

Almenpraktikerens møte med kvinner

En ny tenkemåte om kvinners lidelser

Kirsti Malterud

I artikkelen diskuteres samspelet mellom allmänpraktikern och den kvinnliga patienten. Särskilt intresse ägnas åt hur läkaren uppfattar och förklarar kvinnans lidande. I en undersökning av medelålders kvinnor från egen praktik har författaren prövat att värdera hur vårt traditionella diagnostänkande bidrar till att styra kommunikationen. Undersökningen ingår som ett första delprojekt i ett större projekt om medelålders kvinnors medicinska språk.

Kirsti Malterud är specialist i allmänmedicin och verksam som distriktsläkare vid Rodeløkka Helse- og Sosialcenter i Oslo. Hon har länge varit upptagen av frågor om kvinnor och hälsa och har skrivit artiklar och böcker om bl.a. kvinnors sexualitet, om homofili, om kvinnoomiss-handel och våldtäkt samt om temata från allmänmedicinens område.

Kvinner går oftere til legen enn menn gjør, og de kommer med andre sykdommer og plager (1,2). Men den medisinske tradisjon og praksis som de møter, er utviklet av menn. Derfor kan det tenkes at almenpraktikeren ikke alltid har tilstrekkelig grunnlag for å forstå kvinners særpreg og sykdommer godt nok.

Innlært hjelpeløshet hos kvinner

Men først noen ord om hvorfor jeg er opptatt av dette. Vi lever i et samfunn der kvinner er tildelt andre roller og tillagt andre innflytelsesmuligheter enn menn. Tidlig lærer jentene passiv underordning, som i voksen alder bekreftes som skulturell avmakt. Fortsatt er det menn som treffer de viktigste avgjørelser her i verden.

Den amerikanske psykiateren Martin Seligman

har beskrevet mekanismen "innlært hjelpeløshet", der selvbildet gradvis preges av økende håpløshet og resignasjon hos mennesker som erfarer at de har liten innflytelse på sin egen situasjon (3). Denne mekanismen samsvarer med en rolle mange kvinner har i vårt samfunn, og som på individplan bidrar til å opprettholde undertrykking og skape sykdom (4).

Symptom som ikke passer

Kvinner som søker lege, får sin lidelse vurdert. Hvis symptomet passer med en kjent sykdom, får kvinnen en diagnose – og behandling – og bekreftelse på sine plager. Men når symptomene ikke stemmer med de sykdommer som legen kjenner, kan kvinnen få høre at hun egentlig er frisk, eller at plagene er psykiske eller psykosomatiske. Legen har lite å tilby. Hvis kvinnen likevel fortsatt har sine plager, kan hun oppleve at lidelsen ikke er gyldig, at hun tar feil som kjenner seg uvel, og at legen avviser hennes problemer. Kvinnens selvbilde og evne til å stole på egne krefter påvirkes av dette (5). Når



"Det finnes ikke noe slikt symptom, fru Hansen."

© Punch

legen ikke finner en diagnose som stemmer, kan konsultasjonen bli et bidrag til innlært hjelpeløshet for kvinnen.

Fra almenmedisinske praksisregistreringer vet vi at diagnosegruppen "ubestemte plager" er høy for kvinner (6). Det må bety at det er ofte legen ikke finner ut av hva kvinnen feiler. Men bedre kunnskap om innholdet i kvinners lidelser kan vi kanskje i neste omgang tilby mer meningsfylt behandling og forebygging.

Hva brakte kvinnen til lege

(Den fullstendige presentasjon av projektet vil senere foreligge som en mer utførlig vitenskapelig artikkel).

Mitt materiale består av 33 kvinner mellom 40 og 69 år som i løpet av 4 måneder i alt konsulterte meg 35 ganger. For hver av disse konsultasjonene registrerte jeg kontaktgrunn – i alt 35 – og diagnose – i alt 52. Dessuten skrev jeg ned hva de svarte de jeg spurte dem: "Hva skulle du egentlig aller helst ønske at jeg kunne hjelpe deg med i dag?" Dette svaret har jeg betegnet som kvinnens lidelse.

Tabellerna 1 och 2 over kontaktgrunn og diagnose forteller om et tradisjonelt materiale av middelaldrende kvinner. De søker lege for symptomer som oppfattes som sykdom i bevegelsesapparatet eller psykisk sykdom.

Fra mine resultater vil jeg gjengi tre eksempler som kan vise hvordan jeg fikk viktig informasjon om kvinnernes levekår og om hva som egentlig brakte dem til lege. Dette viste seg å være kunnskap som i større grad bestemte min intervensjon enn den diagnostiske merkelappen som kvinnene fikk. Mitt "nøkkelspørsmål" – hva de aller helst ønsket jeg kunne hjelpe dem med – utløste denne informasjon, som ellers ikke ville kommet fram.

