

Lege-pasient-forholdet når pasienten også er lege

En rekke leger har beskrevet egen sykdom og vansker med det å være pasient. Men det er få beskrivelser av de spesielle problemer som oppstår når legen møter en pasient som også er lege.

Artikkelen gjennomgår den sparsomme litteraturen som finnes om dette spesielle lege-pasient-forholdet.

Problemer i lege-pasient-forholdet skyldes hovedsakelig psykologiske og organisatoriske forhold. Psykologiske faktorer har ofte sammenheng med negativ motoverføring. Frykt for manglende kompetanse, overidentifisering og en for kollegial tilnærming er noen fallgruver for den behandlende legen. Organisatoriske hindringer er korridorkonsultasjoner der legepasienten behandles i forbifarten, en manglende utbygd bedriftshelsetjeneste for leger og manglende bruk av allmennmedisinsk ekspertise. Problemer kan også oppstå når leger innlegges i sykehus. Legepasienter har tendens til å benekte egen sykdom og symptomer, har skamfølelse og motarbeider det å bli pasient, spesielt ved alvorlig sykdom. Andre forhold er frykt for manglende konfidensialitet, selvdagnostisering og selvbehandling. Dette kan føre til at syke leger ikke søker hjelp. Noen praktiske råd gis vedrørende ivaretagelse av pasienter som er leger.

Syke kolleger bør møtes på samme måte som andre pasienter, men for å oppnå dette bør medisinske studenter og leger være oppmerksom på de hindringer og fallgruver som er knyttet til dette spesielle lege-pasient-forholdet.

«If a doctor is doctoring a doctor,
Does the doctor doing the doctoring
Doctor the doctor being doctored
The way the doctor being doctored
Wants to be doctored,
Or does the doctor doctoring the doctor
Doctor the doctor being doctored
The way the doctoring doctor usually
doctors?» (1).

Dette folkloristiske ordspillet antyder rolleforvirring i et møte mellom en lege og en pasient som også er lege. Det blir lett en «doktor» for mye...

Når leger blir syke, ønsker de nok å bli behandlet på samme måte som en god lege behandler andre pasienter. Flere forhold motvirker imidlertid at nettopp legepasienten får

Reidar Tyssen

reidar.tyssen@basalmed.uio.no
Institutt for medisinske atferdsfag
Universitetet i Oslo
Postboks 1111 Blindern
0317 Oslo

Tyssen R.

The doctor-patient relationship when the patient is a doctor.

Tidsskr Nor Lægeforen 2001; 121: 3533–5.

Background. Though there are several narratives written by doctors who have experienced personal illness and a troublesome patient-role, few have described the particular problems for the doctor who meets a patient who is also a colleague.

Material and methods. Relevant literature that describes this particular doctor-patient relationship is reviewed.

Results. Psychological factors that obstruct the doctor's role are often caused by negative counter-transference reactions. Feelings of inferior professional competence, over-identification, and being too sociable are some pitfalls for the caring doctor. Organisational obstacles are «corridor consultations» and deficiencies in occupational health services and primary health care services for patients who are physicians themselves. They are often treated differently from other patients when admitted to hospital. Doctor-patients tend to deny their own symptoms and to be shameful and reluctant to accept the role of patient. They often have fears about confidentiality and may diagnose themselves and also self-prescribe. This may lead to deficient care-seeking. Some practical advice concerning taking care of doctor-patients is given.

Interpretation. Doctor-patients should be met in the same way as other patients, but all medical students and doctors should be aware of the particular obstacles and pitfalls in this special doctor-patient relationship.

Omarbeidet prøveforelesning for den medisinske doktorgrad, selvvalgt emne, Universitetet i Oslo, 29.3. 2001

☞ Se også side 3504

en adekvat behandling. Det er mange beretninger fra leger om det å være pasient (2–4), også i kvalitative studier (5–8). Felles for disse beretningene er at legene ofte opplever pasientrollen vanskelig, og at de ikke behandles på samme måte og like godt som andre.

