Møtet mellom lege og pasient

Et amatørstudium basert på egne observasjoner (i rollen som pasient) av de leger jeg har møtt.

AV NINA MARIANNE LANGFELDT

Med stor interesse har jeg som pasient lest *Håndbok for spesialistutdanningen i allmenmedisin*, en «bibel» på 482 sider som jeg ikke kunne motstå fristelsen til å kjøpe da jeg fant den på salg for 50 kroner.

Det som interesserte meg mest, var hva allmennleger lærer i sin utdanning om «møtet mellom pasienten og legen».

Selv har jeg ofte opplevd at med en gang jeg møter et menneske som er lege og som definerer meg som pasient, så skjer det noe spennende. Dette mennesket, altså legen, oppfører seg, snakker og reagerer på spesielle måter som kan virke svært påfallende, unaturlig og merkelig.

F.eks. har mange leger for vane å forsøke å øve kontroll over de musklene i ansiktet som hos folk flest responderer på følelsesmessige stimuli. Et eksempel på dette er smilemusklene. For hva skjer hvis man sier noe vittig til en lege og selv beholder en grav alvorlig mine? Antagelig vil man da oppleve at legen tydelig strever med å beholde et like alvorlig ansiktssutrykk. Det kan faktisk være ganske artig å sitte der med god kontroll over egen smilemuskulatur og studere hvordan legen studerer en for å finne ut om pasienten tillater ham å smile, eller om en slik reaksjon vil være upassende. Kanskje vil pasienten i denne situasjonen observere at legen desperat kjemper for å skjule et smil, eller hvordan vedkommende nærmest trekker sitt eget smil tilbake når pasienten ikke smiler.



Nina Marianne Langfeldt

Født i 1965. Hun er utdannet cand. mag i samfunnsvitenskap (UiO), med psykologi, sosiologi og kriminologi i fagkretsen. Tilleggsutdanning i juss. psykiatri/sosialmedisin og etikk. Journalistkurs. Nina Marianne Langfeldt har gjennom livet vært mye syk. Gjennom sin syke-historie har hun hatt en del kontakt med leger av forskjellige spesialiteter. I denne artikkelen gir hun et lite innblikk i noen av de observasjoner og refleksjoner hun har gjort seg om lege/pasient relasjonen i sin rolle som pasient.

Jeg har undret meg på om denne generelt hyppig forekommende mimikkmanipulasjonen blant leger, er noe de blir bevisst opplært til under medisinstudiet eller om slike forsøk på pasienttilpasset kontroll over ansiktsmuskulaturen oppstår som en naturlig reaksjon etterhvert som legen har gjort seg erfaringer med at enkelte pasienter kan ta det ille opp dersom legen viser adekvat og naturlig anskts-mimikk, mimikk som samsvarer med legens egne følelser, men ikke med de følelser pasienten mener at legen bør utvise i situasjonen? (Det hadde vært interessant om en lege kunne svare meg på det).

Andre observasjoner jeg har gjort av påfallende og for meg som pasient ubehagelig oppførsel hos leger er bl.a. det de betegner som konsultasjonsteknikker. Disse teknikkene har bl.a. til hensikt å skape en god dialog mellom legen og pasienten og styre tidsbruken på en slik måte at legen på kortest mulig tid får pasienten til å gi de opplysninger som legen tror det er viktig å skaffe til veie. Som pasient har det innimellom frustrert meg at leger kan la meg snakke og snakke, mens de bare sitter tause og mer eller mindre mimikkløst lyttende, for så plutselig å komme med et spørsmål eller en kommentar til noe jeg selv finner helt uvesentlig, uten noen forklaring, bare med en forventning om at jeg skal svare på spørsmålet. Det jeg som

pasient mener er vesentlig og finner relevant at legen skal interessere seg for møtes bare med høflig taushet. Slik taus og nesten mimikkløs lytting har jeg ihvertfall i startfasen av en lege/pasientrelasjon opplevd som svært frustrerende. Som pasient har jeg opplevd legen som et menneske og hatt et naturlig (?) behov for å finne ut «hvem» jeg snakker med. Jeg opplever det veldig frustrerende å bare sitte der og føle meg som et observasjonsobjekt...

