over store deler av deres virkelighetsforestilling. Mange har vonde opplevelser, som er psykotisk begrunnet og som gjør at de

Vedtak om tvangsmedisinering gjøres etter lover og forskrifter, som jeg innledningsvis så vidt var innom. Blant annet skal pasienten være innlagt etter § 3-1 i Lov om psykisk helsevern, det vil si at det skal foreligge en alvorlig sinnslidelse. Dessuten skal tilleggsriterier være oppfylt; at pasienten blir vesentlig bedre eller unngår klar forverring av sin sykdom. Når et slikt vedtak gjøres, skjer dette i skriftlig form, og pasienten kan påklage det til fylkeslegen.

Den som oftest kommer fra fylkeslegen i Vest-Agder i slike tilfeller, er assisterende fylkeslege Toril Hagerup-Jenssen. Hun kjenner sykehuset, legene og primærhelsetjenesten godt. Hun kommer innen to til tre dager etter at klagen er skrevet, til den posten hvor pasienten

isolerer seg, kjenner seg truet på livet og er svært redde. Gjennom tvangsmedisinering dempes disse forestillingene, og lidelsen blir mindre plagsom.

Pårørende synes ofte det er riktig å gjennomføre tvangsmedisinering når psykosen råder som verst, men noen kan være tvilende til om dette er mindre plagsomt enn å avvente situasjonen. Noen pårørende kan være bestemt på at det er riktig å gjøre vedtak straks, andre mener like bestemt at all tvang er feil. Noen pårørende vil helst ikke ha noen mening om spørsmålet, da de ikke vil bli beskyldt for at de sto bak eller støttet sykehusets vedtak.

Vi har omtrent 1200 innleggelseser per år i Psykiatrisk Avdeling, Sørlandet Sykehus Kristiansand. Antall innleggelseser etter § 3-1 i Lov om psykisk helsevern i 2003 var 197. Det vil si at andelen tvangsinnleggelseser etter § 3-1 var 16-17%. Antallet vedtak om tvangsmedisinering i 2003 var 81. Det vil si at det ble gjort tvangsmedisineringsvedtak for 41% av dem som var innlagt etter § 3-1.

ligger. Hun ser gjennom journalen med kardex-notater og opplysninger fra innleggende lege. Hun snakker med behandler og personalet som har ansvar for pasienten på posten. Hun går så inn til den aktuelle pasienten for å høre hans/hennes forklaring til klagen over vedtaket. Hun gir seg gjerne god tid. Toril er oftest uformell i kontakten, har godt humør og er interessert i hva som gjøres for den enkelte pasient utover selve vedtaket. Samme dag får sykehuset og pasienten et muntlig svar på klagen. Det skriftlige vedtaket etter klagebehandlingen kommer to til tre dager senere.

I sin avgjørelse skal fylkeslegen avveie de ulike syn som gjøres gjeldende fra sykehuset og pasienten opp mot sine egne vurderinger, inntrykk, betraktninger og lovens tekst. Fylkeslegen møter mange av

de samme dilemmaene som er beskrevet ovenfor, og må ta stilling til disse.

Ulempen med ordningen omkring tvangsmedisinering er at pasienten opplever at det er for få mennesker som er involvert i slike vedtak og i klagebehandlingen; kun én overlege på ett psykiatrisk sykehus og én fylkeslege i det samme fylket. Min drøm er at klageinstansen hadde bestått av minst tre personer, en fra fylkeslegen, en fra Pårørendeforeningen eller Mental helse og en fra primærhelsetjenesten.

Men innenfor gjeldende lovverk gjennomfører ass. fylkeslege Toril Hagerup-Jenssen sin jobb som klageinstans på tvangsmedisineringsvedtak, etter min og mange andres oppfatning, på en storartet måte. Dette er et vanskelig fagområde med mange dilemmaer. Det er ikke lett å være formell, det vil si distansert, og samtidig være uformell ved å vise nærhet, varme og interesse i kontakt med pasienter. Men det klarer Toril, - en voksen dame med et ungdommelig og kreativt sinn!

