

«Kropp og selvfølelse»

— informasjon om en kursserie og om personlige opplevelser som elev

AV ASTRI MEDBØ

Kursserien «Kropp og selvfølelse» går flere steder i Norge, bl.a. i Tromsø. Det er en uvanlig kursform for leger, fordi det går over 1,5 år med seks kursperioder á tre dager og med 50 timer veiledning i tillegg. Det gir en kontinuitet vi ikke er vant med. Kurset avsluttes med en skriftlig oppgave om veiledningen. Kurset er åpent for leger og andre som vil jobbe tett med pasienter med spiseforstyrrelser. I Tromsø ledes veiledningene av psykologer.

For en person med spiseforstyrrelser tar det ofte lang tid før diagnosen stilles, og før vedkommende evt. blir frisk. Det er gunstig for pasienten å kunne forholde seg til så få personer som mulig. Kan vi ta hånd om denne gruppen pasienter i lag i 1.linjetjenesten, ser vi på det som en stor fordel både for pasienter og pårørende.

Jeg har lyst til å formidle hva jeg lærte i veiledningsgruppa:

Veiledningsgruppa vår har bestått av seks personer, hvorav to er leger. Veiledningen har vært delt opp slik at en til to av oss har hatt med seg en pasienthistorie om spiseforstyrrelser til veiledningstimene. De som ikke har hatt en pasienthistorie har blitt sittende i et reflekterende team, mens den ene med pasienthistorien, er blitt intervjuet av veileder. I det reflekterende teamet skulle vi sitte utenfor arenaen til veileder og den som ble intervjuet. Vi skulle være stille, lytte, observere, tenke og evt. notere og oppføre oss «som om vi ikke var der», inntil intervjuet var over. Etter at intervjuet var ferdig (ca 30 min), fikk det reflekterende teamet snakke sammen, mens veileder og pasientframleggeren satt og hørte på. Også der uten blikkontakt og spørsmål. Til slutt oppsummerte veileder og den intervjuede hva de hadde sett og lært av intervjuet og tilbakemeldingen, og trakk linjer inn i framtida. Dette er en arbeidsmetode som kan brukes på svært mange pasientkategorier i allmennpraksis. Som travel allmennpraktiker er det sjelden jeg tar meg tid til å lene meg tilbake og tenke igjennom den konsultasjonen jeg nettopp har hatt, eller planlegger nøye den kommende konsultasjonen.

Astri Medbø

f. 1957. Uteksaminert fra UiTø 1984. Jobbet som allmennpraktiker i Tromsø fra 1986 til nå. Spesialist i allmennmed. fra 1991. Tillitsvalgt for Tromsø-legene ca. 1 år på 90-tallet. Skrevet et kapittel i «Allmennmedisinboka». Stipendiat på UiTø fra høsten 2002. (Lungesykdommer).

Mor til tre flotte jenter (to på 10 år og en på 7 år) og en flott hund. Glad i vinter, fjell og turliv og den gode samtalen.

I de fleste konsultasjonene mine er ikke temaet som skal tas opp, kjent for meg på forhånd slik det oftest er for leger og terapeuter på institusjoner. Konsultasjonene hos allmennlegen blir i stor grad styrt av improvisasjon og opparbeidet rutine.

Når jeg sitter i det reflekterende team har jeg tid til å trekke pusten, kjenne etter og tenke, samtidig som nye prosesser foregår framfor meg. Jeg kan fordype meg i det som foregår, og la annet stress og andre tanker ligge. Veileder er den som styrer samtalen og bringer opp nye elementer, stiller spørsmål og prøver å finne nye forklaringer.

Jeg har tid til å kjenne på de følelsene som fester seg i kroppen min. Kjenne på klumpen i magen, kjevespenningene og uroen som brer seg fra fortellingen der framme.

Jeg har tid og ro til å dele dette opp i småbiter, prøve å forstå hvor det kommer fra og hvor det skal plasseres hen.

