

Utpostens
dobbeltime

Tor Jacob Moe

INTERVJUET AV GUNHILD FELDE

Da en høvding innen psykiatrifaget som Tor Jacob Moe i 2002 i protest sa opp sin stilling som avdelingsoverlege på psykiatrisk avdeling på Haukeland sykehus, vakte det reaksjoner ikke bare i media, men helt opp på øverste politiske nivå. Fjernsynsteam fikk filme inne på en overfylt psykiatrisk avdeling og dokumenterte uverdige forhold for pasienter innlagt mot sin egen vilje. For Moe selv var avgangen slutten på en lang prosess.

Overfor bevilgende myndigheter både lokalt og sentralt hadde han over flere år påpekt et konstant overbelegg med det dette resulterer i av utskrivelser som hårfint balanserer for å holde seg innenfor forsvarlighetens trygge ramme. Hans smertegrense på vegne av pasientene var nådd.





– Når jeg en lørdag i september møter Tor Jacob Moe hjemme hos ham på Hjellesstad i Fana ved Bergen, er kaffebordet dekket og lysene tent. Atmosfæren står i sterk kontrast til de dramatiske dagene i 2002. Selv om jeg vet at mitt besøk kommer midt i et mer enn gjennomsnittlig tett program denne helga, får jeg et inntrykk av at vi har all den tid vi måtte trenge. En lun vennlighet og tilstedeværenhet preger Moe. Hans positive holdning til Utposten kan også tenkes å ha en sammenheng med at han for knappe 40 år siden, etter utdanning i Groningen og Uppsala, startet sin legekarriere i allmenmedisinen, med to år som distriktslege i Sunne i Sverige. I 1969 startet han på psykiatriutdanningen, dette også i Uppsala. Fra 1972 fikk han sitt virke i den psykiatriske konsulenttjenesten ved Haukeland sykehus.

– Mitt råd til alle som tenker på en spesialitet innen psykiatrien, er å få doktoridentiteten på plass først. Alle bør ha jobbet ute i et distrikt, kjent presset når du sitter på kontoret med venterommet fullt. En bør ha fått inn en del ferdigheter for å kjenne at en er lege og for å merke hva en liker og ikke liker ved faget.

– Moes bakgrunn er variert. Også innen sin egen spesialitet har han vært innom flere grener. I ti år var han avdelingsoverlege på sosialmedisinsk avdeling på Det Norske Radiumhospital før han kom til Haukeland som avdelingsoverlege. Nå er han avdelingsoverlege på alderspsykiatrisk avdeling på Olaviken i Bergen. – Da du satte foten ned i 2002, brukte du sterke virkemidler. Burde vi som leger ha en lavere grense for å si fra på vegne av pasientene når forholdene er for dårlige?

– Enhver må finne ut hvor denne grensen går, sier Moe. Du kan komme til et punkt der trykket blir for stort fra alle kanter. De fleste får en god behandling i psykiatrien. Men min faglige påstand er at det stadig er en gruppe som vi med bedre rammebetingelser kunne ha reddet. Selv om de ikke suiciderer mens de ligger inne på avdelingen, har vi et moralsk ansvar også om de gjør det umiddelbart etterpå. Denne gruppen makter vi ikke å behandle slik moderne medisin tilsier at vi burde.

– Jeg har vondt av kollegene på Ullevål etter trikkedrapet i Oslo nylig. Dette er helhjertede personer som jobber hardt under stramme rammebetingelser og som, når dette skjer, blir knust i det offentlige rom, som om de ingenting gjør. En frisk-syk-vurdering er alltid subjektiv. Er pasienten frisk nok til å være hjemme eller syk nok til å være på sykehus? Når avdelingen er full og det nærmer seg helg, har vi det i bakhodet og frisk-syk-vurderingen vil alltid være farget av dette. Vi vet at vi må ha fire ledige plasser til helgen og dermed må vi skrive ut de som er minst syke.

– Er det mulig å komme dit at vi unngår slike utskrivelser?

