

En skyllebøtte

Utplasseringsoppgave i allmennmedisin

■ CRISTINA FLATEBØ NORDANG *student ved Universitetet i Bergen*

Dette er historien om min første opplevelse av en virkelig misfornøyd pasient.

Opplevelsen utspiller seg over to konsultasjoner den samme uken, og for klarhetens skyld har jeg delt fortellingen i to.

Første konsultasjon

«Hoste» var stikkordet som stod oppført ved pasienten sitt navn i timeboka. Jeg skulle straks møte en kvinne på 58 år, og jeg forbedret meg ved å ta en rask sjekk av tidligere sykdommer og faste medikamenter. Det var stort sett småplager å finne på lista over tidligere sykdommer, men på medikamentlista stod det at hun brukte Lipitor og Seretide fast.

Jeg åpnet konsultasjonen med å la pasienten få fortelle fritt om plagene sine. Hun kunne da berette at hun hadde hatt «influensasymptomer» i cirka fem til seks dager, med feber de siste dagene. Feberen målt rektalt samme dag var 38,2 grader. Formen ble beskrevet som sjaber og hun så heller ikke særlig pigg ut. Når jeg så spurte videre etter spesifikke symptomer, fant jeg ut at hun hadde hatt noe rhinitt, men at hun først og fremst var besværet av en kraftig hoste. Hosten gav ikke oppspytt, men gjorde at hun sov dårlig om nettene. Denne hosten kom også til uttrykk underveis i samtalen vår, og den ble ledsaget av tydelig hvesing. Det var lett for meg å vise både forståelse og empati, når jeg så tidlig kunne oppfatte at pasienten var plaget av en svært symptomgivende luftveisinfeksjon.

Ved videre samtale med pasienten kom det frem at hun forrige uke hadde vært hos fastlegen sin for noen andre problemstillinger. Mot slutten av konsultasjonen hadde hun nevnt hoste som et ytterligere problem, noe som resulterte i at hun hadde blitt lyttet på. Fordi stetoskopi av lungene var uten funn, ville fastlegen hennes «vente og se». Pasienten var i etterkant misfornøyd med at medikamentell behandling ikke var satt i gang, og hun mente at fastlegen i det minste kunne tatt en CRP-prøve. Dessuten mente pasienten at legen hadde ytret en mening a la «jeg er motstander av penicillin», og hun var svært opprørt over dette.

Under denne gjenfortellingen kjente jeg et

vagt ubehag sige innover meg. Her hadde jeg en tydelig misfornøyd pasient foran meg, og jeg innså at de antydende beskyldningene hennes like gjerne kunne vært rettet mot meg. Jeg følte en slags kollegial empati for fastlegen hennes, jeg hadde selv erfart at beslutninger og forklaringer ofte må tas under sterkt tidspress i allmennmedisinen. Og det er spesielt vanskelig å ha tunga beint i munnen når det gjelder nye problemstillinger i konsultasjonens siste del.

Til tross for min kollegiale empati viste jeg forståelse for hennes frustrasjoner, og jeg tror den tilnærmingen fungerte bra. Jeg oppfattet det som vi hadde en god tone, og hun skjønte at jeg tok henne på alvor. Hun fortalte meg nemlig at hun var redd for å få lungebetennelse på grunn av sine plager med det hun kalte en astmatisk bronkitt. På grunn av denne kroniske bronkitten hadde hun hatt en lungebetennelse tidligere i år. Jeg forklarte henne at det ikke alltid er så lett å fange opp lungebetennelser helt i begynnelsen av forløpet, og at det i forrige uke kanskje var for tidlig å finne en betennelse, uansett CRP-prøve eller ei. Deretter forsikret jeg henne om at jeg skulle utføre ulike undersøkelser, både lytting og blodprøver.

Fordi jeg mistenkte infeksjon og pasienten selv var engstelig for lungebetennelse, valgte jeg å undersøke henne grundig. Når jeg lyttet på lungene hennes kunne jeg tydelig høre spredte knatrelyder. Ved perkusjon var det sidelike funn. I svelg og ører var det normale forhold og hun hadde fine målinger av blodtrykk og puls. Ved endte undersøkelser hentet jeg inn veilederen min, slik at vi sammen kunne bestemme oss for en diagnose.

Da veilederen min var innhentet hadde svarene på pasientens blodprøver blitt klare. CRP var på 163 og de hvite blodcellene på 9,0, så hun hadde helt klart en luftveisinfeksjon. Veilederen min foreslo at vi skulle bruke diagnosen bronkopneumoni, da det ofte er vanskelig å skille mellom infeksjonstypene bronkitt og pneumoni hos pasienter med kroniske bronkittilstander. Vi tok sammen avgjørelsen om å behandle henne med Apocillin, og det ble ordnet med sykmelding til pasienten. Pasienten fikk informasjon om behandlingen og beskjed om å komme tilbake ved manglende bedring. Deretter ble konsultasjonen avsluttet på vanlig vis.

Andre konsultasjon

To dager etter den første konsultasjonen kjente jeg igjen pasientens navn på min liste. «Ikke frisk» stod det ved siden av navnet hennes. Jeg fikk plutselig en klump i magen. Hadde jeg kanskje gjort eller sagt noe galt? Var hun misfornøyd med meg også nå? Heldigvis klarte jeg å undertrykke den ekle følelsen ved å minnes den gode tonen vi hadde hatt. Det viste seg at hun hadde ringt inn og bestilt en «øyeblikkelig hjelp»-time hos studentdoktoren fordi hun ønsket å bli fulgt opp av meg og ikke av fastlegen sin. Jeg pustet lettet ut. Men mine forutanelser var riktige, hun var sterkt misfornøyd og det boblet nærmest over av frustrasjoner og sinne.