Jeg får bygget opp selvtilliten min ved å oppdage at jeg ser og forstår mye av det samme som veileder. Det gjør at jeg kan føle meg som et helere menneske som igjen gir meg mer faglig trygghet.

De andre i gruppa meddeler sine synspunkter, nye elementer vokser fram og sammen ser vi et større bilde. Det er flott å ha flere yrkesgrupper representert i gruppa, fordi vi er opplært og sosialisert til å se etter forskjellige elementer. Sammen ser vi mye, og sammen er det både viktig og godt å være. Jeg føler at jeg er underveis på en ny og bredere vei.



ILLUSTRASJONSFOTO

Spørre spesifikt

På dette kurset har jeg lært at jeg må spørre spesifikt om spiseforstyrrelser og evt. oppkast hvis jeg har en anelse om at det kan være en årsak til symptomene som framlegges. Jeg må lete etter spiseforstyrrelser ved å spørre, ta blodprøver, gjøre en klinisk undersøkelse, spørre på nytt, og ha spiseforstyrrelser som en del av mitt sykdomsregister langt framme i hodet.

Gode, åpne spørsmål

Mange av pasientene har ikke ord på følelser. De er stengt inne i seg selv. Et mål må være å lære dem å finne tilbake til ordene på følelsene. For eksempel «Hva kjente du da du kastet opp skolebrødet?» – for så å snakke om det.

Jeg må også lære meg noen gode setninger slik at pasientens fortelling fortsetter.

«Kan du fortelle meg hvordan det er å være deg?» «Jeg har en følelse av at det er noe jeg ikke får tak i. – Kan du hjelpe meg videre?».

Ofte er det svært vanskelig for pasienten å snakke om seg selv, og spesielt om følelser. Det å ikke greie å formidle gir dårlig mestringsfølelse. En god og «nøytral» måte å finne åpninger og svar på er å be pasienten om å fortelle om seg selv. «Hvor ble du født?» «Hvor vokste du opp?» Jeg bør stoppe opp av og til og forfølge en opplysning. «Hvordan kjente du deg da?» Pasienten kjenner mestrings og forhåpentligvis et engasjement. Kanskje kan jeg be henne/ham sette farger på hendelser.

Et hverdagsintervju er også en måte å bli bedre kjent med pasienten på. Fortelle alt fra hun/han står opp om morgenen til hun/han legger seg på kvelden.

En annen måte er å fokusere på de negative, automatiske tankene pasienten har om seg selv. Det kan være vanskelig, men svært spennende å finne tak i.

Ensomhet og selvforakt

Dette er viktige ord å ha med seg når det gjelder mennesker med spiseforstyrrelser. Den som har en spiseforstyrrelse er *svært ensom*. Hun/han har hodet fullt av mat og negative følelser, men snakker ikke med noen om det, og er ofte ikke klar over hvor dominerende problemet er inne i sitt eget hode.

Pårørende opplever seg også svært ensomme i sin kamp for å få barnet sitt friskt og på fote igjen.

Det er viktig for meg å snakke åpent om denne ensomheten og om hva selvforakten går ut på for å få tak i tankene rundt dem. Jeg må også signalisere åpenhet for å ta hull på ballongen og si at jeg vet om denne ensomheten og selvforakten og tillater å snakke om dem.

Å ta pasienten på alvor

Å sette av faste avtaler en god stund fram i tid kan være nyttig for begge parter. Det signaliserer omsorg, at en tar problemet på alvor, og at det tar tid å finne ut av det.

Kanskje har pasientene ikke noen voksne som de føler at bryr seg om dem. Det er viktig å si til pasienten at jeg er bekymret for ham/henne og at jeg bryr meg om at hun/han skal få det bedre.

Det er også viktig å prøve å finne ut hvor hun/han står akkurat nå og hvor langt hun/han er villig til å gå i dag. Jeg prøver å hverdagsliggjøre det uenevnelige og fokusere på at det er mange som sliter med liknende tanker som hun/han bærer på. Ensomhetsfølelsen blir mindre når en kjenner seg sett.

