

DEN skjulte delen av konsultasjonen

AV ESPERANZA DÍAZ, spesialist i allmennmedisin, førsteamanuensis og post-doc forsker ved Seksjon for allmennmedisin i Bergen

Denne artikkelen ble til som et resultat av forberedelsene til et foredrag under praksislærerkurset i London.

Vi leger liker å tro at vi har kontroll over det som skjer hver dag på legekontoret. Virkeligheten er likevel sta og viser oss daglig at dette ikke er sant.

Etter noen år i praksis blir det tydelig for de fleste leger at pasienter med den samme diagnosen ikke reagerer på samme måte etter at man har gitt dem den samme behandlingen. Utfallene ser i verste fall ut til å være randomiserte. Noen ganger fungerer rådene våre etter sin hensikt, andre ganger ikke. Hvorfor?

For å prøve å komme nærmere en forklaring skal jeg fortelle historiene til tre av mine pasienter¹.

A Edvard er 55 år. Han har vært kokk i flere år. Som følge av lege-konsultasjon på grunn av hodepine får han bekreftet hypertensjon som etter hvert blir behandlet med flere medisiner. Han utvikler tremor, som han selv mener er en bivirkning av medikasjon. Han har også leddgikt. Han føler seg bedre når han reiser til Hellas, hvor han har en liten leilighet. Han søker om uføretrygd, men får først avslag ettersom legen ikke er sikker på om det meste ikke skyldes høy alkoholforbruk, noe pasienten benekter. Før ny runde med søknad kommer Edvard en dag gråtende til kontoret: «*kona ser ikke at jeg er syk, hun tror ikke på meg*», sier han til legen.

B Grethe er 28 år. Hun har hatt angst i flere år. Faren har vært ufør på grunn av angst siden Grethe var liten. Moren er også uføretrygdet. Grethe byttet lege for noen år siden for ikke å ha den samme legen som faren. Hun er betydelig overvektig, med en KMI vel over 35. Hun kommer til legen en gang i måneden for å snakke om angst og livet. Grethe kommer seg også ut av huset for å gå til psykolog og sjelden gang. Ellers er hun hjemme med mor og far og er plaget med varierende grad av angst. En dag forteller legen at hun skal ha permisjon en periode. Grethe sier: «*Men du skal ikke få en slanke-guru som vikar... Det er første gang i mitt liv at legen ikke snakker til meg om å trene og å gå ned i vekt... og jeg har faktisk gått ned noen kilo.*»

C Sara kom fra et varmere land til Norge for 20 år siden. Hun er nå 58 år og kommer til legen og forteller om fibromyalgi-diagnose hun fikk for noen år tilbake. Hun sier at hun jobber som selvstendig tolk, men benekter det når hun kommer noen uker senere for å be legen om å skrive legeerklæring for uføretrygd. Legen synes dette er vanskelig. Hun har lite dokumentasjon fra tidligere leger. Ingen objektive funn. Sara forandrer på fortellingen, slik legen oppfatter det, avhengig av hva hun vil oppnå. Etter et par håpløse konsultasjoner sier Sara: «*Du er blitt så norsk. Norge må betale meg tilbake for alle de vinterdagene jeg har hatt her.*»

¹ Navn og pasient-karakteristikk er delvis forandret for å unngå at de skal gjenkjennes.

«The most frequently used drug in General Practice is the doctor himself»

I boken «The doctor, his patient, and the illness», skrev Michael Balint for 50 år siden at «By far the most frequently used drug in General Practice is the doctor himself» og at «No pharmacology of this important drug exists yet». Etter at jeg leste boken, begynte jeg å tenke på leger på en litt annerledes måte: hva hvis vi egentlig hadde «våre egenskaper» som alle andre legemidler som vi finner i Felleskatalogen, med indikasjoner, kontraindikasjoner, bivirkninger, interaksjoner og riktig dosering? Kanskje et avsnitt om forsiktighetsregler også ville gjelde for oss? Om svaret var ja (eller kanskje «tja») burde all denne kunnskapen være tilgjengelig et eller annet sted.

En oppklarende artikkel fra Per Vaglum om irrasjonelle faktorer i lege-pasient forholdet ble publisert i 2002. (1) Vaglum påstår at i hver eneste konsultasjon finnes det en rasjonell del (representert av en samarbeidsavtale mellom pasient og lege om aktuelle mål, og en relasjonsmessig tikknytning til hverandre som utvikles etter hvert), men også en irrasjonell del. Men denne siste delen er ofte ubevisst: hvordan kan vi vite mer om den? Han beskriver fem viktige irrasjonelle faktorer som jeg skal prøve å forklare ved å trekke frem pasientene mine. Men først må jeg advare mot feil tolkning av disse faktorene. Leseren kan faktisk være uenig med påstandene mine. Det viktigste er ikke hvem som har rett. Det som er vesentlig er å prøve å tenke om egne pasienter innefor disse rammene, i hvert fall iblant.

Ubevisste motiver, ønsker og fantasier

Grethe hadde gått ned i vekt og hun mente det var takket være legen, som ikke hadde snakket om diett og fysisk aktivitet. Legen hadde faktisk ikke tatt opp mosjon, vekt, eller sunne matvarer med Grethe, til tross for at en KMI over 35 betyr en stor risikofaktor for pasienten. Hva om legen hadde hatt fantasien om å «helbrede pasienten» som retningslinjene anbefaler? Og hvorfor ble det faktisk ikke gjort slik med akkurat denne pasienten?

Sara var like overasket som legen da hun ble «presset» til å uttrykke en del av sine ubevisste motiver for å ønske å bli uføretrygdet. Kan det hende at pasientene, og ikke bare legene, har andre motiver enn de er klar over når de ber om hjelp? Ville det i enkelte tilfeller være en del av en helbredende prosess å la disse motivene komme til overflaten?



