

Mötet mellan läkare, patient och anhörig – två fallbeskrivningar



MALIN WERLING, med kand,
termin 10, Göteborgs universitet

malin.werling@gmail.com

Läkarprogrammet skall utbilda oss blivande läkare inför vår framtida yrkesroll, där kunskaper, färdigheter och personlighet skall kombineras till ett professionellt förhållningssätt. I Högskoleförordningens krav för läkarexamen står följande: »(studenten skall ha) utvecklat sin självkänedom och förmåga till inlevelse och därigenom, med beaktande av ett etiskt förhållningssätt och en helhetsbild av människan, utvecklat sin förmåga till goda relationer med patienter och deras närstående« [1]. Under utbildningen förekommer alltför sällan handledning eller undervisning kring kontakten mellan anhöriga och läkare trots att dessa möten är så vanliga. Jag anser att vi i alltför stor utsträckning hänvisas till våra egna iakttagelser och erfarenheter för att utveckla ett professionellt förhållningssätt.

Vid ett seminariearbete under kursen i Tidig yrkeskontakt väcktes mitt intresse av läkarbesök då patienten åtföljs av en anhörig [2]. Med stöd från mina handledare fördjupade jag mig ytterligare i detta ämne. Jag koncentrerade mig på anhöriga till vuxna, somatiskt sjuka patienter och uteslöt anhöriga till minderåriga och psykiskt sjuka patienter. Kulturella och religiösa aspekter samt genusperspektiv på relationen mellan anhöriga och läkare är viktiga, men jag valde att inte fördjupa mig i det i arbetet. Anhörig jämställs i fortsättningen med närstående, vilket i Hälso- och sjukvårdslagen definieras som patientens partner, barn, föräldrar och syskon, och i enskilda fall även en riktigt god vän [3].

I artikeln görs en beskrivning av och en reflektion över två läkarbesök med medföljande anhörig och närvarande läkarstudent. Vidare görs en litteraturgenomgång i ämnet samt uppmärksammas behovet av handledning för läkarstudenter.

Möte 1

En 70-årig, vital kvinna kom med sin man på återbesök för sin maligna tumörsjukdom, som tidigare behandlats med både cytostatika och strålning. Under besöket gick man igenom provsvar, fortsatt uppföljning och eventuell vidare behandling. En riktad, grundlig undersökning gjordes av läkaren. Allt tydde på att sjukdomen var under god kontroll. Patienten fick fritt utrymme att diskutera sina upplevelser, och maken visade medkänsla för henne då hon uttryckte sin oro över vissa delar av behandlingen och genom att kontrollera om hon hade fått svar på alla sina frågor.

Läkarbesöket avslutades inte förrän alla tre kände sig klara och läkaren hade sammanfattat mötets innehåll. Efteråt fick jag möjlighet att samtala med patienten och hennes man om deras åsikter kring läkarbesök med anhörig närvarande. För dem var det naturligt att dela en så betydelsefull upplevelse som ett läkarbesök. De båda makarna gick alltid till läkaren tillsammans, oavsett vem av de två som var patient, för att de ansåg att två personer hör och kommer ihåg mer än en och för att man då bättre kan lindra varandras eventuella oro.

Detta läkarbesök kommer att följa mig som ett bra exempel

på ett möte, där den anhörige bemöts som en resurs för alla inblandade parter bästa.

Möte 2

En 85-årig man kom på återbesök till sin ordinarie läkare för uppföljning av sin kroniska sjukdom. Mannen, som hade med sig sin fru, var tård av ålder och sjukdom, hade tecken på begynnande demens och led av mycket nedsatt hörsel. Han hade till synes svårt att rent praktiskt klara sig själv. Då läkaren ropade upp patienten reste sig frun för att följa med sin make in till mottagningsrummet, men på läkarens uppmaning stannade hon kvar i väntrummet. Inne på undersökningsrummet berättade patienten att han den senaste tiden känt sig mycket sämre. Svaren på patientens prov och en mycket ofullständig undersökning bekräftade att patientens allmäntillstånd avsevärt hade försämrats de senaste veckorna.

Patienten, som på grund av sin hörselnedsättning hade stora svårigheter att uppfatta vad som sades, bad läkaren tala högre och tydligare. Läkaren tog inte vare sig detta eller patientens uppenbara oro på allvar. Samtalet kring medicineringen och symtomen förflöt totalt utan tålmod eller hänsynstagande från läkarens sida. Vid ett flertal tillfällen under besöket kommenterade läkaren i stället, riktat till mig, patientens svårigheter att höra och förstå vad som sades till honom.

Då patienten lämnade undersökningsrummet kom hans fru fram till läkaren och började berätta om den för dem omöjliga situationen hemma. Det var uppenbart att hon var mycket orolig och uttrötad. Läkaren meddelade då bara kort att medicineringen nu hade ändrats och att allt redan hade förklarats för hennes make. Läkaren avslutade, innan han stängde sin dörr, med att säga att en kallelse för nästa besök skulle bli hemskickad, som vanligt.