## **Vår mest forsømte pasientgruppe – rusmisbrukernes møte med helsetjenesten**

*Dagfinn Haarr, ass. kommuneoverlege og fastlege i Kristiansand*

Før jeg går løs på mitt oppgitte emne, vil jeg beskrive mitt første møte med jubilaranten Toril Hagerup-Jenssen. Det utspant seg i april 1992 på et kontor ved den daværende Helseetaten i Kristiansand kommune. Jeg var nyansatt samfunnsmedisiner og fikk anvist et kontor fullt av spennende bøker og permer, samt oppbyggelige videokassetter om AIDS. En smule detektivarbeid gjorde det klart at Toril hadde etterlatt mesteparten da hun forlot sin kommunale jobb ett års tid tidligere. Jeg vet ikke hvor fornøyd hun var da jeg kom til fylkeslegekontoret med materiellet i melkekassen bak på sykkelen (jeg måtte ta flere turer), men det ble et hyggelig møte og begynnelsen på et samarbeid med størst vekt på ivaretaking av de tunge rusmisbrukerne.

Toril gjorde et betydelig sosialmedisinsk arbeid ved Helseetaten på 1980-tallet. Hun hadde et åpent kontor for byens narkomane, og hun var på fornavn med

mange av de tunge misbrukerne. Hun så hvor mangelfullt helsetilbudet til denne pasientgruppen var, og hun forsøkte å bøte på dette innenfor de muligheter hun hadde. Hun tok med seg sitt engasjement da hun skiftet beite til fylkeslegekontoret. Fortsatt oppsøker enkelte narkomane Toril når de føler de stanger hodet mot systemet. Enda viktigere er imidlertid hennes engasjement i de prinsipielle sidene som knytter seg til behandlingen av denne pasientgruppa.

I Kristiansand er det i overkant av et halvt tusen sprøytenarkomane. Miljøet ble etablert allerede på 1970-tallet. Det er i større grad heroindominert enn de fleste andre rusmiljøene utenfor Oslo. Dette gjenspeiler seg også i det store antallet (omkring hundre) ”metadonister” vi til enhver tid har i Kristiansand.

De tunge rusmisbrukerne har dårlig helse. De har en betydelig overdødelighet, ikke bare av overdoser, men av infeksjoner,

lungesykdommer, hjerte-karsykdommer, hepatitt, selvmord, vold og ulykker. Sykeligheten blant de narkomane er også betydelig. Nesten samtlige har alvorlige angrep av tannr te, med elendig ernæringstilstand og dårlig immunforsvar til følge. Et par av mine pasienter har vært døden n r av empyem forårsaket av bakterier som sannsynligvis stammer fra tannr te. Lungefunksjonen er sterkt redusert hos et flertall. Nesten hver uke er narkomane innlagt i sykehus med alvorlig obstruksjon og lungesvikt. Vi har opplevd dødsfall på grunn av dette. Den psykiske helsen skranter også. Når man begynner å lete, finner man både hjerneorganiske lidelser som ADHD, bipolare lidelser, depresjoner og personlighetsforstyrrelser.

Paradokset er at disse til dels alvorlig syke pasientene har problemer med å få hjelp, og problemene er knyttet til alle ledd i helsevesenet. Terskelen for tannbehandling er høy. Allmennleger flest ser med dyp skepsis på denne pasientgruppen. Somatiske avdelinger ved sykehus har en høyst tilfeldig praksis når narkomane er innlagt. Det hender at de nektes medisiner under innleggelsen, selv der det foreligger klar medisinsk indikasjon. Psykiatrien avviser ikke sjelden rusmisbrukere som trenger behandling.

Behandlingen av selve rusproblemet har det siste tiåret vært et anliggende for sosialtjenesten. Ved innføringen av legemiddelassistert rehabilitering på slutten av 1990-tallet, startet helsetjenestens inntog i rusbehandlingen. Fra 1. januar 2004 er rusmisbrukere å regne som pasienter også når de skal i behandling for sitt rusproblem. Det betyr at både pasientrettighetslov, kommunehelsetjenestelov og spesialisthelsetjenestelov gjelder for disse pasientenes rusproblem. Det betyr forhåpentligvis også at man vil legge mer arbeid i diagnostikken av ruspasientene. Rusmisbruk er mer et symptom enn en sykdom, og det kan være svært forskjellige

underliggende årsaker til dette symptomet. En god del av disse underliggende årsakene kan behandles, og dermed vil også behandlingen av selve rusproblemet kunne bli mer målrettet og effektivt.

