

Kirsti Malterud er en internasjonal stjerne i medisinsk kvalitativ forskning. Norges første kvinnelige professor i allmenntilleggsmedisin finner motivasjon til forskning i møte med pasienter som helsevesenet ikke alltid anerkjenner som syke, kvinner med ukarakteristiske helseplager.

## Intervjuet: Kirsti Malterud

# Tar kvinners helse på alvor

Malterud har en lang og innholdsrik CV som gjør en stakkars skribent nervøs i forkant av møtet. Hun har skrevet uttallige artikler og holdt hundrevis av foredrag. Gjennom hele karrieren har hun jobbet som allmennpraktiker på halvtid eller heltid, og har allikevel fått tid til å skrive både bøker og doktorgrad. Kolleger beskriver henne som analytisk og strukturert.

– Hvis du vil ha noe sortert, kan Kirsti alltid hjelpe deg, uttaler en tidligere stipendiat. – Du får god og konstruktiv tilbakemelding. Hun setter fingeren på de avsnittene du ikke var fornøyd med, men ikke fikk bedre til. Det er litt frustrerende og veldig nyttig.

Før intervjuet sender hun e-mail med kart over hvor møtestedet ligger, og hun kommer litt før avtalt tid til kafeen.

### Kvinnehelse

Kirsti Malterud fattet interesse for kvinners helse og sykdommer da hun var nyutdannet. – Hvorfor ble du opptatt av dette området innen medisinen?

– Da jeg var fersk i faget, opplevde jeg at medisinen ikke tar kvinners helseplager på alvor, samtidig som kvinners normale livsfaser som for eksempel graviditet og overgangsalder sykeliggjøres. Som kvinnelig lege følte jeg meg ofte utilstrekkelig og utilpass.

– Du står nevnt som medlem i en gruppe som het Kvinnehelsegeriljaen. Hva jobbet dere med?

– Vi var flere kvinner innen helsevesenet som møttes for fagkritiske diskusjoner rundt kjønn og fag. Gruppen var en forlenget arm av kvinnebevegelsen. Vi kom med i et onestående nordisk samarbeid om kvinneforskning.

Geriljaen er historie, men Malterud fortsatte å jobbe med kvinners helseplager. Tittelen på doktorgraden fra 1990 var *Allmennpraktikerens møte med kvinnelige pasienter*.

– Jeg studerte meg selv i møte med egne

pasienter. Jeg laget nøkkelspørsmål for å gi pasienten bedre plass i konsultasjonen. Hensikten var å disiplinere meg selv til å stille spørsmål på en slik måte at pasienten får sterkere innflytelse.

– Hvordan fikk du ideen til å forske på denne problemstillingen?

– Jeg arbeidet heltid som allmennpraktiker og støtte på utfordringer som gav meg en følelse av faglig hjelpeløshet. Mye dreide seg om kvinner med ubestemte helseplager. En gang iblant ble alt klart og tydelig, og jeg så at dette var når pasienten fikk slippe til med sin erfaring og kunnskap. For å forstå mer ville jeg få pasienten bedre på banen. Det å stille nøkkelspørsmål opplevde jeg som en kreativ prosess, og jeg fikk lyst til å dele det jeg lærte med andre.

Malterud er opptatt av at kunnskap bør deles, og ikke bare med andre kolleger.

– Vi som jobber med pasientnær forskning har en spesiell forpliktelse til å bringe kunnskapen tilbake dit den kommer fra, nemlig pasientene.

– Er leger for dårlige til å formidle forskningsresultater til pasientene?

– I den akademiske kulturen er det nok blitt sett på som «finere» å arbeide vitenskapelig enn å arbeide utadrettet. Jeg har lært at det kan være nyttig å forholde seg til journalister. Man blir nødt til å formulere seg kort, presist og enkelt.

### Makt og avmakt

Malterud uttalte ved en anledning at den mest velmenende lege kan virke undertrykkende uten å være klar over det.