Etterhvert som jeg har hatt mer omfattende kontakt med den enkelte lege, har jeg lært meg å fortolke ikke-verbale signaler fra legen og erfart at enkelte leger kan ha like mange måter å forholde seg tause på – som eskimoene har ord for snø. Når pasienten etterhvert blir kjent med hva legens 43 forskjellige måter å forholde seg taus på egentlig betyr, oppleves ikke tausheten så frustrerende lenger. Tvertimot blir legens taushet svært megetsigende for meg som pasient. Mine pasient-monologer omformes i min persepsjon til en dialog med legen. Mens legen sitter der og tror han er taus og lyttende, fortolker jeg som pasient legens minste mimiske ansiktsbevegelse, hans/hennes kroppspråk, blikkbevegelser, pupillstørrelse, åndedrettsavvik, kroppsholdning m.m. Om jeg som pasient oppfatter og fortolker disse fenomenene korrekt får vel verken legen eller jeg noen gang vite. Men at det leger antagelig oppfatter som pasientmonologer, i virkeligheten ofte er en dialog der legen kommuniserer uten ord, det er jeg helt sikker på. Jeg tror at pasienter stort sett oppfatter legers taushet som «talende». Men vet legen selv hva han «sier»? Kjenner leger flest tilstrekkelig til sine egne ikke-verbale uttrykksformer? Og er vi som pasienter kompetente til å fortolke legers ikke-verbale språk korrekt? Kan legers taushet føre til mer ubehag for pasienten og større grad av feiltolkninger og misforståelser enn «klare ord»?

Et tema jeg som pasient synes er viktig, men som overhodet ikke nevnes i *Håndbok for spesialistutdanning i allmennmedisin* er «bivirkningene» som kan oppstå ved bruk av adferds- og mimikkmanipulasjon og konsultasjonsteknikker. Slike teknikker er sikkert hensiktsmessige og nyttige i mange situasjoner. Men vet allmennleger og psykiatere nok om hvordan pasienter flest og den spesifikke pasient oppfatter og responderer på bruk av slike teknikker?

Hos meg selv har jeg merket at jeg kan bli usikker, engstelig, frustrert eller irritert når jeg merker at en lege prøver ut sine konsultasjonstekniske ferdigheter på meg – alltid uten å informere meg om dette først. Da tenker jeg; forstår ikke leger at pasienter oppfatter at de bruker disse teknikkene og at bruk av konsultasjonsteknikker kan være plagsomt? Personlig foretrekker jeg ihvertfall en lege som oppfører seg «normalt» og heller «tråkker litt i salaten» innimellom, fremfor en lege som tydelig øver seg på å internalisere og prøve ut fiffige kommunikasjonsteknikker. Hvis leger føler det er hensiktsmessig eller nødvendig å benytte seg av slike teknikker overfor pasienten, mener jeg det bør være en selvfølge at pasienten blir informert om dette på forhånd, forklart årsaken og hensikten. På samme måte som leger forhåpentligvis har for vane å informere pasienten om hva han/hun skal foreta seg ved somatiske undersøkelser, bør det etter min mening være en like stor selvfølgelighet at dette også gjøres ved andre typer arbeidsoppgaver som legen utfører, f.eks. anamneseopptak, diagnostiske vurderingssamtaler osv. Her mener jeg de fleste leger har et stort potensiale for forbedring.

Jeg undres på om det å benytte seg av tillærte kommunikasjonsteknikker i enhver konsultasjonsituasjon gjør at allmennleger/psykiatere opplever seg selv som mer profesjonelle enn om de unnlater å bruke slike teknikker? Eller om de opplever at bruk av slike teknikker oppgraderer deres faglige status eller hever kvaliteten på arbeidet de er satt til å utføre?

Hvorfor har jeg aldri møtt en lege som oppfører seg helt «normalt»? Hva tror leger ville skje dersom de oppførte seg slik overfor pasientene som de har for å vane å gjøre overfor andre folk? Har leger flest tenkt over eller har de kunnskap om hvilke feilkilder og bivirkninger bruk av forskjellige former for adferds-, mimikk- og konsultasjonsteknikker kan medføre i deres mulighet til korrekte observasjoner og fortolkninger av pasientens kommunikasjonsformer, adferd, oppførsel m.v.?

