

Utfordrer fordommer – holder gjerne tale

Si «schizofreni» eller «homofili» til Reidar Kjær, og varsellampene lyser. Men å vifte med fanene eller bruke polariserende språkdrakt ligger ikke for ham: – Istedenfor å knuse vinduer, er jeg den som slår forsiktig på glasset, sier psykiateren.

Det er ikke bare det vakre tårnet til bygningen midt i Homansbyen bak Slottet som gir assosiasjoner til vaktposten Tobias i Kardemomme by. I murvillaen fra 1870-årene har Reidar Kjær kontor og tar imot sine om lag 30 pasienter, tre dager i uken. De øvrige dagene kvesser han pennen; skriver manus til foredrag for helsepersonell og brukerorganisasjoner, men også artikler tiltenkt leg og lærd i aviser, tidsskrifter og bøker.

Minoriteter

I debattinnlegg og intervjuer kritiserer han dem som hevder at homofili kan helbredes, eller argumenterer for å følge opp mennesker med alvorlige sinnslidelser. Samtidig setter han stigmatisering av minoritetsgrupper inn i en videre sammenheng. Blant annet var han raskt ute etter terrorhandlingen i USA 11. september 2001, hvor han advarte mot følgene i det flerkulturelle hverdagssamfunnet her hjemme (1). Og ikke minst: I informasjonsprogrammet Alliance, skrevet av en gruppe på sju leger med lang fartstid i psykiatrien, tar han konsekvensene av sitt syn om å ta samarbeidet med pasient og pårørende på alvor.

Psykiateren synes ikke det er problematisk at legemiddelgiganten Pfizer står bak utgivelsen av Alliance. Åpenhet i slike spørsmål er en forutsetning: – Jeg sitter i to rådgivende grupper for industrien, for henholdsvis AstraZeneca og Pfizer. Det er en del av de samme menneskene som går igjen i slike grupper. Det gjør det lettere å ha en nøytral rolle. Men jeg ville aldri gått inn i et slikt samarbeid hvis jeg ikke var overbevist om at antipsykotiske medikamenter har sin nødvendige plass i behandlingen, legger han til.

Skammelig

Kjær har arbeidet ti år som institusjonslege, de siste to årene har han utelukkende vært i privat praksis. Siden 1998 har langtidsoppfølging av psykosepasienter vært hovedarbeidsområdet hans.



– Schizofreni og homofili som samfunnsfenomener har mange felles trekk: Det finnes overalt, i alle kulturer. For å øke integreringen og unngå ytterligere stigmatisering, har vi leger et ansvar for å delta i samfunnsdebatten, mener Reidar Kjær. Foto K. Ronge

– Hvorfor valgte du tungpsykiatrien med sin omfattende svingdørsproblematikk?

– Fra årene ved poliklinikker og akuttavdelinger så jeg at mange schizofrene stod uten støttebehandling da de ble skrevet ut etter en innleggelse. Jo bedre pasientene ble, desto dårligere var tilbudet. Slik er det ennå. Poliklinikkene må prioritere akuttsakene. Jeg valgte dem som taper etter den akutte krisen. For meg er dette ren logikk. Klarer vi å bedre helsen til de langtidssyke med noen få prosent, vil det bety enorm helsegevinst, livskvalitet og velvære for mange mennesker, sier Kjær.

Han er kritisk til medikaliseringssamfun-

net, men vinterens NRK-program der psykolog Ellen Kolsrud Finnøy argumenterte for medikamentfri behandling av mennesker med psykoseproblematikk (2), var ille. TV-dokumentaren førte til betydelig motbør fra pasientorganisasjoner, men også i fagmiljøene reagerte man sterkt på at psykoformaka ble fremstilt som et onde (3, 4).

– Jeg var på tre ukers reise til Afrika og kom hjem til fortvilte pasienter. «Hun tramper på oss,» sa en av dem. At det kan være et overforbruk av medisiner ved lette depresjoner, kan jeg være enig i. Men det er skammelig å si at pasienter som bruker antipsykotisk medikasjon ikke lever ekte liv. Mer er det ikke å si om den slags kvasiintellektualitet. Jeg har vært der selv, og kjenner hele argumentasjonen.

Profesjonskamp og ulike forklaringsmodeller fra psykologer og psykiatere, er det heldigvis mindre av i dag enn på 1980-tallet, anfører Kjær. Likevel ble han skuffet da en anerkjent psykolog nettopp hevdet at hypotesen om den «schizofrenogene» mor ennå ikke er avkreftet. Også kollegene må tåle motbør: – En av nestorene i norsk psykiatri uttalte nylig at denne hypotesen ikke hadde slått rot i Norge. Det mener jeg er feil. En slik myte har nok påvirket det praktiske, kliniske arbeidet i altfor stor grad helt frem til i dag. Sitter man på toppen, kan det være vanskelig å se de skjulte

kulturer som lever i dalførene. Stadig finnes det mødre som er sterkt preget av skyldfølelsen som psykiatrien har påført dem. Tidligere fikk mødre også skylden for at deres sønner ble homoseksuelle, så norske mødre har sannelig måttet lide, sier Reidar Kjær.