Det er imidlertid nytteløst å utrede en pasient mens vedkommende ruser seg. Det er nødvendig med avgiftning og stabilisering. Dette vil i de fleste tilfellene måtte skje i institusjon. Ventelistene er lange. Av og til er jeg sjeleglad n r en av mine pasienter havner i fengsel, for da er det mulig å komme til med stabilisering og utredning. Men er det etisk forsvarlig å håpe på at medmennesker blir berøvet sin frihet for at de skal få nødvendig medisinsk oppfølging?

Med de siste lovendringene er alt s re vel i teorien. I det virkelige liv er det er langt igjen til denne pasientgruppen nyter de samme pasientrettighetene som andre kronisk syke. For eksempel er den medikamentelle behandlingen av deres opiatmisbruk monopolisert (1). Dersom en allmennlege i medhold av kommunehelsetjenesteloven og pasientrettighetsloven iverksetter opiatbehandling av en narkoman, løper hun risiko for å bryte helsepersonelloven og miste sin forskrivningsrett. Det er ingen mangel på tilsynssaker mot leger som har forsøkt å gi opiatmisbrukere et helsetilbud. Men når hørte vi om leger som er blitt kritisert for å ikke gi narkomane et helsetilbud i medhold av pasientrettighetsloven? For øyeblikket synes de fleste allmennleger at det er mye mer risikabelt å involvere seg i behandlingen av de tunge narkomane enn å la det være.

Når en narkoman mislykkes i behandling, det være seg et medikamentelt eller et medikamentfritt opplegg, blir han i stor grad overlatt til seg selv. Dette ville vært sett på som uakseptabelt og uetisk hvis det hadde dreid seg om andre pasientgrupper. Vi fortsetter å gi diabetikerne et medisinsk

tilbud selv om de ikke oppnår et perfekt blodsukker!

I dette minefeltet av lover, regler og retningslinjer, har Toril et aldri sviktende blikk for pasientens menneskeverd og behov for nødvendig helse- og sosialhjelp. Gjennom sine råd til behandlere og gjennom flere tilsynssaker, har hun på en elegant måte kombinert sitt menneskelige engasjement med den nødvendige systematikk og formalisme. Dette har bidratt til å flytte noen merkesteiner i behandlingen av de tyngste rusmisbrukerne. Toril har en gang uttalt at *”båten blir til mens vi ror den”*. En slik holdning er forbilledlig innenfor et så dynamisk og dramatisk fagfelt som rusomsorgen er.

### ***Screene eller ikke screene? – fra mammografiprojekt til -program***

*Steinar Østerbø Thoresen, overlege professor dr med ved Kreftregisteret*

Prøveprosjektet med mammografiscreening ble initialt ledet av en styringsgruppe med fylkeslege Liv Aarre som fast og god leder. Dessverre ble hun alvorlig syk og døde. Vi følte et stort savn både menneskelig og faglig, og var spent på hvem departementet ville oppnevne som etterfølger. Navnet Toril Hagerup-Jenssen kom opp, og jeg må innrømme at det sa meg ikke stort på det tidspunkt. Lite visste jeg da et det skulle komme et lite fyrverkeri inn i prosjektet!

Toril gav ærlig nok uttrykk for at hun trengte litt voksenopplæring på det rent faglige feltet. Det fikk hun, og snart etablerte hun seg som en fargerik leder av Styringsgruppen, med en kombinasjon av effektiv, humoristisk og faglig basert

Toril har fortalt at daværende helse- og sosialdirektør Svein Simonsen i Kristiansand takket henne da hun sluttet i sin kommunale stilling, fordi han dermed fikk ansatt meg. Jeg slutter meg til hans takksigelser. Toril har hatt mye større betydning for utviklingen av dette fagfeltet i sin nye stilling enn om hun hadde fortsatt i Kristiansand kommune. Dessuten hadde jo ikke jeg hatt noen jobb, hvis hun hadde blitt værende der!

#### Litteratur:

1. Haarr D. Metadon som behandlingsmonopol. Tidsskr. Nor Lægeforen 2004; 124:311

kommunikasjon. Det å stille de ”gale” spørsmålene til de ”rette” personene ble hennes spesialitet. Hennes styrke var kombinasjon av nysgjerrighet og faglig trygghet innen sitt samfunnsmedisinske engasjement.

