

Et felles refleksjonsrom med pasientens symptomer som gyldige kunnskapskilder

Konsultasjonen skal avklare hva pasientens plager kommer av, og hva som kan gjøres for å behandle, lindre eller leve bedre med plagene. Helseplager med subjektive symptomer uten objektive funn utfordrer klinisk diagnostikk og samhandling. Paraplyprosjektet «Symptomer som kunnskapskilde» har utforsket kvinners «ubestemte» helseplager ut fra opplevelser om at pasientens egen erfaring kan gi viktige bidrag til ny forståelse.

I denne artikkelen analyserer vi resultater fra delprosjektene for å videreutvikle begreper og hypoteser om hvordan symptomer anvendes som diagnostiske kunnskapskilder. Vi drøfter hvilke referanser for relevans og gyldighet som preger konsultasjonen som et medisinsk og et kulturelt rom.

Symptomer som overskrider kjente kategorier kan gjøre det vanskelig å skape et felles refleksjonsrom for pasient og lege. Pasienten kan utestenges fra refleksjonsrommet, objektiveringen kommer ut av fokus, og diagnostikken handler om pasientens troverdighet. Grenseforskjeller er lettere å oversette til meningsbærende medisinske mønstre enn gradforskjeller. Betingelsene for et felles refleksjonsrom kan knyttes til holdninger til tid, skyld, og kvinnelighet.

Hva kan legen gjøre når de tradisjonelle redskapene for analytisk distanse svikter? Vi beskriver nye refleksjonsrom som bygger på anerkjennelse, ressurser og dialog. Den medisinske definisjonsmakt kan bli positivt utfordret av overraskelser og nysgjerrighet.

To av tre pasienter søker lege for symptomer eller helseplager (1). Legen skal finne ut hva plagene skyldes og hva som kan gjøres (2). I den kliniske hverdag hender det ikke sjelden at behandling iverksettes på grunnlag av midlertidige eller usikre konklusjoner. Samtidig lever sterke idealer om at medisinsk terapi alltid skal bygge på en diagnostisk konklusjon, og at sykdom er noe som kan diagnostiseres av legen. I den diagnostiske prosessen blir symptomene oppfattet, tolket og vurdert av legen. Pasientens symptombeskrivelser sammenholdes med andre kunnskapskilder som prøver og undersøkelser, medisinsk vitenskap og forskning, samt

Kirsti Malterud

kirsti.malterud@isf.uib.no.

Seksjon for allmenntidrett

Universitetet i Bergen

Ulriksdal 8 C

5009 Bergen

og

Afdeling for almen medicin og Central

forskningsenhet for almen praksis

Københavns Universitet

Arnhild Taksdal

Senter for samfunnsforskning

Universitetet i Bergen

5009 Bergen

Malterud K, Taksdal A.

A shared room of reflection where the patient's symptoms are valid sources of knowledge.

Tidsskr Nor Lægeforen 2001; 121: 3605–9.

Background. The consultation is supposed to clarify the origin of the patient's complaints and what can be done to alleviate them. Diagnostic work and interaction are challenged by subjective symptoms with no objective findings. In our project «Symptoms as a source of knowledge» we studied women's medically unexplained disorders from the viewpoint that the patient's knowledge represents significant potential for creative understanding

Material and methods. Concepts and hypotheses about symptoms applied as diagnostic sources of knowledge were drawn from qualitative analysis of findings from the subprojects. We have explored issues of relevance and validity that shape the consultation as a medical and cultural space.

Results. Symptoms beyond established categories can disturb a room of reflection which includes patient as well as doctor. The patient may feel dismissed as a person, the process of objectivising becomes defocused, and the diagnostic activity deals with the patient's credibility. Signs related to «either-or» appear as a more comprehensible medical pattern than signs of 'more-or-less'. The probability of a common room of reflection may be related to cultural attitudes to time, blame, and womanliness.

Interpretation. When traditional medical analytic tools fail, alternative rooms of reflection can be established from recognition, resources, and dialogue, enhancing surprises and curiosity.

legens forforståelse og kliniske erfaring (3–6).

I de fleste konsultasjoner er sykehistorien viktigere for diagnosen enn kliniske og laboratoriebaserte undersøkelser (7). Pasientens symptombeskrivelse har likevel ikke alltid høy status. Når sykdom ikke setter spor som det medisinske blikk kan avlese, risikerer pa-

sienten å bli møtt med manglende forståelse eller manglende diagnose. Pasienter med kroniske muskelsmerter klager over at de ikke blir tatt på alvor av legen og at deres synspunkter ikke blir hørt eller tillagt vekt (8, 9).