F.eks. «speiling». Er leger klar over at pasienter bevisst eller ubevisst lett tar i bruk den samme type adferdsmanipulering eller kommunikasjonsteknikk som han selv? Er leger i stand til å fortolke mimikkmanipulasjon hos pasienter han ikke kjenner særlig godt? Er leger istand til å forstå i hvilke grad pasientens responser på et legeindusert stimuli (altså f.eks. bruk av en konsultasjonsteknikk) er et utslag av sykdomsrelaterte reaksjonsmønstre hos pasienten, f.eks. psykiatri – eller et utslag av at pasienten blir frustrert, irritert, engstelige e.l. over det han opplever som merkelig oppførsel hos legen?

I hvilken grad er allmennleger og psykiatere kompetente til å observere sin egen adferd og hvordan denne påvirker pasientens reaksjoner? Klarer leger å differensiere mellom pasientens reaksjoner på legens bruk av konsultasjonsteknikker/manipulert adferd og andre observerbare reaksjoner som pasienten måtte utvise? *(forts. neste side)*

Profesjonsutdanning i «lege- og psykiaterkunnskap»

Når allmennpraktiserende leger nå kan få ta sin «spesialistutdanning» innebærer det antagelig at statusen for denne viktige, men kanskje ikke mest prestisjetunge karriereveien er blitt hevet noe.

Dette kan være positivt for pasientene bl.a. ved at vi får faglig bedre kvaliserte leger i primærhelsetjenensten og at legene selv med økt kompetanse i sitt fag opplever arbeidsoppgavene som mer interessante.

Men kanskje har spesialistutdanningen i allmennmedisin (og psykiatri) ført til rekruttering av mer karriereorienterte individer, det vil si leger som er mer opptatt av egen karriere og selvutvikling enn av selve legegjerningen de er satt til å utføre? Kanskje vil spesialistutdanningen i allmennmedisin øke den psykologiske distansen mellom legen og pasienter flest? Kanskje vil vi som pasienter i enda større grad oppleve at legene ikke har tatt sin utdannelse utfra et selvoppofrende kall om å hjelpe sine medmennekser, men snarere tvert imot – nemlig at vi som pasienter har som kall og livsoppgave å imøtekomme og så godt som mulig forsøke å tilfredsstille våre legers behov for selvutvikling og faglig interessante arbeidsoppgaver. For hva er vel en pasient som legen finner faglig uinteressant og kanskje ikke en gang liker? En tidsrøver – en person som stjeler av den tiden legen gjerne ville brukt på faglig interessant arbeid med faglig interessante og sosialt stimulerende mennesker...

I så fall er ikke leger noe særlig annerledes enn de fleste andre yrkesgrupper i dagens samfunn. Dersom leger i like stor grad som andre yrkesutøvere setter sine egne behov i sentrum for sin yrkesutøvelse, så er det ikke nødvendigvis noe galt i det. Men det innebærer at ansvaret for pasientens interesser i større grad må ivaretas av pasienten selv. Noe som i sin tur kanskje fordrer at vi som pasienter må tilegne oss mer kunnskap om vår pasientrolle, og hva vi kan forvente oss av våre behandlere og av helsevesenet generelt. Hvis vi som pasienter lærer å forstå leger bedre, vil vi mer aktivt kunne bidra til å ivareta våre egne behov i lege/pasientrelasjonen og skape fruktbare samarbeidsrelasjoner med våre behandlere.

Hva med en ny profesjonsutdanning i «lege- og psykiaterkunnskap»? Kanskje er det et reelt behov for «autoriserte pasientveiledere» som kan kurse oss i hvordan vi skal bli «gode pasienter» og samtidig ivareta våre egne behov på en best mulig måte?

C Livial® «Organon»

Syntetisk steroid med vevsspesifikk effekt. ATC-nr G03D C05

TABLETTER: Hver tablett inneholder: Tibolon 2,5 mg, laktosemonohydrat, hjelpestoffer.