– Ubevisste krenkelser er et viktig stikkord for hva som går galt i medisinsk praksis. Vi gjør og sier ting som skaper avmakt hos den vi skulle hjelpe, uten at vi selv aner det. Jeg tror de fleste leger gjør det i forskjellig grad. En del pasienter kjemper for troverdighet. Hva gjør det med selvfølelsen når du kommer til en lege med noe vanskelig og det blir reist tvil ved det du sier? Vi må arbeide med anerkjennelse gjennom måten vi snakker med pasientene

på. Kanskje kan kunnskap og nye dialoger bidra til å bedre balansen mellom makt og avmakt i lege-pasient-forholdet. Vi medisinere tror gjerne at pasienters plager ikke representerer sykdom hvis vi ikke kan påvise det. Det er flere kvinner enn menn som ender opp med symptomdiagnoser, som innebærer at legen ikke forstår eller aksepterer det som plager pasienten. Vil vi ha det slik at kvinner som blir syke, ikke får ytelse på lik linje som menn? Man får mange ubevisste holdninger i løpet av studiet, og underkjennelse av symptomdiagnoser er nok en av disse.

– «Empowerment» er et ord som dukker opp i flere av dine artikler. Hva ligger i dette begrepet?

– Det handler om å styrke folks egne krefter, gi anerkjennelse og vise solidaritet, og på denne måten bidra til å motvirke det som kan gi avmakt.

Malterud og partneren Janecke Thesen har undervist medisinstudenter på siste semester av medisinstudiet i Bergen. Tema for undervisningen var «empowerment og pasientstyrking».

– Hvordan la dere opp undervisning om disse begrepene?

– Vi brukte et slagord fra frigjøringskampen i Sør-Afrika: «Nothing about me without me». Vi snakket om hvordan helsehjelp kan bidra til styrking av pasienter fra forskjellige marginaliserte grupper. Det var naturlig å bruke oss selv som lesbiske kvinner som eksempel. Da kunne vi forstyrre de/vi-s skillet. I løpet av studiet snakkes det mye om «de andre» når vi diskuterer pasienter. Janecke jobber med et prosjekt om psykiatriske langtidspasienter, en del av medisinen hvor det snakkes mye om pasientene uten at de selv er til stede, og hvor makt- og avmaktforhold blir tydelig. Vi ville ikke omtale noen i undervisningen som ikke kunne være med selv.

– Var det vanskelig å bruke seg selv som eksempel?

– Vi synes vi var modige, og vi prøvde å være personlige uten å være private.



## Kirsti Malterud

Født 29. august 1949

- Cand.med. Universitetet i Bergen 1975
- Spesialist i allmennmedisin 1985
- Doktorgrad på allmennpraktikerens møte med kvinnelige pasienter 1990
- Professor ved Universitetet i Bergen siden 1992
- Professor ved Universitetet i København siden 1998

Foto Marit Tveito

– Hvordan var responsen til studentene?  
– Meningene var sterke på godt og vondt. Alt i alt hadde vi en opplevelse av undervisningen som krevende og viktig.

### Kvalitative utfordringer

– Historisk sett har kvantitativ forskning innen medisin vært mest prestisjefylt. Har det vært vanskelig å få anerkjennelse for kvalitative forskningsmetoder?

– Da jeg begynte å jobbe med kvalitativ forskning i 1980-årene, var jeg en amatør på området. Det var som å banne i den medisinske kirken, hvor det bare er tall som teller. Høytstående forskere avviste resultater uten å ha kompetanse på området. Da jeg skulle holde foredrag, måtte jeg bruke mye av tiden til å forklare prinsipper fremfor resultater. Dette har forandret seg mye. Nå er de fleste enige om at det er mange veier til kunnskap. Pasientnære spørsmål om personlige opplevelser er tema som ikke alltid egner seg for statistisk tilnærming. De fleste større tidsskrifter publiserer også kvalitative studier hvis de er gode nok. Det ble åpenbart at denne typen forskning kunne åpne dører og gi svar. Men det er også en utfordring at metoden er blitt populær. Vi har kommet til et punkt hvor fagfeltet ikke lenger er ungt og fortjener å bli sett på med milde øyne. Tidsskriftene må stille like høye krav til kvalitative artikler, ellers havner feltet i vanry. Malterud er opptatt av at mange områder av medisinen fortjener kvalitativ forskning.