– Jeg tror vi kunne hatt et system som var mer romslig. I møte med departementet fikk jeg inntrykk av en stor munn, men ører fulle av cerumen. I min tid som avdelingsoverlege hadde vi et gjennomsnittlig belegg på 103 prosent mot et prosjektert belegg på 85 prosent, som er vanlig, og det avdelingen er planlagt ut fra. Over år presenterte vi dette, og en rød lampe burde jo ha lyst oppover i systemet!

Men ingen spurte hvordan dette gikk og myndighetene tok ingen signaler. En vet at det vil koste penger, og da er det greiest å unnlate å gripe fatt i det. Men idet det smeller, som med trikkedrapet, er det ingen nåde, da gjelder det å finne den skyldige legen.

– Som assistentlege på medisinsk avdeling det siste året har jeg merket kravet om høy pasient-turnover i systemet. Hvordan vi skulle få pasientene ferdigbehandlet og utskrevet fortrest mulig ble tatt opp oftere fra lederhold enn faglige problemstillinger som kunne gjøre behandlingen bedre.

– Dette er et eksistensielt problem i forhold til det å være doktor. Folk kommer fremdeles til oss med en antagelse om at vi kan hjelpe dem, at vi har noe vi kan bidra med som kan gjøre at deres liv kan bli bedre, somatisk eller psykisk. Da er det et problem at systemene rundt oss later som de vektlegger kvalitet, mens det økonomiske blir så framtrødende. Det er skremmende at unge leger skal føle at effektivitet og økonomi er det som veier tyngst. Det må være rom for og legges til rette for refleksjon når pasientens tilstand er uklar.

– Både fra det offentlige og fra pasientens side kan vi ofte oppleve bestillingslister. Pasientene har sine ting de vil ha utført, mye de «bare har rett på.» Vi opplever også ofte at samfunnet vil styre våre vurderinger. Hvordan skal vi i denne kryssilden beholde vår integritet og gleden over å være lege?

– Hvis jeg skal ha det bra som doktor må jeg føle at jeg får gjort en god jobb. Og for å gjøre en god jobb, må jeg holde fast ved at den pasienten som akkurat nå sitter på mitt kontor skal få min fulle oppmerksomhet, og jeg må bruke all den systematikken jeg er trent i. Hvis vi ikke får gjort dette, men bare må oppfylle pasientenes bestillingslister, reduseres vi til å bli tjenestemenn som handler på ordre uten at det ligger en medisinsk faglig vurdering bak. For min egen del har jeg ikke noe negativt forhold til selve kunde-

begrepet. Jeg kommer fra en handelsfamilie der vi alltid har vært helt bevisst på at det er kunden som kler oss, gir oss mat i magen og tak over hodet. I kundebegrepet ligger også en distanse som kan være av det gode.

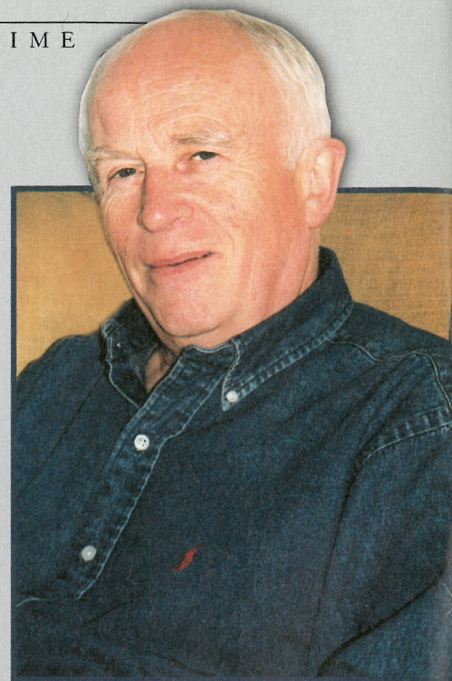
Det er viktig å huske at vi tross alt er leverandører av en tjeneste som er etterspurt. Det er viktig at vi ikke legger oss under, men at vi definerer oss opp,

som den som har kontroll. Dette er pasientene best tjent med. I det øyeblikket vi går inn i en offerrolle, har vi kommet i en farlig posisjon i forhold til egen trivsel og helse som lege. Vi kan oppleve at pasientene er utakknemlige og at myndighetene er ute etter oss. Men det er viktig å ikke bli et offer, viktig å kunne beholde følelsen av at det ikke er synd på meg, jeg har valgt dette yrket og har kontroll og innflytelse over min yrkesutøvelse og hverdag. Vi ønsker å være tilstede for pasienten, men vi kan ikke være deres «slaver». Da abdiserer vi fra det det vil si å være lege.