«Ubestemte» helseplager – tilstander med subjektive symptomer, men uten objektive funn eller forklaring – er en samlebetegnelse for kroniske lidelser som ikke lar seg forklare i tradisjonelle biomedisinske termer. Betegnelsen omfatter også tilstander hvor legen kan avkrefte at pasienten lider av en alvorlig sykdom, eller hvor pasienten har en kjent biomedisinsk sykdom, men opplever symptomer som ikke lar seg forklare ut fra dette. Slike plager utfordrer klinisk diagnostikk og samhandling (10, 11), og flertallet av pasientene er kvinner. Paraplyprosjektet «Symptomer som kunnskapskilde» har utforsket kvinners ubestemte helseplager ut fra opplevelser om at pasientens egen erfaring kan gi viktige bidrag til ny forståelse av disse pasientene og deres plager.

Problemstilling

I denne artikkelen er målet å videreutvikle hypoteser om hvordan pasienters symptombeskrivelser anvendes som diagnostisk kunnskapskilde.

Metode og materiale

«Symptomer som kunnskapskilde» er et samarbeid mellom 23 forskere fra seks forskjellige fagområder i fem land. Forskerne i de 17 delprosjektene har studert symptomopplevelser, årsakoppfatninger og helseerfaringer hos kvinner med ubestemte helseplager som f.eks. kroniske muskelsmerter, kronisk utmattelsessyndrom, hodepine, underlivs- og vannlatingsplager, bekkenløsning og Sjögrens syndrom. Analysen vi presenterer her, er empirisk forankret i resultater fra paraplyprosjektets publikasjoner per 1.7. 2001 (29 vitenskapelige artikler, 12 arbeidsnotater/hovedoppgave og 15 populærvitenskapelige artikler eller bokkapitler – herav 12 i antologi utgitt høsten 2001).

Analysestrategi

Analyseprosessen ble gjennomført av samfunnsvitenskapelig kvinneforskere med erfaring fra kvalitativ tekstanalyse og fra helsefeltet (AT), i samarbeid med allmenntidrettsmedisiner med erfaring fra klinisk og vitenskapelig arbeid innen feltet, og fra metodeutvikling innen medisin (KM). Fremgangsmåten var systematisk lesing av og refleksjon over materialet fra delprosjektene med fokus på artikkelens problemstilling, i lys av prosjektets teorigrunnlag som vi presenterer neden-

for. Analysen representerer forbindelseslinjen mellom den empiriske forskning som allerede er gjennomført i delprosjektene, og hypotesene som er våre foreløpige resultater.

Første analysetrinn bestod av gjennomlesing av hele materialet for å identifisere gjennomgående temaer. Vi konfronterte disse temaene med vår teoretiske referanseramme og utviklet spørsmål for andre analysetrinn, som vi brukte til systematisk gjennom søking av det empiriske materialet og sammenfatning av våre foreløpige hypoteser. Med dette som utgangspunkt drøfter vi spørsmål som kan tenkes å utforme og påvirke klinisk diagnostikk, og som kan få betydning for kvinnelige pasienter med «ubestemte» helseplager. Teori, metode, empiri og funn er presentert mer inngående annensteds (12).

Kunnskapsteoretisk referanseramme

Det kliniske møtet skal bidra til kunnskapsutvikling om hva pasientens plager kommer av, om bakenforliggende årsaker, og om hva som kan gjøres for å behandle, lindre eller leve bedre med plagene. Denne artikkelen handler om symptomet som kilde til slik kunnskapsutvikling, og om implikasjoner av medisinsens idealer om diagnostiske strategier.

Å anse informasjon som gyldig forutsetter at legen oppfatter, identifiserer og gjenkjenner den som severdig og relevant for medisinsk virksomhet. Legen og pasienten bringer med seg en rekke former for kunnskap og forforståelse, også ikke-erkjent, taus kunnskap, kulturelle erfaringer og stereotyper (13, 14).

Kunnskapsutvikling forutsetter at vi omgjør det vi søker kunnskap om til objekt for vår gransking – i aktiv form; at vi *objektiverer* det. Dette forutsetter igjen alltid en viss distanse. Enhver referanse til noe annet enn den konkrete biten av virkeligheten vi søker å forstå, skaper en slik distanse – *et rom for refleksjon*. I refleksjonsrommet objektiverer vi problemstillingen – for eksempel ved å sammenlikne det konkrete tilfellet med et annet, eller konfrontere det med teoretiske perspektiver, analytiske begreper, eller med fordomsfulle og stereotype tolkingsskjemaer. Vår problemstilling reiser derfor disse spørsmålene: Hvilke redskaper bruker legen for å oppnå distanse og objektivering? Hva blir derved gjenstand for legens objektivering, og hvordan påvirker dette et felles refleksjonsrom mellom lege og pasient?

