

Kirurggen som måtte lære å sitte på hendene

Trude Fixdal vokste opp i Holmenkollåsen, men var ingen flink Holmenkollpike. Hun strøk i matte på gymnasen og skaffet seg jobb på sykehjem. Så fikk hun lyst til å bli lege, kom seg inn på medisinstudiet, men ble lei og jobbet et år i Landsforeningen mot AIDS. Hun startet som kirurg, men hoppet over til barne- og ungdomspsykiatri.

«One size doesn't fit all», sier Trude Fixdal.

Doktor Fixdal er høy og mørk. Hun har store ører, skarpe øyne og liker å bestemme. Hun er leder for barne- og ungdomspsykiatrien ved Oslo universitetssykehus.

– Jeg kommer ikke fra en familie med leger, og det var aldri noe snakk om å studere medisin. Dessuten strøk jeg i matte på gymnasen, så jeg hadde ikke artium. Jeg måtte få meg jobb. Da gikk jeg ned på Hovseter sykehjem og fikk begynne der. Et halvt år senere fikk jeg jobb som pleiemedhjelper ved Radiumhospitalet.

På kreftsykehuset fikk Trude lyst til å bli lege.

– Jeg måtte jo ta opp den matten, da. Jeg har tenkt litt på det i denne «sykt perfekt»-tiden. Hvis det hadde vært i dag, hadde det vel blitt et voldsomt oppstuss rundt den strykkarakteren. Det ble det ikke. Det var mer sånn, ja, ja, da får du ta det opp igjen, men du får se å finne deg en jobb. Det var ingen som laget noe drama av det.

Hvorfor er det sånn?

Hun er eldst av fire søsken. Faren hennes er jurist. Moren begynte på å studere sykepleie som 50-åring, samtidig som Trude begynte å studere medisin.

– Som barn lurte jeg alltid på hvor ting kommer fra, og hvorfor alt er sånn som det er. Så fant jeg ut at det å være lege handler mye om å stille de spørsmålene. Det var etter å ha jobbet som pleier ved Radiumhospitalet at jeg tenkte medisin var noe for meg, det miljøet hadde jeg lyst til å være på innsiden av. Diskusjonen omkring sykdom og det å hjelpe folk til å få det bedre syntes jeg var spennende. Jeg liker at legen er den som må ta ledelsen og stå i bresjen når det brenner. Jeg har aldri angret på det valget.

– Jeg hadde et år permisjon i studiet og jobbet for Landsforeningen mot AIDS. Jeg

ble så lei av å studere, og jeg var ikke en så veldig flittig student.

Trude drev med studentpolitikk, satt i fakultetsrådet, var med å lage ny studieplan, forsket og jobbet i Medisinernes seksualopplysning (MSO). Hun trengte en pause.

– Jeg kontaktet Kjell Olav Svendsen, som var leder for Landsforeningen mot AIDS og fortalte at jeg trengte en jobb. Slik ble jeg

«Diskusjonen om er du født sånn eller blitt sånn, er jeg utrolig lei av. Vi burde heve oss over den»

informasjonskonsulent i landsforeningen i perioden 1991–92. Da var aidsepidemien relativt fersk, og vi samarbeidet med PLUSS, interesseorganisasjonen for de hivpositive. Det var et viktig år for meg. Det var mye som skjedde, folk mistet for eksempel jobben fordi de var hivsmittet. Mange unge mennesker døde. Jeg følte meg hjemme i arbeidet, enten de var junkier eller homser, det var mennesker som hadde gått noen runder med seg selv. De var ikke så opptatt av hvor jeg kom fra eller at jeg studerte medisin. De var opptatt av hvem jeg var. Man kom fort unna det fasadeglitlerlaget. Det var mye liv, død og galgenhumor. Vi gjorde utrolig mye rart og gøy, lagde festivaler om sex og lignende. Det var en kontrast til medisinstudentmiljøet.

