

Hvis Ingvil Krarup Sørbye hadde fortsatt som ballettdanser, hadde hun nærmet seg pensjonsalder. I stedet er hun snart ferdig spesialist i gynekologi, og har utdanningsstilling ved Rikshospitalet. Med Leger uten grenser har hun hjulpet barn til verden i Øst-Timor, Afghanistan og Kenya.

Intervjuet: Ingvil Krarup Sørbye

Fra danser til doktor

Sørbye hadde allerede som 21-åring fast stilling som ballettdanser ved Den Norske Opera. Spranget var stort fra å trene hele dagen til å sette seg ned med bøker som medisinstudent.

– Vet du om andre ballettdansere som er blitt leger?

– Det er egentlig ikke en så uvanlig kombinasjon. Jeg har møtt flere andre som har gjort det samme. Den hvite frakken kan forvirre meg et øyeblikk, men så husker jeg at jeg kjenner vedkommende fra dansingen. Både ballett og medisin er altoppslukende yrker. Du blir verken ballettdanser eller lege fordi du vil ha en ukomplisert jobb og tjene godt. Jobb og fritid går over i hverandre.

– Hva var det som fikk deg til å begynne på medisinstudiet?

– Som ballettdanser når du toppen av karrieren når du er 25 år, og etter fylte 40 år er det slutt. Da jeg fikk fast stilling, visste jeg at jeg måtte ta et valg. Jeg husker godt at jeg satt på øvelser og bladde i studiekatalogen. Jeg syntes alle fag så interessante ut. Det var ikke tanken på å bli lege som tiltrakk meg, det var selve medisinstudiet. Jeg likte kombinasjonen av mange fagområder, alt fra kjemi og statistikk til kliniske fag. Dessuten har du mange muligheter etterpå. Jeg søkte permisjon fra jobben og tok matte, fysikk, kjemi og forberedende. Det var helt nytt for meg å ha tid til å fordype meg i bøkene. Samtidig visste jeg at jeg måtte velge raskt. Som ballettdanser kan du ikke være mange måneder borte fra jobben.

– Fra danser til student, hvordan var overgangen?

– Dans er en fysisk, mental og ikke minst kreativ anstrengelse. For meg ble det utfordrende å sitte stille og lese. Kroppen var ikke vant til å være i ro på den måten. Jeg varierte med å lese stående og liggende. Samtidig måtte jeg trene meg ned, det er lite gunstig å slutte brått.

Fra student til lege

Under medisinstudiet tok Sørbye grunnfag i sosialantropologi.

– Jeg gikk på alle forelesninger jeg kunne. På dagtid tenkte man ut ifra naturvitenskapelige metoder. På kveldstid ble alt snudd på hodet når man så på verden med samfunnsviternes blikk. Jeg lærte mye, særlig det å stille andre typer spørsmål. Jeg har hatt bruk for det jeg lærte, kanskje spesielt når jeg har jobbet ute. Hvordan folk forstår og beskriver både sykdom, kropp og smerte er i stor grad kulturelt betinget.

I Øst-Timor møtte jeg pasienter med «total body pain». I starten kan det være veldig frustrerende, og du må møte pasienter på en annen måte enn du er vant til. Da jeg var i Kenya, støtte jeg på uttrykket «side-pain», smerter i den ene halvdel av kroppen. For å oversette hva slike beskrivelser egentlig står for, må man bruke kunnskap hos de lokalt ansatte.

– Turnus startet knallhardt. Jeg fikk et elendig nummer og endte opp i Bodø. Da jeg kom frem til leiligheten jeg skulle bo i, hadde døren stått oppe. Det var mørkt, kaldt, kasser overalt, men ingen seng. Vi skulle være seks turnusleger, men bare tre av oss dukket opp. Dermed ble det tredelt vakt. Den første dagen ropte de meg opp på morgenmøtet. Da jeg svarte, fikk jeg callingen i hånden, med beskjed om at jeg hadde vakt. Jeg lærte masse. Nordlendingene er fantastiske pasienter.

– Hvorfor begynte du å jobbe innen gynekologi?