Færre har beskrevet den motsatte rollen, det å være lege for lege (9–12), og relativt få har spesialisert seg i det å arbeide med legepasienter (10, 11). Mange leger oppsøker ikke vanlig helsetjeneste når de er syke (13–15). En årsak kan være usikkerhet i forhold til pasientrollen og/eller det å ta imot hjelp fra en kollega. Det er derfor viktig at leger er klar over hvilke faktorer som gjør

det vanskelig å etablere et godt lege-pasient-forhold når pasienten er en kollega. Også sykepleiere og hjelpepersonell i helsevesenet bør kjenne til dette.

Materiale og metode

Seleksjonskriterier

Litteraturen er valgt ut fra følgende hovedkriterier:

- At den omhandler det å møte og behandle pasienter som også er leger, og spesielt det særegne ved dette lege-pasient-forholdet
- At den omhandler legers forhold til egen sykdom og særlig det spesielle ved denne pasientrollen

Litteratursøk

Å bruke vanlig metode for litteratursøk er i dette feltet tungvint. I Medline finnes svært mange artikler som inneholder aktuelle søkeord som «physicians» kombinert med «health services» (ca. 8 000) og «patients» (ca. 30 000). Men kun en håndfull av disse omhandler pasienter som er leger, og nesten ingen omhandler dette spesielle lege-pasient-forholdet. Det meste av litteraturen som refereres er funnet gjennom enkeltartikler og oversiktsartikler i eget forskningsarbeid (16). Det er også vist til et par bøker og rapporter om helsetjeneste blant leger (17, 18), og aktuell litteratur vedrørende kommunikasjon i lege-pasient-forholdet (19, 20). Men det kan ikke utelukkes at relevant litteratur ikke er blitt identifisert.

Resultater

Hvorfor kan det være vanskelig å ha kolleger som pasienter?

Leger har lett for å bli unnvikende når en kollega henvender seg med egen sykdom (5, 8, 11, 12), og dermed gi suboptimal behandling (12, 21, 22). Det er også tendens til at legepasienter gis for mye ansvar for egen behandling, for eksempel dosering av medikamenter og indikasjoner for inngrep (7). Problemene i lege-pasient-forholdet skyldes i hovedsak psykologiske og organisatoriske forhold (tab 1).

Psykologiske årsaker. Disse kan ha sammenheng med behandlerlegens såkalte negative motoverføring (9, 20). Det er flere grunner til en slik reaksjon:

Frykt for manglende kompetanse kan oppstå når legen møter en kollega som antas å ha samme eller mer kunnskap om medisin enn legen selv (6, 9, 23). Legen kan forrykkes i sin vanlige trygghet og sikkerhet i legerollen, og gjøre feilvurderinger han ellers ikke gjør.

En annen vanlig reaksjon er overidentifi-

sering med kollegapasienten (dette kunne jo vært meg selv) (9, 11, 12). Slike følelser vil igjen kunne få legen ut av den rasjonelle tankegang som vanligvis styrer arbeidet. Det kan enten skje en underdiagnostisering (han kan ikke være så syk, han gjør jo jobben sin som lege tilsynelatende bra...) eller en overdiagnostisering (nå må jeg i hvert fall gjøre en skikkelig jobb). Dette er også fallgruver når leger behandler sin egen familie (11, 24), og som derfor er imot etiske retningslinjer for leger, bl.a. i Storbritannia (25).

Legen kan også bli for kollegial (10, 11), for eksempel ved å spørre etter felles kjente kolleger, gi legepasienten medansvar, eller la han/henne skrive ut sine egne resepter (7, 21).

Organisatoriske hindringer. Manglende profesjonell avstand kan være et problem når man konsulteres av en kollega på samme arbeidssted, for eksempel fordi han har vanskelig for å komme seg til andre leger (12, 25). Slike «korridor konsultasjoner» blir oftest utilfredsstillende både for lege og legepasient (26). Likevel er det viktig å sørge for henvisning til en annen lege, da terskelen for å søke hjelp ofte er svært høy hos kolleger (8, 12). Spesielt gjelder dette hvis legepasienten har psykiske problemer og/eller problemer med rusmidler (6, 10)

Manglende bruk av allmennleger og bedriftshelsetjeneste er et kjent trekk ved legers sykdomsattferd, og er vist ved undersøkelser i flere land (6, 14, 17, 25, 27). Dette kan skyldes høy grad av selvbehandling hos legene (6, 14, 28), men det kan også skyldes dårlig tilrettelegging av bedriftshelsetjeneste for leger som arbeidsgruppe (17). Alle leger bør ha en fastlege som er allmennmedisiner (25, 27). Og den norske lege-forlege-ordningen er et viktig skritt i denne retning (29, 30).