Resultater

Gjennomgående tema

I første analysetrinn identifiserte vi fire gjennomgående tema i materialet:

– Både lege og pasient leter etter biomedisinske referanser til plagene og assosierer slike funn til pasientens troverdighet. (15–17).
– Mange symptomer ved «ubestemte» helseplager fremstår med uklare grenser gjennom likhetstrekk med og navn som trivielle

hverdagsplager, og ved at symptomer ved ulike helseplager ofte overlapper og varierer og veksler i tid (18–20).

– Legen oppfatter og anerkjenner ikke pasientens symptomformidling. Pasienten kan selv ha problemer med å anerkjenne egne symptomopplevelser som viktig kunnskap, noe som også kan svekke egen observasjonsevne (17, 21–22).

– Behandlingsstrategier og tilnærminger som eksplisitt søker å anerkjenne pasientens symptomer som sentral kunnskapskilde utvikler rom for dialog, relasjon og selvrefleksjon på en måte som fører til gjensidig kompetanseheving mellom pasient og lege (23–25).

Referanser for relevans og gyldighet

Med utgangspunkt i de gjennomgående temaene stilte vi i andre analysetrinn spørsmål til det empiriske materialet om hvilke referanser for relevans og gyldighet som preger konsultasjonen og den diagnostiske prosessen som et medisinsk og et kulturelt rom. I det følgende presenterer vi begreper og hypoteser som følger av analysen.

Objektivering og refleksjonsrom. Objektivering – å skape avstand for å kunne gjøre plagene til objekt for utforskning – er en legitim, og ofte hensiktsmessig strategi som legen bruker for å forstå hva pasienten feiler. Idealtypisk skaper legen refleksjonsrom omkring pasientens plager ved å lete etter biomedisinske referanser som peker på handlingsmuligheter.

Objektive funn understøtter legens anerkjennelse av pasientens symptomopplevelse og anviser retningen for videre utredning. Ved en rekke tilstander kan pasient og lege samles i et refleksjonsrom der begge bruker en biomedisinsk representasjonsmodell til å objektivere symptomene. Pasienten vil gjerne kjenne seg inkludert og følge med, slik kvinner som hadde gjennomgått gynekologisk undersøkelse gav uttrykk for (26). I et gruppebehandlingsprogram for kvinner med kroniske muskelsmerter var det mange som fremhevet betydningen av å få en forklaring på plagene som de kunne godta (25).

Når pasienten utestenges fra refleksjonsrommet. Når objektive funn mangler, oppstår en ny situasjon. En biomedisinsk forståelse kan innebære at pasientens symptom ikke «egentlig» er noe. Når klassisk evidens mangler, settes den kliniske kunnskapen på prøve. Medisinsens ambivalente forhold til tolking og samhandling som kunnskapsgrunnlag, demonstreres mer eller mindre tydelig (27). I en slik situasjon vurderer gjerne legen om det kan foreligge alvorlig sykdom, eller om behandlingsforsøk kan avføde en diagnostisk avklaring. I motsatt fall prøver legen å berolige pasienten, ofte uten å sjekke hva som bekymrer henne.

Symptomene hos pasienter med «ubestemte» plager kan utfordre etablerte kategorier og grenser i medisinen. Funnene fra paraplyprosjektet tyder på at fokus for

objektivering i slike situasjoner forskyves fra plage til pasient. Pasienter med det kroniske utmattelsessyndromet fortalte at legens interesse dalte når de ikke ble bedre (15). En pasient siterer legen sin:

«Jeg skal ikke nekte for at du hadde vært atskillig mer interessant hvis du hadde hatt en hjertesykdom.»

Mange følte seg stemplet av legen som «stressede husmødre i overgangsalderen». Objektivering skjer ved at legen setter grenser rundt og karakteriserer pasienten, i stedet for at pasient og lege sammen leter etter meningsbærende grenser rundt pasientens plager. Dette kan oppleves som truende for pasienten, som kanskje fastholder sin plass i et tidligere felles refleksjonsrom ved å insistere på å bli henvist til nye undersøkelser. Begge parter bygger fortsatt på den biomedisinske representasjonsmodellen, men legen er kommet til veis ende og har ikke funnet noe galt.

Diagnostikk av pasientens troverdighet?

