

Å ta pasienten på alvor – klisjé eller nyttig metafor?

AV KRISTINE VAAGE HØYLAND OG ANDERS BÆRHEIM

For nesten fire år siden begynte jeg å studere medisin i Bergen. I studiesammenheng og i forbindelse med ekstrajobber på sykehjem og i hjemmesykepleie har jeg møtt pasienter og leger som har gitt meg både lærdom og inspirasjon. Som student står jeg litt midt i mellom – jeg er på vei til å bli lege, men identifiserer meg like mye med pasienten. Mange forteller om sitt møte med lege og helsevesen, om både frustrasjoner og takknemlighet. Det slår meg at «alle», både mannen i gata og fagfolk, snakker om at det er viktig å bli tatt på alvor av legen. Jeg begynte å lure på hva det egentlig vil si, det å ta pasienten på alvor. Noen ganger synes jeg legen har tatt pasienten på alvor, men pasienten har likevel vært skuffet og misfornøyd. Jeg tenker lett at pasienter kan ha urealistiske forventninger til legen, forventninger om hva legen kan gjøre for å ta dem på alvor. Samtidig kjenner jeg igjen ønsket om å bli sett og hørt av legen når jeg kommer med små eller store problemer. Jeg trenger forståelse og støtte når jeg viser legen tillit og avslører sårbarhet.

Bokmålsordboken definerer å «ta alvorlig» til å være «oppriktig, ærlig, seriøs» (1). Det er ikke lett å definere eksakt hva det «å ta på alvor» betyr. Jeg kjenner meg igjen i det Augustin skriver om å definere begrepet «tid»: «Hva er så tid? Jeg vet godt hva det er, hvis ingen spør meg, men hvis jeg blir spurt om hva det er og forsøker å forklare, blir jeg forvirret» (2). Begrepet «å ta på alvor» ser ut til å være mangetydig. Jeg vil forsøke å antyde noe av det gjennom kliniske eksempler.

Tre konsultasjoner

Disse konsultasjonene er hentet fra observasjon jeg har gjort i allmennpraksis i løpet av studiet.

1.

Mamma har tatt med Miriam til legen på grunn av gjentatte episoder med feberfantasier. Miriam er åtte år og ser frisk og kjekk ut. Når hun har feber kan hun være helt i sin egen verden, hun gråter og skjelver, forteller mamma. Mamma er veldig bekymret.

«Hva skjer når du har sånne feberfantasier, da?» spør legen Miriam.

«Jeg ser ting.»

«Hva da?»



Kristine Vaage Høyland

er 4. års student ved Universitetet i Bergen. Artikkelen er en omarbeidet oppgave veiledet av Anders Bærheim.

«Skumle menn.»

«Hva gjør du da, da?»

«Jeg roper på mamma.»

«Hjelper det at mamma kommer?»

«Ja, hun trøster meg.»

Legen forklarer mamma at det er helt normalt for barn å ha slike feberfantasier. Mamma blir beroliget når legen peker på det at Miriam merker at mamma kommer og trøster.

Ved å henvende seg åpent og interessert til både Miriam og mamma, viste legen respekt og gav bekreftelse på at de var kommet. Legen lot begge få være med i samtalen og tok seg tid til å lytte og forklare. Hun formidlet medisinske kunnskaper om at dette ikke er noe alvorlig, og ved å snakke med Miriam fikk hun fram hvordan Miriam opplever feberfantasiene, og også det at hun kjenner seg trygg når mamma trøster. Samtalen ble et samspill mellom alle tre der det ble skapt en felles forståelsesramme for feberfantasiene.

2.

Marte, 43 år, er sykemeldt fordi hun føler hun har «møtt veggen». Hun kjenner seg fryktelig sliten og trenger å stoppe opp og hente krefter. I «lekse» til i dag skulle hun tenke gjennom ting hun kunne forandre på. Marte forteller at hun føler livet kun dreier seg om jobb og andre plikter, og når hun vil gjøre noe hun selv har lyst til, nekter mannen hennes å akseptere det. Forholdet deres er fastlåst i rutiner og krangling. Det nytter ikke å prøve å snakke sammen om det, mener Marte. Det forsøkte de for et par år siden uten at det hjalp. «Er det ikke en idé å prøve igjen, med en ny innstilling?» foreslår legen, men Marte tviler på at det vil ha noe for seg.

Møtet med legen er en mulighet til å snakke med en utenforstående om slike nære og vanskelige problemer. Marte var åpen og ærlig og hadde tillit til legen, som kom med innspill og forslag. Kanskje kunne det hjelpe Marte til å reflektere og se nye muligheter? Hun valgte å ikke ta imot forslaget.



ILLUSTRASJONSFOTO: PHOTO DISC

3.

Inger, 62 år, har en lang liste med plager og problemer hun vil snakke med legen om. Hun kommer inn, velkledd og kontrollert, og begynner å snakke med en gang hun får satt seg ned. Hva er svaret på røntgenbildene hun tok for en uke siden? Hadde de funnet noe? Nei, bildene var helt fine og det var ingenting som kunne sees der, kan legen fortelle.

Inger fortsetter å snakke fort og opphisset. Hun opplever alle plagene sine svært dramatisk. Legen tar for seg hvert av symptomene, undersøker og forklarer hva hun tror årsaken kan være. Ingenting gir mistanke om noe alvorlig, men Inger virker ikke beroliget.

Inger sier tydelig at hun i hvert fall ikke feiler «noe psykisk» – den merkelappen vil hun ikke ha. Hun er ikke noen sytepave som synes synd på seg selv, hun vil vise at hun er sterk og har høy selvkontroll.