Vi bygde videre på mammografiprojektet og gjorde det til et nasjonalt program, som nå er et helsetilbud til alle kvinner i Norge i aldersgruppen 50-69 år. Underveis måtte vi av og til ut i stormen, blant annet i Torils egen landsdel. I slike fighter var hun god å ha, rett fram, ærlig og alltid støttende. Det vil antagelig glede henne at screeningen i Agder-fylkene nå går bra, med svært gode resultater.

Som leder av Styringsgruppen fikk hun også en del faglige utfarter til andre land i Europa. Jeg minnes gode stunder med italiensk mat og drikke i Firenze, det faglige har jeg glemt (og det har kanskje Toril også?. Jeg vet hun syntes denne delen av oppgaven var mer spennende enn å lede et møte i Styringsgruppen, hvor vi kunne oppleve byråkratiet på siste verste. Hennes små og store innfall under reisene minnes vi ennå, og flere av resultatene er fortsatt fysisk til stede på Kreftregisteret.

Nysgjerrig som Toril er, ville hun selv prøve å ta mammografi. Jeg vet ikke om jeg bryter noen taushetsplikt her (i så fall får det tas opp med tilsynsmyndigheten), men det endte opp med positive funn og påfølgende utredning og behandling. Jeg er den dag i dag imponert over hvordan hun

taklet dette. Jeg var så heldig å få besøke Toril og hennes mann hjemme til god mat og lang frokost. Jeg vet også hva hun opplevde i familien senere, noe vi snakket mye om på telefonen.

Toril ble etter hvert nesten en av de ansatte ved screeningavdelingen på Kreftregisteret. Hennes besøk ble ofte et lite høydepunkt for mange av oss som hadde vår arbeidsplass der. Vi hørte tydelig når hun kom, og det ble stille når hun gikk.

Men alt har en slutt. Prosjekt ble program, og Styringsgruppen ble nedlagt. Programmet er nasjonalt, og vi har fortsatt noen kamper å kjempe, men nå uten Toril. Jeg vet hun tenker på oss iblant, og kanskje vil våre faglige veier krysses igjen?

## **Medisinen er et livslangt studium – erfaringer fra kurskomiteen i Vest-Agder legeforening**

*Rein Knoph, Konst. overlege ved Spesialsykehuset for rehabilitering avd. Kristiansand, tidligere allmennlege i Søgne*

Det allmennmedisinske fagfelt og virke har i flere tiår vært i rivende utvikling her i landet. Behovet for etter- og videreutdanning er underveis blitt stadig tydeligere og større. Fra å være en aktivitet for mer interesserte allmennpraktikere, har kursvirksomhet blitt en nødvendig og viktig del av Den norske lægeforenings arbeid. Utviklingen skjøt for alvor fart etter at spesialiteten i allmennmedisin ble innført.

Fra først av var innholdet i videre- og etterutdanningen i stor grad bestemt fra sentralt hold i Legeforeningen. Etter hvert fikk de fylkesvise avdelingene større selvstyre og ansvar. De lokale kurskomiteer kunne fritt og på eget

initiativ arrangere kurs innen begrensede områder med mulighet til fordypning i temaer, til nytte for pasientene i allmennmedisin. Kurskomiteen i Vest-Agder legeforening var av de første som arrangerte kurs for allmennpraktikere i diabetes type II. Programmet inneholdt mange nye tanker, bl.a. at allmennmedisineren skulle kunne ta ansvar for insulinbehandling, som tidligere stort sett var forbeholdt spesialister i indremedisin, og ofte var konsentrert til indremedisinske avdelinger på sykehusene.

Omtrent på denne tiden kom Toril Hagerup-Jenssen inn i kurskomiteens virke. Hun ble med i en tid preget av forandring og ny giv i utviklingen frem

mot dagens norske allmenntilleggsmedisin. Toril markerte seg raskt som et viktig medlem i kurskomiteen. Med sin tydelige, åpne og ofte direkte mening og tanke ble hun en sentral bærebjelke, en å spørre når vi andre sto fast eller manglet ideer. Ganske mye av kurskomiteens konsept ble skapt av komiteen selv, og Torils evne til å konkretisere løse og flagrende forslag viste seg svært nyttig.

Torils bakgrunn fra det offentlige helsevesen, med spesiell erfaring knyttet til forebyggende og samfunnsmedisinske problemstillinger, er det blitt satt særlig pris på. Også tidligere har komiteen hatt medlemmer med samfunnsmedisinsk forankring, men det var særlig etter Torils entre at det ble trygg, faglig forankring og kontinuitet innen dette feltet. Mange av kursene som ble arrangert, fikk et samfunnsmedisinsk preg, men med klar relevans for allmenntilleggsmedisinere.

