

Tom Ibsen er indremedisiner med omsorg for psykiatriske pasienter på institusjon. Utfordringene går langt utover de vanlige medisinske. Hvordan undersøker du psykisk utviklingshemmede uten språk? Hva skal til for en god behandlingsallianse om blodtrykk med en paranoid schizofren pasient?

## Intervjuet: Tom Ibsen

# Tålmodig lege med livsoppgave

Slike problemstillinger er ikke dagligdagse ved vanlige medisinske poliklinikker. Ibsen har jobbet som indremedisiner ved Dikemark psykiatriske sykehus i snart 20 år og kjenner godt til denne typen pasienter.

– Det var en ganske annen hverdag da jeg begynte her, sier han. Vi hadde 630 døgnplasser, røntgenavdeling, sentrallaboratorium og farmasøytisk avdeling. Nå er det mindre enn 200 døgnplasser. Samtidig er liggetiden gått ned, spesielt i de alderspsykiatriske avdelingene. Det har gjort at jeg etter hvert har kunnet bruke noe mer tid på undervisning og formidling i forskjellige fora. – Det var greit å ha mer å hjelpe seg med, men jeg savner ikke de lange dagene. Min første arbeidsdag fikk jeg utlevert en halv kilo nøkler. Det tok meg et år å bli kjent på alle avdelinger på sykehusområdet, som ellers best kunne sammenliknes med et lite samfunn. I dag begynner det å likne mer på en spøkelsesby, idet flere av bygningene er ute av drift.

Ibsen har kontor på Vardåsen, og landlig utsikt fra vinduet. Han setter pris på de naturskjønne omgivelsene.

– Du må huske på at dette er et gammelt asyl. Det er i grunnen nokså spesielt når en tenker på det, å plassere et digert psykiatrisk sykehus ute på landet, men berettigelsen for opprettelse av de store psykiatriske institusjonene må forstås ut ifra den tids behov. Det har ikke bare vært negativt for pasientene. Dikemark har hatt sin egen kultur preget av toleranse og stor takhøyde.

### Nord-norsk forbilde

– Det er flere årsaker til at jeg havnet der jeg er i dag, sier Ibsen. Etter turnustjenesten jobbet han først ved indremedisinsk avdeling i Larvik, deretter i Narvik og senere ved Buskerud sentralsykehus og Diakonhjemmets sykehus.

– Valget av Narvik var dels ønsket om å få oppleve Nord-Norge og dels et trangt jobbmarked. Kona hadde vært lærervikar et

års tid i Lofoten tidligere, og jeg misunnet henne den opplevelsen.

I Narvik møtte han en lege som gjorde inntrykk. Ibsen arbeidet ved indremedisinsk avdeling, men overlegestaben inkluderte en psykiater. Psykiateren var ofte en viktig samarbeidspartner i håndteringen av sammensatte medisinske problemstillinger. I tillegg fikk akuttpsykiatriske pasienter ofte plass på medisinsk post i stedet for at de måtte reise til nærmeste psykiatriske avdeling i Bodø. Legen het Ivar Hartviksen, og i minneordet i Tidsskriftet nr. 8/2001 ble han omtalt som en «nord-norsk kjempe» (1). Han var opptatt av at personer med psykisk lidelse ikke skulle bli rykket ut av sitt nærmiljø og gjorde en innsats for at mange av pasientene kunne bli i Narvik. Han involverte seg også sterkt i rehabiliteringsarbeidet, for eksempel fikk mange av hans pasienter jobb ved at Hartviksen kontaktet lokale ledere i næringslivet.

– Han ble nok et slags forbilde for meg, sier Ibsen. – Jeg tror pasientene våre fikk nesten like god behandling som de ville fått ved en psykiatrisk institusjon.

### Interessen vakt

Ibsen ble for alvor interessert i geriatri da han var sykehjemslege en periode. Særlig tverrfagligheten i geriatrien var noe som tiltrakk ham. Hans forgjenger på Dikemark hadde vært spesialist i både indremedisin og psykiatri, en kombinasjon som var svært nyttig.

– Det var utfordrende å overta etter en lege med så høy kompetanse. Jeg har lært mye av å samarbeide med psykiatere, og det er tilfredsstillende å kunne legge opp behandlingen av pasienter i fellesskap.