Å sette opp realistiske mål, enten det er på spising, oppkast, fysisk aktivitet eller annet er viktig i behandlingen av denne pasientgruppa. Det kommer kun i samhandling med pasienten. Det som for meg kan oppleves enkelt (f. eks å spise en halv skive til frokost), kan for pasienten oppleves umulig.

Ta tida til hjelp

Veileder ga oss en illustrasjon på at framgangen er som å gå opp en trapp, og at en må ta et og et trinn av gangen, og ikke hele trappa i ett skritt, for å unngå å falle og skade seg. Jeg begynner å innse at ting tar tid og at det må få ta den tiden det trenger.

Taushet er tid i stillhet, og kan være svært nyttig, men også vanskelig. Ut av taushet kan det komme mange ord.

Å sette av rikelig tid til samtalen, være klar på tida vi har til rådighet, og sette av tid til egen refleksjon når timen er over er viktig for å finne roen og dybden i samtalen. Å sette av tid etter timen har jeg ikke tidligere gjort.

Å være tydelig

Når noe ikke stemmer er det noe mer. Ofte under samtaler kan jeg kjenne at «noe» fester seg som en klump i magen eller som en spenning i kjene. Når jeg kjenner slikt ubehag ønsker jeg å lære meg å kunne ta det fram her og nå, kjenne på det og forfølge det. Da kommer jeg mest sannsynlig nærmere den «sanne» historien og får mer grep om pasientens virkelighet. «Dette forstår jeg ikke helt. Kan du si noe mer om det?»

Jeg må være klar og tydelig, først for meg selv og så for pasienten. Hva ser jeg, hva kjenner jeg og hva bør jeg formidle av dette til pasienten? Å ha skjulte agendaer vil raskt bli oppdaget.

Å sette grenser

Hvor lenge greier/orker jeg å samtale alene med denne pasienten? Bør jeg søke råd hos mine kolleger på kontoret eller av terapeuter på Åsgård? Hverdagen som allmennpraktiker er så travel at det er lett å skyve ting til siden. Jeg tror det blir lettere og mye morsommere hvis vi kan dele tvil og usikkerhet med våre kolleger.

Hvor mange temaer kan vi ha oppe samtidig? Hvor lang tid skal jeg gi henne/ham i dag? Å være på etterskudd mht. tiden til de andre pasientene vet jeg at setter seg som en stressende knyttneve i magen min. Derfor prøver jeg å lære å sette grenser for hvor lang tid vi har til rådighet for hver time og hvor mange forskjellige temaer vi kan snakke om per konsultasjon. Hva er viktigst å jobbe med i dag?

Å være i sentrum

Som saksframlegger på kurset fikk jeg lov til å være i sentrum, til å dvele ved ting, stille spørsmål ved meg selv og om jeg er kompetent nok, og jeg fikk gode svar. Det styrket selvtilliten min.



C Seretide «GlaxoSmithKline»
Adrenergikum + kortikosteroid.

ATC-nr.: R03A K06

T: 2.
T **INHALASJONSÆROSOL 25/50, 25/125 og 25/250:** Hver dose inneholder: Salmeterol, xinaf. aeqv. salmeterol, 25 µg et fluticason, propion. 50 µg, resp. 125 µg et 250 µg, norfluran (1,1,1,2-tetrafluoretan).

T **INHALASJONSPULVER 50/100, 50/250 og 50/500 i Diskus:** Hver dose inneholder: Salmeterol, xinaf. aeqv. salmeterol, 50 µg et fluticason, propion. 100 µg, resp. 250 µg et 500 µg, lactos.

Indikasjoner: Astma: Vedlikeholdsbehandling av bronkialastma, der en kombinasjon av langtidsvirkende beta2-agonist og kortikosteroid er indisert. Kronisk obstruktiv lungesykdom (KOLS): Symptomatisk behandling av pasienter med alvorlig KOLS (FEV₁ < 50% av forventet verdi) som har hatt gjentatte eksaserbasjoner og som har vesentlige symptomer på tross av jevnlig bruk av bronkodilatorer og legemidler.

