

Mang en helsearbeider har opplevd å komme til kort i møte med pasienter fra fremmede kulturer. Med en musikers lydhørhet og blikk for alternative metoder, vendte allmennlege Arild Aambø frustrasjonen til et fruktbart samarbeid med innvandrerkvinner for å nå frem med helseinformasjon.

## Intervjuet: Arild Aambø

# Allmennlege i kulturell smeltedigel

Å vandre østover fra Oslo sentrum, i retning Grønland og Tøyen, er som en reise til fremmede himmelstrøk. Butikkenes varetilbud, lukter, lyder og mennesker fører deg til fjerntliggende kulturer, inntil en issvull på fortauet raskt får deg ned på norsk landjord igjen. Her, i bydel Gamle Oslo, med de blå mosaikkprydete tårnene i byens moské ruvende i bakgrunnen, finner vi Primærmedisinsk verksted, senter for helse, dialog og utvikling. Og der, spisende på en varm og duftende samosa (pakistansk rett), kommer sunnmøringen, allmennlegen og senterets initiativtaker og daglige leder, Arild Aambø. For anledningen alene, men vanligvis er han omgitt av kvinner fra mange verdenshjørner, flest fra Somalia, Pakistan og arabisktalende land. De syr, lager mat, lærer å lese og skrive, eller deltar i grupper hvor temaene spenner fra baby-massasje og bruk av urter og krydder for å fremme bedre helse, til samtaler om menneskerettigheter, tvangsekteskap og omskjæring av kvinner. Ved Primærmedisinsk verksted sprer man informasjon og forebygger helseproblemer kort og godt ved å snakke sammen i grupper.

– Det er jo helt fantastisk, utbryter Aambø og stråler av entusiasme når han henter frem statistikken over fjorårets aktivitet. Da ble det utviklet 548 gruppemøter med en varighet på 2 til 3 timer, og med gjennomsnittlig vel 11 deltakere. – Det gir mer enn to møter daglig i et helt år hvor mennesker møtes for å diskutere hva de kan gjøre for at livet skal bli litt bedre! fastslår han.

### Dialog fremmer helse

Som allmennlege for mange pasienter med fremmedkulturell bakgrunn, ble Arild Aambø mer og mer frustrert over at konsultasjonene ofte endte med misforståelser fordi pasient og lege snakket forbi hverandre. – Vi jobbet så mye, men fikk til så lite, sier Aambø om tiden som helsesjef i bydel Gamle Oslo.

Han er ikke alene om å oppleve møtet med fremmedkulturelle pasienter slik (1), men i Aambøs tilfelle bar frustrasjonen frukter: Han gjorde noe med saken. Takket være midler fra prosjektet Miljøbyen Gamle Oslo, ble Primærmedisinsk verksted startet i 1994. At han selv ble daglig leder, var mer tilfeldig. – Ingen søkte stillingen. Jeg var overbevist om at problemene vi stod overfor ikke kunne løses bak et skrivebord, og noen måtte jo trå til.

Siden da har legefrakken hengt i en krok, og reseptblokken ligget urørt i skuffen. Helsevesenets tradisjonelle midler har ingen plass i Aambøs helsefremmende regi. De viktigste redskapene ved verkstedet er dialog og bruk av «naturlige hjelpere», legfolk fra ulike kulturer som er interessert i og har evne til å samarbeide med fagfolk for å bedre folks helse. De deler språk og kultur og i stor grad sosial posisjon med brukerne, og er sentrale bærebjelker i det helseforebyggende arbeidet.

– Bruk av naturlige hjelpere bidrar til at budskapet ikke blir oppfattet som noe som tres ned over hodene på brukerne. Ingen liker å bli instruert, det kan oppleves meningsløst, sier Aambø. Han fortsetter: – Gjennom samtaler om faktorer som virker negativt inn på helse og livskvalitet, gir kvinnene hverandre ideer til hvordan de kan få det bedre. I stedet for å gi råd, gir vi den enkelte mer autoritet. Vi bygger på brukernes erfaringer, bygger tillit og respekt ved å la alle få delta i diskusjonen, spør hva de selv synes hjelper, og løfter frem det vi tror kan virke positivt. Dag for dag ser vi at folk retter seg opp, får glød og engasjement og tåler mer av smerter, forteller Aambø.