Rocka dame i rekkehus

Jeg møter Trude i et gult rekkehus bak Rikshospitalet på Sogn i Oslo. Her er det

grendefølelse, litt Astrid Lindgren-aktig. Det barnevennlige rekkehuset er omgitt av kolonihager, har utsikt over Oslo og gir en følelse av at ting funker. Trude er også mor, ikke bare lege og sjef. Jeg husker henne fra da jeg jobbet som lege i spesialisering med henne som veileder. Hun gikk alltid i høye støvletter og hadde en stil som vitnet om en litt rocka bakgrunn. Hjemme hos henne virker livet rolig og A4.

Trude er kledd i jeans, usminket og med vått hår. Ektefellen Harald, som er psykolog, er tilbake fra Nordmarkstravern, og i morgen skal de to delta i kretsmesterskap i orienteringsløp.

– Du, nå må du ikke tro vi er sånne prektige treningsfolk, altså. Vi drikker bønnevis med vin og koser oss masse, smiler Harald.

Harald serverer oss vann og kaffe rundt spisebordet. De konverserer om hvem av barna som kommer hjem, hva de skal ha til middag, og Trude roper til ham på vei opp trappen at vasken med sengetøy til barna snart er ferdig. Stemningen er avslappet og uhytidelig. Helt til intervjuet starter.

Etter intervjuet erkjenner jeg at Trude er medievant. Hun har snakket om akkurat det hun sa hun ville da jeg kontaktet henne for et intervju: «Ja, med faget i sentrum», sa hun da.

Kirurggen som ble psykiater

– Etter turnus begynte du med noe som ligger langt unna barnepsykiatri?

– Ja, jeg ville bli gynekolog. Etter at jeg var ferdig med turnus jobbet jeg ved skadeflegevakt, så jobbet jeg ved Kirurgisk avdeling, Aker sykehus, før jeg begynte på gynekologi. Jeg har alltid likt kirurgi, operasjonssalen og det praktiske. Du gjør en jobb, syr igjen, og så har du liksom «mission accomplished». Men da jeg jobbet på kirurgen, fikk jeg alltid de pasientene som



Foto: Christian Tunge

Trude Fixdal

Født 1964 i Oslo

- Cand.med. fra Universitetet i Oslo, 1993
- Legevakten, Oslo kommune, Kirurgisk avdeling, Aker sykehus og Gynekologisk avdeling, Aker sykehus, 1994–98
- Spesialist i psykiatri og i barne- og ungdomspsykiatri, 2007
- Avdelingsleder ved Barne- og ungdomspsykiatrisk avdeling, Oslo universitetssykehus fra 2012

hadde pankreatitt etter å ha tatt for mye alkohol og smertestillende. De som kom inn gang på gang med akutt abdomen og med underliggende personlighetsforstyrrelse. Da var det sånn «den tar Trude». Jeg samarbeidet mye med konsultasjonspsykiatrien og syntes det var interessant. Så ble jeg gravid og deretter alene med barn. Sånn ordentlig alene, altså. Jeg skjønte veldig fort at hvis jeg skulle overleve og ta vare på barnet mitt, kunne jeg ikke spesialisere meg i noe som krevde vakter langt opp i overlegesjiktet. Jeg ville blitt avhengig av andre, og det ville jeg ikke. Jeg måtte finne på noe som var kompatibelt med å være aleneforelder.

En gang hørte jeg Trude forelese om akuttpsykiatri. Vi var 70 ansatte som hørte på henne. Hun var velartikulert og myndig, men plutselig ble hun avbrutt av sin egen telefon. Trude svarte, og alle i salen hørte på. Det var tydelig at hun snakket med sønnen. Etter samtalen kommenterte hun ikke avbrytelsen, men fortsatte forelesningen der hun slapp.

– Jeg var uinteressert i å gå i redusert stilling. Da tenkte jeg på psykiatri. Og «hvorfor-spørsmålet» – det er jo ikke noe annet fagfelt hvor man kan gå så i dybden og utforske det. Har du et benbrudd, er sva-

ret på «hvorfor» ganske lett. Men hvis du har en depresjon, er spørsmålet mye vanskeligere å svare på. Så jeg søkte en stilling i barnepsykiatri ved Nic Waals Institutt. Det har gitt meg mye, og ikke minst har jeg lært meg å sitte litt på hendene og ikke være så handlingsorientert. Jeg lærte å ta tiden til hjelp.