Dosering: Preparatene må brukes regelmessig, også i symptomfrie perioder, for optimal behandlingseffekt. Terapeutisk effekt av flutikason inntreffer etter 4-7 dager. Behandlingen må ikke avsluttes brått, og dosen endres kun etter avtale med lege. Dosen justeres til en oppnår kontroll, eller lavest mulig dose som gir tilfredsstillende klinisk effekt. Når symptomkontroll opprettholdes med laveste styrke (dvs. 50/100) 2 ganger daglig, kan neste steg være et forsøk med dosering 1 gang daglig, dersom dette anses å kunne opprettholde symptomkontroll. Alternativt kortikosteroid alene. Ved dosering 1 gang daglig gis dosen fortrinnsvis om kvelden ved nattlige symptomer, respektive om morgenen til de pasienter som har mest symptomer om dagen. Dersom aktuell dosering ikke dekkes av preparatet, beskrives passende dose beta-agonist og/eller kortikosteroid. **Astma:**

Inhalasjonsaerosol: Voksne og barn over 12 år: 2 inhalasjoner (25/50) 2 ganger daglig (morgen og kveld) eller 2 inhalasjoner (25/125) 2 ganger daglig (morgen og kveld) eller 2 inhalasjoner (25/250) 2 ganger daglig (morgen og kveld). Tilstrekkelig data for behandling av barn under 12 år med inhalasjonsaerosol foreligger ikke. **Inhalasjonspulver:** Inhaleres ved hjelp av Diskus. **Voksne og barn over 12 år:** 1 inhalasjon (50/100) 2 ganger daglig (morgen og kveld) eller 1 inhalasjon (50/250) 2 ganger daglig (morgen og kveld). **Barn: 4-12 år:** 1 inhalasjon (50/100) 2 ganger daglig (morgen og kveld). Data foreligger ikke for behandling av barn < 4 år. **KOLS:** **Inhalasjonspulver: Voksne:** 1 inhalasjon (50/500) 2 ganger daglig. Dosejustering ikke nødvendig for eldre eller pasienter med nedsatt nyre- eller leverfunksjon. Pasienter bør skylle munnen og gurgle halsen med vann etter hver inhalasjon.

Kontraindikasjoner: Overfølsomhet for innholdsstoffene.

Forsiktighetsregler: Både heshet og candidainfeksjon kan forebygges ved gurgling av hals og skylning av munnen med vann etter inhalasjon. Symptombegynnende candidainfeksjoner kan behandles med fungicider til lokal bruk, samtidig som behandling med preparatet fortsetter. Paradoksal bronkospasme kan inntreffe umiddelbart etter dosering og preparatet separeres da straks. Pasienten behandles deretter med kortidsvirkende bronkodilator til inhalasjon, med rask innsettende effekt. Etter klinisk vurdering av pasienten gis alternativ terapi dersom det er nødvendig. Preparatet er ikke til behandling av akutte anfoll, men for regelmessig behandling. Pasienten trenger en bronkodilator med rask innsettende effekt og kort virketid (f.eks. salbutamol) til behandling av akutte symptomer. Dersom pasienten må øke forbruket av beta2-agonister med kort virketid for å kon-