– Kliniske håndgrep, for eksempel palpasjon av abdomen, egner seg godt for kvalitativ utforskning. Metoden er viktig for mange fag, ikke bare psykiatri og allmennmedisin.

– Hvordan vil du karakterisere din rolle som brobygger mellom samfunnsvitene og medisinerne?

– Jeg «surfer» kanskje litt. Det er en god allmennmedisinsk egenskap å være litt overfladisk, men likevel få tak i det vesentlige. Jeg har aldri forsøkt å bli en sosiolog, men jeg har lest mye samfunnsvitenskap.

Jeg har holdt en god del kurs for ikke-medisinere, og på den måten har jeg kanskje funnet som brobygger. Jeg opplever at medisinere har mye å lære av andre faggrupper når det gjelder å være bevisst de teoretiske posisjoner vi observerer og snakker ut fra. Medisin er på mange måter et bemerkelsesverdig teorifritt område, med en rørende tro på «objektive» fakta. Andre fag ser i større grad på kunnskap som dynamiske prosesser som bestemmes av hva man ser etter og hvor man ser det fra. Leger har sterke implisitte referanserammer når vi tror vi er nøytrale. Både biomedisinske og biopsykososiale modeller slår hele tiden igjennom uten at den medisinske forsker behøver å gjøre nærmere rede for dem.

### Sårbarhet som styrke

Salutogenese er læren om hva som gir god helse. Begrepet ble lansert av Antonovsky, en israelsk sosiolog, som arbeidet med helse spørsmål. Malterud har arbeidet med salutogenese i et allmennmedisinsk perspektiv.

– Hvordan bruker du kunnskap om dette i praksis?

– Hvis vi lærer mer om hva som gjør folk friske, har vi mer å spille på. Vi får mye igjen for å alliere oss med pasientens sterke sider. Jeg jobbet med et prosjekt hvor pasientene selv vurderte sine helseressurser og svarte på hva som holder dem friske. Jeg lærte at selv det sykeste mennesket har noen sterke sider som kan være til nytte i en sykdomsprosess.

Kolleger berømmer Malterud for hennes evne til å danne produktive forskningsgrupper. For tiden koordinerer hun et større prosjekt med tittelen *Sårbarhet som styrke*.

– Vi skal se på strategier som kan styrke menneskers evne til å omforme avmakts-erfaringer til helseressurser. Det handler særlig om to grupper mennesker, de med kroniske sykdommer og de fra marginaliserte grupper. Jeg vil gjerne forstyrre en forestilling om at det «normale» alltid er det beste for alle. Jeg vil bidra til å finne para-

dokser som kan gi styrke. Når en pasient med alvorlig revmatoid artritt sier at hun er frisk, er det interessant å se på hva vi kan lære av en slik styrke og opplevelse av seg selv.

### Har oppnådd mye

En venninne forteller at et av Malteruds store prosjekter heter «det gode liv».

– Hva er det gode liv for deg?

– Jeg lever et rikt og spennende liv. Det handler om å ikke alltid ha det travelt. Jeg vil bruke kreftene mine på det jeg liker og kan best. Nå har jeg en arbeidssituasjon jeg er godt fornøyd med. Jeg elsker å få drømmefrokost på sengen og snakke langsomt om viktige og uviktige ting. Dessuten betyr nærhet til naturen mye for meg og Janecke. Vi bor på Osterøy, og har kort vei til store naturopplevelser i kajakk og på fjellet.

– Hva håper du å ha oppnådd når du pensjonerer deg?

– En god del har jeg allerede oppnådd. Jeg er stolt av den gode omtalen forskningsmiljøet vårt har fått. Jeg mener jeg har gjort mye som mange pasienter har kunnet sette pris på. Dessuten opplever jeg som fastlege gleder og anerkjennelse som jeg ikke trenger å bli pensjonist for å se tilbake på. Jeg tror også jeg har bidratt til å stille noen viktige spørsmål om kvinner og helse. Vi er ikke ferdige på det området. Vi er underveis.

### Marit Tveito

marittveito@hotmail.com