

– Da jeg trente småjentene på fotballaget i Seljord, var jeg opptatt av at de skulle lære seg å håndhilse skikkelig. «Du kan ikke være kaptein på laget med en sånt håndtrykk,» sa jeg til en av dem. Nylig traff jeg henne igjen: En ung kvinne som ga meg hånden, klemte til og smilte bredt.

Intervjuet: Tor Reiten

Perpetuum mobile

«Den som har begge beina på jorden, står stille.» I 1961 sprang Tor Reiten 400 meter hekk på Bislett. Han brukte 53,3 sekunder. Verdensrekorden samme år var 49,2 sekunder. Skal man portrettere denne mannen, er skisseblokk eller filmkamera bedre egnet enn langsom dialog. Hans nærvær er bevegelse, tankesprang i fri dressur og en utålmodig energi som gjør at samtalen stadig hopper ut av det mye omtalte «fokus». Vi skal snakke om rehabilitering, det var avtalen. Jeg er trygg på at uansett hvor vi havner, vil vi ha snakket om nettopp det: Å gjenvinne funksjon, finne løsninger, mobilisere ressurser, ta i bruk tilgjengelige virkemidler eller finne opp nye.

Tor Reitens legegjerning har vært og er preget av en uvanlig nærhet til pasientene og deres hverdag. Det er kanskje derfor han i større grad enn de fleste leger har kunnet tillate seg – og ofte lyktes med – nesten bokstavelig å kommandere den syke til å «ta sin seng og gå». Ut i livet, opp i trærne, eventuelt ned i vekt. Som i hekkeløp handler det både om godt fotarbeid på bakken og luftige svev over hindringene.

Lite skrik, mye ull

– Hvor kommer din interesse for attføring og rehabilitering fra?

– Det har sikkert noe med at jeg meste parten av mitt liv har arbeidet som lege i den bygda jeg er født og oppvokst i. Med så mye bakgrunnskunnskap om folk og omgivelser blir det umulig å se pasientene isolert fra deres funksjon i samfunnet. I 1970-årene nærmest snublet jeg inn som tilsynslege i Seljord Lys, den lokale arbeidsmarkedsbedriften. Der opplevde jeg at selv det som skulle være en vernet bedrift, i praksis ble styrt etter kortsiktige bedriftsøkonomiske prinsipper. Det ble en brutal innføring i motsetningen mellom lønnsomhet og samfunnsansvar. For 30–40 år siden var det lite bevissthet rundt funksjon, det gikk mest i diagnoser.

– Er det ikke fortsatt slik, egentlig? Har de som «blir attført» en reell sjanse som arbeidskraft på det ordinære arbeidsmarkedet?

– Det kan se ut som om det nytter. Attføringssenteret i Rauland ble i 2005 tildelt oppgaven å være kompetansesenter for arbeidsrettet rehabilitering. Siden starten i 1986 har over 12 000 brukere med kombinasjonen langvarige og ofte sammensatte problemer knyttet til arbeidsdeltakelse og plager fra bevegelsesapparatet, lettere psykiske lidelser og det som kalles uspesifikke lidelser vært til et fire ukers opphold ved institusjonen. I en nylig gjennomført evaluering fant vi at bortimot 80 % av dem kom tilbake i arbeid, enten i den jobben de hadde hatt eller i en annen. Og etter et par år var fortsatt over 60 % i jobb. Det er effektiv bruk av ressurser. Men det er klart jeg også har sett eksempler på pasienter som er blitt rehabilitert og deretter vraket når de skal omsette rehabiliteringen i yrkesaktivitet. Min egen erfaring er faktisk at det er i offentlig sektor man finner de dårligste arbeidsgiverne i så måte.

– En del kolleger ser på det som litt lite «medisinsk» å arbeide som lege innenfor det feltet du har valgt?

– Jeg har aldri tenkt slik om det. Å motivere fastlåste, nedkjørte, ofte langvarig lidende pasienter til aktiv problemløsning og håp er en dypt meningsfylt legerolle der jeg synes jeg får brukt det jeg kan om medisin og helse, samtidig som menneskekunnskap og skjønn er helt nødvendig.

Helhet i travelhetens tid

– Det er mye snakk om «helhetlig tilnærming», «tverrfaglighet» og «samhandling» innenfor rehabilitering og attføring, også på nettsidene til de institusjonene du har arbeidet og arbeider i. Man kan lett få en fornemmelse av politisk korrekt retorikk. Er det en realitet bak ordene?