Fördelar och nackdelar med trepartsmöte

Relationen som utvecklas vid ett trepartsmöte mellan patient, läkare och anhörig är sparsamt belyst i litteraturen. I ett flertal artiklar framgår att läkare, och i än större utsträckning patienter, oftast upplever anhörigas närvaro under ett läkarbesök som en tillgång [4-6]. Viktigt är dock att patienten inte känner sig åsidosatt utan får fortsätta att vara huvudperson i sammanhanget, vilket var fallet i Möte 1 [7, 8]. Läkaren visade hela tiden samma förståelse och intresse för patienten som för hennes make och gav utrymme för bådas frågor och funderingar. Mannen bejakades i sin stödjande roll som anhörig på ett sätt som stod i samklang med makarnas goda relation och mötet genom-

SAMMANFATTAT

Anhörigas närvaro vid ett läkarbesök är oftast en tillgång för såväl patienten som läkaren, förutsatt att en bra kontakt skapats mellan de tre parterna.

Handledning och goda förebilder är viktiga stöd för läkarstudenten för att utveckla förmågan att skapa goda kontakter med patienter och anhöriga.

syrades av professionell men personlig värme. Jag upplevde besöket som effektivt, då det praktiska innehållet var klart strukturerat samtidigt som utrymme gavs för patientens personliga behov och för hennes önskan att få ha maken med sig.

Det kan också finnas nackdelar med att ha anhöriga närvarande vid läkarbesök. Ett problem som en studie uppmärksamade var att den anhörige ibland kan ta på sig för stort ansvar eller prata alltför mycket, ibland till och med om sina egna krämpor i stället för om patientens situation [5]. Det kan bli svårare att skapa en god samarbetsrelation mellan läkare och patient vid trepartsmöten, och patienten blir i vissa fall passiv och mindre ansvarstagande för den egna personen. I samma arbete påpekades också att patienten i vissa fall kan bli utsluten ur skämt eller samförstånd mellan läkaren och anhörig på ett sätt som inte alls är till gagn för patienten.

Flera studier visar att kontakten och det emotionella stödet kan minska vid ett trepartsmöte [4-6]. Detta kan till viss del uppvägas av en god känslomässig relation mellan anhörig och patient. Det finns vidare en risk att patienten avstår från att ta upp viktiga ämnen av personlig karaktär då en anhörig är närvarande [5].

Två möten som är varandras kontrast

I de båda mötesbeskrivningarna ovan skiljer sig patienterna markant åt avseende social situation och medicinsk problematik. Kvarstår gör dock ett faktum att de båda läkarbesöken varade under lika många minuter och var av mycket varierande kvalitet! I Möte 2 krävde den 85-årige mannens situation helt uppenbart hustruns medverkan och engagemang. Tiden hade sannolikt kunnat utnyttjas betydligt effektivare om hustrun hade inbjudits till konsultationen.

Litteraturen visar att läkaren kan skapa sig en klarare bild av patientens situation vid ett lyckat trepartsmöte, eftersom kommunikationen då oftast förbättras. Anhörigs roll i samtalet består till stor del av att ställa frågor till läkaren, förtydliga vad patienten och läkaren säger och av att bistå med ytterligare information angående patientens tillstånd och sociala situation [4-6]. Det har också framhållits att patienter och läkare anser att den anhörige är till hjälp för att komma ihåg och följa råd och anvisningar från läkarbesöket [5].

Läkaren har vidare en viktig uppgift i att stödja anhöriga som fungerar som vårdare av en patient. I Möte 2 hade läkaren haft möjlighet att informera makarna gemensamt om undersökningsfynd och nya ordinationer. Det ligger en utmaning i att aktivt söka efter både patientens och den anhöriges perspektiv [7, 8]. De speciella band som existerar mellan patient och anhörig utgör en central del av patientens liv vilket förutsätter stor varsamhet av läkaren.

Variationer i samtalets tid och innehåll

Tidsuppdelningen under samtalet vid ett trepartsmöte har undersökts grundligt och jämförts med läkarbesök då patienten och läkaren är ensamma. Enligt ett flertal studier talar läkaren vid ett tvåpartsmöte obetydligt mer än hälften av tiden. Under ett trepartsmöte talar läkaren hälften av mötestiden, medan patienten och den anhörige delar ungefär lika på den återstående tiden. Med andra ord förkortas patientens tid för att yttra sig då en anhörig är närvarande [4-6, 9].

Samtalens innehåll förändras också då en tredje part är inblandad. Vid tvåpartsmöten ägnar läkaren större delen av tiden åt ren medicinsk information, relationsskapande samtal och till att uppmuntra patienten. När anhöriga är med vid besöket ägnas en stor del av läkarens samtalstid åt att svara på den anhöriges frågor. Patienternas främsta skäl till att ta med sig en anhörig är psykologiska, visar ett flertal studier. Anhöriga anser

emellertid att både kroppsliga och psykologiska bekymmer är likvärdiga anledningar [9]. Frekvensen av anhörig närvarande vid läkarbesök ökar med svårighetsgraden av patientens sjukdom.