trollere symptomene, tyder dette på en forverring av sykdommen og pasienten bør kontakte lege. Plutselig og tiltagende forverring av astmasymptomene er potensielt livstruende og pasienten bør umiddelbart undersøkes av lege. En bør vurdere å øke dosen av inhalert kortikosteroid. For pasienter med astma eller KOLS bør en ved økende symptomer vurdere tilleggsbehandling med systemisk kortikosteroid og/eller et antibiotikum dersom det er en infeksjon med i sykdomsbildet. Systemiske effekter kan forekomme ved høye doser brukt over lengre tid. Ved langtidsbehandling av barn anbefales kontroll av høyde. Pga. mulig svekket binyrebarkrespons, bør pasienter som overføres fra oral steroidterapi til inhalasjonssteroid følges nøye og binyrebarkfunksjon kontrolleres jevnlig. Etter introduksjon av inhalasjonsbehandling, reduseres oral behandling gradvis. I tiden etter overføring fra peroral behandling kan pasientens binyrebarkrespons være svekket. Vurder tillegg av systemiske steroider ved stress, f.eks. forverring av astmaanfoll, infeksjoner eller kirurgiske inngrep. Overgang fra systemisk behandling til inhalasjonsterapi kan også dekke tidligere steroidmaskerte allergier. Disse behandles symptom-tomatisk. Inhalasjonsbehandling kan i sjeldne tilfeller avdekke underliggende eosinofile lidelser (f.eks. Churg Strauss syndrom). Disse tilfellene har stort sett forekommet ved reduksjon i, eller opphør av kortikosteroidbehandling. En direkte årsakssammenheng er ikke fastlagt. Både selektive og ikke-selektive beta-blokkere bør unngås, med mindre det er svært tungtveiende grunner for bruk av disse. Preparatet bør brukes med forsiktighet hos pasienter med alvorlig kardiovaskulær sykdom inkl. hjertesytmier, ubehandlet hypokalemi, lungetuberkulose og/eller tyreotoksikose.

Interaksjoner: Forsiktighet ved samtidig administrering av kjente sterke CYP 3A4-hemmere (f.eks. ketokonazol, ritonavir) da det er sjans for økt systemisk eksponering av flutikasonpropionat.
Graviditet/Amning: Overgang i placenta: Ikke klarlagt. Dyrestudier viser reproduksjonstoksiske effekter (ganespalte, forsinket forbinding), som indikerer en mulig risiko for fosterskader. Kombinasjon av salmeterol og flutikason skal kun brukes ved graviditet hvis fordelene oppveier en mulig risiko. **Overgang i morsmelk:** Går over i melk hos rotte. Det er ikke klarlagt om barn som ammes påvirkes.

Bivirkninger: Som for salmeterol og flutikasonpropionat hver for seg. **Hyppige (>1/100):** Flutikasonpropionat: Candidainfeksjoner i munn og svelg. Heshet. Salmeterol: Palpitasjoner, hodepine, tremor, muskelkramper, irritasjon i svelg. **Sjeldne (<1/1000):** Legemidler som inhaleres kan via uspesifikke mekanismer gi opphav til bronkospasme. Flutikasonpropionat: Overfølsomhetsreaksjoner. Det er rapportert noen få tilfeller av ødem i ansikt og svelg. Mulige systemiske effekter er: binyrebarksuppresjon, veksthemning hos barn og ungdom, redusert ben tetthet, katarakt og glaukom. Salmeterol: Hypokalemi, overfølsomhetsreaksjoner (utslett, ødem, angioødem), takykardi, artralgi. Arytmier (inkl. atrieflimmer, supraventrikulær takykardi og ekstrasystoler) er rapportert hos utsatte pasienter.

Overdosering/Forgiftning: Symptomer på overdosering av salmeterol er tremor, hodepine og takykardi. Behandling: Antidot er kardioselektiv betablokker som skal brukes med forsiktighet hos pasienter med kjent bronkospasme i anamnesen. Dersom behandling med preparatet må avbrytes pga. overdosering av betaagonistkomponenten, bør hensiktsmessig steroidterapi opprettholdes. Ved overdosering kan hypokalemi medfører forsterket og kaliumbehandling bør overveies. Overdosering med flutikason er lite sannsynlig. Inhalasjon av flutikasonpropionat i doser som i betydelig grad overstiger anbefalte doser kan føre til forbigående binyrebarksuppresjon. Ved overdosering av flutikasonpropionat kan behandling fortsette i laveste effektive dose. Binyrebarkfunksjonene vil normaliseres i løpet av noen dager og dette kan verifiseres med plasmakortisolmålinger.