Balintgruppe

Automatisk repetisjon av rollepar

Alle mennesker har enkelte roller som oppleves som naturlige. Når pasientene kommer til oss, har de en tendens til å repetere de rollene de føler seg komfortable med. Dette er folk (heldigvis) vanligvis ikke klare over. Da Edvard kom gråtende til meg og fortalte at kona ikke trodde på ham, følte jeg meg ille til mote. Jeg hadde heller ikke trodd på ham. Videre utredning viste at han hadde en encefalopati som var årsak til tremor og han ble uføretrygdet. Kunne det være noe i selve pasienten som gjorde at han satte seg selv i en posisjon som gjorde at folk ikke stolte på ham?

Men vi er også mennesker. Alle leger blir dratt inn i sine spesielle automatiske rollepar. Den autoritative veileder, den omsorgsfulle pleier, eller mange andre. Disse rollene bruker vi for å hjelpe pasientene våre uten å reflektere over det. Faktisk kan det tenkes at pasientene våre velger oss akkurat på grunn av de spesielle rollene vi har som leger. Men av og til fungerer ikke den rollen vi føler oss tilfreds med. Klarer vi da å ta en annen rolle? Men for å kunne svare på dette spørsmålet må hver enkelt ha svart på et annet spørsmål: Hvilke er mine automatiske rollepar?

Overføring

Overføring er blitt beskrevet som en illusjon som pasienten etter hvert utvikler om legen. Den kan være både positiv (idealisering) eller negativ (demonisering). Det kunne tenkes at grunnen til at Grethe faktisk gikk ned i vekt ikke nødvendigvis var en følge av legens handlinger, men at Grethe hadde idealisert legen som følge av god kontakt mellom dem ettersom tiden gikk. Det var Grethe selv som forandret på kosten, men hun attribuerte det til legen. Idealisering kan være en bra middel for å oppnå effekt av terapi. Likevel er farene med det åpenbare, og det er enkelt å hvile for mye på sine laurbær i slike tilfeller.

Sara, derimot, la skylden på legen for at hun ikke skulle få pensjonen hun ønsket seg, og på klimaet i Norge for sine smerter. Disse pasientene vekker raskt motstand hos de fleste legene, noe som kan gjøre det vanskeligere å hjelpe mennesker som allerede føler seg urettferdig behandlet. Det er viktig at vi identifiserer slike reaksjoner hos oss, slik at vi er i stand til å takle situasjonene og eventuelt legge dem til side slik at de ikke påvirker resten av dagen.

Motoverføring

Av og til er det psykologiske forhold (bevisste og ubevisste) hos legen som hindrer det terapeutiske arbeidet. Dette er blitt kalt for motoverføring, idet det kan hindre positiv overføring. Et vist ubehag når en bestemt pasient står på dagens liste, å la en og samme pasient alltid vente litt lenger enn de andre før vi tar imot henne, lettelse over en pasient som ikke kom i dag til avtalte møte... Disse pasientene får faktisk dårligere hjelp av oss enn de fleste andre. Det som er viktig for å kunne hjelpe dem bedre, er å prøve å finne ut av hvorfor vi reagerer som vi gjør. Har pasienten satt kunnskapen vår i tvil? Minner vedkommende oss om noen vi ikke er så glad i? ... Motoverføring mot bestemte pasienter sier en del om pasienten også, og når vi klarer å forstå hva, kan dette eventuelt brukes som informasjonskilde.

Motstand

Motstand beskrives som atferd hos pasienten som hindrer at man kommer videre mot felles mål. Pasienter som glemmer avtaler, ikke bruker medikasjon, eller ikke benytter seg av konsultasjon hos spesialist etter å ha mast i flere uker for å bli henvist.... Vanligvis er ikke pasientene klar over grunnen til slik oppførsel. Mange ganger er det sikkert tilfældighet eller sløvhets som er forklaringen. Men noen ganger kan det dreie seg om ubevisst motstand som kanskje kan komme til bevissthet ved å spørre pasienten: «... det synes å være krefter i deg som motarbeider behandlingen, til tross for at du helst vil bli frisk fortest mulig...»

Hvordan arbeider vi med dette?

Hvordan arbeider vi for at det ubevisste skal bli bevisst? Egne ubevisste, irrasjonelle faktorer er ikke enkle å finne ut av alene. Over flere år har grupper av leger i flere land prøvd å jobbe med å synliggjøre de ubevisste faktorer med tanke på både å kunne gi bedre behandling til pasientene og å gi et bedre og lengre liv i praksis til legene. Disse gruppene ble først satt i gang av Michael Balint. Balint gruppene benytter seg av en spesiell metodikk for veiledning: en lege presenterer en pasient fra egen praksis. Deretter må legen sitte å høre hvordan kollegaene, som reflekterende team veiledet av en lege med spesiell kompetanse, diskuterer legen og pasienten og forholdet mellom de to. Til slutt blir legen selv med i oppsummeringen. For tiden finnes det ingen slike grupper i Norge, men John Nessa planlegger en ny gruppe i Ryfylke. Vi som ikke er i området kan benytte oss av veiledningsgrupper og smågrupper i allmennpraksis. Vi kan bruke dem som arenaer hvor lege-pasient forholdene kan være lagt til rette for at de irrasjonelle/ubevisste faktorene kommer tydelig frem slik at man kan reflektere over dem. Lykke til!

Referanser

1. Vaglum P. Irrasjonelle faktorer i lege-pasient-foholdet. Tidsskrift for den Norske legeförening 2002;122:1906-9.