Særomsorg ved innleggelse av leger i sykehus er beskrevet av flere og kan være alt fra «VIP-status» med hensyn til visitter og medisiner til neglisjering fra hjelpepersonell (6, 7, 11, 12). Det siste kan skyldes motstand på grunn av negativ motoverføring, og være noe av grunnen til at mange leger synes de får best behandling som «anonyme» pasienter. Videre bør man merke seg at for tidlig utskrivning fra psykiatrisk institusjon med fatal utgang er beskrevet også hos leger (31).

Et annet organisatorisk problem er betaling av honorar eller ikke. Tradisjonelt har det vært slik at leger skal slippe å betale honorar til privatpraktiserende kolleger. Dette kan imidlertid påvirke lege-pasient-forholdet negativt, legepasienten blir «spesiell» og kommer i uheldig taknemlighetsgjeld til legen, og legen kan få en for uforsiktede holdning til pasienten (12, 21). I de fleste tilfeller er det ønskelig at legepasienter betaler for seg som andre. Dette er særlig viktig i psykiatrien hvor legepasienten kan bruke det at han ikke er vanlig pasient som et påskudd til å slippe unna vanskelige temaer.

Tabell 1 Problemer i lege-pasient-forholdet når pasienten er lege

<i>Psykologiske problemer</i>
Negativ motoverføring
Frykt for manglende kompetanse
Overidentifisering
– Under-, overdiagnostisering
– Kan bli for kollegial
<i>Organisatoriske hindringer</i>
«Korridor konsultasjoner»
Manglende bruk av allmennleger, bedriftshelsetjeneste
Særomsorg ved innleggelse
Manglende betaling av honorar

Hva er spesielt med pasienten som er lege?

Flere har beskrevet benekting av egen sykdom hos leger, og som gir seg uttrykk i forsinket eller manglende søking av hjelp (6–8, 12, 26, 29). Dette kan skyldes en for sterk motstand mot egen angst og symptomer på sykdom (5, 6, 8). Noe av denne distanseringen er nødvendig for å gjennomføre krevende legeoppgaver, men en del leger har personlighetstrekk og en sårbarhet som gjør det vanskelig å erkjenne egen svakhet og sykdom (6, 8, 12, 32).

Skamfølelse overfor egen sykdom er ikke uvanlig, som om det å bli syk skulle skyldes manglende egen medisinsk kompetanse (5–8). Noen kan frykte tap av ansikt og sosial posisjon hvis det blir kjent at de er alvorlig syke, og sykdom generelt blir sett på som en uakseptabel svakhet (4, 6–8, 12). I tråd med dette er det flere beretninger om sosial isolasjon og at kolleger unngår en lege som har fått alvorlig sykdom, og dette gjelder ikke bare psykisk lidelse (2, 5, 6, 8).

Motstand mot egen svakhet gjør det vanskelig for flere leger å gjennomføre den rolleversering som må til for å søke hjelp som pasient (6–8). Det er en myte i befolkningen at leger nærmest er beskyttet mot sykdom og at leger kan «helbrede seg selv» (33, 34).

Legepasienter kan engste seg for manglende konfidensialitet hos legen (6, 10–12). Dette kan være berettiget hvis de oppsøker en lege på sin egen arbeidsplass og særlig ved psykisk lidelse eller annen stigmatisering.

Tabell 2 Særtrekk ved pasienten som er lege

Benekting, bagatellisering av symptomer
Skamfølelse
Vansker med pasientrollen
Frykt for manglende konfidensialitet
Frykt for avhengighet
Mer kunnskap om medisin
Selvbehandling, selvmedisinering
Forsinket og manglende hjelpsøking

serende sykdom (10). Viktig informasjon, f.eks. om selvmedisinering, seksuelliv, legepasientens familiære forhold eller bruk av rusmidler vil lett kunne holdes tilbake. Det er derfor viktig å sørge for at taushetsplikt og journalføring ivaretas på vanlig måte, og tidlig i forholdet forsikre legepasienten om dette (10, 11).