Behandlingskjeder

Når han slår på glasset i det offentlige rom, kan han også hevde at tradisjonell, innsiktsorientert, psykodynamisk samtalerterapi har en helt marginal plass i moderne psykosebehandling. I stedet står her-og-nå-situasjonen i fremste rekke. Stikkord for terapien er forståelse av egen sykdom, mestring av medi-

kasjonen, familiearbeid, sosiale ferdigheter og å kunne trekke lærdom av tilbakefall.

I så måte betegner Kjær seg som en tålmodig sjel. Pasientene kommer til ham ukentlig eller hver 14. dag over flere år. – Selv et bittelite fremskritt i løpet av et halvår, er en terapeutisk belønning, smiler han.

– Det lyder som en kostbar behandling forbeholdt noen få?

– Enten det er i privat eller offentlig regi, må de med endringspotensial få sjansen. Da må man ikke bare skjule til alder. Jeg har pasienter som har vært underbehandlet lenge og som nå blir bedre.

«De gode forsetters slagmark» er karakteristikken han gir hovedstadens tilbud til innbyggere med alvorlig sinnslidelse. – Det har vært plan etter plan, og mye prat. Nå for tiden er det politisk korrekt å satse på de unge schizofrene. Tenk om man heller hadde omsatt all viten vi faktisk har, i klinisk virksomhet!

Før 1990-årene var ikke den psykoterapeutiske og den biologisk-medisinske tradisjonen forent i moderne psykosebehandling. I 1989 kom varslene om det Reidar Kjær kaller et paradigmeskifte, i en artikkel signert Robert Coursey (5). – Coursey presenterte et program for moderne, integrert schizofrenibehandling som har inspirert senere forskere og klinikere. Han understreket at psykoterapi og medisiner med antipsykotisk medikasjon ikke er erstatninger for hverandre. Terapien skal heller ikke være fremstilt som noe som kurerer eller helbreder schizofreni. Coursey var banebrytende i den forstand at han åpnet veien for en syntese av hittil motsatte syn: I dag ser vi at den polare, skyttergravsaktige tenkningen er forlatt. Selv om schizofreni forstås som en overveiende biologisk tilstand, har nyere psykoterapi sin naturlige plass som ett av flere hensiktsmessige tiltak.

– Er det et nederlag når pasientene dine får tilbakefall?

– Et tilbakefall må ikke bli likestilt med mislykket terapi. Tvert imot er det å lære seg når man skal legge seg inn igjen, et utmerket terapeutisk mål, svarer Kjær.

Når pasientene trenger akutt opphold, er det viktig at sykehusene har skjermede psykoseenheter, men også bedre systemer for tilbakemelding til legen «ute» som pasienten har inngått en terapeutisk allianse med: – Institusjonene må ha in mente at når pasienten får et tilbakefall kan det skyldes sykdommen, ikke nødvendigvis at det er gjort «feil» i behandlingen. Ofte opplever jeg ny utprøving og dosering av medikamenter som vi kanskje hadde prøvd tidligere med dårlig resultat. Pasienten blir så skrevet ut, før sykehuset rekker å se at dette «nye» tiltaket ikke fungerer, kommenterer han.

Driftsavtale til flere

Det ligger ikke for psykiateren å varsle nordavind fra alle kanter. Han opplever av og til en annenlinjetjeneste, også i Oslo, som

– fakta –

- Reidar Kjær, født i Oslo 1956
- Cand.med. 1983, Universitetet i Oslo, spesialist psykiatri 1995
- 1994–95 overlege åpen subakutt-avdeling Gaustad sykehus
- 1996–2000 overlege (50%) Josefnegaten distriktpsikiatriske senter (DPS)
- Fra 1992 privatpraktiserende spesialist
- Fra 2002 styremedlem i Hjelpetelefonen, Mental helse, og i Homofile og lesbiske legers forening (HLLF)

er velfungerende. En utpekt koordinator kan hindre at hensynet til taushetsplikten blir misforstått dithen at han ikke får beskjed om når en av pasientene er gjeninnlagt.

– Jeg hater tabloide svart-hvitt-karakteristikker, men manglende kommunikasjon er faktisk et gjengangerproblem. Avdelingslederne må bli flinkere til å veilede og korrigere underordnede. Her har legekulturen en utfordring, mener Kjær.