Indikasjoner: Symptomer på østrogenmangel hos postmenopausale kvinner. Forebyggelse av knokkelmineraltap hos postmenopausale kvinner som er spesielt disponert for osteoporose.

Kontraindikasjoner: Kjente eller mistenkte hormonavhengige tumorer. Kardio- eller cerebrovaskulære forstyrrelser som tromboflebitt, tromboemboliske lidelser eller slike tilstander i anamnesen. Vaginalblødning av ukjent årsak. Alvorlige leverfunksjons-forstyrrelser.Graviditet.

Bivirkninger: Hyppige (>1/100): Urogenitale: Gjennombruddsblødninger eller spotting initialt. Øvrige: Hodepine, ødem. Sjeldne (<1/1000) : Gastrointestinale: Magesmerter, kvalme. Sentralnervesystemet: Depresjon. Hud: Kløe, utslett. Urogenitale: Utflod. Øvrige: Brystspenning, vektøkning, svimmelhet, migrene, hirsutisme.

Forsiktighetsregler: Grundig generell og gynekologisk legeundersøkelse bør foretas før behandling starter og ca. 1 gang pr. år. Risiko og nytte av behandlingen bør veies mot hverandre hos kvinner som har eller har hatt leversykdom eller lipid- og lipoproteinforstyrrelser. Behandlingen bør seponeres ved tegn på tromboemboliske lidelser, ved unormale leverfunksjonstester eller gulsott. Initiale vaginalblødninger eller spotting kan skyldes resterende effekt av endogene eller eksogene østrogener. Blødning som oppstår etter tre måneders behandling eller vedvarende blødning krever adekvat diagnostikk. Preparatet har ingen kontraseptiv effekt.

Graviditet/Amming: Overgang i placenta: De farmakologiske effektene til tibolon indikerer at substansen kan være skadelig for fosteret. Tibolon er vist å gi postimplantasjonsavstøtninger i dyreforsøk og å være teratogent i kaniner. Tibolon er kontraindisert ved graviditet. Overgang i morsmelk: Opplysninger mangler. Tibolon bør ikke brukes ved amming.

Interaksjoner: Fordi tibolon kan øke den fibrinolytiske aktivitet kan effekten av antikoagulantia forsterkes. Slik effekt har vært påvist med warfarin.

Dosering: Behandlingen bør ikke starte tidligere enn 1 år etter menopause. 1 tablett daglig kontinuerlig. Kvinner som går over fra et østrogensekvenspreparat anbefales å starte behandlingen etter at progestogenfasen er fullført. Symptomlindring oppnås vanligvis i løpet av få uker, men best resultat oppnås når behandlingen fortsetter i minst 3 måneder.

Overdosering/Forgiftning: Symptomer: Overdosering kan forårsake kvalme, brekninger og evt. vaginalblødning hos kvinner. Behandling: Symptomatisk.

Pakninger og priser: Kalenderpakning:

28 stk. kr 221,40 – 3 x 28 stk. kr 594,00 (08/99)

Referanser:

1) Erel CM, Elter K, Akman C, Ersavasti G, Altug A, Seyisoglu H, Ertungealp E. Mammografic changes in women receiving tibolone therapy. Fertil Steril 1998; Vol 69, No 5: 870 - 75.
2) Valdivia I, and Ortega D. Mammographic density in Postmenopausal Women Treated with Tibolone, Estriol or Conventional Hormone Replacement Therapy. Clin Drug Invest 2000; 20 (2): 101-07
3) Rosenberg RD, Hunt WC, Williams MR, Gilliard FD, Wiest PW, Kelsey CA, et al.: Effects of age, breast density, ethnicity, and estrogen replacement theraphy on screening mammographic sensitivity and cancer stage at diagnosis: review of 183,134 screening mammograms in Albuquerque, New Mexico. Radiology 1998, 209:511-18.
4) Kavanagh AM, Mitchell H, Giles G. Hormone replacement therapy and accuracy of mammographic screening. The Lancet 2000; Vol 355: 270-74.