Harald ler på kjøkkenet. Etter selv å ha jobbet med Trude forstår jeg hvorfor han ler. Trude sitter ikke på hendene. Hun venter ikke engang alltid på at pasienten skal komme til henne. Jeg minnes et felles oppdrag vi hadde på jobb. To barn var henvist til vår poliklinikk, en mor på 15 år og hennes sønn på ti måneder. De var flyktninger. Trude hentet meg og sa «Hopp i bilen. Vi får mer innsikt hvis vi ser pasientene der de er. Vi kjører til asylmottaket. Jeg har med kamera for å filme samspillet». Trude skaffet seg raskt oversikt. Hun fordelte arbeidsoppgaver oss imellom med alle familiemedlemmene og tolk. Det ble en effektiv konsultasjon under kaotiske forhold.

Forståelse og åpenhet

– Det var snålt i barne- og ungdomspsykiatrien (BUP), og jeg stusset over uttrykk som «å gå om bord i følelsene sine», men etter

hvert erfarte jeg mye jeg ikke hadde sett som lege tidligere. Jeg forsto mer av meg selv også, tror jeg. Det var jo noen år med veiledning og egenerapi som jeg tror har vært bra, ikke minst for de rundt meg. Jeg gikk i psykoterapiveiledning i seks år. Jeg er jo psykodynamisk oppdratt, og det er fint å ha litt oversikt over egne greier. I 2003 begynte jeg i voksenpsykiatrien ved Akutt-avdelingen på Aker.

Trude fullførte spesialiteten i både voksen- og barnepsykiatri og har jobbet innen begge disipliner.

– Hva skiller barnepsykiatri fra andre spesialiteter?

– I barne- og ungdomspsykiatrien må man legge av seg den strikte «utredning, diagnose, ferdig»-tankegangen. Psykiske lidelser hos barn og unge har en etiologi som ikke er så enkel som i mange andre områder av medisinen. Man må være åpen for at ting kan gå utenfor det medisinske. Psykisk sykdom hos barn er multifaktoriell. Diskusjonen om er du født sånn eller blitt sånn, er jeg utrolig lei av. Vi burde heve oss over den. Vi vet at her er det et samspill – og veldig mye vi ikke vet. BUP-sektoren skal behandle barn og unge med alvorlige psykiske lidelser. I og med at grensen over mot det forebyggende arbeidet er glidende, må vi også være utadvendte. Vi skal gi veiledning til førstelinjetjenesten – uten at det er å medikalisere hverdagsproblemer. Vi må på ingen måte bagatellisere psykiske lidelser hos barn og unge.

– Jeg har truffet pasienter i voksenpsykiatrien som kunne hatt en helt annen utvikling og et annet liv hvis de for eksempel hadde fått sin autismediagnose eller AD/HD-diagnose tidlig. Jeg har pasienter som jeg har fulgt gjennom innleggelse, fengselsopphold og i deres funksjon som foreldre. Jeg husker nettopp en slik pasient jeg hadde diagnostisert med AD/HD i voksenpsykiatrien. En gang hadde han med sønnen. Han var rundt på hele kontoret og prøvde å demontere vasken og ødela utstyr. Så spurte jeg far: «Er han sånn hele tiden?» Ja, han var jo det, det var mye styr. Gutten ble henvist til BUP-enheten og fikk diagnosen AD/HD som 3-åring med full tilrettelegging i barnehagen og med medisiner. Han fungerte strålende og fikk en helt annen start på livet enn det faren hadde fått.

«Quick fix» i BUP-feltet?

– Hva tenker du om innføring av pakkeforløp i BUP-sektoren?