– Jeg er enig i at «helhet» kan lyde som en klisjé, men jeg har en kjepphest, og det er at man ikke kan være en god doktor i et

format som opererer med 10–15 minutters konsultasjoner. Folk må være trygge før de kan presentere sitt egentlige problem. Tid til å la pasientens historie så å si folde seg ut er en ufravikelig forutsetning for å lykkes som doktor. En kort periode arbeidet jeg som rådgivende lege for folketrygden. Det ga meg et fugleperspektiv på det vi nå snakker om. Et ryggproblem som har medført at en pasient har falt ut av arbeidslivet, viser seg veldig ofte å være noe mer enn vondt i ryggen. Ryggsmertene er reelle nok, men de er også et alibi, en inngangsbillett til hjelp og ytelser. I stedet for å mistenkeliggjøre disse pasientene er jeg opptatt av hvorfor denne ryggen har ført akkurat denne pasienten dit han eller hun er. Det kan for eksempel handle om konflikter – til kolleger, til arbeidsgiver, i ekteskapet. Kompleksiteten må tas på alvor, ellers blir medisinsk behandling av ryggen i seg selv meningsløs og dertil lite kostnadseffektiv.

– Kan du beskrive hva du mener med «ta kompleksiteten på alvor»?

– På Attføringssenteret i Rauland bruker vi hele den første uken sammen med en ny pasient på kartlegging. Fysioterapeut, attføringskonsulent, sykepleier og lege har individuelle samtaler med hver enkelt. I samtaler legger vi vekt på ulike aspekter ved det problemet som har ført pasienten til oss. Det er en langsom prosess som, i tillegg til å kartlegge begrensninger og ressurser, også fungerer som en bevisstgjøring for den som eier problemet. Slik får vi et godt felles utgangspunkt. Rehabilitering og attføring forutsetter at pasienten selv er drivkraft. Uten at pasienten føler seg forstått, er det umulig å få til en allianse mellom den som skal hjelpes og de som skal hjelpe i en rehabiliteringsprosess.

– Og det tar tid ...

– Det må ta tid. Først må hjelperne lytte til pasientens historie. Jeg tenker ofte på meg selv som en slags søppelkasse i den første fasen. Deretter kan vi sammen begynne å snu samtaler vekk fra plager og konflikter til løsninger og en plan for endring. Da vi



Tor Reiten

Født 1939 i Seljord

- M. D. University of Wisconsin, USA, 1968
- Allmennlege i Seljord 1970–95
- Spesialist og veileder i allmennmedisin
- Overlege ved Attføringscenteret i Rauland 1995–2005
- Kommunelege i Kviteseid fra 2005
- Overlege ved Telemark rehabiliteringssenter, Nordagutu, fra 2005

Foto Kenneth Bø

begynte å se resultater av arbeidet vårt i faktiske tall, kom det typisk nok spørsmål fra sentralt hold om vi ikke kunne komprimere oppholdet fra fire til tre uker, «for å få flere pasienter igjennom». På samme tid hadde vi som jobbet der begynt å tenke på at vi kanskje burde *forlenge* oppholdet!

Hva er en epikrise?

En ikke uvanlig brukt målestokk på viktighet i verden er blitt antall treff på Google når du taster navnet ditt i søkefeltet. Døren skriver som kjent sitt navn overalt. En intervjuer som nøyer seg med å google Tor Reiten vil gå glipp av det meste denne mannen har skapt. Han er en rastløs entreprenør som implementerer sine ideer nesten før de er unnfanget. Iblant blir han kreditert for det han har funnet på, oftest blir det bare registrert som en forbedring eller en nyskaping som rett og slett tilhører fellesskapet. Han laget en moderne interkommunal legevaktsentral i sitt distrikt lenge før interkommunale ordninger var tema, han var primus motor i å reise et digert kulturhus med regional status i bygda der han bor, han har snekret prosjekter om menigkokker og forebygging av hjerte- og karssykdommer med utgangspunkt i egen praksis. Hans metode er en til tider nesten irriterende entusiasme paret med evnen til å få folk til å spille på lag. For tiden er det mye snakk om epikriser i helsevesenet. Tor Reiten laget typisk nok sitt eget opplegg for epikriser da han kom som overlege til Rauland i 1995.

