

Den diagnostiske proces er påvirket af en lang række faktorer. Her sættes fokus på de menneskelige faktorer og særligt samspillet mellem patient og læge.



Diagnoseforsinkelser i almen praksis I: Læge- og patientroller i den diagnostiske proces

● Af Helle Sofie Wentzer



Kontakt

hewe@kora.dk

Biografi

Helle Sofie Wentzer er senior projektleder i KORA (Det Nationale Institut for Kommuner og Regioners Analyse og forskning) og adj. professor på Aalborg Universitet.

RESUME: Sundhedspolitik er der fokus på diagnoseforsinkelser. Det er der også i forskningen og i den kliniske praksis. Artiklen er den første af to, der ser på diagnoseforsinkelser i et procesperspektiv. Processen indeholder både menneskelige og strukturelle faktorer. Denne artikel sætter fokus på de menneskelige faktorer i diagnoseprocessen, særligt som de indgår i patientens rolle, i lægens rolle og i deres indbyrdes samspil i konsultationen. Baggrunden er et litteraturstudie af diagnoseforsinkelser i den internationale forskningslitteratur. Den diagnostiske udredning begynder i samspillet mellem patient og læge, ligesom patientens samtale med lægen under konsultationen indvirker på patientens fremtidige sundhedsadfærd. Artiklen præsenterer fem scenarier for patient-læge-mødet, der giver anledning til at reflektere over forskellige typer af patientroller og lægeroller, der beforder diagnoseprocessen mere eller mindre hensigtsmæssigt.

Den efterfølgende artikel giver eksempler på strukturelle forhold, der påvirker lægens diagnostiske muligheder, for eksempel hvor tilgængelig lægens praksis er, og hvordan sektorsamarbejdet er i udredningsforløbet. Baggrunden er en workshop med alment praktiserende læger, som blev afholdt på Lægedage 2013.

MÅNEDSSKRIFT
for almen praksis

Diagnoseforsinkelser

Diagnosen er en kernekompetence hos lægen. Regeringens Sundhedsstrategi 2015-2019, "Jo før – jo bedre" og PLO's tidligere formand Bruno Melgaard Jensen sætter fokus på diagnoseforsinkelser for: "Det handler ikke kun om bedre behandling, men mindst lige så vigtigt er at diagno-

sticere sygdommen så hurtigt som muligt” (1). Tidsfaktoren er et grundelement i al diagnostik og behandling. Men det har også betydning, at den udfolder sig som en proces i forhold til, at patienten søger hjælp ved mistanke om sygdom, at praksis er tilgængelig for patienten, at der er tilstrækkelig tid til, at læge og patient kan tale sammen under konsultationen – herunder tid til klinisk undersøgelse og tid til at spørge ind til og forstå patientens problem(-er). Det er også en betingelse i diagnoseprocessen, at der er gode muligheder for henvisning i forbindelse med udredning og god kommunikation mellem sektorerne.

En række menneskelige og strukturelle forhold har således indflydelse på, hvor hurtigt og sikkert en diagnose stilles. Formålet med denne artikel er at fokusere på de menneskelige faktorer, særligt samspillet mellem patient og læge i almen praksis.

Konsultationsscenarier

Samspillet mellem patient og læge er komplekst og stiller store krav til begge parter. I forskningslitteraturen afdækkes forskellige interaktionsmønstre mellem patient og læge, der bidrager til fejldiagnoser og diagnoseforsinkelser generelt*. Mønstrene kan sammenfattes i fem typificerede scenarier, hvor patient og læge indtager forskellige roller i relationen til hinanden. Disse er:

1. Proceslægen og proto-ekspert-patienten
2. Den moralsk overvågende læge og den stigmatiserede patient
3. Den biomedicinske læge og den distancerede (eller genstandsgjorte) patient
4. Den personcentrerede læge og den forstærkede patient
5. Den autoritative læge og den dysfunktionelle patient.

Disse roller er ikke determinerende for patienten eller lægen, men peger på forskellige måder, de indbyrdes kan relatere sig til hinanden på i selve konsultationssamtalen og undersøgelsen, samt at deres relation har forskellige konsekvenser for diagnoseprocessen og patientens fremtidige sundhedsadfærd. De følgende afsnit uddyber disse relationer og typer af lægeroller og patientroller gennem fem konsultationsscenarier.