Et viktig prinsipp er at hjelpen skal bidra til at den enkelte får et bedre grep om eget liv. Brukerne skal komme med visshet om at de blir hørt og møtt med respekt, og de bestemmer selv tema for de ulike gruppene. Enveis kunnskapsoverføring fra fagfolk har ingen plass ved verkstedet, hvor man mener at utvikling og tilegnelse av kunnskap er en sosial prosess hvor alle bidrar. Lege, jurist

og psykologer er ansvarlige for virksomheten, og sikrer blant annet at informasjonen holder faglig høy standard. For øvrig har Aambø et flegmatisk forhold til faktainformasjon, etter mange år som lege.

– Det som var fakta for 20 år siden, er ikke nødvendigvis det i dag, kommenterer han.

### Tabuer frem fra skyggen

Arild Aambø har en vid definisjon av forebyggende helsearbeid.

– For meg er helseinformasjon noe som er praktisk nyttig i hverdagen, noe som bidrar til at den enkelte ser hva som griper negativt inn på egen helse og som gjør at man kan ta tak i eget liv. For eksempel er ungdomskriminalitet en manifestasjon av helse, slik jeg ser det.

Aller viktigst for helsen er sosial kapital, sier 53-åringen. – Og det har jeg belegg for, påstår han. – De som har et sosialt nettverk, som kjenner ressurspersoner utenfor egen familie og er kjent med behandlingsapparatet, har et fortrinn i forhold til å holde seg friske. Jeg er mer usikker på nytten av kunnskap om forskjeller mellom soyaolje og olivenolje.

Når tillit og respekt er på plass, er det også lettere å gi helseinformasjon om sterkt tabubelagte temaer. HIV/AIDS, tvangsekteskap og omskjæring diskuteres i grupper, også på tvers av kjønn og generasjoner.

– Omskjæring handler om kultur, om hvordan svigerfamilien vil reagere hvis man ikke er omskåret. Det er viktig at kvinnene treffer andre kvinner som sier at «dette gir jeg blaffen i» og gir sosial aksept for at man legger tradisjonen bak seg. Vi glemmer ofte å jobbe med den sosiale biten, som er så vesentlig i innvandrer miljøer, sier Aambø.

Ved Primærmedisinsk verksted har man også gitt seg i kast med informasjon om tuberkulose, som er svært tabubelagt og stigmatiserende i somaliske miljøer. De som rammes, risikerer å bli utstøtt, dersom det blir kjent at de har sykdommen. En informasjonskampanje med utstrakt



## Arild Kjell Aambø

f. 1949 i Ørsta

- Cand.med. i Bergen 1975, spes. allmennmedisin 1989
- Daglig leder av Primærmedisinsk verksted, senter for helse, dialog og utvikling 1994 –

Foto J-E. Larsen

gruppeaktivitet og oppsøkende virksomhet blant somaliere for å få flest mulig til å møte til skjermbildeundersøkelse, førte imidlertid til at skuffende få fant veien til bussen fra Statens helseundersøkelser. Kanskje fordi man la undersøkelsen til Ramadan, kanskje fordi bussen ikke ble parkert utenfor verkstedet. Men Aambø tar resultatet med tilbaketrukket ro.

– Tross alt er vi kommet et langt skritt fremover, fordi vi har satt i gang samtale om et tabubelagt tema. Å kjenne sine egne tabuer har en verdi i seg selv, selv om somaliene ikke står på geledd for å bli testet.

### Forløsende fest

Aambø og hans medarbeidere høster stor respekt for det de har fått til, og var blant annet en av fem vinnere av Det nytter-prisen i 2002. Men det ligger mange samtaler og et hav av tålmodighet bak. Det som særlig virket forløsende, var en fest som kvinnene tok initiativ til. Det ble en sterk opplevelse for Aambø.

– Mange hadde vært i Norge i flere år, men ikke noen gang hadde de funnet et sted hvor de kunne slippe løs glede. Etter festen forsvant prat om egne plager og smerter. I stedet uttrykte de bekymring for familien, for barneoppdragelse, og for hvordan de kunne unngå at barna kom i kontakt med kriminelle miljøer. De begynte å reflektere over hva de kunne gjøre for at deres gruppe skulle få det bedre. Det var sterkt å se at disse kvinnene, som bare har erfaring fra kjøkkenet, begynte å vise samfunnsengasjement og tok tak i problemer som er nære og relevante, synes Aambø.

– Etter hvert reflekterte de også over egen kulturell praksis, blant annet omskjæring.

