

Pasientsentrert metode ved funksjonelle lidelser

Med TERM-modellen kan leger lære samtaleteknikker som forebygger langvarig og invalidiserende kroppsfiksering og bedrer livskvalitet og funksjonsevne.

Linda Gask og David Goldberg utviklet på slutten av 1980-tallet reattribusjonsmodellen til bruk ved funksjonelle lidelser og somatisering (1). Modellen er videreutviklet i Århus i et samarbeid mellom forskningsenheten for funksjonelle lidelser og forskningsenheten for allmenntilleggsmedisin til The extended reattribution and management model (TERM). Det pågår en kontrollert studie der kontrollgruppen for tiden får trening i reattribusjonsteknikker to år etter at intervensjonsgruppen startet samme intervensjon.

Sammensatt metode

Seksjon for allmenntilleggsmedisin ved Universitetet i Bergen har lenge drevet forskning i forhold til pasienter med sterkt subjektivt invalidiserende sykdom uten objektive funn. Vi har også lagt stor vekt på pasientsentrert metode i undervisningen vår, ikke minst gjennom ferdighetstrening for medisinstudentene i kommunikasjons- og konsultasjonsteknikker. Dette var bakgrunnen for at vi besøkte miljøet i Århus i mars for å lære metoden og bruke den overfor pasienter.

Teoretisk er metoden dels basert på kognitiv atferdsmodifiserende metode, men vel så meget på humanistisk medisin og pasientsentrert klinisk metode slik vi kjenner den fra andre internasjonale læresteder. Ferdighetene som trengs for en slik konsultasjonsteknikk ble trent i form av mikro- og makroferdigheter.

Utgangspunktet for forhandlinger med pasienten er at man har gjort seg godt kjent med pasientens symptomer, pasientens forståelse av symptomene, hvordan symptomene er relatert

til pasientens hverdag og dagliglivets stressorer. Det er også viktig å vite hvilke emosjonelle kvaliteter som var forbundet med helseplagene. Metoden vektlegger også empati i betydningen følelsesmessig gjensvar og bekreftelse.

Trener ferdigheter

I forhandlinger med pasienten blir teknikker som er kjent blant annet fra endringsfokusede intervjuer (Millers motivational interviewing), brukt for å unngå ufruktbare konfrontasjoner. Man bruker motstand fra pasienten som en viktig informasjonskilde i tiltaksplanleggingen.

Konsultative makroferdigheter (strukturering av konsultasjonen) ble dels trent spesifikt, dels fremstod de gjennom sammenfatning av de nevnte mikroferdighetene. Ikke minst var ideen om en «statuskonsultasjon» spennende. Dersom forholdet til en pasient synes fastlåst, kan man prøve å legge kortene på ny. Man samarbeider med pasienten om å definere status som ofte er en fortelling om en serie nytteløse diagnostiske og behandlingsmessige tiltak. Oppmerksomheten søkes flyttet til hva pasienten selv kan gjøre for å bedre sin tilstand. Det er tydelig i modellen hvilken betydning styrkende (empowering) tiltak og vektlegging av selv motivering har. Kartleggingen av den enkeltes mestringsforventning og betydningen av å ta utgangspunkt i ressurser og mestringskompetanse ble understreket.

Rollespill

Kursets pedagogikk var opplevelsesbasert, learning by doing, enten i rollespill mellom kolleger eller som videoopptak av rollespill

med instruerte skuespillere som fulgte hele kurset. Opptakene ble brukt som utgangspunkt for positiv tilbakemelding og kreative diskusjoner om alternative løsninger for legen som var aktør. I slike diskusjoner var pasienten, skuespilleren, til stede og kunne bidra med verdifull informasjon. En modell for forståelse av somatoforme tilstander ble skissert gjennom flere korte foredrag.

I kognitiv atferdsmodifiserende metode er det av stor betydning å kartlegge hvilken selvforståelse den enkelte har. Ved siden av ytre kontekstbetingelser er slike forhold av stor betydning for symptomopplevelse og burde kanskje vært inkorporert i denne modellen. Flere metoder for endringsfokusede motivasjonssamtaler inneholder et mangfold av teknikker for å skape bevegelse i fastlåste kropps- og sykdomserkjennelser.

Statuskonsultasjonen kan være et eksempel. Slike teknikker kan gjøre samtalen til et instrumentelt overgrep mot pasienten. Det var nyttig å delta i en jevnbyrdig diskusjon med «pasienten» til stede slik at man stadig ble minnet om den vanskelige balansen som er mellom instrumentalisme og moralsk ansvarlighet.

Nettadressen til forskningsenheten for funksjonelle lidelser ved Århus universitetssykehus: www.auh.dk/cl_psych/dk/index.htm – Eivind Meland, Anders Bærheim, Seksjon for allmenntilleggsmedisin, Universitetet i Bergen

Litteratur

1. Goldberg D, Gask L, O'Dowd T. The treatment of somatization: Teaching techniques of reattribution. *J Psychosom Res* 1989; 33: 689–95

Pasienter vil ha velkledd leger

Pasienter flest foretrekker at legen de går til er velkledd, viser en undersøkelse foretatt ved Stanford University (*Arch Dermatol* 2002; 138: 463–6). 275 pasienter mellom 24 og 60 år har sagt hva de mener om legers kjønn, rase, utseende, klesstil og annet, og konklusjonen er klar: En velkledd lege gir inntrykk av å være nøyaktig og forsiktig. Et mer sjuskete utseende gir derimot signaler om likegyldighet og uryddighet.

De aller fleste pasientene brydde seg verken om legens kjønn, rase eller alder. Mer enn en tredel mente at mannlige leger bør unngå parfyme, åpne skjorter, langt hår, hestehale og ørepynt. Mer enn en av fire mente at kvinnelige leger bør bruke skjørt, kjole eller dressbukser. En av fire mente at joggesko og sandaler burde unngås av legene.

Basert på studiens resultater bør helsepersonell ha på seg navneskilt, hvit frakk og finkso, og de bør unngå dongeribukser, tresko og sandaler når de er på vakt, mener forskerne som stod bak undersøkelsen.



Fragmin
dalteparin sodium
PHARMACIA

Kristiania Advokat

Advokater med helsefaglig profesjonsbakgrunn

Ansvarlig: Advokat/lege Gudleik H. Leir

Ullernchausséen 1, 0377 Oslo
Tlf.: 23 29 66 60 – Faks.: 23 29 66 66

firmapost@kristianiaadvokat.no