Overføringsproblemer oppstår særlig når leger er i psykoterapi. Dette handler om følelser og holdninger som pasientene får overfor legen eller terapeuten (20). Vanligvis dreier det seg om motstand og passivitet, oftest på grunn av frykt for avhengighet til terapeuten (9). En slik avhengighet til terapeuten kan være ønskelig i en psykoanalytisk orientert terapi, men kan oppleves skremmende for legepasienter, som trenger mye forklaring og forsikring om dette.

Mer kunnskap om medisin og innsikt i medisinsk sjargong og behandlingsrutiner er selvfølgelig også et kjennetegn ved legepasienten (6, 7). Ved uklare tilstander kan selvdagnostisering hos legepasienten lede den behandlende legen inn på et blindspor i den diagnostiske prosessen. Det kan også føre til at de unngår rutinekontroller og screeninger mer enn andre (8, 14, 27).

Ikke bare selvdagnostisering, men også selvbehandling og selvmedisinering foregår hyppig blant leger (13, 28, 30, 35). Å behandle sin egen sykdom, også ved å avvente, kan være en annen årsak til den forsinkede og manglende hjelpsøking hos leger, både ved somatiske (14, 28) og psykiske lidelser (13–15). Noen særtrekk ved legepasienten er nevnt i tabell 2.

Hvordan bør man møte legepasienten?

Selv om det er mange egenberetninger om legers problematiske møter med helsevesenet, er det forbausende lite litteratur om hvordan legepasienten bør møtes. Det er forsket mye på lege-pasient-forholdet generelt, både med kvalitative og kvantitative metoder (19, 20). Flere studier gjelder møter med spesielle pasientgrupper, for eksempel det å informere om diagnose til kreftsyke. Forskning vedrørende lege-pasient-forholdet der pasienten også er lege, er fraværende i denne litteraturen.

Når det gjelder praktiske råd kan nevnes tre artikler som direkte omhandler møtet med legepasienter (10–12). I tillegg kan enkelte kapitler i noen bøker og rapporter være nyttige å lese, men disse er ikke alltid like konkrete og klinisk relevante (17–18, 36).

Stoudemire & Rhoads artikkel (12) er teoretisk bygd opp og noe foreldet, men den har et bra avsnitt vedrørende legers benekting av egen sykdom, og diskuterer også farene ved særomsorg av leger ved innleggelse. De understreker videre at løselige henvendelser fra kolleger om egen sykdom alltid bør følges opp.

Stuart A. Schneck, en amerikansk nevrolog, har skrevet en konsis og oppdatert teore-

tisk og praktisk gjennomgang, som også bygger på hans egen erfaring med mer enn 200 legepasienter (11). Michael F. Myers er en kanadisk psykiater som i sin privatpraksis de siste 20 år utelukkende har behandlet medisinstudenter og leger. Han har skrevet en klinisk relevant artikkel om behandling av leger med psykisk lidelse, som er leseverdig også for andre enn psykiatere (10). Fra disse to artiklene refereres følgende praktiske råd:

- Påta deg ikke slike pasienter hvis du opplever det for vanskelig å ha fullt legeansvar for dem.
- Forsikre tidlig pasienten om at du ivaretar taushetsplikt og konfidensialitet. Dette bidrar samtidig til å tydeliggjøre rollene i lege-pasient-forholdet.
- Gjør en like fullstendig anamnese og fysisk undersøkelse som for enhver annen pasient – inkludert f.eks. rektal eksplorasjon eller underlivsundersøkelse hvis dette er indisert.
- Vær oppmerksom på angst og frykt hos pasienten, og spesielt hva han selv frykter å lide av.
- Vær åpen og oppriktig i all kommunikasjon, også vedrørende dine egne begrensninger og eventuelle feil i diagnostikk og behandling.
- Vær ikke anklagende og refsende overfor legepasienter som har utsatt å søke hjelp.
- Forsøk å unngå overidentifisering da dette kan forhindre objektiv diagnostikk og behandling.
- Ved innleggelse: Gå gjennom med både pasienten og pleiepersonalet at pasienter som er leger (eller medlemmer av legefamilier) skal behandles på samme måte som alle andre. De skal ha samme overvåking som andre pasienter og ikke overlates til seg selv.
- Bruk god tid på å diskutere diagnose og behandlingsplan. Legepasienter har svært individuelle forutsetninger i medisinsk kunnskap.
- Ikke la pasienten skrive ut resepter til seg selv eller ta mer ansvar for sin egen behandling enn andre pasienter.
- En lege har krav på like rask, effektiv og god behandling som enhver annen pasient.