På Dikemark møter man en annen pasientpopulasjon enn på en gjennomsnittlig indremedisinsk avdeling.

– Hva blir annerledes i din jobbhverdag?  
– Alle våre pasienter har nøyaktig samme krav på god medisinsk behandling og undersøkelse som andre pasienter, fremhever han. Utfordringen ligger i å få gjen-

nomført det. Vi har for eksempel en avdeling med psykotiske psykisk utviklingshemmede. Noen av pasientene mangler språk, og det gjør undersøkelsen mer krevende. Du må bruke opplysninger fra personalet og ta tak i atferdsendring eller observert sviktende funksjon. Hos disse pasientene kan det ofte ligge en banal infeksjon eller en lett smertetilstand til grunn. Min erfaring er at de fleste pasienter lar seg undersøke, men det kreves tid og tålmodighet. Personalet gjør ofte en stor jobb med å motivere «uvillige» pasienter for somatisk undersøkelse. Ikke rent sjelden hender det at en pasient ikke møter til avtalt time, men vedkommende dukker gjerne opp senere, etter at personalet har lagt ned mye krefter i motiveringsarbeidet.

– Møter du mye somatisk sykdom som er oversett og tolket som psykiatrisk lidelse?

– Nei, det er lite feiladressering; pasientene er ofte blitt godt undersøkt før de kommer til oss. Men det forekommer at somatiske tilstander blir oversett fordi den psykiatriske lidelsen er så fremtredende og dominerende. Ved utredning har vi god hjelp av kompetansesentre og benytter oss av de somatiske poliklinikkene ved Ullevål universitetssykehus som vi tilhører. Jeg blir ofte imponert over hvor mye de der får til når vi sender «vanskelige» pasienter. For ikke lenge siden la vi inn en pasient fra sikkerhetsavdelingen med akutt hjerteinfarkt. Det var umulig å få ham til å gå med på koronar angiografi, men han ble undersøkt med ekko og det ble lagt opp et medikamentelt regime. Det hører dessverre med til historien at pasienten var så paranoid at han ikke fikk seg til å ta tabletter, men han fikk så god behandling som var mulig i hans tilfelle.

### Mer geriatri

I Norge er det rundt 100 godkjente spesialister i geriatri – Sverige 680 geriater. Ibsen er medlem i Norsk indremedisinsk forening og i Norsk geriatrikisk forening. Det har vært en debatt i Norsk geriatrikisk



## Tom Ibsen

Født 3. juni 1944

- Cand.med. Universitetet i Bergen 1970
- Spesialist i indremedisin 1981
- Arbeider ved Ullevål universitetssykehus, avdeling Dikemark

Foto Marit Tveito

forening om hvorvidt geriatri burde være en hovedspesialitet.

– Som indremedisiner ser jeg fordeler ved grenspesialiteten. Selv er jeg ikke formelt geriater, men tre firedeler av pasientkontaktene mine er alderspsykiatriske pasienter, og jeg har mye erfaring med de typiske problemstillingene. Jeg mener at utbyggingen av geriatrik spesialisthelsetjeneste i Norge klart har vært utilstrekkelig. Geriaterne gjør en viktig jobb overfor pasienter med sammensatte problemer og vi trenger deres kompetanse. De eldste har ofte flere sykdommer samtidig og polyfarmasi kan komplisere bildet ytterligere. Rekruttering til faget blir viktig og det bør opprettes flere faste stillinger. Etter min mening er det et stort behov for forskning, kanskje særlig innen akutt geriatri. Man bør også tenke på hvordan enhetene skal organiseres for å optimalisere geriatrik innleggelser.

Ibsen er bekymret over situasjonen ved mange av landets sykehjem.

– Mange steder blir det svært mange pasienter per sykehjemslege. Legetjeneste i sykehjem er lavt prioritert. Når man instituerer et behandlingsopplegg, forplikter man seg til å følge opp, og nye sykdommer kan komme til underveis. Adekvat oppfølging tar tid, og det er ofte tid det kan skorte på.

Selv gruer han seg ikke til den dagen kommer at han kanskje selv må på sykehjem, men har forståelse for at det er noe som bekymrer eldre.

