

KONSULTASJONEN

— møtet mellom pasient og lege

AV IVAR SKEIE

Konsultasjonen, møtet mellom pasienten og legen, er kjernen i lege-pasient-forholdet. Det er her det skjer. Noen ganger går det bra og både lege og pasient kommer styrket ut av konsultasjonen, ja noen ganger går det så bra at kanskje begge parter husker det resten av livet. Andre ganger går det ikke bra, og begge parter er frustrerte og misfornøyde i etterkant, og ofte sitter minnet etter slike møter også lenge i hos begge parter. Og som « oftest er vel konsultasjonene «rimelig greie», sånn på det jevne.

Derfor er det helt naturlig at det legges stor vekt på å trene studenter og leger i konsultasjon og det finnes en rikholdig litteratur om konsultasjonens kunst. Ideen bak denne artikkelen er ikke å tegne noe helhetlig bilde av dette feltet, men å si noe om ulike typer konsultasjoner, og hva som særkjenner dem.

Allmennmedisin har flere kjennetegn som skiller den fra sykehus- og spesialistmedisin. Allmennlegen jobber i et uselektert pasientlandskap. Det gjør at forekomsten av sykdom i populasjonen («på lista») er en helt annen enn den spesialisten møter med pasienter som er henvist fra allmennleger. Videre er den enkelte konsultasjonen som oftest ganske kort («six minutes for the patient» i England, noe lenger her). Den dype kunnskapen om pasienten som allmennlegen ofte utvikler, bygger på mange konsultasjoner gjennom lang tid. Dette skiller seg fra sykehusmedisinen som skal avklare et avgrenset problem på kortest mulig tid med massiv ressursinnsats.

Tidsknappheten stiller spesielle krav til legen. Tiden kan ikke fordeles likt på alle pasienter. Enkle problemstillinger bør avklares raskt og unødig hyppige kontroller av kroniske sykdommer og risikotilstander bør kuttes slik at tid kan frigjøres til konsultasjoner som krever mer tid. Likevel kan det oppstå konflikt mellom å holde et oppsatt tidskjema og å bruke nødvendig tid på alvorlige ting når de oppstår, særlig ved akutt alvorlig somatisk og psykisk sykdom. God praksisorganisering kan avhjelpe dette i betydelig grad, men når det er nødvendig, må vi prioritere det viktigste.

Hvilke typer konsultasjoner er det så en allmennlege møter i løpet av ei arbeidsuke, på vakt og i sin vanlige praksis? Jeg tenker meg en grovinndeling i tre typer: 1) Konsultasjoner som skyldes akutt eller subakutt sykdom, 2) Planlagt oppfølging av kroniske sykdommer eller risikotilstander og 3) Åpne konsultasjoner (der legen ikke kjenner grunnen til at pasienten kommer).

Akutt/subakutt sykdom

Konsultasjoner ved akutt og subakutt sykdom utgjør en stor del av pasientkontaktene i vanlig kontorpraksis og det aller meste på legevakt. Henvendelsene siles av legesekretærer eller sykepleiere som skal være godt trent til denne viktige og noen ganger avgjørende funksjonen. Ofte er bestillingene klare og enkle å forholde seg til, andre ganger kan de være mer uklare. Det viktigste i denne siftingsfasen er å ikke avvise eller overse akutt alvorlig sykdom. Hvis bestillingen er uklar, bør man være særlig på vakt.

KASUS: Jeg fikk en gang på vakt kl. fem om morgenen satt over en telefon. En eldre mann fortalte at «kjerringa var blitt så ugrei». Etter litt videre samtale fant jeg det best å reise hjem til henne. Jeg fant en av de dårligste pasientene jeg noensinne har sett, en kvinne med kjent (ikke for meg) Addison, som hadde hatt gastroenteritt fire til fem dager, var høyfebril og i Addison-krise. Så «ugrei» kan bety så mangt, i alle fall på våre kanter av landet.

Hvis kommunikasjonen er vanskelig, f. eks. pga. språkproblemer hos innvandrere, bør man også være på vakt og senke terskelen for konsultasjon. Det samme gjelder hvis det foreligger tilstander som gjør det vanskelig å vurdere alvorlighetsgrad som ved underliggende alvorlig somatisk eller psykisk sykdom, kronisk eller akutt rusmiddelproblem, eller psykisk utviklingshemming. Og vi bør være særlig årvåkne når pasientene henvender seg på nytt pga. forverring eller manglende tilfriskning.