– Kompleksiteten i psykiske lidelser hos barn og unge gjør det vanskelig å forvalte tjenesten innenfor rammene av et standardforløp. Pakkeforløp er jo litt sånn «one size fits all». Er det noe jeg har lært av å jobbe i dette faget, så er det at «one size doesn't fit all». Du må stille «hvorfor-spørsmålet» alltid. Du kan ikke ta for gitt at får du et deprimer barn, da er det *den* veien jeg går. Det er absolutt grunner til å implementere

«Hopp i bilen. Vi får mer innsikt hvis vi ser pasientene der de er»

mer evidensbasert behandling i barne- og ungdomspsykiatrien. Men du må alltid åpne opp for at det er mange faktorer og at det er et komplekst bilde av årsaker og symptomutforminger.

Rammes av mistenkeliggjøring

– Stemmer det at nå blir vilter sett på som AD/HD, sjananse som angst og lei seg som depresjon?

– Min erfaring er at spesialisthelsetjenesten ikke driver med det der. Språket vårt har jo forandret seg. Vi bruker uttrykk som «jeg fikk skikkelig angst av det», eller «jeg ble så deppa» om helt vanlige plager. Diagnosebegrepene har kommet inn i hverdagspråket. I barnepsykiatrisk diagnostikk forholder man seg til diagnostiske kriterier. Jeg synes at det er en slags «sannhet» som har dukket opp, at vi medikalisere hverdagsproblemer.

– Hva tenker du om skepsisen til økende bruk av medikamenter i barne- og ungdomspsykiatrien?

– Vi skriver vel ut mer psykofarmaka til barn og unge enn det vi gjorde før, men det er ikke nødvendigvis en negativ utvikling. Psykose for eksempel, er så belastende for en hjerne i utvikling, og medisiner har absolutt en plass i behandlingen. Ofte leser vi polariserte historier, for eksempel «de dyttet i dem medisiner, hun fikk bare med seg en resept på antidepressiver, og ingen ville høre hvordan hun egentlig hadde det». Jeg tror ikke det skjer i majoriteten av tilfellene. Man må vite hva man gjør når man mediserer barn og ungdom, derfor må barnepsykiatere holde i denne delen av

behandlingen. Medisiner er et av flere behandlingstiltak.

– Kan ytringer om de mest kjente diagnosene innenfor BUP-feltet føre til en stigmatisering av foreldrene til disse barna?

– Ja, og *det* er fryktelig. Det er klart vi møter foreldre som ikke klarer å gi god omsorg, og barn som utsettes for vold og overgrep. Slike uttalelser devaluerer imidlertid foreldre som virkelig står på for barna sine, og det er veldig sårt for dem. Det finnes jo politikere som hevder at barn med AD/HD er utsatt for omsorgssvikt og traumer, og at det er årsaken til lidelsen. Det er urimelig og alvorlige beskyldninger mot foreldre og pasienter som allerede står under et høyt lidelsestrykk. Det er en enorm belastning for en familie å ha et barn med psykisk lidelse. Har du et barn som er ekstremt urolig, sover dårlig om natten eller har spiseforstyrrelser, havner man lett i dårlige samspillsforhold. Som forelder blir du ganske utslitt. Hvis du da i tillegg blir møtt med mistenksomhet og avisartikler om at du er en dårlig forelder, så tenker jeg at du skal være ganske barsk for å tåle alt.

– Er barn sykere i dagens samfunn enn hva de var før?

– Jeg tror vi snakker mer om det, det er blitt mer akseptert å søke hjelp for psykiske lidelser hos barn og unge. Det kan hende at det er blitt et litt tøffere samfunn nå, det var kanskje romsligere før.

Pasienten som undersøkte legen sin

– Hva har gjort størst inntrykk på deg som lege?

– At «hvorfor-spørsmålet» har så mangfoldige og ulike svar.

Trude Fixdal er romslig. Og hun er ikke A4. En gang støtte jeg på Trude på et kjøpesenter. Hun fortalte at hun var blitt sykemeldt etter at en pasient undersøkte henne. Hun skulle måle blodtrykk på et urolig barn med AD/HD, som absolutt også ville måle doktorens blodtrykk. Det fikk han selvsagt lov til. Gutten målte et veldig høyt blodtrykk, hvorpå Trude gikk til fastlegen. Hun fant det samme og ba henne om å stresse ned. Hun hadde glemt å sitte på hendene sine.

Rebekka Johnsen Wangensteen

reb.j.w@online.no