Hvis legen antar at pasienten ikke «egentlig» feiler noe, kan den biomedisinske forståelsen videreføres ved å utelukke alvorlig sykdom (27). Da får alle videre undersøkelser en dobbelt bunn; på den ene side skaffer de medisinsk kunnskap, på den annen gir de grunnlag for vurdering av pasientens troverdighet. En kvinne med kroniske muskelsmerter forteller (17):

«Jeg hadde tatt solarium et par dager i forveien, så jeg så ganske frisk og fin ut. Så kommer jeg dit, og han husker brevet jeg hadde sendt han om hvor jeg har vondt og symptomer og sånt, og så sier han, litt mumlende og uten å henvende seg til meg: «Du er ikke syk!» Han mente jeg kunne ha lest meg til det jeg hadde skrevet om sykdommen min. Etter en stund ser han på meg og sier: «Du ser i hvert fall ikke syk ut.»

Pasienters symptomrepresentasjoner kan tolkes inn i to ulike skjemaer; som informasjon om plagene (hun har sin plage, vi kan sammen utforske dem) eller som informasjon om pasienten (hun er sin plage, legen kan utforske eller kategorisere henne). I første skjema skjer det en objektivering av plagene innenfor et felles refleksjonsrom, i andre skjema skjer det en objektivering av pasienten som derved utestenges fra et felles refleksjonsrom.

Legens skepsis i forhold til pasienter med «ubestemte» plager kan smitte over på andre symptomer, forstyrre fokus for objektivering og refleksjon og representere en medisinsk risiko for pasienten. En kvinne med kronisk utmattelsessyndrom søkte legevakten for smerter som hun selv oppfattet som noe helt annet. Men da legen fikk høre om utmattelsessyndromet, ble hun sendt hjem. Hun følte at hun på grunn av dette ble møtt med skepsis. Etter to dager med sterke smerter ble hun til slutt operert for en akutt og alvorlig tilstand (15).

Vurdering av pasientens troverdighet blir sjelden tematisert eksplisitt, men kan fungere som et underforstått bakgrunnstappe for kommunikasjonen. For pasienten kan dette oppleves som en subtil mistenkeliggjøring. Det blir viktig å overbevise legen om egen verdighet, noe legen igjen kan oppfatte som irrelevant prat.

Tvil om pasientens troverdighet kan være et symptom på at objektivering er i ferd med å forskyve seg fra plage til pasient. Samtidig kan pasientens opplevelse av ansvar for egen helse bli mer ladet med skyld (17). Kvinner med bekkenløsning bebreider seg selv for at de har fått disse smertene (22):

«Hva kan jeg ha gjort feil, som har fått det?»

Noen skylder på at de har trent for lite, noen at de har trent feil, noen på at de stresser, og noen på at de har for høy smerteterskel. God helse oppfattes som individuell prestasjon. Skyld kan utvikles til skam når vi konfronteres med en selvforståelse vi ikke kan akseptere. Flere av paraplyprosjektets delprosjekter (24, 25) viser hvordan anerkjennelse, som er det motsatte av skampåføring, kan være et grunnpremiss for å oppnå selvrefleksjon, dialog og fremtidsrettede prosesser.

Meningsbærende mønstre og grenser. Klinisk forståelse bygger på at legen har et repertoar av gjenkjennbare mønstre for hva symptomer betyr. Medisinske tegn kan fremstå som forståelige mønstre med klare grenser ved at de har vært objektivert i kulturen, vitenskapen eller klinisk praksis – gitt som noe det er legitimt eller selvsagt å avgrense og forstå som en tydelig enhet eller sykdomstegn.

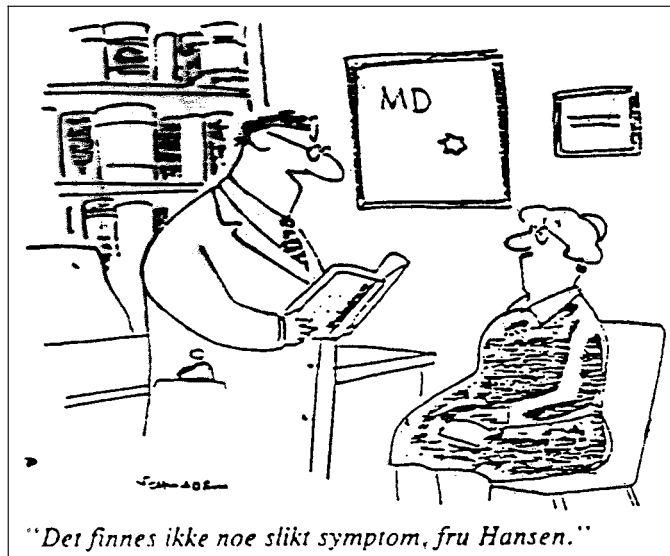
Det kan være vanskelig å gjenkjenne symptombeskrivelser som ikke finnes i læreboken. Når legen har lært at blærekatarr kjennetegnes av dysuri, er det ikke sikkert han gjenkjenner «å tisse piggråd» eller «ilinger i håndleddet» som relevante symptomer (28). De behøver ikke av den grunn å være meningsløse eller ikke-eksisterende fenomener (29).

