



Fornuft og følelser. Det er en stor misforståelse å tro at å se pasienten som et subjekt er forstyrrende for god diagnostikk og prognose.

Kjølig distanse kan gi dårligere behandling



Fakta

Per Nortvedt

Professor ved seksjon for medisinsk etikk, Universitetet i Oslo

I moderne medisin er det en tendens til å tro at for mye fokus på omsorg og empati er forstyrrende for det diagnostiske blikket på pasienten. På motsatt side vil sykepleiere ofte si at medisinen tendere til å redusere subjektet (pasienten) til et objekt og på den måten degradere pasientens individuelle menneskeverd. Medisinen underkjenner pasientens subjektive erfaring som grunnlag for god og riktig behandling. Følgelig mener man at profesjonalitet innebærer objektiv distanse. Følelser i pasientrelasjonen derimot, er i hovedsak forstyrrende for god behandling. La oss se nærmere på denne påståtte motsetningen mellom profesjonalitet og medfølelse.

EMPATISK OG KLINISK BLIKK. Etter mitt syn er det en stor misforståelse å tro at det å se pasienten også som et subjekt er forstyrrende for god diagnostikk og prognostikk. Tvert imot er det å se pasienten som et subjekt noen ganger (ikke alltid) avgjørende for en kompetent klinisk vurdering. Eksempel: Du kommer inn til en pasient om morgenen. Pasienten er operert i magen dagen før. Det første du legger merke til er pasientens ansiktsuttrykk; Han ser slapp ut, gråblek, lidende, hatt en vondt natt. En sykepleier vil ofte si; pasienten ser ikke god ut. Dette empatiske og kliniske blikk (det henger sammen) trigger flere spørsmål vedrørende pasientens kliniske tilstand: Har du sovet godt, er du kvalm, er det gått luft? Du kjenner på abdomen, lytter, kanskje er det et spørsmål om ileus. Poenger er: Blikket for den subjektive lidelsen trigger også den objektive undersøkelsen og de relevante kliniske spørsmål. Sammenhengen mellom faglig kyndig observasjon/diagnostikk og det empatiske blikket er viktigere enn man tror.

Legger man ikke merke til pasientens ubehag, ser man heller ikke tegn som kan signalisere en forverring av sykdommen. Og spiller man ikke på lag med pasienten, er det også vanskelig å foreta den nødvendige behandling. Trygghet og følsomhet for fysiske og psykiske grenser er nødvendig for rehabilitering etter sykdom. Bryter omsorgen sammen er et viktig grunnlag for kyndig behandling borte. Å se pasienten som syk, å se den subjektive lidelsen, er viktig, men ikke bare

for å kunne være en empatisk lege. Det er viktig også for å bli en god kliniker med kvalifisert observasjonsevne.

HANDLING MÅ TIL. Selvsagt er en viss grad av objektivisering grunnleggende i medisinsk behandling, ikke minst i kirurgien. Man skjærer i kropp og studerer anatomiske strukturer. Men man behandler likevel et menneske. Og hva pasienten tenker om symptomene sine, kan være en viktig kilde til kunnskap om de symptomer og det mennesket du behandler.

Selv i situasjoner der både sykepleiere og leger må være litt hardhendt, og ting må skje raskt, så bør man ha omtanke for pasientens opplevelse av situasjonen. Det kan være så enkelt som å se at pårørende trenger trøst og hjelp. Og utfører man en prosedyre som er smertefull, må man etterstrebe å minimalisere ubehag og smerte. Sykepleiere må noen ganger snu pasienter med skjelettmetastaser i sengen. Det er noen ganger uunngåelig vondt, selv om du gir smertestillende. Likevel må pasienten snus. Da gjelder det å utføre potensielt smertefulle manipulasjoner med størst mulig varsomhet og omtanke. Det krever fingerspitzgefühl og empati.

Det er nødvendig å ha flere tanker i hodet samtidig. Omtanke og følsomhet i det kliniske møtet står ikke i motsetning til objektivitet, det styrker objektiviteten hvis det balanseres med faglig kyndighet og rasjonalitet.

Legen og sykepleieren har ulike roller. Rollen som kirurg må mange ganger være klart instrumentell og handlingsorientert, mens sykepleieren i større grad må ta ansvar for den trøstende og omsorgsfulle rollen. Det er kanskje nettopp der våre fag utfyller hverandre og er komplementære. Men det samme kan også være gjeldende for perspektivet til en anesthesi/operasjons-sykepleier og en sykepleier i eldreomsorgen på et pleiehjem, der anestesifunksjonen som regel vil være orientert mot akutt-hjelp og utøvelse av instrumentelle og tekniske funksjoner i pasientbehandlingen.

Det er følgelig situasjonen og den konkrete kliniske vurderingen som vil avgjøre om fokuset skal være på pasientens egen stemme og opplevelse eller mer objektive parametere for å sikre god og riktig behandling. Nightingale forstod dette, da hun i

Notes on Nursing (1860) uttalte: «En sykepleier kan ikke sitte og holde en pasient i hånden når han blør i hjel». Det er god omsorg i den nødvendige objektivisering, men den må alltid også ha subjektiv omtanke for øye, hvis medisinen (og sykepleien) ikke skal forfalle til ren reparatørpraksis.

EN KOMBINASJON. Det er også viktig å påpeke at medfølelse er noe langt mer enn føleri. Som andre følelser har medfølelse et objekt, den retter seg mot noe faktisk, pasientens situasjon, smerte o.l. Også i en situasjon der en setter seg ned og trøster en pasient, er det en genuin kombinasjon av saksorientering, fagkunnskap og empatisk berørthet. Får jeg inn en pasient med brystmerter og akutt infarkt, må jeg palpere, observere, legge inn drypp, gi surstoff, samtidig som jeg snakker vennlig og beroligende med pasienten fordi han eller hun kanskje er spesielt engstelig. Dette er det prinsipielle utgangspunktet både for medisin og sykepleie, selv om det er ulike rolleforventninger avhengig av den enkelte situasjon. Jeg forventer ikke at en hjertekirurg skal være spesielt empatisk når han akutt må åpne brystkassen til en pasient som har hjertetamponade.

PERSONORIENTERT PROFESJONALITET. Pasientens opplevelse av sykepleieren og legen er viktig, men helsepersonells opplevelse av pasienten er like viktig. Igjen er poenget mitt at det en kan kalle medfølelse eller å ha forståelse for pasientens erfaring som syk, eller å kunne bli spontant berørt av et annet menneskes ubehag eller smerte (affektiv empati), er diagnostisk viktig. God diagnostikk krever ikke at pasienten har en objekt karakter. Det som vekker oppmerksomhet på at det er noe med pasienten, (jf. eksemplet med den nyopererte), en forverring, kan nettopp være det ansiktet du ser på puta når du kommer inn på rommet. Det er det som gjør deg initialt oppmerksom på pasientens kliniske tilstand, og du undersøker, mens du informerer eller prater med ham. Det er en saksorientert medfølelse, men som samtidig også har et element av noe spontant og personlig. Omsorgsfi osofen Kari Martinsen snakker om en personorientert profesjonalitet som både er medfølende og saksorientert. ●



Illustrasjonsfoto: Colourbox