I denne sammenhengen er ordet *kollega* for meg et unikt og viktig ord. Det å oppleve gode samarbeidslinjer fra primærhelsetjenesten til sykehuset er svært viktig. Jeg var i flere år vakthavende lege på land for ansatte på oljeplattformer. Det å kunne drøfte en akutt abdomen med en kirurg og føle at dette ansvaret kunne vi bære sammen, var uvurderlig. Vi må aldri få høre fra en kollega at, «det må du klare selv». I min jobb legger jeg stor vekt på å være tilgjengelig for kollegaer, de skal alltid kunne nå meg, selv om jeg sitter i et møte. Hvis en kollega ringer en kollega, er det en grunn for det. Da må vi være villige til å stille opp, helst der og da. Hvis vi får en diskusjon på det aktuelle tidspunktet, er det som regel mest hensiktsmessig for pasienten. En må også ha ryggrad til å bære en eventuell feilvurdering, og om det skulle gå galt har et råd fra en erfaren kollega en annen tyngde enn om en kom fram til det samme selv. Det er viktig å innse at det bare er leger som forstår hva det vil si å være lege.

Flere korte avbrudd i form av mobil samtaler under intervjuet viser tydelig Tor Jacob Moes tilgjengelighet, også nå for kollegaer som trenger råd. Likevel får jeg under samtalen ikke inntrykk av at vi blir avbrutt, det er bare slik det skal være – en demonstrasjon av en tjeneste. Hans nærvær og interesse preger samtalen. Imøtekommenheten understrekes av to av Moes sju barn som er på besøk og som serverer kaker og gir meg valget mellom mørk og lys kaffe.

– Vår grunnholdning til det å være lege er avgjørende, sier Moe. Vi er satt til noen ganger å helbrede, ofte lindre og alltid trøste. Dette er den legetiske, imperative siden. Med dette har vi satt oss selv i en spesialposisjon i forhold til de medmenneskene vi møter som leger. Utfordringen er å stille seg selv til disposisjon for det mennesket en har foran seg i en tilmålt tid. Jeg har alltid syntet at dette har vært



utrolig gøy og aldri så gøy som nå. Det blir kjekkere og kjekkere, fordi det er så meningsfullt!

– *Har det vært noen endring i pasientgruppen på de årene du har vært lege?*

– Jeg synes på mange måter å ha sett en endring mot et kaldere samfunn og dette avspeiles hos pasientene, først og fremst i form av mer ensomhet. Menneskers tilhørighet er redusert. Ikke minst sees dette godt i det hjørnet av livet jeg nå beskjeftiger meg med, nemlig alderspsykiatrien. Mange liv er preget av mange og store tap, både av egen helse og av nære relasjoner. Mange har det isende ensomt. Spesielt blant de eldre i arbeidslivet er det blitt en utvikling i retning av at en helst ikke vil ha ansvar, ikke stå til disposisjon. Dette kan på sikt forsterke opplevelsen av meningsløshet og ensomhet.

– *Jan Magnus Bruheim beskriver mennesket som «skapt til å bera». Det skjer kanskje noe grunnleggende med oss når vi ikke lenger bærer noe for noen?*

– Ja, og dette er tankevekkende i forhold til ordningen med avtalefestet pensjon. Denne ordningen har nok til dels tatt helt andre og friskere grupper ut av arbeidslivet enn det var tenkt. Jeg tror ikke samfunnet har råd til dette. Og i tillegg fratar det altfor mange med god helse gleden ved å gå på jobb hver dag.