Proceslægen og proto-ekspert-patienten

Roller som henholdsvis proceslægen og proto-ekspert-patienten er skabt af, at lægen ikke kan hjælpe patienten med en diagnose. Baggrunden er, at i takt med, at den medicinske viden stadig udvides, så øges kompleksiteten også, både når det gælder patienters sensitivitet over

Note * /

Alt andet lige peger litteraturen på konkrete diagnoseforsinkelser inden for mange sygdomstyper, hvoraf mange er kendte fra den offentlige debat, fx tuberkulose, psykiske lidelser, medicinske uforklarlige symptomer, ældre med mange sygdomme etc. Den fulde gennemgang af sygdomstyper kan læses i litteraturstudie (11).

for symptomer, og når det gælder lægens hypotesedannelse. Manglende diagnoser ved medicinsk uforklarlige symptomer, sjældne sygdomme og kroniske lidelser presser derfor patienten over i den videnssøgende rolle for at forstå og forklare sine symptomer. Diagnosen ses som vejen tilbage til normalitet og patienten bliver derfor i nogle tilfælde, og i mangel på ekspertlægen, selv den "første ekspert" i sin sygdom. Heraf betegnelsen "proto". Patienten betvivler således ikke den medicinske viden, men mere lægernes brug af den. Lægen kan i den sammenhæng vælge at indtage rollen som proceslæge, der hjælper patienten med at søge mere viden. Proceslægen anerkender således både patientens problem og sin egen mangel på den fornødne viden til at løse problemet. Proceslægens opgave bliver derfor at bruge sin insider-viden om et komplekst sundhedssystem til at lette patientens vej til mere viden.

Et eksempel er patienten med systemic lupus erythematosus (SLE), der er karakteriseret ved at søge hjælp i årevis og blive sendt rundt i sundhedssystemet til udredning for først en mulig hudlidelse, så en

Foto 1 /

I samspillet mellem patient og læge handler mødet mellem dem både om kompleksitet, mangel på medicinsk viden, om skyld, skam, uvidenhed, håb og (af) magt.

Foto: Colourbox

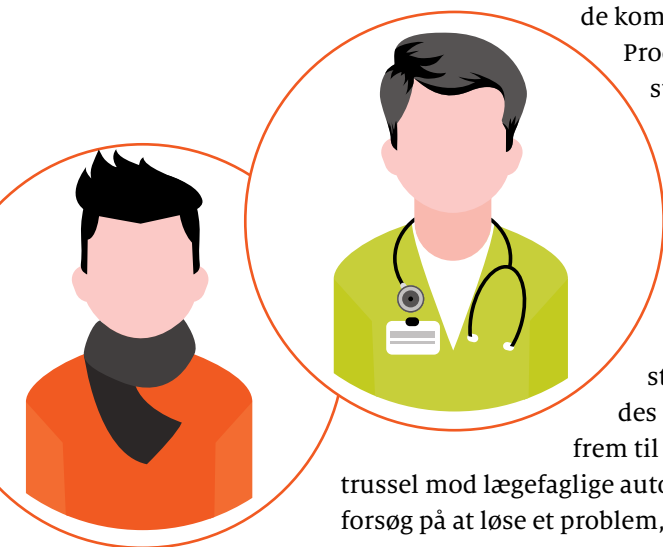


immunsystemlidelse, måske en genetisk fejl, eller er det måske "hypokondri"?! For lidelsen er svær at diagnosticere og har i sin 150-årige historie skiftet forklaringsparadigme flere gange (2), ligesom den deler symptomer med andre sen-moderne sygdomme som fibromyalgi, kronisk træthed og irriteret tyktarm.

Samlet set stiller den udeblevne diagnose patienterne i en vanskelig, eksistentiel situation i forhold til deres fremtid, ligesom de kommer til at betvivle lægens ekspertise.

Proceslægen vedstår sig således sundhedssystemets ufuldkommenhed og stiller i stedet sin viden om systemet til rådighed i et forsøg på at afhjælpe patientens på mange måder ellers ensomme kamp for en diagnose. Uden diagnose forbliver patienten i et limbo, hvor patientens egen medicinske viden bliver afgørende for, hvorledes hun eller han kan blive hørt. Proceslægen støtter derfor op om sin patient og ser således ikke den viden, patienten selv er kommet

frem til fx i forhold til egen medicinering som en trussel mod lægefaglige autoritet, men snarere som patientens legitime forsøg på at løse et problem, han eller hun ellers er meget alene om.