Toril har hatt viktige innspill på alle komitemøter, tatt ansvar og ledet mange av kursene for en etter hvert ganske så produktiv kurskomitee. Hun har hele tiden visst å kunne bruke det store kontaktnettet hun har, både i det offentlige helsevesen og blant klinikere over hele landet. Resultatet ble interessante kurs med positive tilbakemeldinger gjennom deltagerens kurskritikker.

Kurskomiteen fikk etter hvert ansvar for kursvirksomhet på store tilstelninger og årsmøter, bl.a. i allmenntilleggsmedisin. Det ble mye planleggingsarbeid for omfattende opplegg over flere dager, inntil en ukes varighet. Toril var alltid villig til å ta sin del. På ett av de store kursene - Etikk i allmenntilleggsmedisin – brukte hun sitt kontaktnett mot politikere, filosofer, sentrale personer i Legeforeningen og andre, slik at programmet ble tankevekkende og nyttig.

Jeg har lyst til spesielt å trekke frem ett område Toril i stor grad har vært med på å utvikle.

Vår kurskomitee var av de første som laget seminar om legens eget liv, både det yrkesmessige og det private. Fra å være konsentrert om faget, ville vi gå inn i legens egne problemer; hverdagen, hvordan han eller hun taklet oppgavene og problemene, hvor man hentet ressursene, hvordan energien ble forvaltet. Vi satte fokus på vår egen situasjon, og hva yrkeslivet kostet oss som lege, menneske, medlem i en familie og i samfunnet.

Bakgrunnen var at det i løpet av de siste tiårene var kommet en del kritikk fra pasienter og samfunn mot leger som mest var opptatt av seg selv og egen profesjon, og i liten grad åpne for andres syn. Feilbehandling blir avdekket, pasientombud og advokater ble mer brukt enn før. Mange leger oppfattet dette som en trussel mot seg og sitt; men også mot gamle og hevdbundne prosedyrer, hvor legens ord var det endelige utsagn. Hvordan skulle vi klare denne utfordringen? Hvordan kunne vi klare legegjerningen i en ny tid med nye krav og andre syn på rettigheter og informasjon?

Vi har hatt mange fine diskusjoner i kurskomiteen omkring disse temaer. Toril var alltid med som en stor ressurs i den sammenhengen. Hun ivret for at det var riktig å bruke en del tid på kurs hvor legen fikk anledning til å gå inn i sin egen rolle og møte andre i samme situasjon. Det er mange eksempler på engasjement fra deltakerne under disse kursene. Ved noen anledninger var det vanskelig å avslutte kursdagen, og engasjementet fortsatte gjerne utover kvelden. Enkelte innlegg var ganske følelsesladde. De fortalte en del om mange års tilbakeholdte følelser og om arbeidsformer som etter hvert var blitt til større belastning enn glede.

Det viste seg å være såpass kraft i dette temaet, at det har fått naturlig oppfølging, bl.a. i form av ”lege for lege-kontakten” og tilsvarende omsorgsgrupper. Toril kan være stolt av å ha vært en viktig pådriver for å sette denne prosessen i gang. Kurskomiteens virksomhet i oppstartsfasen var sannsynligvis med på å avdekke behovet og legge grunnlaget for dette betydningsfulle arbeidet. Så ubeskjedne må vi få lov å være!

Gjennom disse glimtene har jeg ønsket å gi et lite innblikk i den første tiden av Torils engasjement i kurskomiteen i Vest-Agder Legeforening. De siste årene har jeg ikke selv vært med i komiteen, men jeg vet den fortsatt er godt ivaretatt gjennom Torils deltagelse. Jeg håper hun vil fortsette der riktig lenge. Kurskomiteen og legene fortjener det!

## **Dei brennande hjarta – kunsten å brenne utan å brenne seg ut**

*Geir Sverre Braut, assisterande direktør, Statens helsetilsyn*

Det er nærliggjande å nytte eit bilete frå fysikken når ein skal skrive om dette emnet. For at noko skal brenne treng vi ikkje berre eit stoff som let seg oksidere. Vi treng også oksygen, tilstrekkeleg varme og gjerne ein eller annan katalysator; - tilhøve som gjer at kjedereaksjonen i brannen kan halde fram. Det handlar altså om eigenskapar ved det som brenn, det som blir tilført til brannen og det miljøet dette skjer i, – og om å tillate dette å skje.