Ved **akutt alvorlig somatisk sykdom** vil legen som oftest oppfatte situasjonen som alvorlig, selv om man noen ganger ikke kan være sikker på hva som feiler pasienten. I situasjoner der pasienten virker dårlig, men funnene er uklare, bør



ILLUSTRASJONSFOTO: MIC CALVERT

legen stole mer på sitt kliniske skjønn enn på tilsynelatende negative kliniske og laboratoriemessige funn.

KASUS: På legevakt rykket jeg tidlig på morgenen ut til en tidligere frisk kvinne i trettiåra som følte seg så dårlig at hun ikke klarte å stå opp fra senga. Dagen før hadde hun fått feber og begynt å følge seg skral, hun hadde vært hos legen og CRP var negativ. Men hun ble bare verre, og da jeg så henne atten timer senere var hun høyfebril med systolisk blodtrykk på 80, og klarte ikke stå på beina. Hun hadde en svær lungebetennelse. Historiens moral: Vær obs. ved ny henvendelse pga. forverring, og stol ikke på negativ CRP, særlig tidlig i sykdomsforløpet, hvis pasienten klinisk er dårlig.

Ved **akutt ikke alvorlig somatisk sykdom**, er konsultasjonene ofte ganske greie. Legen vurderer og diskuterer behandling med pasienten, og noen ganger må det brukes tid på å begrunne behandlingsvalg som pasienten ikke umiddelbart er enig i, som bruk/ikke bruk av antibiotika. Man bør legge vekt på å få en felles forståelse med pasienten om sykdommen, hvis legen ikke finner at den er alvorlig, bør også pasienten ha den oppfatningen når konsultasjonen er over (men det er ikke alltid like lett).

Ved **relativt nyoppstått, men ikke akutt, sykdom** er det viktig for legen å være åpen for ulike tolkninger av symptomer. Legen vil ofte ganske fort få en følelse av om det dreier seg om en sannsynlig somatisk sykdom, eller om det mer dreier seg om somatoforme symptomer p.g.a. ulike former for (over)belastning. Belastningsutløste tilstander med depresjon og angst presenterer seg som oftest med fysiske symptomer. Pasienten vil ofte oppfatte seg som kroppslig syk, og det bør foretas en somatisk utredning som er såpass omfattende at legen og pasienten har en felles forståelse av at sannsynligheten for alvorlig somatisk sykdom er liten. Hvor omfattende en slik somatisk utredning bør være, vil variere, men

en skikkelig klinisk undersøkelse og noen blodprøver hører vel som regel med. De fleste slike konsultasjoner finner sted i den vanlige praksisen, men ikke sjelden møter vi denne situasjonen også på legevakt. Da vil det ofte være rett å ikke gå for langt, men avgrense seg til å gjøre det som er nødvendig for å avklare om det foreligger alvorlig sykdom som krever umiddelbar handling. Hvis det ikke er tilfellet, bør pasienten i de fleste tilfeller kanaliseres til fastlegen.

Men omvendt kan en somatisk sykdom presentere seg med psykiske plager. Man må derfor unngå å «låse» seg i én oppfatning av tilstanden.

KASUS: Jeg hadde en gang en kvinnelig pasient i sekstiåra som syntes alt var blitt tungt og leit, og hun følte seg deprimert. Jeg var enig, og prøvde å behandle hennes depresjon, men behandlingen virket dårlig. «Hun kan vel ikke ha diabetes?», undret etter et par-tre måneder dattera. «Nei, jeg tror ikke det», svarte jeg, «men det kan vi jo selvfølgelig sjekke». Hun hadde diabetes, og depresjonen letnet betraktelig da behandlingen ble endret.