### Musikalsk lydhørhet

Tålmodighet er en dyd i helseforebyggende arbeid, men tålmodighet er likevel ikke Aambøs mest fremtredende egenskap. Tvert imot trenger han stadig nye prosjekter å hankses med, sier han. Men han er åpen

og nysgjerrig, og fremfor alt lydhør for det fremmede. Evnen til lydhørhet tror han stammer fra interessen for musikk fra ulike kulturer. – Det har jeg lært gjennom å lytte til ulike former for musikk. Noen former kan virke svært fremmedartet før man litt etter litt blir vant til tonespråket. Den disiplin og tålmodighet en musiker må ha for å kunne tilegne seg musikken, influerer hele min måte å tenke på.

Arild Aambø tok utdanning i musikk, som elev i solistklassen ved Bergens Musikkonservatorium, samtidig som han studerte medisin. Han oppdaget musikk-talentet sent, og begynte ikke med regelmessige klavertimer før han var 20 år. Han har aldri debutert, men akkompagnerte sin kone, sangerinnen Marit Osnes, da hun debuterte.

– Jeg spiller ikke mer, ler han og vifter avvergende med hendene. Det er nok en sannhet med modifikasjoner: Vi vil tro at en som har opptrådt tre ganger under Festspillene i Bergen, har en streng definisjon på hva som ligger i ordet «spille».

### Hva mente Cochrane?

Kontakten med kvinnene geleider også Aambø inn på nye områder. – Jeg kan ikke avfeie deres erfaring og kunnskap som uinteressant. Deres kunnskap er ofte mer avansert enn vår, mener han og viser til arbeidsgrupper for hvordan man kan bruke urter i helsefremmende øyemed. – Vi sier for eksempel at hvitløk er bra mot influensa. Innvandrerkvinnenes kunnskap sier at den forebygger hjerteinfarkt. Da jeg sjekket disse opplysningene i forhold til litteraturen, viste det seg at det er den forebyggende virkningen på hjerte- og karlidelser som er best dokumentert gjennom kliniske studier. At all behandling ved et legekontor skal være evidence based, bør trolig være et langsiktig mål, men fokuseringen har ført til at vi allerede i dag har begynt å utelukke klinisk kunnskap som ikke er bekreftet ved dobbeltblinde, randomiserte studier. Det kan føre til en svært fattigslig legepraksis

som pasientene er lite tjent med. Det er mer mellom himmel og jord som kan påvirke folks helse. Man kan bare gå til sosiologisk litteratur, så finner man straks et annet syn, konstaterer Aambø. – Jeg skulle gjerne ha møtt Cochrane og spurt ham hva han egentlig mente, legger han smilende til.

Primærmedisinsk verksted, som finansieres av Kirkens Bymisjon, Kommunaldepartementet, Barne- og familiedepartementet, Sosialdepartementet, Helsedepartementet og Oslo kommune, samarbeider mye med barnevern, psykiatrien og kriminalomsorgen, men kontakten med leger er liten.

Aambø er tilbakeholden med å råde leger om hvordan de bør forholde seg i møte med fremmedkulturelle pasienter, men slår nok et slag for samtalen. – Den er et av legens viktigste redskaper. Det vi har nytte av her, er strukturert løsningsfokustert samtale. Innfallsvinkelen gjelder alle pasienter, uansett etnisk opphav.

Fra midten av februar deler Aambø arbeidstiden mellom verkstedet og det nyopprettede Nasjonal kompetanseenhet for minoritetshelse, NAKMI, ved Ullevål universitetssykehus.

– NAKMI skal samle og synliggjøre kompetanse, arrangere kurs, beskrive hvilke problemer leger strever med og invitere til forskning, opplyser Aambø. Hans store ønske er at vi blir flinkere til å dra nytte av deltakende forskningsprosesser, hvor de det gjelder formulerer problemstillinger og hjelper forskere i innsamling av datamateriale.

Han vender neppe tilbake til ordinært legearbeid. – Noen ganger har jeg stått overfor det valget, men hver gang er jeg kommet frem til at det jeg driver med nå er mer meningsfylt, konstaterer Aambø.

### Ingrid M. Hoie

ingrid.hoie@legeforeningen.no  
Tidsskriftet

### Litteratur

1. Dyregrov K. Interkulturell kommunikasjon i allmennpraksis. Tidsskr Nor Lægeforen 1997; 117: 2444–6.