– Det å være prisgitt andres hjelp er en situasjon ingen ønsker å komme i. Vi får håpe at utviklingen går den rette veien, sterkere søkelys på geriatrik problemstillinger.

### Annerledes konsultasjoner

– Er legerollen blitt annerledes med denne jobben?

– Jeg har nok måttet være mer tolerant i jobbsituasjoner enn jeg ellers ville ha vært, innrømmer han. I andre sammen-

henger opplever man kanskje ikke like ofte at pasienten blir høyrøstet, mutistisk eller overstyrer samtalen. Du må etterprøve opplysninger i større grad, legger han til.

– I vår pasientpopulasjon kan pasientene være litt uryddige og ikke spesielt «strøm-linjeformet». Det gjør det mer utfordrende å få til en god utredning for den enkelte.

– Personlig egnethet er kanskje også viktig?

– Jo, det er vel det, smiler han. – Jeg er nok den langmodige typen og det kan være til hjelp. Jeg har også lært av å erfare psykiaternes utholdenhet, tilføyer han.

### Kommunikasjon og tillit

Ibsen må også se an hvilken situasjon pasienten er i. Kommunikasjon og utvikling av et tillitsfullt forhold lar seg ikke alltid like lett etablere. Han tar turen til skjermede avsnitt ved behov. Kolleger beskriver ham som tålmodig, vennlig, rolig og med et behagelig vesen. Ofte kan man finne referat av lange samtaler i de somatiske journalene som også kan tilføre opplysninger om pasientens sinnstilstand. På en eller annen måte klarer han å komme i kontakt med mennesker som ikke har villet si så mye under andre typer samtaler. Flere pasienter får også betraktelig færre somatiske bekymringer etter å ha blitt grundig undersøkt av Ibsen. Han mener at en fullstendig somatisk undersøkelse er viktig, selv hos ekstremt somatiserende pasienter.

– Det må alltid ligge i bunn og er viktig for utvikling av et tillitsfullt lege-pasientforhold. Jeg møter mange pasienter med angstplager, og det kan være vanskelig å differensiere mellom angst og eksempelvis symptomer på koronarsykdom. En lang samtale vil ofte oppklare noe. I forhold til somatiske avdelinger har pasientene her relativt lange opphold, med mulighet for klinisk observasjon. Det gjør at vi kommer i posisjon til å forstå deres reaksjonsmønstre bedre. Men selv med lang erfaring kan dette være vanskelige vurderinger.

– Hvilke pasienter har gjort mest inntrykk?

– Jeg har sett en del pasienter med

alvorlig grad av selvmutilering, og det har vært sterkt. Lidelsestrykket hos dypt deprimerte pasienter beveger meg. Det gjør også inntrykk å se hvordan mange schizofrene pasienter strever med å mestre hverdagen; bare det å ivareta grunnleggende behov kan være vanskelig. Det er psykiatriske lidelser som er hoveddiagnosen hos pasientene, men det er høy somatisk morbiditet i pasientpopulasjonen her. Særlig er det en høy forekomst av ateroskrotisk hjerte- og karsykdom og diabetes.

– Heldigvis har vi noen markerte behandlingsuksesser innimellom. Det betyr mye i en virksomhet som vår og er viktig for pågangsmot og entusiasme. Ingen enkelt kan ta æren for at pasientene blir bedre, det er alltid et tverrfaglig prosjekt som ligger bak.

– Jeg har trivdes her som deltaker i et arbeidslag. Det er et privilegium å få være med å bidra overfor pasienter i en vanskelig livssituasjon. Jeg har ukentlige møter med legene ved de ulike avdelingene hvor vi forsøker å skreddersy medisinsk utredning og behandling for den enkelte, slik at vi tar hensyn til den psykiske tilstanden og potensielt interagerende somatisk og psykotrop medikasjon. Jeg opplever arbeidet som nyttig og meningsfullt.

– Å være konsultasjonsindremedisiner med liaison-oppgaver overfor de psykiatriske avdelingene på Dikemark-området er nok etter hvert blitt min «livsoppgave».

### Marit Tveito

marittveito@hotmail.com  
Universitetet i Oslo

### Litteratur

1. Clausen F. Ivar Hartviksen. Tidsskr Nor Lægeforen 2001; 121: 999.