Egenskaper: **Klassifisering:** Kombinert preparat av kortikosteroid med høy lokal antiinflammatorisk aktivitet (flutikason) og selektiv langtidsvirkende beta2-agonist (salmeterol). **Virkningsmekanisme:** Flutikasonpropionat: Potent antiinflammatorisk effekt i lungene og forebygger eksaserbasjoner. Salmeterol: Relaksere bronkialmuskulatur og virker

symptomforebyggende. Den bronkodilatoriske effekten inntreffer etter 10-20 minutter og varer i minst 12 tim-er. **Absorpsjon:** Flutikasonpropionat: Systemisk biotilgjengelighet er ca. 10-30%. Ubetydelig oral biotilgjengelighet (<1%). Salmeterol: Maks. plasmakonsentrasjon etter 1 dose (50 µg) er ca. 200 pg/ml. Proteinbinding: Flutikasonpropionat: I plasma ca. 90%. Fordeling: Flutikasonpropionat: Distribusjonsvolum ca. 300 liter. **Halveringstid:** Flutikasonpropionat-reseptorkomplekset i lungevev: Ca. 10 timer. Terminal halveringstid ca. 8 timer. **Metabolisme:** Flutikasonpropionat: Hovedsakelig i lever via CYP 3A til en inaktiv karboksylsyremetabolitt. Salmeterol: Utstrakt hydroksylering i lever. Hovedmetabolitten er aktiv, men effekten er av kortere varighet. **Utskillelse:** Flutikasonpropionat: Hovedsakelig via fæces. Clearance 1,1 liter/minutt. Salmeterol: Hovedsakelig via fæces.

Oppbevaring og holdbarhet: Inhalasjonsaerosol: Oppbevares ved <25°C. Beskyttes mot direkte sollys. Effekten av legemidlet kan reduseres dersom aerosolen er nedkjølt. Må ikke fryses.

Andre opplysninger: Inhalasjonspulver: Til inhalasjon ved hjelp av Diskus. Administreringsmåte: Se pakningsvedlegg. Inhalasjonsaerosol: Preparatet inneholder freonfri drivgass. Volumatic inhalasjonskammer kan brukes som hjelpemiddel til inhalasjonsaerosolen. Volumatic har en enveisventil som hindrer at utåndingsluften kommer inn i inhalasjonskammeret. Høyst 2 spraydoser utløses i Volumatic og inhaleres derfra, om nødvendig i flere åndedrag. Ved behov gjentas behandlingen.

Rekvireringsregel: Inhalasjonsaerosol: Behandlingen bør være instituert ved sykehus eller av spesialist i lungemedisin. **Inhalasjonspulver:** Behandlingen av barn skal være instituert ved sykehus eller av spesialist i lungemedisin eller pediatri. Behandlingen av voksne bør være instituert ved sykehus eller av spesialist i lungemedisin.

Pakninger og priser: **Inhalasjonsaerosol:** 25/50: 120 doser kr 331,80, 25/125: 120 doser kr 467,80, 25/250: 120 doser kr 611,80. **Inhalasjonspulver:** 50/100: 60 doser kr 360,70, 3 x 60 doser kr 1075,40, 50/250: 60 doser kr 477,20, 3 x 60 doser kr 1413,00, 50/500: 60 doser kr 617,40, 3 x 60 doser kr 1954,90.

Priser av 06.2003 SPC: 09.07.2003 Oppdatert 31.07.2003

Referanser:

- Godkjent Felleskatalogtekt.
- D.A. Mahler, P. Wire, D. Horstman, C.-N. Chang & al., Effectiveness of fluticasone propionate and salmeterol combination delivered via the Diskus device in the treatment of chronic obstructive pulmonary disease, Am. J. Respir. Crit. Care Med. 2002; 166: 1084-91.
- J. Vestbo, R.A. Pauwels, P.M.A. Calverley, P.W. Jones & al., Salmeterol/fluticasone propionate combination produces improvement in lung function detectable within 24 hours in moderate to severe COPD, Am. J. Respir. Crit. Care Med. 2003; 167: A89.
- P.M.A. Calverley, R.A. Pauwels, J. Vestbo, P.W. Jones & al., Combined salmeterol and fluticasone in the treatment of chronic obstructive pulmonary disease: a randomised controlled trial, The Lancet 2003; 361: 449-56.
- J.B. Soriano, J. Vestbo, N.B. Pride, V. Kiri & al., Survival in COPD patients after regular use of fluticasone propionate and salmeterol in general practice, Eur. Respir. J. 2002; 20: 819-25.



