

Berre prat?

REDAKSJONELT

JOHN NESSA

John Nessa (f. 1949) er allmennlege og medlem av Tidsskriftets redaksjonskomité. Han disputerte for den medisinske doktorgrad i 1999 med avhandlingen *Talk as medical work. Discourse analysis of patient-doctor communication in general practice*.

4130 Hjelmeland

Norske allmennlegar gjennomfører 15 millionar konsultasjonar kvart år (1). Ved enkel hovudrekning vil ein bli minna om at dette handlar om ei solid folkevandring inn og ut av legekontora. Store delar av befolkninga er innom i løpet av relativt kort tid. Dette overraskar ofte folk flest, som gjerne har ei førestilling om at det er ei unntakshandling å søkje lege. Til lege går ein når ein er sjuk, som ein sjeldan er. Helsevesenets eigne folk deler gjerne same tanken. Frå topp til botn i helsehierarkiet har den innstillinga spreidd seg at dei som søker lege, ofte søker feil adresse. Legane kan ikkje gjere noko med det problemet folk kjem med (2).

Vi er ved kjernen av eit sentralt problem i moderne helsevesen. Problemet er todelt: Kva er det legitimt å søkje lege for, og kven skal bestemme kva som er eit legitimt helseproblem? Svaret for primærhelsetenesta burde vere enkelt. Det er legitimt å søkje lege for alt eit menneske opplever som eit helseproblem ein ikkje kan eller vil meistre på eiga hand. Det enkelte mennesket må sjølv definere kva som er deira problem. Dette er eit prinsipielt standpunkt som er ein logisk konsekvens av at allmennlegetenesta i eit offentleg helsevesen ivaretar portvaktfunksjonen: Skal du inn i «det store vesen», må du inn gjennom «den trange port». Kor trang denne porten skal vere, kan bestemmast ved organisering og pris. Men det prinsipielle ligg fast: Folk kan avvisast i porten, men ikkje før porten. Dei må få høve til å presentere sitt problem på ein skikkeleg måte først.

Det er konkrete og jordnære grunnar til at det bør vere slik. Skal ein tenkje livsstil og primær-, sekundær- og tertiærprofylakse til dømes i diabetesomsorg eller depresjonsbehandling, er det ein føresetnad at helsevesenet har ei brei kontaktflate til folk flest, gjerne slik at dei kjem før dei blir klinisk sjuke. Ein kan ikkje både tenkje førebygging i helsevesenets regi og stønne over at folk søker helsevesenet samstundes. Sjukeleggjering, medikalisering og kronifisering ønsker vi alle å unngå. Men

paradokset er at det er det moderne samfunnet som produserer våre pasientar. Vil vi ha fred på legekontora, bør vi omredigere Dagbladet, stengje Vinmonopolet og forby all konkurranseidrett. Men då har vi også eit anna samfunn.

Dette betyr ikkje at unødvendige konsultasjonar ikkje finst. Det betyr berre at primærhelsetenesta må vere nøye med å respektere pasientanes einerett til å etablere legekontakt. Når denne kontakten er etablert, har pasient og lege eit felles ansvar for å gjere eit fornuftig arbeid. Det følgjer ikkje berre rettar, men også plikter med det å vere pasient, til dømes plikt til å snakke sant, plikt til å bidra til å løyse problemet (etterleving) og plikt til å følgje opp kontrollrutinar på ein adekvat måte (3). Kva som er rasjonell klinikk, kan sjølvstundt diskuterast. Men unødvendige konsultasjonar finst. Og dei bør både identifiserast og minimaliserast. Ingen er tent med ein bevisstlaus eller reint marknadsstyrt konsultasjonspraksis.

Vi har komme eit godt stykke på veg når det gjeld rasjonelle handlingsprogram og rasjonell klinikk. Det som er vanskeleg, er å integrere pasientperspektivet dersom ein vil ta på alvor at pasientane ikkje er ei einsarta gruppe, men enkeltindivid som er minst like ulike som legane er. Det er tankevekkjande at det i profilutvalets innstilling står at pasienten igjen skal i sentrum (4). Kven har vore i sentrum før?