– Etter turnus ringte sjefen på Gynekologisk avdeling i Bodø og lurte på om jeg ville ha jobb. Det ville jeg egentlig ikke. Etter studiet hadde jeg ikke noe forhold til faget, og jeg syntes ikke jeg engang kunne gjøre en ordentlig gynekologisk undersøkelse. Det var nok feministen i meg som avgjorde det hele. Under studiet tok jeg semesteremnet kjønn og samfunn, og jeg tenkte at det kunne være nyttig å lære mer om kvinnehelse. Helt sikker på at jeg skulle bli gynekolog ble jeg ikke før jeg hadde vært ute med Leger uten grenser. I mange utviklingsland er kvinner enten gravide eller ammende store deler av livet. Det er

vanskelig å gjøre en god jobb for de kvinnelige pasientene uten kunnskap på området. For kvinner i fattige land er det å bli gravid og føde det farligste du kan gjøre. Her hjemme går mange ut ifra at det er risikofritt.

Øst-Timor

Ett år etter turnus reiste Sørbye først til Øst-Timor.

– Befolkningen vi skulle hjelpe hadde vært undertrykt av indonesierne i årevis. De etniske minoritetene bodde utenfor allfarvei og søkte i liten grad helsehjelp. Da vi kom, hadde de vært fullstendig uten helsetilbud i seks måneder. Sakte, men sikkert kom folk ned fra fjellene. Mødre- og spedbarnsdødeligheten var høy initialt, men etter hvert så vi resultater. Obstetrikkfaget så jeg på en helt annen måte etter oppholdet. Man kan gjøre mye med få, men effektive midler.

– Er det vanskelig å jobbe med samme fag i Norge like etterpå?

– Her hjemme er alt annerledes. Vi har ingen bestemødre som lenger kan fortelle oss hvilke lidelser fødende gikk igjennom før. Mange kvinner har et idylliserende forhold til det «naturlige». Her er det legene som ifølge manges oppfatninger «griper inn» i den såkalte naturlige fødselen. Den medisinske profesjon kommer med kalde og fremmede metallinstrumenter, mens mødrene har lagt planer om å klare seg uten smertelindring og ønsker at fødselen skal foregå så naturlig som mulig. Keisersnitt er en fantastisk, livreddende operasjon i kritiske situasjoner. Det betyr ikke at pasienten selv skal kunne velge.

– Hva motiverer deg for arbeidet?

– Når man reiser ut, treffer man en lokalbefolkning som har utholdt mye smerte og sykdom. I konfliktområder har mennesker opplevd traumer i generasjoner. Man får et naturlig behov for å hjelpe en befolkning som lider på den måten.

– Er overgangen stor når du kommer tilbake til Norge?

– Det er akkurat som jeg bytter harddisk,



Ingvil Krarup Sørbye

Født 3. mai 1968

- Cand.med. Universitetet i Oslo 1996
- Assistentlege ved Kvinneklinikken, Rikshospitalet

Foto Marit Tveito

det går forbausende bra. De første dagene synes jeg det er fantastisk at gulvet på operasjonsstuen er rent og at jeg har en dyktig sykepleier til å hjelpe meg. Men det tar ikke lang tid før jeg også irriterer meg over småting. Mennesker er tilpasningsdyktige på godt og vondt. Det er lett å venne seg til å ha det godt.

Kvinnelig lege i Taliban-land

Leger uten grenser var en av de få organisasjonene som ikke ble kastet ut av Afghanistan av Taliban-regimet. Sørbye reiste ned høsten 2000.

– Jeg møtte obstetrikker som sannsynligvis tilsvarte det vi hadde i Norge for 200 år siden. Og jeg fikk virkelig oppleve hvor galt det kan gå uten hjelp. Mødre dødsfall var hyppig forekommende. Ofte kom de for sent etter å ha søkt ukyndig hjelp. Vi hadde ikke tilgang til sykehusene, de var forbeholdt soldater. Vi hadde enkle klinikker, men ikke noe sted å utføre keisersnitt. Jeg husker godt en kvinne vi hadde fulgt gjennom svangerskapet. Hun hadde allerede hatt en dødfødsel og gikk til fots flere timer for å komme til svangerskapskontrollene. Fødselen startet, men drog ut og hun ble fraktet på bære til oss. Fosteret var fremdeles i live. Det var en ansiktspresentasjon, og keisersnitt var eneste mulighet for å redde barnet. Vi transporterte henne til sykehuset og bønnfalt kirurgen om å la oss få utføre keisersnitt, men uten hell. Slike situasjoner føles meningsløse. I tillegg til at hun mistet barn nummer to, var det en dobbelt tragedie for kvinnen. En kone var lite verdt dersom hun ikke kunne føde levende barn, og hun ble ytterst stigmatisert etter slike hendelser. Man snakker alltid om at man må begrense fødselsveksten i slike land. Jeg ser det annerledes. Man bør hjelpe folk å få barn, å kunne planlegge tidspunktet og gjøre det tryggere å føde med tilgang til akutt obstetrisk hjelp. Da vil tallene begrense seg selv.