Heldigvis gjorde hun det tidlig klart at jeg ikke måtte ta sinnet hennes personlig. Jeg tror dette gjorde meg bedre i stand til å ta imot en real skjennepreken uten å verken bli såret eller gå til motangrep.

Pasienten begynte med å fortelle at hun ikke hadde opplevd bedring etter oppstart av Apocillin to dager tidligere. Hun hadde ingen feber lenger, men hun var fortsatt plaget av en kraftig hoste. Deretter beskrev hun en elendig allmenntilstand, med en så uttalt slapphet at hun ikke nesten ikke klarte å få i seg mat. I tillegg hadde hun fått diaré, antakelig som en bivirkning av antibiotikakuren. Den manglende bedringen og den løse magen satte hun i sammenheng med Apocillin-kuren. I det hele tatt var hun svært misfornøyd med vårt valg av behandling.

Misnøyen gjaldt ikke bare dette legebesøket, men også mange tidligere ganger hun hadde vært på legesenteret. Det norske helsetesenet fikk sterk kritikk. Hun syntes altfor mange pasienter måtte mase og klage for å få tilgang på rettighetene sine. Dessuten syntes hun ikke at leger flest tar pasientene sine på alvor, men kjører i vei med sin egen agenda. Jeg kjente meg paff over omfanget og intensiteten av misnøyen hennes. Litt overveldet klarte jeg ikke stort annet enn å lytte oppmerksomt og nikke til frustrasjonene hennes.

Pasienten kunne dessuten berette at hun i januar samme år hadde blitt behandlet med Doxilin for en lignende episode med luftveisinfeksjon, og at den kuren heller ikke hadde hatt god effekt. Etter gjentatt kontakt med legekontoret ble det byttet til Azitromax, som



«Fra nå av vil jeg så tidlig som mulig prøve å kartlegge årsaken til at en pasient ikke er helt fornøyd.» ILLUSTRASJONSFOTO: COLOURBOX

i følge pasienten hadde hatt god virkning. Det var ikke til å legge skjul på at hun nå ønsket den samme medisinen som sist. «Det er kun Azitromax som fungerer på meg», sa hun.

Ved undersøkelse kunne jeg høre spredte knatrelyder over begge lungeflatene, men det var umulig å sammenligne styrken og utbredelsen med sist. Pasienten var fortsatt påvirket av en nedre luftveisinfeksjon, men ut i fra de kliniske funnene var det vanskelig å bedømme om antibiotikakuren hadde hatt god effekt. Ytterligere kliniske undersøkelser anså jeg som unødvendig, da det ikke var tilkommet noen nye symptomer.

I mellomtiden var blodprøvene blitt klare, og de viste tydelige fall i både CRP (163–41) og hvite blodceller (9,0–7,1). Ut ifra disse testene var det klart at Apocillin-kuren hadde hatt god effekt, men jeg var usikker på hvordan jeg skulle formidle dette til en meget misfornøyd pasient. Jeg følte nå at det hadde hopt seg opp såpass mye usikkerhet at jeg trengte støtte fra veilederen min. Sinnet til pasienten var for øvrig betraktelig dempet, det virket som om det å lytte aktivt uten for store inngrep hadde hatt en viss effekt.


Vurderingen til veilederen min var som forventet at dette fortsatt var bronkopneu-

moni, og at Apocillin mest sannsynlig hadde hatt god effekt, selv om det ikke kjentes sånn ut for pasienten. Han forklarte dette til henne på en skånsom og lett forståelig måte. Dessuten poengterte veilederen min at diaré om bivirkning er umulig å forutsi, og at det kan komme av alle typer antibiotika. Videre rådet han henne til å fortsette med Apocillin. Her brøt pasienten inn og sa klart ifra at hun ikke ønsket dette. Hun gjentok at hun ønsket å bytte til Azitromax, som hun hadde hatt god erfaring med fra tidligere. Her kom veilederen min med en god forklaring, han sa noe lignende som «Husk at det ikke er deg, men bakteriene vi behandler, og de vil forandre seg fra gang til gang». Til tross for legens råd, ville pasienten svært gjerne bytte til Azitromax og det var slik det hele endte.

Hva har jeg så lært av dette? Det første lærepenget må være at jeg må våge å kjenne på den såkalte «magefølelsen». Allerede ved første konsultasjon følte jeg et svakt ubehag, pasienten var jo allerede da misfornøyd med den forrige legens håndtering. Ved informasjon om behandlingen synes jeg å huske at hun ikke virket helt fornøyd. Fra nå av vil jeg så tidlig som mulig prøve å kartlegge årsaken til at en pasient ikke er helt fornøyd. Jeg tror

det er lurt å ta tak i tegn til misnøye med en gang, og ikke være redd for å spørre direkte.

Det andre lærepenget må være at man kommer langt ved å være forståelsesfull og empatisk, men at man samtidig står i fare for å bli overkjørt av urimelige anklager. Jeg synes jeg oppnådde god kontakt med pasienten, men hadde ikke tilstrekkelig kontroll over den andre konsultasjonen. I ettertid innser jeg at fokuset var på å ta imot skjenneprekenen, og at jeg dermed glemte å føre konsultasjonen. Selvfølgelig burde jeg på egenhånd forsøkt å forklare at Apocillin-kuren ut i fra blodprøvene hadde hatt ønsket effekt, og at vi måtte gi kuren lengre virkningstid før symptomene tilslutt svant hen. I fremtiden satser jeg på å bli en lege som er tydeligere og sikrere på sin sak enn det jeg var her. Jeg vil forhåpentligvis kunne beholde forståelse og empati, men unngå at pasientene selv får velge hvilket antibiotikum de vil angripe sine bakterier med.

 christina.nordang@student.uib.no