Den moralsk overvågende læge og den stigmatiserede patient

Den moralsk overvågende læge indtager en anden position i forhold til patientens problem, nemlig som bedømmer af rigtig og forkert adfærd (3-5). Denne tilgang kan have en stigmatiserende effekt på patienten, hvis han eller hun ikke lever op til lægens normer. Patienten kan således opleve at blive gjort ansvarlig for sin egen sygdom. Kommunikation mellem læge og patient kan også udfolde sig, så patienten oplever sig som dum og uvidende om sin egen livsførelse. Den stigmatiserede patient føler sig således skamfuld over sin sygdom og oplever den som et svaghedstegn, der er mere eller mindre selvforskyldt.

Seksuelt overførte sygdomme er i litteraturen et eksempel på en diagnose, hvor lægen kan indtage forskellige interaktionsstrategier. Er det i form af "sædelighedens vogter", kan det have den negative effekt, at patienten netop føler sig flov og skamfuld. På kort sigt er den "fordømmende strategi" succesfuld, da det kan mindske risikoen for smittespredning, når patienten går skamfuld fra konsultationen med indstillingen til aldrig mere at have sex. På langt sigt bliver tilgangen dog

en fiasko, når skammen ikke er tilstrækkelig til bestandigt at afholde mennesket fra at være et seksuelt væsen. Smitterisiko, skam og skyld stiger som effekt uhensigtsmæssigt, hvis patienten ikke er blevet gjort klogere på, hvordan en forsvarlig seksualitet kan praktiseres.

Den stigmatiserede patient kendes også fra andre sygdomme i relation til rygning og livsstil. For eksempel kan patienter med kronisk obstruktiv lungesygdom (KOL), der ryger eller har røget, føle sig skamfulde og stigmatiserede ud fra den indstilling, at lidelsen er selvforskyldt. Diagnoseforsinkelser på endometriose er endnu et eksempel, hvor kvinder bliver gjort ansvarlige for deres egen smerter. I det hele taget kan sygdom og kroniske lidelser være forbundet med skam, fordi patienten ikke oplever sig som perfekt og "fejlfri". En moralsk overvågende kommunikationsstrategi vil derfor blot bekræfte en negativ selvopfattelse hos patienten. Denne øger ikke nødvendigvis patientens selvsigt i negative vaner og livsførelse eller højner patientens selvomsorg. I stedet kan den moralsk overvågende læge risikere at forstærke patientens negative opfattelse af ikke at være noget værd eller at være for svag en person til at ændre noget.

Den biomedicinske læge og distancerede patient

"Den biomedicinske læge" forbliver på egen, evidensbaserede banehalvdel og forholder sig kun til patientens problem inden for en videnskabelig, biomedicinsk diskurs (3-5). Den er fagligt korrekt. En konsekvens kan dog være dårlig compliance, hvor patienten føjeligt nikker til lægens ord uden egentlig at kunne huske og forstå det, der er blevet sagt, når konsultationen er slut. Den biomedicinske begrebs- og forklaringsverden kan være fjern fra patientens egen kropsforståelse og svær at oversætte til patientens egen hverdag og handlinger. Patienten kan med andre ord opleve sig distanceret og genstandsgjort: at sygdommen ikke er noget, han eller hun selv har indflydelse på eller kan tage ansvar for.

Lægen påtager sig med denne kommunikationsstrategi mindre ansvar for patientens samlede helbredssituation, herunder den sociale dimension af sygdom. Lægen beskytter sig selv ved at indtage en biomedicinsk kommunikationsstrategi. Hermed indsnævrer han eller hun sit ansvarsområde til et afgrænset domæne, såsom kroppens og organernes funktioner, frem for at skulle forholde sig til patienten som et menneske, hvis trivsel og sundhed relaterer sig til en kompleks kultur med forskelligartede krav.