Större krav på läkares förmåga att skapa goda relationer

I takt med förändringen av samhället och sjukvården, med allt kortare vårdtider och en ökande öppenvård, ställs nya krav på anhöriga och läkare. En läkares professionella förhållningssätt inbegriper idag till viss del andra attityder och förmågor än tidigare [10]. Patientens autonomi och personliga integritet värderas högt idag, och uttrycket samarbetspartner används ofta i litteraturen då man diskuterar kring möten mellan läkare och patienter och ibland även anhöriga. Det är ett känt faktum att patienter känner sig mera nöjda med sitt läkarbesök om de uppmuntras att vara aktiva i diskussionen och då de själva och läkaren samarbetar kring de beslut som fattas [7].

Dagens läkare behöver samverka med fler personer för att uppnå god vård för patienten. En intressant fråga i sammanhanget är hur läkarens ansvarsområde då förändras, men tveklöst blir kravet på läkares förmåga att kunna skapa goda samarbetsrelationer allt större.

Goda förebilder behövs

Det är viktigt att läkarstudenter får uppleva övervägande goda förebilder under utbildningen. Risken är annars stor för känslomässig avtrubbning och att oönskade förhållningssätt inpräntas [11, 12]. Som läkarstudent har jag under utbildningen träffat ett flertal läkare, som generöst delat med sig av sin kunskap och erfarenhet och som nu fungerar som mina förebilder.

Under senare delen av utbildningen, då man som blivande läkare har större medicinsk kunskap och allt oftare befinner sig i patientnära situationer, skulle reflektion och återkoppling behöva få större utrymme i det ordinarie schemat [13, 14]. Inom utbildningsområden där det dessutom råder brist på forskning och litteratur kan det naturligtvis vara extra värdefullt med handledning. Vi studenter skulle då få möjlighet att på ett konstruktivt sätt bearbeta våra erfarenheter och införliva dem i den professionella utvecklingen.

Det är obligatoriskt för en färdig läkare att hålla sig à jour med nya tekniska och medicinska rön. Önskvärt vore att det även skulle anses självklart att utveckla sin förmåga att skapa goda relationer med människor. För att man som läkare skall kunna fortsätta utvecklas under hela sin yrkesverksamma tid vore det bra – för att inte säga nödvändigt – att tidigt anamma ett reflekterande förhållningssätt gentemot sina egna känslor och sitt handlande i olika situationer [10, 13].

Handledare

Stig Rödjer, docent, överläkare, sektionen för hematologi och koagulation, verksamhetsområdet för medicin, kursledare Tidig yrkeskontakt, Sahlgrenska Universitetssjukhuset, Göteborgs universitet.

Gunilla Hellquist, specialist i allmänmedicin, kursledare Tidig yrkeskontakt, avdelningen för allmänmedicin, Sahlgrenska akademien, Göteborgs universitet.

■ *Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna.*

REFERENSER

- Högskoleförordningen, bilaga 2 – Examensordning.
- Hellquist G, Rödjer S, von Below B, Sveinsdóttir G, Björkelund C. Tidig yrkeskontakt stärker studenternas professionella utveckling. *Läkartidningen*. 2005;102:2646-51.
- Sahlén J. Hälso- och sjukvårdslagen. Med kommentarer. Stockholm: Norstedts Juridik; 2000.
- Brown JB, Brett P, Stewart M,

- Marshall JN. Roles and influence of people who accompany patients on visits to the doctor. *Can Fam Physician*. 1998;44:1644-50.
5. Schilling LM, Scatena L, Steiner J, Albertson G, Lin CT, Cyran L, et al. The third person in the room: frequency, role, and influence of companions during primary care medical encounters. *J Fam Pract*. 2002; 51:685-902.
6. Greene MG, Majerovitz SD, Adelman RD, Rizzo C. The effects of the presence of a third person on the physician-older patient medical interview. *J Am Geriatr Soc*. 1994;42: 413-9.
7. Ottosson JO, redaktör. Patient-läkarrelationen. Läkekonst på vetenskaplig grund. Stockholm: SBU; 1999.
8. Thornquist E. Kommunikation i kliniken. Lund: Studentlitteratur; 2001.
9. Ishikawa H, Roter DL, Yamazaki Y, Takayama T. Physician-elderly patient-companion communication and roles of companions in encounters. *Soc Sci Med*. 2005;60: 2307-20.
10. Eliasson G, Werkö L. Dags för läkarkåren att ta ansvar för sin professionella utveckling. *Läkartidningen*. 2005;102:490-3.
11. Spencer J. Decline in empathy in medical education: how can we stop the rot? *Med Educ*. 2004;38: 916-20.
12. Bruchfeld D, Bågedahl-Strindlund M, Mårtensson D. Läkarutbildning - utvecklande eller avtrubbande? *Läkartidningen*. 2000;97:3744-7.
13. Branch WT, Paranjape A. Feedback and reflection: teaching methods for clinical settings. *Acad Med*. 2002;77:1185-9.
14. Lundberg LG, Mårtensson D, Broström O. Inläring hos läkarstuderande. Läkarnas engagemang en avgörande faktor. *Läkartidningen* 2000;97:3750-1.

annons