I gruppeintervju fortalte kvinner med Sjögrens syndrom om flere nye typer symptomer (19). Spesifikke beskrivelser av akutte brystsmarter kan for eksempel danne grunnlag for nye hypoteser om patogenetiske mekanismer som Raynauds fenomen i oesophagus. Redusert syntmengde som de fleste av disse pasientene har, fører til nedsett bufringskapasitet i ventrikkelen, og dette kan gi gastritt og øsofagitt.

At kvinner i langt større grad enn menn har helseplager som oppfattes som ubestemte, kan bety at medisinsk teori og praksis har satt mindre inn på å bestemme de plagene kvinner lider under. En gjennomgang av be-

grepsapparatet ved diagnoseregistreringer fra allmennpraksis tyder på at kvinners helseplager i mindre grad enn menns er utforsket og begrepsfestet (30).

Grenseforskjeller eller gradforskjeller? Biomedisinske funn og avvik er legens grunnskjema for tolking og forståelse av symptomene. Avviket representerer patologien – jo tydeligere avviket er, jo sikrere er det at pasienten er syk. Kanskje det er ekstra vanskelig for legen, pasienten og nærmiljøet å skape analytisk distanse overfor sympto-



mer som er nær beslektet med det vanlige. En tredjegangsgavid kvinne med bekkenløsning ser tilbake på sitt første svangerskap:

«Den gangen så førte vi jo fortsatt et aktivt liv, med turgåing og dansing og masse andre ting som mannen min heller ikke aksepterte at jeg ikke kunne være med på lenger. Som han ikke forsto helt. Når jeg ba om at nå måtte vi snu, for vi skulle tross alt hjem igjen, så – Så hadde han ikke full forståelse for at, – at det var på tide å snu. Så da strakk jeg nok grensene litt for langt i veldig mange situasjoner(...) .. fordi at jeg ville ikke være sytete. Hvorfor skal jeg ha noen fordeler?» (22).

Pasienter med kronisk utmattelsessyndrom forteller om symptomer av en annen grad og karakter enn hverdagslig tretthet (18). Alle opplevde utmattelse, både mentalt og muskulært, karakterisert som ekstrem og abnorm sammenliknet med utmattelse folk flest opplever fra tid til annen:

«Det føles som å våkne opp med influensa hver morgen; det blir en kamp å skulle komme seg opp av senga. Uansett hvor mye jeg sover, blir jeg ikke bedre. Resultatet blir at jeg holder meg i senga, ofte flere dager i strekk. Har jeg først greid å stå opp, så blir det for slitsomt å skulle dusje eller spise.»

Også leger opplever magesmerter, hodepine, muskelsmerter, tretthet eller nedstemthet. At de «ubestemte» plagene ofte består av nettopp slike symptomer, kan true anerkjennelsen av pasientens symptomopplevelse ved at legen tror han gjenkjenner symptomene, som ikke lar seg avgrense, tydeliggjøre og kategorisere innen medisinske skjemaer. Det kan være lettere å oppfatte grenseforskjeller enn gradforskjeller, siden de medisinske tolkingsskjemaer forutsetter at det er klare skillelinjer mellom sykt og friskt.

Men hvor går for eksempel skillet mellom hodepine som henholdsvis hverdagsplage eller sykdom (20)? Mange vil si at skillet avhenger av hvor ofte og hvor mye man er plaget. Hodepine har alle en gang iblant, men hodepine flere ganger i uken er kanskje sykdom. Et annet skille mellom hverdagsplage og sykdom handler om hvordan den enkelte takler hodepinen. Kanskje legen har andre handlingsmuligheter i sitt eget liv enn pasienten, og at det derfor blir vanskelig å vurdere symptomenes alvorlighetsgrad?

Diskusjon

Metaanalyse?

Vi har gjennomført en systematisk kvalitativ reanalyse av en rekke forskjellige publikasjoner som bygger på ulike data, men omhandler samme hovedproblemstilling. Vår fremgangsmåte kan sammenliknes med metaanalyse, men atskiller seg også fra det vi vanligvis forstår ved en slik tilnærming.