– Hva med inntjeningen når arbeidstiden er begrenset?

– Kolleger kan nok synes jeg tjener lite, ja noen kaller det sjokkerende lite. Men jeg er fornøyd, jeg har ikke bil og bor tett ved jobben, svarer 46-åringen, som avviser at tett oppfølging av pasientene (6), gjør at han har «inngått partnerskap med jobben». – Overinvolvering er ikke bra for noen. For å hindre utbrenthet, setter jeg av rikelig tid til fjellturet, kulturopplevelser og samvær med venner, sier han.

– Egentlig betrakter jeg meg som offentlig ansatt, for å behandle psykosepasienter privat er ikke mulig uten refusjon og driftstilskudd. Etter 1992 er det blitt svært vanskelig for yngre kolleger å få driftstilskudd. I tillegg til den helseøkonomiske gevinsten har dette med rekruttering å gjøre. Her burde Norsk psykiatrisk forening ha kjempet mer for at langt flere unge leger kan komme inn i refusjonsordningen, synes han.

Opprensning

Ordbruk avslører fordommer og er derfor ikke bare av filologisk interesse. – Til tross for at schizofreni varer hele livet for de fleste, fører begrepet «kroniker» til manglende håp om bedring. Samtidig er jeg konsekvent i å betegne schizofreni som en sykdom. Kunnskap om den er avgjørende for å klare å se symptomene utenfra, i et fugleperspektiv.

– Alle andre sykdommer har man, som for eksempel diabetes. Fordommer og uvitenhet i samfunnet gjør at schizofreni er den siste sykdom man er. «Han er schizofren,» sier man, som om alt ved personen dermed var sagt. Tilsvarende kan gjelde for homofili, som også er et stigmatisert fenomen i samfunnet. Derfor er «orientering» bedre enn det verdiladede «legning».

Da Reidar Kjær var medredaktør for boken *Norsk homoforskning* (7), ble en av gevinstene dialog med lærebokforfattere og ønske om innspill til revidering av kommende utgaver. En slik diskusjon bidrar til bevisstgjøring av egne holdninger og myter.

– En god del gjenstår før pensumlitteraturen for helsepersonell blir adekvat om homofili. Men jeg opplever vilje til opprensning, selv om jeg var både satirisk og skarp i min omtale av de mest brukte bøkene, sier skribenten.

– Det verste er tausheten i fagmiljøene, utdyper han. – Da får antihomoseksuelle holdninger i fundamentalistiske miljøer større grobunn. Vold mot homofile er sterkt økende i USA og et høyst aktuelt varseltema i Norge. Videre er homoseksualitet blant muslimmer en utfordring vi må gripe tak i; de er en minoritet i minoriteten. Her må imidlertid allmennlegene trå varsomt, og ikke nøle med å søke råd, oppfordrer Reidar Kjær. – Hvilke råd vil du gi leger i møtet med homofile pasienter?

– Det beste er vanlig, god legekunst og at man stiller åpne spørsmål om parforhold og nære relasjoner. Seksualanamnesen bør heller ikke være enten alt eller intet. Derimot må man føle seg trygg på å bli møtt med aksept, bekreftelse og støtte i sårbare faser av en «komme-ut-prosess».

Kollegene er for usynlige i samfunnsdebatten, synes Reidar Kjær. Det kan bidra til å opprettholde legestandens stigma som sjefete og arrogant: – Vi har alle ansvar for å formidle faglig funderte innspill i det offentlige rom, selv om det kan koste svette og tårer når frustrasjonene kommer. For meg er aktiv deltakelse viktig, og jeg føler meg verken stemplet som «bråkebøtte» eller «homsepsykiateren» av den grunn.

– Kari Ronge, *Tidsskriftet*
kari.ronge@legeforeningen.no

Litteratur

1. Kjær R. Skal vi bygge sammen? Kronikk. *Dagens Medisin* 27.9.2001.
2. Finnøy EK. Dødelig terapi. Innsikt til utsikt. Oslo: Universitetsforlaget, 2000.
3. Ronge K. Imøtegår TV-dokumentar om psykiatri. *Tidsskriftet* (nettutgave) 3.1.2002.
4. Johannessen LB. Frykter oppblomstring av psykiske problemer. *Tidsskr Nor Lægeforen* 2002; 122: 344.
5. Coursey RD. Psychotherapy with persons suffering from schizophrenia: The need for a new agenda. *Schizophrenia Bulletin* 1989; 15: 349–53.
6. Høie I. Livskvalitet med schizofreni. *Tidsskr Nor Lægeforen* 2001; 121: 1164.
7. Sundar T. Homoforskning – fra fortellelse til åpenhet. *Tidsskr Nor Lægeforen* 2001; 121: 2865.