Diskusjon

Et hovedfunn i litteraturgjennomgangen er flere beretninger av syke leger som har opplevd problematiske møter med behandlere og helsevesen. Noe av dette kan skyldes at leger er svært skriveføre, og det er også mulig at andre yrkesgrupper, som f.eks. sykepleiere, også opplever pasientrollen vanskelig. Eller kanskje de fleste legepasienter får adekvat hjelp, men lar være å skrive om det (publikasjonsbias). Likevel er det særegne i lege-pasient-forholdet når pasienten også er lege, medvirkende til at det kan oppstå misforståelser. Usikkerhet blant leger og annet helsepersonell i møte med legepasienter kan føre til at de får for mye ansvar for egen sykdom og behandling.

Et annet hovedfunn er at legepasienter i hovedsak bør møtes, diagnostiseres, be-

handles – og ikke minst ivaretas – som andre pasienter. For å sikre dette er det nødvendig med spesiell oppmerksomhet hos den behandelende lege. En henvendelse fra en kollega om egen sykdom bør alltid tas alvorlig. Det er nødvendig å kjenne til psykologiske og organisatoriske barrierer som hindrer et optimalt lege-pasient-forhold.

Det er mangel på forskning på dette området, til tross for alle enkelthistoriene. Hvordan foretrekker leger å bli behandlet? Selv om det foreligger noen praktiske råd fra leger med erfaring i behandling av legepasienter, er det gjort få undersøkelser av effekten av spesielle helsetjenestetiltak overfor leger.

I Norge har vi en lege-for-lege-ordning som er lite beskrevet og undersøkt, bortsett fra i oppstarten (30). En slik ordning med faste allmennpraktikere som er spesielt trent i å ta seg av kolleger, burde danne et godt grunnlag for økt kunnskap om hvordan syke kolleger bør møtes, og ikke minst hvordan de fleste foretrekker å bli møtt. I annen litteratur er det lagt vekt på at det å være lege for kolleger også kan være et givende og takknemlig arbeid (10–12).

Flere problemområder er påvist, både for legepasient og for den behandelende kollega. Denne kunnskapen bør formidles allerede i medisinstudiet (8, 12). Ved Institutt for medisinske atferdsfag, Universitet i Oslo, planlegger vi nå et fast seminar i 12. semester, rett før studentene drar ut i turnus. Seminaret, Fra student til lege, vil omhandle helseproblemer og uheldig sykdomsattferd blant leger og hvordan man kan ivareta kolleger med sykdom. Slike temaer kan også være aktuelle i den obligatoriske spesialistutdanningen og trolig også i utdanningen av annet helsepersonell.

Jeg takker Per Vaglum og Erlend Hem for konstruktiv bistand under utarbeidingen av manuskriptet.

Litteratur

1. Lipsitt DR. The doctor as patient. *Psychiatr Opin* 1975; 12: 20–5.
2. Mandell H, Spiro H, red. *When doctors get sick*. New York: Plenum, 1987.
3. Anker H, red. *Når legen blir syk*. Ni norske leger forteller. Oslo: Aschehoug, 1988.
4. Sacks O. *A leg to stand on*. New York: Harper & Row, 1984.
5. Hahn RA. Between two worlds: physicians as patients. *Med Antropol Q* 1985; 16: 87–98.
6. Nielsen B. *Lægen som patient*. København: Månedsskrift for praktisk lægegerning, 2001.
7. Christie VM, Ingstad B. *Når leger blir syke*. Vanskelige valg. *Tidsskr Nor Lægeforen* 1997; 117: 1286–9.
8. Thompson WT, Cupples ME, Sibbett CH, Skan DI, Bradley T. Challenge of culture, conscience, and contract to general practitioners' care of their own health: qualitative study. *BMJ* 2001; 323: 728–31.
9. Myers MF. Treating physicians with psychotherapy. *Directions in Psychiatry* 1992; 12: 1–7.
10. Myers MF. The psychiatrist's role in the management of impaired colleagues. *Directions in Psychiatry* 1995; 15: 1–7.

