

En bagatell

■ PÅL GULDBRANDSEN

Pål Gulbrandsen er spesialist i samfunnsmedisin, dr. med., professor i helsetjenesteforskning ved Universitetet i Oslo og seniorforsker ved Akershus universitetssykehus. Han drev allmennlegearbeid i perioden 1981–1998, og har forsket på lege-pasientforholdet og kommunikasjon siden 1994.

På slutten av min tid som allmennlege begynte jeg for alvor å interessere meg for hvordan vi kommuniserer med pasientene. Det har gitt meg en fordel i selskapslivet, som egentlig kan likne litt på fastlegerollen.

Fastlegen er en av samfunnets resirkuleringsstasjoner. Alt havner der, enten fastlegen kan gjøre noe med det eller ikke. Og sånn er det blitt for meg: Historiene kommer til meg fra alle kanter. «Jaså, er det det du driver med? Ja, det er jammen viktig. Nå skal du høre her...» Og akkurat som man som allmennlege kan få et innsiktsfullt, men skjevt bilde av hvordan samfunnet fungerer, er det vel blitt slik med meg også: Jeg kan fryktelig mye om kommunikasjon etter hvert, og tror at det meste er elendig fordi jeg får så mange til dels opprørende historier.

Så derfor ville jeg denne gangen gjengi en bagatell. Brakt til meg i form av en telefon fra en ung bekjent, samme dag legebeseøket hadde funnet sted, med uro i stemmen.

Han kunne fortelle at han over to til tre år fra tid til annen hadde vært plaget med en tilbakevendende furunkel. Det hadde blitt noen legevaktbesøk med lokalbehandling og et par forskjellige antibiotikakurer. Han hadde erfart at Diclocil hjalp godt, og hadde fått dette skrevet ut av sin fastlege også for tre måneder siden. Denne dagen hadde han ringt fastlegen av samme grunn, og kommet til samme dag. Han følte seg ellers frisk.

Legen hadde skrevet ut Diclocil med en gang, og sa sånn i forbifarten at han hadde tatt noen blodprøver forrige gang, og det kunne se ut til at «immunforsvaret var litt lavt». Han ønsket derfor å ta en ny blodprøve. Han sa at hvis prøven fortsatt var like lav, ville han henvise mannen til medisinsk poliklinikk. I så fall «kunne det være at mannen ville få et brev fra sykehuset». Mannen, som syntes det var litt rart at han ikke hadde blitt informert om disse blodprøvesvarene, sa at han i grunnen ville set-

te pris på om legen ringte og fortalte om resultatene selv. Til dette svarte fastlegen at han skulle se om ikke han kunne få gjort dette. Dessuten var det jo ikke sikkert at han hadde noen nyresykdom.

Den unge mannen ble urolig, men også perpleks. Hva skulle han si til dette? Blodprøve ble tatt, og han forlot legekantoret. Etter en times tid ble det litt for mange tanker, og han valgte å ringe til meg. Jeg var ikke til stede ved konsultasjonen, men dette er historien slik han oppfattet den. Han hadde ikke fått seg til å spørre mer om sitt svake immunforsvar og sin mulige nyresykdom. Han er altså en helt vanlig pasient. De fleste spør mindre enn de har lyst til.

På forespørsel fra meg, kunne han ikke erindre om han ved forrige legebeseøk var blitt spurt grundig ut om symptomer som kunne være relatert til immunsvikt eller nyresykdom. Han var ikke blitt bedt om å levere urinprøve. Hvordan vurdere dette medisinsk og kommunikativt?

Medisinsk

Hvilke prøver ble tatt? Det vet vi ikke. Det må jo ha vært en eller flere analyser som samtidig sier noe om immunforsvarets «høyde» (jfr uttrykket «lavt immunforsvar») og nyrefunksjon. Mest sannsynlig dreier det seg om hvite blodlegemer og kreatinin, som begge kan være tatt for å sjekke funksjon etter gjentatte Diclocil-kurer.

Dermed blir den medisinske vurderingen temmelig spekulativ. Man kan få inntrykk av at legen har ønsket å gjøre noen tilleggsundersøkelser, mer som «case finding» enn som screening, men mest sannsynlig har det bare vært en sjekk som nevnt ovenfor. Når så svaret har foreligget, virker det ikke som det kan ha vært noe å legge vekt på, alternativt visste ikke legen hva han skulle gjøre med det. Kanskje har han bevisst valgt ikke å gi informasjon fordi han har vurdert at det ikke vil gagne pasienten å vite om et prøvesvar av denne art. Og det kan jo være rett, hvis verdiene var i grenseland.

Etter mitt alderdommelige og rustne skjønn er dette sannsynligvis gal bruk av laboratorieanalyser, og det er kostbart: Prøven kan ikke ha vært indisert, ellers ville det vært urimelig å overse et svar utenfor normalområdet. Den har dermed representert en tilleggs kostnad for samfunnet alt i utgangspunktet. I og med at prøven senere likevel har ført til nye prøver, øker kostnadene ytterligere. Hvis pasienten heller ikke er blitt utsatt for et grundig, målrettet anamneseopptak er prøvetakingen enda mindre relevant. Case finding forutsetter at man klinisk øker pretest sannsynlighet for å finne noe galt, og at man tar analyser som gir god tilleggsinformasjon med hensyn til hva man tror kan være galt. Å vurdere nyrefunksjon hos en frisk person uten urinanalyse er for øvrig absurd. Men det er jo mer praktisk å ta blodprøve da.