Dette biletet kan vere til hjelp for å sjå noko nærare på den eigenskapen det må seiast å vere for eit menneske å *kunne brenne for noko*. Den som brenn, må ha ein idé, ein visjon, og sjå på ei eller anna sak som viktig, noko som det er verdt å investere tid og krefter i. Den som brenn, må såleis ha ei klår verdiorientering. Det er det mest sjølvsgatte utgangspunktet.

Men ikkje nok med det! Om ein brenn for noko åleine, blir ein fort sliten. Eg er usikker på om omgrepet utbrend eigentleg har noko for seg. Om det likevel har eit

reelt grunnlag, trur eg utbrend må vere det ein blir dersom ein brenn åleine utan støtte eller påfyll, og gjerne berre etter krav frå andre. Det stoffet som brenn berre fordi oksygentilgangen gjer det mogeleg, blir fort til oske. Og om brannen ikkje skjer med nok varme, blir det fort svimerke på treet.

For å brenne på ein fornuftig måte må ein difor få påfyll til seg sjølv og pusterom utanfrå. Muntre tilrop er ikkje nok. Ein må vere i ein gjensidig forpliktande dialog med andre. Rollen ein spelar, må få lov til å vere tydeleg. Ein må få reelle korrektiv og påfyll av både emosjonell og kognitiv art i eit empatisk samspel med dei ein omgir seg med. Dersom dette er til stades, kan ein tillate seg å brenne. Då kan ein også få lov til å sjå seg sjølv og sin eigen plass i det sosiale systemet som ein tilhører. Utan at ein er i stand til å sjå seg sjølv i forhold til andre, blir ein heller ikkje i stand til å identifisere sine egne behov.

Den som ikkje er i stand til å identifisere sine egne behov, kan lett gjere ein av to



alvorlege feil. Anten kan ein stille krav til andre berre av omsyn til seg sjølv og sine egne behov (1). Mange stiller krav til andre ved å vise til at dei arbeider for ei god sak, utan å sjå at det dei eigentleg gjer, er å krevje at andre skal tilfredsstille deira egne behov. Dette høver på sett og vis med det ein før gjerne kalla psykopati. På andre sida kan ein gje så mykje av seg sjølv berre for å grunnge sitt eige livsverd at ein ikkje er i stand til å sjå at det faktisk er ein sjølv som krenkar eins eigen integritet. Begge desse to ytterpunkta kan ein finne psykologiske forklåringar på innanfor sjølvpsykologien (2). Både gjennom å ete opp menneska kring seg og ved å ete opp seg sjølv, sperrar ein for ei fornuftig sjeleleg utvikling. Dette vil verke slitande etter som tida går.

Utan å gå djupare inn på sjelelivet til den som tilsynelatande brenn, kan det vel seiast at det ikkje alltid er like lett å skilje ulike typar ”brennande hjarte” frå kvarande. Eit grovt diagnostisk kriterium mellom den positive gløden og den destruktive ulminga trur eg vi kan finne ved å sjå etter om ein er open eller stengjer for å brenne for noko *saman med andre*.

Typisk for den positive gløden er at ein kan samlast om felles sak. Med evne og vilje til å dele glede og uro ved den prosessen ein er inne i saman med andre, er det all grunn til å tru at ein førebyggjer slitasje på seg sjølv. Det er også grunn til å tru at ein då kan verke styrkjande og ikkje slitande på dei ein arbeider saman med.

I møte med folk som ikkje brenn, er det likevel stundom slik at ein må justere ned sin eigen glød noko dersom ein vil nå fram. Då er poenget at den som brenn, må opne opp for at andre også skal få lov til å gløde, få lov til å vise seg fram. Den som vanlegvis brenn, må då finne seg i dempe blusset på eiga lampe slik at det veike lyset frå gloa som treng oksygen får kome fram. Då blir verkeleg djupe menneskelege eigenskapar sette på prøve. Den som ikkje er i stand til å sjå sitt eige verd, uavhengig

av gjerningar og iver, vil kanskje ikkje makte å trø tilbake medan andre får brenne. Det er ein stor kunst både for klinikaren, leiaren og kollegaen å vere den katalysatoren som gjer at andre lukkast i si utvikling og i sitt arbeid, utan at ein sjølv kjenner seg mindre verdt av den grunn.