11. Schneck SA. «Doctoring» doctors and their families. *JAMA* 1998; 280: 2039–42.
12. Stoudemire A, Rhoads JM. When the doctor needs a doctor: special considerations for the physician-patient. *Ann Intern Med* 1983; 98: 654–9.
13. Baldwin PJ, Dodd M, Wrate RM. Young doctors' health—II. Health and health behaviour. *Soc Sci Med* 1997; 45: 41–4.
14. Töyry S, Räsänen K, Kujala S, Äärimaa M, Juntunen J, Kalimo R et al. Self-reported health, illness, and self-care among Finnish physicians: a national survey. *Arch Fam Med* 2000; 9: 1079–85.
15. Tyssen R, Vaglum P, Grønvold NT, Ekeberg Ø. Factors in medical school that predict post-graduate mental health problems in need of treatment. A nationwide and longitudinal study. *Med Educ* 2001; 35: 110–20.
16. Tyssen R. Mental health problems among medical students and young physicians. A nationwide and longitudinal study. Doktoravhandling. Oslo: Institutt for medisinske atferdsfag, Universitetet i Oslo, 2001.
17. Mitchell D, Ledingham J, Ashley-Miller M, red. *Taking care of doctors' health. Reducing avoidable stress and improving services for doctors who fall ill*. London: Nuffield Provincial Hospitals Trust, 1996.
18. O'Hagan J, Richards J, red. *In sickness and in health. A handbook for medical practitioners, other health professionals, their partners and families*. Wellington, New Zealand: Doctors' Health Advisory Service (DHAS), 1997.
19. Ottoson JO, red. *Patient-läkarrelationen. Läkekunst på vetenskaplig grund*. Stockholm: Natur och Kultur, 1999.
20. Kringlen E, Finset A. *Den kliniske samtalen – kommunikasjon og pasientbehandling*. Oslo: Universitetsforlaget, 1999.
21. Kirsch M. When a doctor is a patient. *Am J Gastroenterol* 1996; 91: 1299–300.
22. Philips JB, III. Caring for other physicians. *N Engl J Med* 1983; 308: 1542–3.
23. Osmond H, Siegler M. Doctors as patients. *Practitioner* 1977; 218: 834–9.
24. La Puma J, Priest ER. Is there a doctor in the house? An analysis of the practice of physicians' treating their own families. *JAMA* 1992; 267: 1810–2.
25. Forsythe M, Calnan M, Wall B. Doctors as patients: postal survey examining consultants and general practitioners adherence to guidelines. *BMJ* 1999; 319: 605–8.
26. Marzuk PM. When the patient is a physician. *N Engl J Med* 1987; 317: 1409–11.
27. Gross CP, Mead LA, Ford DE, Klag MJ. Physician, heal thyself? Regular source of care and use of preventive health services among physicians. *Arch Intern Med* 2000; 160: 3209–14.
28. Pullen D, Lonie CE, Lyle DM, Cam DE, Doughty MV. Medical care of doctors. *Med J Aust* 1995; 162: 481–4.
29. Kristiansen J. En helsetjeneste for leger? *Tidsskr Nor Lægeforen* 1990; 110: 2245–8.
30. Tyssen R. Helseproblemer og helsetjeneste blant leger. *Tidsskr Nor Lægeforen* 2001; 121: 3527–32.
31. Lupin MH. Physician suicide – where the system fails. *Br Columbia Med J* 1997; 39: 126–8.
32. Johnson WD. Predisposition to emotional distress and psychiatric illness amongst doctors: the role of unconscious and experiential factors. *Br J Med Psychol* 1991; 64: 317–29.
33. Miller NM, McGowen RK. The painful truth: physicians are not invincible. *South Med J* 2000; 93: 966–73.
34. Bibelen. Luk 4, 24.
35. Rosvold EO, Vaglum P, Moum T. Use of minor tranquilizers among Norwegian physicians. A nation-wide comparative study. *Soc Sci Med* 1998; 46: 581–90.
36. Roness A. *Utbrent? Arbeidsstress og psykiske lidelser hos mennesker i utsatte yrker*. Oslo: Universitetsforlaget, 1995. ○