Dess meir kjærkome er det når konsultasjonsforskinga konsentrerer seg om pasientperspektivet. I to artiklar i dette nummer av Tidsskriftet presenterer Steine, Finset og Lærum eit instruktivt materiale der dei med utgangspunkt i seks gruppesamtalar med i alt 31 pasientar får fram kva som er viktig for pasienten i møtet med allmennpraktikaren (5, 6). Av fem sentrale tema var det spesielt to som blei vurdert som viktigast: Emosjonelle og personlege aspekt ved møtet med legen, og spesielt det kortsiktige utfallet av konsultasjonen. Pasientane vil både ha ei oppleving av at dei blir sett av legen sin – og verdsett – med sine problem, og dei vil ha beskjed frå legen sin om korleis helseproblemet er å forstå.

Det er fortjenestefullt at forfattarane går til samtalen med dei det gjeld når dei skal finne ut kva som er viktig for pasienten, og ikkje nøyer seg til dømes med strukturerte intervju. Dermed får ein fram andre aspekt ved konsultasjonen enn det ein gjerne får dokumentert. Frå før veit ein at folk flest stort sett er nøgde med sine legar (7). Dette materialet er ein dialog om dialogen, gruppebaserte samtalar om konsultasjonen. Forfattarane konstaterer at pasientane er vage og diffuse i sine beskrivelsar når dei skal kritisere legen. Dette er eit kjent fenomen frå samtaleteori. Når ein skal seie noko som kan vere trugande for ein sjølv eller andre, der ein kan «miste ansikt», pakkar ein det gjerne inn i bomull, «qualified or clad in reason» (8). Slik må det vere dersom ein ikkje skal bryte ei anna intuitivt akseptert norm for samtalen, nemleg kravet om «danna tale» (politeness). Det er difor viktig å vere klar over at det som forfattarane omtaler som diffuse og vage beskrivelsar av kritikkverdige forhold i konsultasjonen, implisitt kan representere ein solid kritikk av legars åtferd.

Prat er ikkje berre prat. Det er i møtet mellom personar at medisinen utøves. Vi må sjølvstundt kunne vårt fag. Også å kunne vår samtale burde vere ein integrert del av vårt fag. Det er ikkje ein kunnskap eller evne ein tileignar seg over natta. Men det lar seg lære, og er verd investeringa. I samtaleteori skiljer ein mellom to integrerte element i einkvar samtale: det transaksjonelle og det interaksjonelle, det som går på innhald mot det som går på relasjon, informasjon mot emosjon, sak mot personleg møte (9). Vi er

opplærte til å tru at det er det første som er viktig. Men erfaringsbasert litteratur har for lengst peika på at det andre er like viktig i klinisk praksis (10). Artiklane i dette nummer av Tidsskriftet (5, 6) er verdfulle bidrag til den litteraturen.

LITTERATUR

1. Hafting M, Hetlevik I, Holtedahl KA, Johannessen T, Rutle O. Klinisk arbeid I: Hunsår S, red. Allmennmedisin. Oslo: Ad Notam Gyldendal, 1997.
2. Halvorsen P, Tholens B. Christie. Himmelfart over alle køene. Sosial Trygd 1995; 11: 20 – 3.
3. Gerhardt U. Parsons, role theory and health interaction. I: Scambler G. Sociological theory and medical sociology. London: Tavistock Publications, 1987.
4. Schrøder CP, Kirste U, Nessa J, Rasmussen K, Svendsen J. Profilutvalgets vurderinger. Oslo: Den norske lægeforening, 1999.
5. Steine S, Finset A, Lærum E. Hva er viktig for pasienten i møtet med allmennpraktikeren? Tidsskr Nor Lægeforen 2000; 120: 349 – 53.
6. Steine S, Finset A, Lærum E. Pasienters ordvalg og uttrykksmåter om siste konsultasjon hos allmennpraktiker Tidsskr Nor Lægeforen 2000; 120: 354 – 7.
7. Berg O, Hjortdahl P. Medisinen som pedagogikk. Oslo: Universitetsforlaget, 1994.
8. van Rees MA. The use of language in conversation. Amsterdam: International Society for the Study of Argumentation, 1992: 47.
9. Brown G, Yule G. Discourse analysis. Cambridge: Cambridge University Press, 1983: 1.
10. Kushner T. Doctor-patient relationships in general practice – a different model. Ethics 1981; 7: 128 – 31.

Publisert: 10. februar 2000. Tidsskr Nor Legeforen.

© Tidsskrift for Den norske legeforening 2026. Lastet ned fra tidsskriftet.no 6. september 2026.