Litteraturen nævner særligt et stort kvantitativt og kvalitativt studie af diagnoseforsinkelser på psykiske lidelser i New Zealand (6), hvor



Samspillet mellem patient og læge er komplekst og stiller store krav til begge parter.

praktiserende læger er særligt ansvarlige for forsinkelserne, da de står for 75 % af alle henvisninger til udredning hos speciallæge. Praksislægernes henvisningspraksis blev dog begrundet i forskellige rationaler. En del af praksislægerne begrundende deres (manglende) henvisningspraksis i, hvad de havde videnskabelige, biomedicinske belæg for at diagnosticere. Underforstået at psykiske lidelser er svære at diagnosticere i biomedicinsk forstand, hvorved patienterne ikke bliver henvist og således heller ikke får en diagnose. En anden del af lægerne forstod deres lægegerning i en bredere forstand, hvor det afgørende for deres samspil med patienten var at etablere en samtale, der samlet skabte lindring og forståelse/indsigt hos patienten, når denne forlod konsultationen. I disse lægers overvejelser om at henvise og diagnosticere patienten med en psykisk lidelse indgik ligeledes overvejelser om, hvorvidt en sådan diagnose kunne bidrage negativt til patientens sundhed, fx ved at give socialt eller økonomisk bagslag i form af stigmatisering, øge bidraget til sundhedsforsikring, ringere jobmuligheder o. lign.

Den personcentrerede læge og den forstærkede (empowered) patient

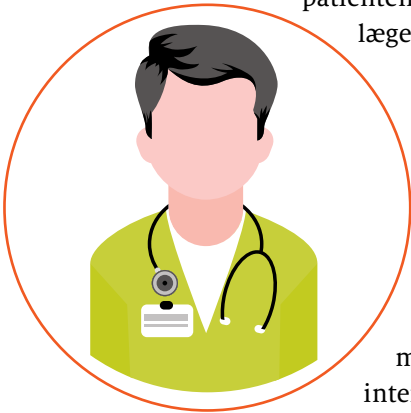
Den personcentrerede læge tager udgangspunkt i den viden, patienten kommer med, og patientens egen forståelse af sin situation og hverdagsliv. Den personcentrerede læge forsøger gennem kendskabet til patienten at formidle sin medicinske viden, så patienten bliver bedre til at tage vare på sig selv, sin sygdom og dennes evt. implikation for andre. Resultatet er den forstærket patient, der trods sygdom går fra sin læge bestyrket i troen på at kunne mestre sin lidelse.

Litteraturen (4, 6-8) henviser til bedre behandlingsresultater end ved andre konsultationsscenarier, fordi samtalen gør det lettere for patienten at omsætte viden om behandlingen til, hvad der er realistisk i egen hverdag. Kommunikationsstrategien resulterede også i en mere positiv relation til lægen, således at patienter i en undersøgelse overvejende foretrak den personcentrerede læge. Undersøgelsen viste også, at patienterne overvejende forbandt den personcentrerede interaktionsstil med kvindelige læger, selv om empirien viste, at også mandlige læger havde den personcentrerede stil. Man kan indvende mod denne stil, at den har en noget naiv opfattelse af patienten og dennes motiver. Herunder at patienter kan opsøge lægen med anden dagsorden, end lægen kan anerkende. Den næste og sidste interaktionsstil peger på en sådan interessekonflikt, fx hvis en patient, der ønsker en lægeerklæring, truer med at opsøge en anden læge, hvis han eller hun ikke får den.



Den autoritative læge og den dysfunktionelle patient

Relationen mellem den autoritative læge og den dysfunktionelle patient angiver, at der er et magtforhold mellem dem, som ikke er jævnbyrdigt, og som på godt og ondt reproducerer sig i den diagnostiske proces (9). Den autoritative læge er, som titlen angiver, givet en særlig autoritet til at skelne mellem normalt og unormalt, sund og usundt. Alligevel har lægen sine begrænsninger. Det kan være fagligt, når lægen ikke evner at være selvkritisk og når patienten "lægger hele sit liv på skrivebordet". Eller det kan være moralsk, etisk og juridisk, når det er "hele patientens liv, der gør ondt" (7). Fysiske og psykiske lidelser kan have mange årsager, også sociale, økonomiske og eksistentielle, som lægen ikke har direkte indflydelse på, og/eller lægen kan være uenig med patienten i karakteren af sundhedsproblemet, og hvad der er til patientens bedste. Det giver anledning til konflikt, hvor patienten udvikler taktikker til at få sin dagsorden igennem, mens lægen bruger sin autoritet til at sætte sin dagsorden igennem.