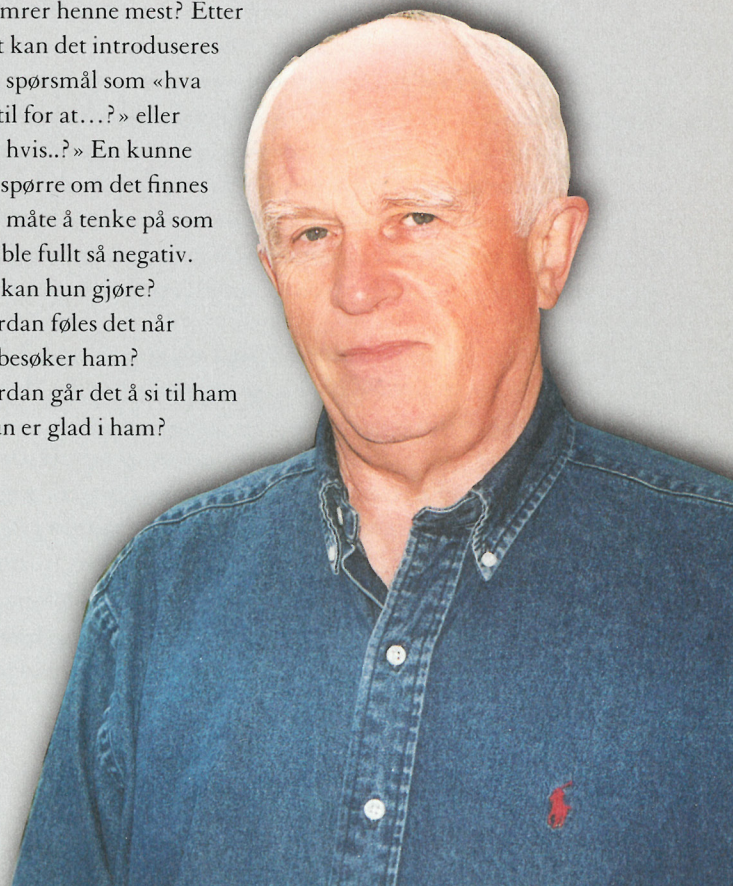
– I møte med deprimerte pasienter der ytre forhold som ensomhet eller andre spesielle livssituasjoner er årsak til depresjonen, kan en som lege fort få en avmaktfølelse. Jeg kan få følelsen av at jeg ikke kan påvirke hva det hele egentlig dreier seg om, og dermed kan jeg ta meg selv i å miste troen på bedring hos pasienten.

– Dette er det svært viktig å ta tak i, fordi det skaper en avstand til pasientens situasjon. Tanken om at vi uansett ikke kan dekke et behov, for eksempel ensomhet, eller få en pasients bekymringer til å forsvinne, holder oss på avstand fra det og hindrer oss i å berøre det. Dette er lite tilfredsstillende både for oss og pasienten. Min erfaring, som også støttes av litteraturen, er at våre spørsmål og oppriktige interesse for den andre gjør noe med denne personen. Det å få spørsmålet: «Betyr det at du føler deg veldig alene?» fra et ansikt som viser at det ønsker å få et svar, gjør noe med en – å merke at et annet menneske ønsker å dele og berøre noe vanskelig. Dette står i sterk kontrast til at en som doktor begynner å ane hvor dette landet ligger og unnlater å gå inn i det fordi en ikke tror en kan klare det. Hvis vi på en sannferdig måte kan dele pasientens ensomhet der og da, vil dette mennesket føle seg mindre ensomt. Det å kjenne seg tatt på alvor og forstått, har en viktig dimensjon ved seg.