Kommunikativt

Pasienten er ikke informert om hvilke analyser som er tatt, om hvorfor de er tatt, og om hva som kan tenkes å komme ut av dem. Legen kan komme til å måtte gi informasjon om potensielt alvorlige tilstander uten at pasienten er forberedt på dette, i verste fall over telefon. Jeg tillater meg å tro at dette er vanlig praksis. Vi ble på 1980-tallet drillet i å informere folk dersom vi tok HIV-analyse, så ikke et svar skulle komme overraskende. Jeg ser ingen grunn til at vi ikke informerer pasientene våre om alle blodprøver som tas, og hvorfor vi tar dem. Det er minst tre gode grunner til det. For det første lærer pasientene noe. For det annet er det rimelig at de vet hvilke data vi samler om dem. Og for det tredje kan det bevisstgjøre oss selv om vår virksomhet.

Pasienten er heller ikke informert om et unormalt prøvesvar. Dette er akseptabelt dersom legen har vurdert svaret til å være av liten betydning og uten behov for oppfølging.

Pasienten får imidlertid likevel informasjon, tilfeldigvis fordi han kommer tilbake til legen. Denne informasjonen er uspesifikk, men har potensial til å alarmere. Man-

ge i dag har hørt om immunforsvar. Når det beskrives som lavt er det naturlig å oppfatte det som unormalt og som noe som kan være forbundet med risiko. Legen bryr seg ikke med å utforske pasientperspektivet: Hvordan tolker pasienten denne informasjonen? Heller ikke avslører legen sine egne tanker om betydningen av informasjonen.

Det at det nå må tas ny prøve av pasienten, forteller ham indirekte at det første prøvesvaret faktisk var nødvendig å følge opp. Dette kan av pasienten bare forstås som at det er begått en feil, som nå rettes opp. Imidlertid er det gått tre måneder, og det kan skape fantasier om en forsinkelse av avgjørende betydning. Om legen har resonneret slik at prøvesvaret ikke trengte oppfølging, men at ny infeksjon gjorde oppfølging indisert likevel, ville dette være mulig å legge frem for pasienten. Det lar seg forklare. Slik det ble nå, er en unnskyldning og en vurdering av konsekvensene på sin plass: «Jeg beklager at jeg ikke har fulgt opp dette. Jeg tror ikke at det får noen konsekvenser, det dreier seg bare om...» osv.

Når også nyresykdom nevnes som noe pasienten kanskje likevel ikke har, kan dette bare forvirre og eventuelt skremme. For en pasient er det ingen opplagt sammenheng mellom nyresykdom og immunforsvar. Han kan dermed få inntrykk av at det er to tilstander i kroppen hans, og in-

gen av dem høres lystelige ut. En kort forklaring er på sin plass.

Det blir uklart for pasienten hva som kommer til å skje videre. Kanskje henvises han, kanskje får han et brev fra medisinsk poliklinikk. Han sørger imidlertid for å stille større krav, han vil ha beskjed av legen selv om de nye prøveresultatene. Dette er noe legen skal se om han får til. En slik beskjed er ikke egnet til å virke betryggende, når det forrige gang ikke engang ble gitt beskjed om en unormal prøve. Pasienten gjengir sin opplevelse med bruk av verb i en funksjon som signaliserer usikkerhet: «kunne se ut til», «kunne være at han ville få», «skulle se om han kunne få gjort». Dette er formuleringer til meg fordi pasienten har opplevd dem slik, altså som usikre, men det er også vanlig at leger bruker verb på den måten, noe som ikke er egnet til å skape klarhet eller ro. Man kan indirekte få inntrykk av en viss motvillighet fra legens side. Kanskje var pasienten noe mer i stand til å gi uttrykk for sin uro enn jeg har fått inntrykk av, slik at legen er blitt utålmodig? Sykdommen pasienten kom for var tross alt bagatellmessig, og køen kan ha vært lang på venterommet.

Jeg mener at dette er for dårlig. Det skal sies at det meste jeg har av kunnskap om lege-pasientsamtaler fra direkte observasjon, har jeg fra videoopptak i sykehus. Historie-

ne fra folk rundt meg er fra alle mulige sammenhenger. Men de har en fellesnevner: Pasientene føler seg dårlig informert, og de blir dårlig informert. Bagateller som denne kommer imidlertid aldri så langt som til å bli klagesaker, pasienter er forsiktige, de er prisgitt oss. Det er først dersom legen har gjort en alvorlig medisinsk feil, har vært ubehøvlet eller lite villig til å beklage, at vår malfunksjon kommer til overflaten. Informasjonsutveksling med pasienter er vanskelig, tidkrevende og de færreste av oss er blitt trent grundig i det. Knappt noen er veiledet.

Mens vi venter på at medisinfaget tar videre- og etterutdanning i kommunikasjon mer alvorlig, vil friske pasienter med sannsynligvis bagatellmessige tilstander fortsette å forlate legekontor med uro. De lærer at det ikke er tilstrekkelig å føle seg frisk, det må analyser til. Denne pasienten har lært at han ikke kan stole på at fastlegen gir ham informasjon om avvikende prøvesvar. Han har også forstått at han helt og holdent selv må sørge for å skaffe seg informasjon. Og han vet ingenting mer enn tidligere. I skrivende stund, fire uker etter episoden, har pasienten ennå ikke hørt noe verken fra sykehus eller fastlege. Og på telefon til fastlegen er det så lang ventetid at han har gitt opp å ringe.

■ PAL.GULBRANDSEN@AHUS.NO