Alvorlig akutt psykiatrisk sykdom møter vi både i vår vanlige praksis og på legevakt. Det dreier seg mest om akutte psykoser og alvorlige depresjoner med eller uten aktiv suicidalitet. I fastlegepraksisen vil pasientene som regel være kjente, vi har erfaringer fra hvordan tidligere kriser er taklet, og vi har gjerne et behandlingsnettverk å samhandle med. Det gir oss ofte et godt utgangspunkt, og er en hovedgrunn til at slike kriser helst bør takles i vanlig praksis og ikke på legevakt. Vi må ta stilling til om pasienten må akuttinnlegges, og evt. på hvilket grunnlag (frivillig/tvang), og hvis svaret er nei, hvordan oppfølgingen videre skal sikres. Slike saker kan være stressende og tidkrevende, og kan sprengte våre timelister, men de er relativt sjeldne, og det vil som regel være best for alle parter å ta dette i vanlig praksis framfor på legevakt.

Men ikke sjelden møter vi også akutt alvorlig psykiatri på vakt og pasienten er da ofte ukjent for oss. Det viktigste er da å avklare om det foreligger sikker eller mistenkt psykisk sykdom hos pasienten som gjør det nødvendig med akutt innleggelse. Det er ikke alltid like lett å få den psykiatriske annenlinjetjenesten til å akseptere innleggelse. Men hvis allmennlegen har gjort en adekvat vurdering med en klar konklusjon, vil man som regel få til en innleggelse eller akutt vurdering.

Ved **akutt, men mindre alvorlig psykisk krise**, vil en god (ikke nødvendigvis veldig lang) samtale ofte avklare mye, og pasient og lege kan avtale et videre løp. Dette er enklest i vanlig praksis med kjent pasient, men vi møter det også ofte på legevakt. På vakt er det igjen som regel riktig å ikke involvere seg for mye, men spille ballen videre til fastlegen når den akutte situasjonen er avklart.

KASUS: Mann i 40-års-alderen på lista di, kommer til time etter henvendelse fra broren. Det er samlivskrise, kona har dratt, det er krangel om det meste, han er fortvilt og oppgitt. Og har begynt å drikke. Hvordan legger du opp denne samtalen? Hva bør avklares? Suicidalitet? Farlig drikkemønster? Hva er fokus framover?



ILLUSTRASJONSFOTO: MIC CALVERT

I en del tilfeller møter vi akutte sammensatte kompliserte sykdomstilstander. Det kan f. eks. være akutt sykdom hos rusmisbrukere, hos pasienter med alvorlig psykisk sykdom eller med psykisk utviklingshemming. Det er da spesielt viktig å være årvåken, og ikke overse akutt somatisk sykdom ved å henvise til at det skyldes «grunnlidelsen». Man skal for eksempel ikke tolke tegn på somatisk sykdom hos en rusmisbruker som utslag av ruspåvirkning uten at man har avkreftet somatisk årsak.

KASUS: Kjent blandingsmisbruker bringes til legevakta av bekjente, han er somnolent med nedsatt bevissthetstilstand. De som følger han har funnet han ute, de vet ikke hva som har skjedd. Hva tenker du? Rusmiddelforgiftning? Hodeskade? Nedkjøling? Alvorlig somatisk sykdom?

Rus kan skjule sykdom. Bare en tilstrekkelig undersøkelse kan avklare dette.

Planlagt oppfølging av kroniske sykdommer eller risikotilstander

Disse konsultasjonene utgjør en stor del av vårt arbeid og vil ofte være relativt ukompliserte og kan være positive «pustehull» for legen i den hektiske praksisdagen. Men det er viktig at disse konsultasjonene ikke tar mer plass enn nødvendig. Men det er også viktig at vi er årvåke på å fange opp nyoppstått sykdom ved slike konsultasjoner. Mange av disse pasientene er gamle, og sannsynligheten for nyoppstått sykdom vil være større enn for yngre. Mange vil også vente med å ta opp nye symptomer eller plager til de har time. Legen må derfor være åpen for at nye ting kan komme opp i slike konsultasjoner, og så vurdere om det skal tas der og da, eller om man skal avtale ny time for det. Og noen ganger er det pasienten tar opp helt til slutt, nærmest på vei ut døra, det viktigste:

KASUS: Kvinne i 60-åra som kommer til sin avtalte kontroll for diabetes og hypertensjon. Hun virker litt mer stresset enn vanlig. I det hun reiser seg og skal gå, sier hun: «Har du tid til å kjenne på det venstre brystet mitt?». Du finner en mistenkelig, fast kul.