Den første kom for å få svar på blodprøver. Diagnosene ble degenerative forandringer i columna, hodepine og atrofisk gastritt. Hun fortalte: "Der er hodepinen som er det verste. Jeg synes ble så mye verre av den røntgenundersøkelsen. Men jeg er mye lettere nå som det går bedre med datteren min". Hun fortalte at hennes daglige ansvar og omsorg for en voksen datter med en svær nevrotisk tilstand var

Tabell 1. Fordelning på diagnosegrupper:

1CHPPC-2-Defined

35 kontakter

52 diagnoser

● Muskelskjelett	31 %
● Psykisk sykdom	17 %
● Respirasjon	8 %
● Fordøyelse	8 %
● Urogenitalsystemet	8 %
● Forebyggende	8 %
● Sosiale/Fam problemet	6 %
● Ubestemte symptomer	6 %
● Sirkulasjon	4 %
● Endokrine	2 %
● Blodsykdomar	2 %
● Hud	2 %
	102 %

Tabell 2. Kontaktgrunn:

1CPC-R

35 Kontakter

● Bevelgesesapparatet	26 %
● Generelt/uspesifisert	11 %
● Respirasjon	11 %
● ♀ Kjonnsorganer	9 %
● Nervesystemet	9 %
● Blod	6 %
● Fordøyelse	6 %
● Sirkulasjon	6 %
● Psykologisk	6 %
● Øye	3 %
● Endokrint	3 %
● Familieplanlegging	3 %
● Sosiale problem	3 %
	102 %

nesten mer enn hun kunne bære. Samtidig følte hun at hun var nødt til å gi den omsorgen hun maktet.

Den andre kom til avtalt blodtrykkskontroll, og diagnosen ble hypertensjon. Hun fortalte: "Jeg har så mye å tenke på – det er det som egentlig er fullt i hodet mitt – du skjønner, datteren min kom fra sykehuset i går og hadde fått operert bort begge eggstokkene. Hun har jo to små barn vet du, så det er det jeg tenker på hele tiden selv om de sa det var godartet."

Den tredje kom for å få vite resultatet av røntgenundersøkelse, og diagnosen ble dorsalggi og degene-

De uklare symptomene hos middelaldrende kvinner kan fortelle oss mye hvis vi klarer å høre etter, og hvis vi skaper rom for at de kan bruke sitt eget språk.

rative forandringer i columna. Hun sa: "Jeg får vondt i ryggen når jeg sjauer mye – men jeg vil jo helst være i aktivitet, og han (ektefellen) mener jeg må ta det mer med ro. Liker å være på farten." Hun fortalte at ektefellen stadig skulle bestemme hva hun skulle gjøre, og hun lurte på om jeg var enig med ham i at hun måtte hvile seg mer enn hun hadde lyst til.

Livsvilkår og diagnose

Mange kvinner lever under slitsomme livsvilkår som gjennom år kan gi opphav til både psykiske og somatiske plager. Omsorgsforpliktelser og dobbeltarbeid er stikkord her. Vår konsultasjonsstil må kunne fange opp symptomenes innhold, slik at vi kan forstå de mekanismer som ligger bak plagene. Vi må også kjenne kvinnens forventninger til legebesøket (7).

De uklare symptomene hos våre middelaldrende kvinnlige pasienter kan fortelle oss mye hvis vi klarer å høre etter, og hvis vi skaper rom for at de kan få bruke sitt eget språk. Men vi trives best der vi er kjent. Vår diagnosemodell inviterer til en monokausal tenkemåte med organisk forankring, og vi har lett for å gripe til somatiske utredninger og behandlingsformer når det er noe vi ikke helt forstår. Vi trøster oss kanskje med at vi da i hvert fall ikke forsømmer noe. Men faren er tilstede både for overbehandling og underbehandling (5).

Kanskje vi heller kan utvikle vår evne til å være med kvinnen i hennes fortvilelse – bekrefte for

De almenmedisinske lidelser består av mye mer enn det som får plass i diagnoselistene våre.

henne at det ikke er hun som holder på å bli gal eller at det er noe galt med hjertet. Vi kan ta henne alvorlig ved å oppmuntre til større eller mindre endringer i livet. Vi kan normalisere hennes reaksjonsmåte i stedet for å sykeliggjøre henne, og vi kan støtte henne ved å være tilgjengelige videre. Dette er almenmedisinske arbeidsmåter som kan bidra til utvikling for kvinnen – i stedet for økende avmakt og sykdom. De almenmedisinske lidelser består av mye mer enn det som får plass i diagnoselistene våre.

REFERENSER

1. Rutle O: Pasienten fram i lyset. Oslo: SIFF's gruppe for helsetjenesteforskning rapport 1/83, 1983.
2. Hollnagel H, Kamper-Jørgensen F: Utilization of health services by 40-year old men and women in the Glostrup area, Denmark. Dan Med Bull 1980; 27: 130-9.
3. Seligman MEP: Helplessness. On depression, development and death. San Francisco: WH Freeman and Company, 1975.
4. Willadsen J: Depression, dit navn er kvinde. København: Lindhardt og Ringhof, 1983.
5. Malterud K: Sykdom eller særpreg? En kritisk bok om kvinner og helse. Oslo: Pax forlag AS, 1984.
6. Fugelli P: Helsetilstand og helsetjeneste på Værøy og Røst. Oslo: Universitetsforlaget, 1978.
7. Pendleton D, Schofield T, Tate P, Havelock P: The consultation: an approach to learning and teaching. Oxford/New York/Toronto/Melbourne: Oxford University Press: 1984.