I en kvalitativ metaanalyse må man ta hensyn til at data fra ulike prosjekter kan være av ulik karakter og derfor ikke uten videre er sammenliknbare, som for eksempel et intervjumateriale og et observasjonsmateriale. Vi har derfor ikke kumulert data, men sammenfattet resultater som empiri for vår analyse. En tidsskriftartikkel gir ikke tilstrekkelig plass til en forsvarlig dokumentasjon av analyse, tolking og funn. Vi har derfor her begrenset oss til en presentasjon av hvordan innhold og begrepsapparat i våre hypoteser er videreutviklet som følge av analyseprosessen.

Hvordan gyldiggjøres kvinners symptomerfaringer?

En sammenfattende hypotese er at symptomer som utfordrer, overskrider eller forkludrer etablert grensetrekking og kjente kategorier kan gjøre det vanskelig for legen å skape et refleksjonsrom som pasient og lege kan dele. Samtidig viser delprosjektene at det kan være spesielt viktig å ivareta et felles refleksjonsrom i møte med pasienter med «ubestemte» helseplager. Funnene leder oss til nye hypoteser om at betingelsene for et felles refleksjonsrom henger sammen med symptomenes egenart, som igjen kan knyt-

tes til kulturens og medisins holdninger til tid, skyld, og kvinnelighet.

Symptomer som kan bekrefte med tradisjonelle medisinske analyseredskaper, har gjerne en årsak som kan tidfestes nokså nøyaktig (genetikk, ulykke, bakterier). Symptomene manifesterer seg innen et avgrensbart tidsrom, og variasjoner og konsistens i symptomopplevelsen kan forstås ut fra biomedisinske referanser som kan tidfestes. Mange «ubestemte» helseplager utfordrer disse trekkene ved tidsdimensjonen. Hvordan er sammenhengen mellom tidsdimensjonen og kvinners symptomopplevelser og erfaringer med å bli hørt? Begrepene konkret tid (tiden slik den oppleves og er vevet inn i den enkeltes liv) og abstrakt tid (den generaliserte klokketiden) gir ulike inntak til forståelse.

Fortsatt opplever og tillegges pasienter ansvar for egen helse. Symptomer som regnes som selvforskyldt, har lavere status enn uforskyldt sykdom. Hvilke symptomer assosierer legen (og eventuelt pasienten selv) med skyld og ansvar, og under hvilke betingelser kan symptomer eller legers fortolkning av disse også vekke skam? I det medisinske møtet kan det være vanskeligere å objektivere en ressurssterk pasient som aktivt velger og former eget liv, enn en pasient som sliter på andres premisser. Kanskje er skyldattribuering mer nærliggende overfor en kvinne som «lar seg invadere» for å ivareta andres behov, enn overfor en ung mann som driver ekstremsport? Hvordan kobles skyld og ansvar med kjønn og makt i forståelsen av symptomer? Kanskje betyr strukturelle forhold og klasse like mye som symptomenes egenart?

Møtet mellom pasient og lege kan også analyseres som en av mange arenaer for forhandlinger om, bekreftelser på eller produksjon av kulturelle forestillinger om kvinnelighet. Dette kan bidra til å forklare hvordan objektiveringen kan forskyves fra pasientens plage til pasienten selv. Grenseoppganger mellom og utforminger av autonomi og avhengighet, subjekt og objekt, aktør og offer, er grunnleggende i identitetsforming, og i kulturelle definisjoner av kjønn.

I andre sammenhenger har begreper som grenseløshet og objektivisering vært brukt for å beskrive kvinners livsbetingelser. Å reflektere over eller objektivere det grenseløse eller utydelige eller skiftende og anerkjenne dette som kunnskapskilder, forutsetter en erkjennelse av at kunnskap ikke er entydig eller statisk.

Nye perspektiver

Hva kan legen gjøre når de tradisjonelle redskapene for analytisk distanse kommer til kort overfor kvinner med «ubestemte» helseplager? Når de biomedisinske rammebetingelsene ikke er oppfylt, vil et nytt fellesrom for refleksjon kreve at legen og pasienten finner frem til andre strategier for analytisk distanse i diagnostikk og behandling. I den pasientsentrerte kliniske metode,

som har fått solid fotfeste i allmenntidssinsk teori og praksis de siste decennier, skal pasientens dagsorden og legens dagsorden utforskes parallelt i løpet av konsultasjonen, med sikte på en felles forståelse mellom lege og pasient (31). Slike ambisjoner er nødvendige, men ikke alltid tilstrekkelige forutsetninger for alternative refleksjonsrom.