Så kan vi gå videre med å tenke på hvordan vi med en kognitiv tilnærming kan hjelpe pasienten å tenke rundt problemet. Min strategi er ofte å spørre «Hva er det som bekymrer deg mest?». Det er viktig å få tanken over fra det generelle til det mest mulig spesifikke, mest mulig jeg-orienterte, slik at pasienten får satt ord på hva de selv faktisk opplever i sin situasjon. Pasienten må snakke om seg selv og selv ta stilling. Det er viktig å ikke snakke om at «alt er så forferdelig», men beskrive hva som er forferdelig. Det å ikke bli spesifikk sliter også mer på oss som leger fordi vi lettere får en hjelpeløshetsfølelse. Det er viktig å jobbe konkret, ikke bare røre rundt i grøten der vi holdt på forrige gang, dette gir en følelse av håpløshet både hos lege og pasient. I kognitiv tilnærming deler vi opp problemet. Jeg ber ofte pasienten tenke over til neste gang hva hun vil at vi skal arbeide med. Det tydeliggjør at det ikke er syting og klaging vi driver med. Det er også viktig å være klar på grensene mellom hva som er pasientens problem og hva som er ditt. Det kjenner noen ganger som om pasienten vil sitte på fanget ditt – men på ditt fang er det ikke plass! Han må sitte på sin egen stol.

– *Jeg hadde som pasient en mor med en kriminell sønn som satt i fengsel. Hun klarte ikke å legge fra seg bekymringene for sønnen og dette gjorde henne nedbrutt og angstfylt. Hun skøret over 20 på MADRS og begynte med antidepressiva. Bekymringene kværnet rundt i henne døgnet rundt og gav henne aldri hvile og det opplevdes vanskelig å komme noen vei med dette. Det er fort å tenke at jeg som lege ikke får påvirket de ytre omstendighetene her. Hvordan kunne jeg kommet videre i en slik situasjon?*

– Det er viktig å få henne til å sette ord på hva som bekymrer med sønnen, hva ved hans framtid bekymrer henne mest? Etter hvert kan det introduseres noen spørsmål som «hva skal til for at...?» eller «hva hvis...?» En kunne også spørre om det finnes noen måte å tenke på som ikke ble fullt så negativ. Hva kan hun gjøre? Hvordan føles det når hun besøker ham? Hvordan går det å si til ham at hun er glad i ham?



Det han kanskje trenger, og det hun har det best med når hun går etter besøket, er kanskje at hun, midt i alt, kan si at hun er glad i ham – for han har jo ingen annen mor i verden. Her kommer vi i berøring med de eksistensielle sidene, de grunnleggende dimensjonene i tilværelsen, det at en mor har et barn, og barnet en mor. Vi rører ved noe basalt både biologisk, sosiologisk og psykologisk hos henne.

Det neste å ta fatt på kan kanskje bli hvordan hun tenker om seg selv. Anklager hun seg selv?

– *Vi tenker lett at vi skal komme med en løsning. Jeg tar meg ofte i å føle at jeg burde komme med en oppsummering og gi et godt råd til pasienten.*

– Det er en vanlig felle å gå i. Selv ønsker jeg ikke å gi råd til pasientene, men vil gjerne **drøfte** ting sammen med det andre mennesket i den avgrensede tiden vi har til rådighet. Som leger kan vi gjerne undre oss og si: «Skal tro om...», og dermed introdusere en ny tanke. Dette skaper en likeverdighet mellom lege og pasient.

– *En annen menneskelig utfordring i møte med en del pasienter kan være en følelse av irritasjon og kanskje litt forakt for svakhet og det som kan se ut som manglende vilje til å strekke seg litt. Dette kan stå i veien og virkelig være et hinder i relasjonen til pasienten og føre til stress og dårlig samvittighet hos legen. Hva kan vi gjøre med dette?*

– En forutsetning for å gjøre noe med dette er å være ærlig og innrømme at pasienten provoserer en. Noen pasienter kan åpenbart mangle vilje til å gjøre det de faktisk kan klare. Jeg var tilknyttet smerteklinikken i flere år. Der handlet det ofte om å få pasientene til å gjøre det lille de klarte. Vi må igjen dele opp pasientens problem ved å spørre hva som er det vanskeligste og hva de faktisk kan gjøre. Vi må begynne med det daglige i hjemmesituasjonen før vi begynner med jobbsituasjonen. Hvis vi ikke stiller pasientene til ansvar på dette, fratar vi dem en betydelig grad av menneskelighet. Mange pasienter vil begynne å fortelle om det de ikke kan og utfordringen ligger i å få fokus over på det de mestrer. Dette er det veldig greit å snakke om på kurs, men svært utfordrende å få til når en står overfor pasienten.