Sørbye forteller om livet som hjelpearbeider, slik at både reise- og hjelpelysten melder seg.

– Når man reiser ut, får man en total opplevelse. Du jobber i et team, og det er nødt til å fungere. Du kan ikke gå hjem etter åtte timers arbeidsdag og klage over udegitte medarbeidere. Du jobber, spiser og sover med dine arbeidskamerater. Du skal takle stressende situasjoner. Det er en helt annen personlig utfordring enn å jobbe i helsevesenet hjemme. Man må tåle mer frustrasjon og ta mer ansvar selv. I tillegg kommer sikkerhetssituasjonen. Organisasjonen jobber ofte i konfliktområder, og du må prøve å vurdere risiko. Når mange jobber under deg, har du også ansvaret for mange menneskers liv. Et godt forhold til lokalbefolkningen kan være avgjørende. Det er en av de beste sikkerhetsforanstaltningene man kan ha. Det er ofte de lokale som varsler om at noe er i ferd med å skje. – Hvordan vurderer dere risikoen fortløpende?

– Man har alltid støtte fra sentralt hold i organisasjonen, og man benytter seg av ulike sikkerhetsnivåer. I noen situasjoner er det portforbud. I noen land kan ikke kvinner gå alene. Av og til kan man bli utrolig lei av alle reglene, og trangen til å bryte dem dukker opp. Men det vil ikke bare ramme en selv hvis noe skjer. En uheldig hendelse kan sette et helt prosjekt i fare. Det er en tragedie for familien til drepte hjelpearbeidere, samtidig som sivilbefolkningen mister sitt helsetilbud. Organisasjonen har trukket seg helt ut av Afghanistan etter hendelsen høsten 2004 da fem hjelpearbeidere ble likvidert, deriblant en norsk lege. Sørbye blir stille og alvorlig. Det skjedde i det samme området hvor hun selv hadde arbeidet.

– Etterforskningen fra myndighetenes side munnet ikke ut i forsikringer om at dette ikke kunne gjenta seg. Da hadde ikke Leger uten grenser noe annet valg enn å avslutte prosjektet og trekke seg ut. – Er det en spesiell type mennesker som reiser ut?

– Du kan ikke være totalt risikoavers. Men det er det få leger som er. Sørbye har mye kunnskap om organisasjonen, og det

stammer ikke bare fra å ha jobbet som lege i den. Hun har sittet to år i styret i Norge, det ene året som nestleder. Kjæresten var inntil nylig øverste leder for et av de europeiske hovedkontorene. De møttes på en fest i jobbsammenheng.

– Det er en yrkesrisiko, smiler hun. Man jobber tett, og blir godt kjent. De fleste er i samme aldersgruppe, er nokså unge og har samme motiver for å reise ut. Men vi to har aldri jobbet sammen, presiserer hun.

Verdighets hjelp

– Hvilke utfordringer ser du som viktige i medisinsk hjelpearbeid nå?

– Det er viktig å utvikle bedre diagnostiske hjelpemidler og å tilby bedre og billigere behandling. Hvorfor er det slik at malaria er en klinisk diagnose i utviklingsland? Hvorfor behandler vi med medisiner vi vet det er stor resistens mot? Holdningen har lenge vært slik at man bare skal tilby enkel og billig helsehjelp. Tilgang til fødselshjelp inklusive keisersnitt, essensielt for å bekjempe mødre dødelighet, ble sett på som en for dyr løsning. Dogmet inntil for få år siden var forebygging av HIV, antiviralbehandling var uaktuelt. Heldigvis er disse paradigmene i endring. Nye finansieringsmodeller i utviklingsland med dyre egenandeler er også en trussel mot helsen til fattige pasienter. Globaliseringen av kunnskap med TV og Internett gjør at lokalbefolkningen i disse landene vet at det finnes måter å få bukt med mange av deres helseproblemer på. Man kan ikke ha to standarder for behandling når verden blir mindre og mindre. Tidligere var det også slik at det holdt å være den beste legen tilgjengelig. Nå skal man tilby riktig behandling. Pasientrettigheter er mye mer i fokus. Vi kan ikke fortsette å tilby annenrangs helsehjelp. Hun er bestemt nå. – Det har med verdighet å gjøre.

Marit Tveito

marittveito@hotmail.com
Universitetet i Oslo