– Jeg syntes pasientene skulle ha lest sin egen epikrise før de dro derfra, slik at de visste hva som ble sendt til fastlegen deres. Bare slik kan epikrisen bli det verktøyet for samhandling som vel var meningen. Dessuten bør det være rom for pasientens egne kommentarer og innspill før epikrisen blir spikret. Jeg sa til mine pasienter: «Dette er ditt dokument, det er viktigere for deg enn for doktoren din.»

– Hva slags reaksjoner har du fått fra pasientene?

– Jeg kan bare huske to som var helt uenige i det som sto i epikrisen. Da fikk de tilbud om å skrive sin egen versjon, som fulgte som et vedlegg til fastlegen. En epikrise skal være resultatorientert. Man bør legge vekt på funksjon fremfor endeløse beskrivelser av prosedyrer og undersøkelser. Det er for øvrig min mening at alle som blir utskrevet fra sykehus, skal få med seg sin egen epikrise. Også psykiatriske pasienter. Jeg synes vi i altfor stor grad har mystifisert psykiatrien. Epikrisen skal ikke være et hemmelig budskap i koder, den må åpnes opp og alminneliggjøres som et bruksredskap.

Hode uten kropp

Nå er Tor Reiten relativt nyansatt i to deltidsstillinger. Den ene i førstelinjen som allmennlege, den andre som overlege ved Telemark rehabiliteringssenter på Nordagutu, som er en del av Spesialsykehuset for rehabilitering innenfor Rikshospitalet-Radiumhospitalet. Institusjonens målgruppe er pasienter med muskel- og skjelettlidelser, der ortopedisk opererte utgjør den største gruppen, deretter følger hjerteopererte og pasienter med livsstilssykdommer. Fra 2005 har Telemark rehabiliteringssenter i samarbeid med fedmeprosjektet i Helse Sør drevet kurs i livsstilsendring for sykkelig overvektige. Behandlingen går over to år med åtte ukers kurs, en hjemmeperiode på 20–30 uker, deretter fire ukers kurs for oppfølging og justering.

– Det er nesten symbolsk at du ender din karriere som et slags personifisert samhandlingsprosjekt.

– Jeg er godt fornøyd med det. Men jeg er ikke særlig glad for at livsstilsendring er blitt nok et spesialistanliggende. Det er uheldig hvis økonomiske incentiver fører til at annenlinjen overtar oppgaver som naturlig hører hjemme i førstelinjen. For meg gir det lite mening å starte behandling av overvektige ved å henvise til sykehus. Overvekt er den nye folkesykdommen, altså må tilnærmingen være basert på å nå mange. Det er ytterst få som trenger og enda færre som vil ha nytte av behandling

for overvekt i annenlinjen. Jeg er blitt spurt om å sitte i en gruppe i Helsedirektoratet som skal lage retningslinjer for behandling av overvekt i primærhelsetjenesten. Det kan virke som om man stadig tror at ekspertisen på livsstilsendring sitter på overlegenivå, men både du og jeg vet jo at der har allmennlegene både de beste forutsetningene og mest erfaring. Det irriterer meg stadig at vi fikk en lov om sykehus i 1969, lenge for loven om helsetjeneste i kommunene kom på plass i 1984. Det skulle vært omvendt. Man må jo bygge grunnmuren først.

Det står et fjernsynsapparat og flimrer i bakgrunnen på legevaktsentralen der intervjuet har foregått. Sykepleieren serverer kaffe og skruer opp lyden så vi får med oss sluttrunden i det som tydeligvis har vært et debattprogram om – nettopp – behandling av overvekt.

– Der er lederen av prosjektet vårt, peker Tor Reiten idet kameraet tar en sveip over deltakerne rundt bordet.

– Og der er Serena Tonstad, supplerer jeg. Også livsstilsarenaen har sine kjendiser som det er morsomt å gjenkjenne.

– Men hvor er allmennlegen?

Tor Reiten og jeg ser på hverandre. Her er vi.

Først habilitere

Han har altså i en alder da andre går over i pensjonistenes rekke latt seg hyre til nye utfordringer. Men en dag i uken har han fri. Det virker usannsynlig.

– Jeg har fått barnebarn. Den ene jentungen er litt engstelig av seg. Så tenkte jeg at det kunne være fint for henne å lære å ri. Det er noe i møtet med et sånt stort dyr, mestringen og samspillet, som gjør at jeg tror det må være midt i blinken for henne. Den oppgaven tar jeg meg med glede tid til.

Elisabeth Swensen
elswense@online.no
Tidsskriftet