Det er sjølv sagt lov å kjenne seg sliten og gjerne også seie seg utbrend. Men den profesjonelle aktøren må før ein er komen for langt i denne prosessen, kunne stille seg desse kontrollspørsmåla:

- Kva er mine egne behov?
- Har eg sikra meg nok påfyll? Korleis har eg sikra det?
- Kva er mi rolle i forhold til andre?
- Kven har eg meir eller mindre forpliktande relasjonar til? Kva gjev eg til dei? Kva gjev dei til meg?
- Går ”energien” rett veg i relasjonar mellom klinikar og pasient, mellom hjelpar og hjelpetrengjande?
- Er det rimeleg jamvekt i relasjonar som skal vere i jamvekt?

I periodar når ein strevar og slit, kan det vere nyttig å gå gjennom desse punkta med seg sjølv ein gong i blant. Ved å stille spørsmåla kan ein trene seg i å vere sin eigen sjelelege trenar.

Mange vil også meine at for å seie om nokon at dei brenn, så skal det vere eit visst element av kreativitet i det som skjer. Kreativitet byggjer på tryggleik (3). Den som ikkje er trygg, torer knapt å prøve seg på noko nytt. Når fleire skal kunne brenne saman, må dei kunne glede seg over kvarandre sin brann. Dette tilseier at ein må kunne veksle mellom å vere den som får, den som gjev og den som berre er der og let dette skje.

Det siste er kanskje det vanskelegaste men likevel det mest vesentlege. Katalysatoren som er der og sikrar at folk rundt omkring

er trygge, har ei oppgåve som ofte blir oversett. Den gode katalysatoren har i alle fall to vesentlege eigenskapar.

Vedkommande må vere i stand til å sjå og å bli sett, – enkelt sagt: Ha evne til blikkontakt. Vedkommande må også vere i stand til å målbere undring; ikkje konkluderande eller dømmende, men rett og slett ei spørjande utstråling som ein del av personlegdommen.

Det er lett å sjå når folk brenn. Den kunsten kan Toril Hagerup-Jenssen. Det er lett å sjå når folk gler seg over at andre brenn. Det kan også Toril. Men det er mykje vanskelegare å finne gode modellar

for katalysatoren. Om nokon spør etter ein rollemodell, vil eg seie: Sjå på Toril!

#### Litteratur

1. Holm U. Det räcker inte att vara snäll. Stockholm: Natur och Kultur, 1995.
2. Schlüter C, Karterud S. Selvets mysterier. Oslo: Pax Forlag as, 2002.
3. Kao J. Jamming: The art and discipline of business creativity. London: Harper Collins Business, 1997.



*Vi presenterer:*

**Jubilerende medarbeider ved  
Helsetilsynet i Vest-Agder /  
Fylkesmannens helseavdeling**

<i>Hvem?</i>	<i>Hva? – utdanning</i>	<b>Hvor ? – hovedfunksjoner</b>
Toril Marie Hagerup-Jensen (f. Nesthus). Assisterende fylkeslege i Vest-Agder. Ansatt 1991.	Spesialist i samfunnsmedisin. Diplom i folkehelsevitenskap. Tilleggsutdanning i bl.a. sosialantropologi. Revisjonslederutdanning.	Stedfortreder for fylkeslegen, medlem av ledergruppa. Tilsynssaker; bl.a. psykisk helsevern, rusomsorg, legemiddelforskrivning.

**Bakgrunn**

Født i Norheimsund 19.05.44. Foreldre: Lege Johan Nesthus og pianistinne Dagny Seyffart. Eksamen videregående skole Oslo 1963. Cand. med. Hamburg 1969, norsk tilleggsprøve samme år.

Turnustjeneste ved Telemark sentralsykehus, Vest-Agder sentralsykehus og Vennesla distrikt 1970-72.

Bedriftslege halv stilling ved Hunsfoss og allmennpraksis halv stilling Vennesla 1973-79.

Bedriftslege Kristiansand 1979-81.

Spesiallege i Arbeidstilsynet 1981-86.

Kommunelege i Kristiansand 1986-91.



Kjøkkenets dronning



En vestlandets datter i sitt rette element



Husk kondom i taxi`en!

## Helsetilsynet/Fylkesmannen i Vest-Agder, Kristiansand 2004