Et eksempel på den dysfunktionelle patient og den autoritative læge (7) er patienten, der vil have lægen til at forlænge sin sygemelding, mens lægen hellere vil raskmelde patienten. Patientens motivation er, at han eller hun mister indtægt ved at gå fra sygedagpenge til arbejdsløsheds-kassen, mens den autoritative læge finder det bedre og i samfundets interesse, at patienten ikke mister tilknytningen til arbejdsmarkedet på grund af en lang sygemelding. Patient og læge har ikke altid sammenfaldende interesser, og lægen må gøre op med sig selv, hvilken og hvis dagsorden der får det sidste ord.

Konklusion

Diagnosen bliver til i en proces, hvor samspillet mellem patient og læge ikke kun er grundlæggende for resultatet af diagnosen, men også indvirker på patientens fremtidige adfærd. De fem konsultationsscenerier peger på, at patienter kan gå fra lægekonsultationen med meget forskellige opfattelser af sygdom:

- Ekspertpatienten, der selv må søge og skabe viden om sin sygdom.
- Den intimiderede patient, hvor sygdom er selvforskyldt og straf for en slet personlig karakter.

- Den distancerede eller fremmedgjorte patient, der ikke forstår, hvad kroppens symptomer har med egen livsførelse at gøre.
- Den forstærkede patient, der får mod på at tage det medansvar, der er muligt inden for egne, givne vilkår.
- Den dysfunktionelle patient, der må udvikle alternative strategier til at sætte sin dagsorden igennem over for lægen og dennes samfundsmæssige autoritet.

I disse forskelligartede samspil mellem patient og læge handler den diagnostiske proces og mødet mellem patient og læge både om kompleksitet, mangel på medicinsk viden, om skyld, skam, uvidenhed, håb og (af)magt. ●

Økonomiske interessekonflikter: Formidlingen er finansieret af Trykfondens

Litteratur

1. Bruno Melgaard Jensen, daværende formand for PLO: Sådan diagnosticeres kræftpatienter hurtigere. Debatindlæg i Altinget Sundhed. 8. januar 2014. Regeringens sundhedsstrategi 2015-2019: Jo før – jo bedre.
2. Stockl A. Complex syndromes, ambivalent diagnosis, and existential uncertainty: the case of Systemic Lupus Erythematosus (SLE), *Social science & medicine* (1982), 2007, vol. 65, no. 7, pp. 1549-1559.
3. Nack A. From the patient's point of view: practitioner interaction styles in the treatment of women with chronic STDs, *Research in the Sociology of Health Care*, 2008, vol. 26, pp. 95-122.
4. Segal JZ. Illness as argumentation: a prolegomenon to the rhetorical study of contestable complaints, *Health*: 2007, vol. 11, no. 2, pp. 227-244.
5. Ring A, Dowrick CF, Humphris GM, Davies J & Salmon P. The somatising effect of clinical consultation: what patients and doctors say and do not say when patients present medically unexplained physical symptoms, *Social science & medicine* (1982), 2005, vol. 61, no. 7, pp. 1505-1515.
6. Dew K, Dowell A, McLeod D, Collings S. & Bushnell J. "This glorious twilight zone of uncertainty": mental health consultations in general practice in New Zealand", *Social science & medicine* (1982), 2005, vol. 61, no. 6, pp. 1189-1200.
7. Kristiansson MH, Brorson A, Wachtler C, Troein M. Pain, Power and Patience – A narrative study of general practitioners' relations with chronic pain patients, *BMC Family practice*, 2011, vol 12, no. 31, pp.1-8.
8. Muller-Schwefe G, Jaksch W, Morlion B, Kalso E, Schafer M, Coluzzi F, Huygen F, Kocot-Kepska, M, Mangas AC, Margarit C, Ahlbeck K, Mavrocordatos P, Alon E, Collett B, Aldington D, Nicolaou A, Pergolizzi J & Varrassi G. Make a CHANGE: optimising communication and pain management decisions, *Current medical research and opinion*, 2011, vol. 27, no. 2, pp. 481-488.
9. Horton-Salway M. Bio-psycho-social reasoning in GP's case narratives: the discursive construction of ME patients' identities, *Health*, 2002, vol. 6, no. 4, pp.401-421.
10. Petersen AF, Andersen RS. Fra symptom til lægesøgning. Statusartikel. Forskningsenheden for Almen Praksis, Aarhus Universitet. Ugeskr Læger 173/24. 13. Juni 2011:1709-1712.
11. Wentzer HS. Menneskelige faktorer i forsinket diagnostik. Et litteraturstudie. KORA 2013.