Den første av disse tre konsultasjonene viser et samarbeid som fungerer godt, der Miriam og mammaen får hjelp, og blir sett og lyttet til. I konsultasjonen med Marte blir de ikke enige om noen løsning, men legen respekterer hva Marte vil, og er åpen og lyttende. Den siste konsultasjonen, med Inger, er mer preget av diskusjon enn av gjensidig forståelse.

Enhver konsultasjon arter seg forskjellig, og det blir kunstig å konstruere én modell for hvordan legen kan ta pasienten på alvor. Det handler nok mye om å improvisere ut

fra den forståelsen en har av situasjonen. Ulike elementer blir vektlagt forskjellig fra gang til gang (3). Nedenfor vil jeg oppsummere noen elementer som kan være en del av det å ta pasienten på alvor. Kategoriene er basert på analyse av observasjoner i allmennpraksis (4).

Hva er det å bli tatt på alvor?

Likeverdighet og respekt

Lege-pasient-forholdet fungerer bra når legen og pasienten er likeverdige samtalepartnere og fører en konstruktiv dialog. Målet er en felles enighet omkring situasjonen. Det kan ta tid å bygge et forhold som har rom for at legen setter grenser uten at pasienten kjenner seg avvist. Pasienten kan ofte ha urealistiske forventninger til legen, eller ha en annen mening om hvordan et problem skal håndteres. Dette er en utfordring uten forhåndsgitte løsninger. Legen må respektere pasientens autonomi i situasjoner der pasienten kan velge og velger noe annet enn det legen anbefaler.

Gi pasienten tid og oppmerksomhet

I møte med en lege som er åpen og lyttende får pasienten rom til å snakke og diskutere tanker og bekymringer. Marte fikk snakke fritt mens legen lyttet og kom med innspill uten å overstyre samtalen. Det å være oppmerksom på hvilke følelser og tanker pasienten har, og reagere ved å for eksempel gi råd eller berolige, kan være god hjelp.

Være interessert

Gjennom både kroppsspråk og spørsmål kan legen vise interesse for pasienten og for det pasienten forteller. Miriam får være i fokus når legen snakker med henne og ikke bare med mamma. Ved å ha interessen rettet mot pasienten formidler legen at pasienten er verd hennes oppmerksomhet, tid og respekt.

Levinas: om å se den andre

Den jødiske filosofen Emmanuel Levinas beskriver møtet med et annet menneske som møtet med den Annen, med den Annens ansikt. Den Annen er helt forskjellig fra meg selv, og har krav på å bli møtt med respekt og åpenhet. Det er imidlertid ikke lett å forstå en annens tanker og opplevelser, og å bygge felles møtepunkter.

Levinas' filosofi kalles gjerne «nærhetsetikk», og jeg vil si at denne etikken har likheter med en pasientsentrert metode, idet den understreker hvor viktig «den andre» personen, i dette tilfelle pasienten, er i relasjonen. Levinas skriver at «Ansiktet påtvinger seg uten at jeg kan forholde meg døv til dets påkallelse eller glemme det.. Å være jeg betyr fra nå av ikke å kunne unndra seg ansvaret..» (5).

Møtet med den Annens ansikt krever at jeg ser akkurat den personen jeg har foran meg som unik og ikke som representant for en gruppe. Det er så lett å tillegge en person egenskaper som er karakteristisk for sykdommen, uavhengig av om personen har disse egenskapene – pasienten «blir» diagnosen istedenfor å «ha» den.

Levinas oppfordrer til et nærmest grenseløst ansvar ovenfor den Annen. Legen har ikke et slikt totalt ansvar for pasienten, det kan til og med virke mot sin hensikt. En pasient som får hjelp til alt kan bli lammet og miste evnen til å mestre og ordne opp i eget liv. Aslak Bråtveit (6) advarer mot en slik totalitær hjelperrolle, og skriver at legen må tørre å framstå som et menneske som prøver, men kan feile. Legen kan gå noen skritt sammen med pasienten, men kan ikke løse alle problemer.

Klisjé eller nyttig metafor?

Jeg finner ikke noe entydig svar på hva det er å bli tatt på alvor. Å ta pasienten på alvor kan romme både å sette grenser og å utfordre, å skape tillit og å gi støtte. Kanskje det å bli tatt på alvor er et symbol for hvordan vi ønsker og har behov for å bli møtt som mennesker? Begrepet kan ha noe av styrken sin i at det har ulike innfallsvinkler. Dypest sett sier det noe om å bli møtt som et likeverdig og unikt enkeltmenneske som i kraft av seg selv vekker interesse hos den andre.

Evt. spørsmål og kommentarer kan rettes til:
kristine.hoyland@student.uib.no

UTPOSTEN

blad for allmenn- og samfunnsmedisin

Sjøbergvn. 32

2050 Jessheim

TLF.: 63 97 32 22 – FAX: 63 97 16 25

E-POST: rmrtove@online.no

Unn deg et eget eksemplar av

UTPOSTEN

Det koster kr. 450,- pr år!

Jeg ønsker å abonnere på **UTPOSTEN**:

NAVN

.....

ADRESSE

.....

POSTSTED

.....

afinionTM
POINT OF CARE CENTER

Enklere kan det ikke bli!

- Enkelt, raskt og brukervennlig
- Pålitelig og sikkert
- Helautomatisk
- Lite blodvolum
- Multiparameter analysesystem
- Mulighet for journaltilkobling

**ANALYSEMENY**

- HbA1c
- CRP
- Kommer:
- ACR
- PTEINR
- hsCRP
- Hcy
- ...og flere!



MEDINOR

ET AXIS-SHIELD selskap

Medinor ASA, Pb. 94, Bryn, 0611 Oslo
Tlf: 22 07 65 00, Fax: 22 07 65 05, www.medinor.no