Alternative redskaper for analytisk distanse

Med utgangspunkt i ønsket om å gyldiggjøre pasientens erfaringer har vi utviklet nye redskaper for å utforme refleksjonsrom rundt symptomene, der pasienten og legen kan delta sammen. Noen av delprosjektene utforsker, systematiserer og begrepsfester symptomer ved ulike «ubestemte» helseplager, og utvikler dermed analytiske redskaper som kan gjøre det mer nærliggende for legen å objektivere plage fremfor pasient. Dette er prosjekter som søker å tegne ut de hvite flekkene på et tradisjonelt medisinsk kunnskapskart og utvikle bedre abstraksjoner (21, 27, 32). Andre prosjekter har utviklet metoder der legen kan åpne for den enkelte pasientens egne erfaringer og bevisst anvende disse i klinisk kunnskapsutvikling. Dette er prosjekter som legger vekt på ressursfokusering (24), anerkjennelse (25) og nye dialoger (10, 26, 28).

Definisjonsmakt

Strategier som anerkjenner pasienters symptomer som kunnskapskilde, stiller samtidig spørsmålsteget ved det medisinske blikks udiskutable autoritet. I den biomedisinske representasjonsmodellen vil korrekt bruk av tilgjengelige og gyldige medisinske kunnskapskilder gi svar på spørsmålet om årsaken til pasientens problemer. Modellen forutsettes å fungere uavhengig av om legen lærer noe nytt i prosessen.

Anerkjennelse av at pasientens symptomer er en gyldig kunnskapskilde innebærer at legen har noe å lære av hver enkelt pasient. Da kan det kliniske møtet sammenliknes med aksjonsforskning, der kunnskap og handling utvikles i samvirke fra erfaringer, til forskjell fra tradisjonell naturvitenskapelig utforskning, hvor studieobjektet plasseres under lupen og forskerens (legens) blikk.

Overraskelser og nysgjerrighet

I paraplyprosjektet har vi reist kritikk mot den tradisjonelle biomedisinske forståelsesmodellen og demonstrert hvordan denne kommer til kort i forhold til kvinner med «ubestemte» helseplager. Vår kritikk innebærer ikke en påstand om at leger alltid foretrekker denne referanserammen. Kanskje tar vi det i for stor grad som en selvfølge at leger vil vegre seg mot å oppgi kontroll over konsultasjonen.

Det kan like gjerne tenkes at medisinsk praksis mangler tradisjoner og metoder for objektivering av pasientens symptomer i et felles refleksjonsrom. Vi har sett i paraply-

prosjektet hvordan legens ståsted kan endres radikalt når pasienten fremstår med et overraskende repertoar av styrke og handlingsstrategier (24). Nysgjerrighet og overraskelser er sterke drivkrefter for endring. Videre forskning bør se nærmere på hva som skal til for at leger kan oppleve det som positive utfordringer å bryte med egen kontroll og makt for å etablere nye refleksjonsrom som gir pasienter av begge kjønn styrke og anerkjennelse, og som gir legen ny og nyttig kunnskap.

Vi takker Norges forskningsråd som har gitt miljøstøtte til paraplyprosjektet og finansiert flere av delprosjektene.