Tor Jacob Moe var i ti år avdelingsoverlege ved sosialmedisinsk avdeling på Det Norske Radiumhospital og jobbet mye med alvorlig kreftsyke pasienter.

– *Hvis vi skal ta vår funksjon som lindrere og trøstere på alvor, må vi av og til møte pasientene på det eksistensielle området. Dette er utfordrende for mange av oss. Hva er det som gjør dette vanskelig?*

– Ved alvorlig og dødelig sykdom unngår vi ofte en del spørsmål fordi vi er redd for svarene. Et viktig spørsmål som berører det disse pasientene innerst inne tenker på, er:

«Hva tenker du om fremtiden?». Svaret er jo ofte at pasienten kommer til å dø. Og hva er i den situasjonen viktigst for pasienten? Kanskje er det hva som skal skje med barna som blir igjen uten mor eller far, kanskje er det forsoning med noen nære. Vår oppgave i slike situasjoner er å hjelpe pasienten til å stoppe opp ved punkter som kan være betydningsfulle i forhold til det å være menneske. Som regel er det riktig å stille åpne spørsmål. I situasjoner der pasienten virker lukket og har vanskelig for å sette ord på følelsene, går det an å bruke kvalifiserte lukkede spørsmål, som for eksempel: «Tenker du mye på barna dine?». Dette kan vi gjøre fordi vi vet det er sannsynlig at hun tenker på nettopp barna.

– *Noen pasienter vil ha et behov for å snakke om tro og temaer som forsoning, tilgivelse og gudsforhold. Bør vi nærme oss slike problemstillinger og hvordan får vi dette fram på en god måte?*

En kan komme inn på tro ved å spørre om dette er noe som betyr noe i pasientens liv, om hun har vært aktiv i menighet, politikk, forening eller lignende. Da har vi jo, på linje med andre anamnesticke opplysninger, stilt spørsmål ved hvor pasienten befinner seg på dette området. For meg har det alltid vært klart at jeg ikke kan forkynne min tro i møte med en pasient. Dette ville besudle konsultasjonen – dette rommet der jeg som lege skal stille meg til disposisjon for pasienten på en nøytral måte. Hvis pasienten er humanetiker, må jeg som troende, kristen lege selvfølgelig ha respekt for det. Jeg kan for eksempel spørre om pasienten i sin vanskelige situasjon kan føle at han får hjelp gjennom sitt livssyn. Jeg kan ved hjelp av spørsmål gå inn og undre meg sammen med pasienten. Et privat engasjement vil være kjent på stedet der en bor og i gitte situasjoner kan en være til hjelp for mennesker fordi de vet om mitt ståsted. Det finnes stadig ny kunnskap om troens betydning for mennesker, om gudsbegrepet og sammenhengen mellom dette og farsbegrepet. Mye godt arbeid og konseptualisering foregår på dette området, blant annet på Modum.

Det er uhyre viktig å stille seg åpen i møte med en pasient, avslutter Moe. En kollega påpekte en gang at i det vi møter en ny pasient, kan vi faktisk ikke vite noe om dette mennesket.

Dobbelttimen med Tor Jacob Moe må også ta en slutt selv om samtaleemnene er mange og viktige. Moe står på farten til et kurs i alderspsykiatri. En ung kollega har fått møte et forbilde innen faget, og reiser oppløftet hjem med ordene om at det å være doktor bare blir kjekkere – og kjekkere!

Har du kommentarer, reaksjoner eller spørsmål om artikkelen? Inspirerer den deg til å skrive noe selv? Ansvarlig redaktør for denne artikkelen har vært Gunhild Felde. Kontakt henne på gunhild.felde@senswave.com