GlaxoSmithKline

GlaxoSmithKline AS Forskningsveien 2 A, Postboks 180 Vinderen, 0319 Oslo
Telefon: 22 70 20 00 Telefaks: 22 70 20 04 www.gsk.no

Å være bra nok

Ofte kan jeg få en slags følelse av å være bra nok bl.a. fordi pasientene gjerne kommer tilbake, eller fordi de sier at de vil savne meg når jeg er i permisjoner eller jeg får en blomst til jul ol. Ellers er det liten plass til tilbakemeldinger slik primærhelsetjenesten vår er bygget opp. Å få gode og konkrete tilbakemeldinger fra kolleger gir trygghet og overskudd.

Å bli bedre

Jeg vil aldri kunne forstå alt, og jeg vil møte pasienter jeg ikke greier å forstå. Jeg har sikkert møtt mange pasienter som jeg ikke har fått til å åpne opp og fortelle om det som plager dem mest. Det vil jeg nok oppleve i framtida også. På dette kurset lærte jeg meg måter der jeg kan få pasientene til å åpne seg mer opp i situasjoner som jeg tror er nødvendig for å komme videre i livet. I tillegg lærte jeg å bevege meg mellom to plan: «Her og nå» og et overordnet reflekterende plan: «Hva er det egentlige problemet her?» Det siste er vanskelig å greie alene og med en stadig kamp med klokka og de andre som venter på venteværelset.

Konklusjon

Jeg ser at **tid** er en viktig ressurs på flere felter. Det er viktig å sette av **tid til refleksjon**, til å lene seg tilbake og tenke igjennom det som skjer.

Pasienten må også føle at jeg gir ham/henne **tid nok** per samtale til å kunne sette ord på det som er viktig i denne konsultasjonen. Videre er den **langsgående tiden** viktig i all helbred.

Jeg vil prøve å gi meg selv den **roen** som trengs for å kunne tenke igjennom det som har skjedd og det som bør skje framover. Tid og ro henger i hop.

Trygghet er også et viktig ord. Det er viktig å kjenne seg faglig trygg. Det vil jeg som regel gjøre hvis jeg går på kurs og holder meg faglig oppdatert. Trygghet i konsultasjonen vil jeg oppleve om jeg har mulighet til å dele erfaringer og konsultasjoner med kollegene og få tilbakemeldinger fra dem, både positive og negative. Trygghet på jobben oppstår ved gode relasjoner til kollegene. Det er svært viktig å



ILLUSTRASJONSFOTO

kunne snakke åpent ut om feil jeg har gjort og tvil jeg har, og likevel føle meg verdig.

Min målsetning er derfor: **Mer samarbeide med kollegene.** Jeg håper å kunne lage et forum for samsnakkingstimer, der min pasient og jeg får være del i et opplegg som minner om dette: et reflekterende team.

Å bli sett og forstått er et annet viktig element i kommunikasjon. Det lar seg best gjøre hvis en virkelig har gitt seg selv tid. Jeg vil se og forstå mer av pasienten, og jeg trenger selv å bli sett og forstått og få tilbakemelding fra kolleger for å kunne justere kursen og for stadig å bli bedre.

Har du kommentarer, reaksjoner eller spørsmål om artikkelen? Inspirerer den deg til å skrive noe selv? Ansvarlig redaktør for denne artikkelen har vært Jannike Reymert. Kontakt henne på jannike.reymert@c2i.net