Litteratur

1. Nylenna M. Why do our patients see us? A study of reasons for encounter in general practice. *Scand J Prim Health Care* 1985; 3: 155–62.
2. Marinker M. Sirens, stray dogs, and the narrative of Hilda Thomson. I: Greenhalgh T, Hurwitz B, red. *Narrative based medicine. Dialogue and discourse in clinical practice*. London: BMJ Books, 1998: 103–9.
3. Feinstein AR. *Clinical judgement*. Baltimore: Williams & Wilkins, 1967.
4. Malterud K. Klinisk kunnskap – fakta eller noe mer? Noen kunnskapsteoretiske synspunkter. *Tidsskr Nor Lægeforen* 1993; 113: 3248–50.
5. Malterud K. Diagnosen – et samhandlingsprodukt med sosiale konsekvenser. *Tidsskr Nor Lægeforen* 1994; 114: 967–9.
6. Malterud K. The (gendered) construction of medical diagnosis. Interpretation of symptoms and signs in female patients. *Theoretical Medicine & Bioethics* 1999; 20: 275–86.
7. Peterson MC, Holbrook JH, von Hales D, Smith NL, Staker LV. Contributions of the history, physical examination, and laboratory investigation in making medical diagnosis. *West J Med* 1992; 156: 163–5.
8. Johansson EE, Hamberg K, Lindgren G, Westman G. «I've been crying my way» – qualitative analysis of a group of female patients' consultation experiences. *Fam Pract* 1996; 13: 498–503.
9. Eccleston C, deWilliams C, Rogers WS. Patients' and professionals' understandings of the causes of chronic pain: blame, responsibility and identity protection. *Soc Sci Med* 1997; 45: 699–709.
10. Malterud K. Symptoms as a source of medical knowledge – understanding medically unexplained disorders in women. *Fam Med* 2000; 32: 603–11.
11. Reid S, Wessely S, Crayford T, Hotopf M. Medically unexplained symptoms in frequent attenders of secondary health care: retrospective cohort study. *BMJ* 2001; 322: 767.
12. Taksdal A, Malterud K. Et felles refleksjonsrom. Hypoteser om betingelser, begrensninger og utfordringer for gyldiggjøring av kvinners symptomer som medisinsk kunnskapskilde. SEFOS-notat 6–2000. Bergen: Senter for samfunnsforskning, Universitetet i Bergen, 2000.
13. Polanyi M. *The tacit dimension*. Gloucester, MA: Peter Smith, 1983.
14. Schön D. *The reflective practitioner. How professionals think in action*. London: Avebury, 1991.
15. Söderlund A, Skoge AM. Kronisk utmattelsessyndrom – eller bare litt sliten? I: Malterud K, red. *Kvinnens ubestemte helseplager*. Oslo: Pax, 2001: 55–64.
16. Bærheim A. Myten om blærekatarr som en «ubestemt» plage. I: Malterud K, red. *Kvinnens ubestemte helseplager*. Oslo: Pax, 2001: 65–79.

→

17. Werner A. Kvinner med kroniske muskelsmerter – «(u)seriøse» pasienter? I: Malterud K, red. *Kvinnerens ubestemte helseplager*. Oslo: Pax, 2001: 121–36.
18. Söderlund A, Skoge AM, Malterud K. «I could not lift my arm holding the fork...» Living with chronic fatigue syndrome. *Scand J Prim Health Care* 2000; 18: 165–9.
19. Sørensen IM, Söderlund A, Haga HJ, Malterud K. Symptomopplevelser hos kvinner med Sjögrens syndrom. *Tidsskr Nor Lægeforen* 2000; 120: 794–7.
20. Nilsen CV, Lande SA, Malterud K. Er hodepine en kvinnesykdom? En litteraturoversikt. *Tidsskr Nor Lægeforen* 1998; 118: 1404–7.
21. Lilleaas UB. Når forskjellen blir synlig – kvinner med kroniske muskelsmerter i et kjønnsrolleperspektiv. Arbeidsnotat 8/95. Oslo: Senter for kvinneforskning/Universitetet i Oslo, 1995.
22. Fredriksen EH. Hvilken løsning er bekkenløsning? Om mestring og opplevelse av graviditet og bekkenløsning. Hovedfagsoppgave i sosiologi. Bergen: Sosiologisk institutt, Universitetet i Bergen, 1999.
23. Malterud K. Allmennpraktikerens møte med kvinnelige pasienter. Oslo: TANO, 1990.
24. Malterud K, Hollnagel H. Encouraging the strengths of women patients – a case study from general practice on empowering dialogues. *Scand J Public Health* 1999; 27: 254–9.
25. Steihaug S, Ahlsen B, Malterud K. From exercise and education to movement and interaction. Treatment groups in primary care for women with chronic muscular pain. *Scand J Prim Health Care* 2001; 121: akseptert for publisering.
26. Larsen M, Oldeide CC, Malterud K. Not so bad after all... Women's experiences of pelvic examinations. *Fam Pract* 1997; 14: 148–52.
27. Malterud K. The art and science of clinical knowledge: evidence beyond measures and numbers. *Lancet* 2001; 358: 397–400.
28. Malterud K, Bærheim A. Peeing barbed wire. Symptom experiences in women with lower urinary tract infection. *Scand J Prim Health Care* 1999; 17: 49–53.
29. Anchersen M, Sterner G. Kroniske muskelsmerter – hvordan går det? I: Malterud K, red. *Kvinnerens ubestemte helseplager*. Oslo: Pax, 2001: 41–53.
30. Malterud K, Okkes I. Gender differences in general practice consultations – methodological and interpretative intricacies. *Fam Pract* 1998; 15: 404–10.
31. Stewart M, Brown JB, Weston WW, McWhinney IR, McWilliam CL, Freeman TR. *Patient-centered medicine*. Thousand Oaks, CA: Sage Publications, 1995.
32. Fehr D. Kropp og symptom i en tegnteoretisk kontekst. *Sosiologi i dag* 1996; 26, nr. 4: 65–77.

○

Annonse