De fleste allmennleger har også oppfølgingsansvar for pasienter med kronisk psykisk sykdom. Dette kan være enklere støttesamtaler eller oppfølging av medikamentell behandling. I andre tilfeller dreier det seg om mer eller mindre strukturert psykoterapi. Årvåkenhet for opplysninger om eller tegn til nyoppstått sykdom er viktig også her.

Noen konsultasjoner kan være «vanskelige». Ofte oppfatter vi enkelte pasienter som «vanskelige». Men kanskje kan det også være legen som er «vanskelig»? Eller at relasjonen



ILLUSTRASJONSFOTO: MIC CALVERT

mellom pasienten og legen er «vanskelig». Det har kanskje kjørt seg fast, konsultasjonene gjentar seg uten at pasienten kommer videre, og både lege og pasient blir frustrert. Da kan det være på tide gjøre noe nytt.

KASUS: En 70-årig kvinne har vært din pasient i mange år, hun har hatt et besværlig liv med store fysiske og psykiske påkjenninger. Tankene kretser mest om plager og smerter, og angst for å dø. Du har i flere år gitt henne en halvtime i måneden. Hver måned forteller hun om de samme plager, som hun har vært utredet og henvist for, gjentatte ganger. Og hun får sine resepter, gjerne noe «smertestillende» og noe «beroligende». Du merker at pasienten ikke kommer videre, og du er selv frustrert. Kan du gjøre en vri? Kan du gi pasienten i oppdrag til neste gang å ha med to lister, en med plagene som før, men også en ny med ting som gjør livet verdt å leve? Er det mulig å dreie fokus?

Det kan være et poeng å lete etter ressurser og sterke sider hos slike pasienter (alle har noe som er bra), og å få både legen og pasienten til å fokusere på det sterke, framfor igjen og igjen å kretse om alt som er vondt og vanskelig. Ved slik helt å endre fokus – både for legen og pasienten – kan slike «vanskelige» relasjoner noen ganger ledes over til et fruktbart samarbeid.

Åpne konsultasjoner

Med dette mener jeg konsultasjoner der legen ikke vet hvorfor pasienten kommer. Her er åpningen viktig. Det fins ulike teknikker i slike settinger, selv sier jeg gjerne at «ordet er ditt» etter å ha ønsket pasienten velkommen. Pasienten må få komme til orde med sitt ærend mest mulig i fred, uten at vi for raskt kommer med våre (mot)spørsmål. Vi må lytte, prøve å gripe pasientens budskap, som ofte ikke er likefram. Så kan vi etter hvert stille spørsmål for å under-

søke og evt. få bekreftet at vi har oppfattet hva pasienten ønsker å formidle. Ofte vil vi kjenne pasientene fra før, det kan både være en styrke og en fare. Det vil ofte være en styrke fordi vi har en felles historie, og kjenner hverandre godt. Men det kan også være en fare, vi kan tro at vi kjenner pasienten for godt slik at vi ikke oppfatter nye ting som pasienten vil formidle. Vi har en *for-forståelse* av pasienten, en oppfatning av pasienten før vi møter henne i denne konsultasjonen, som vi bygger på tidligere kontakt eller på visse kjennetegn ved pasienten (for eksempel etnisk bakgrunn, rusmiddelmissbruker, fibromyalgipasient). En slik *for-forståelse* vil vi alltid ha, men det er viktig at vi er bevisste på at vi har den, og at vi vurderer hvorvidt den forstyrrer vår evne til å fange det viktige og essensielle i den nye informasjonen som pasienten ønsker å formidle til oss. Nye sykdommer oppstår hos pasienter med kroniske lidelser. Og sjeldne sykdommer er sjeldne, men de forekommer.

Til slutt

Dette har vært et kortfattet sveip gjennom ulike konsultasjonstyper, ulike settinger der pasient og lege møtes. De er ulike, men har likevel noe felles. De stiller – på ulikt vis – krav til legen om å være mentalt «til stede», være oppmerksom, om å lytte og fange opp det budskap og de signaler pasienten sender til oss. For selve kjernen i allmennmedisinen er å se mennesket bak stikkordet på timelista. Det er ikke et blodtrykk, en depresjon, en schizofreni eller et P-pille-behov som kommer til time, men et menneske. Og det er mangfoldet i disse møtene som er selve nerven i faget.

Evt. spørsmål og kommentarer kan rettes til:
ivskeie@online.no