
Møte mellom eksperter

REDAKSJONELT

HARALD JODALEN

Harald Jodalen (f. 1958) er spesialist i allmennmedisin, førsteamanuensis ved Universitetet i Oslo og fagredaktør i Tidsskriftet.

Tidsskriftet

Postboks 1152 Sentrum

0107 Oslo

Det viktigste instrument i medisinen er kommunikasjonen mellom lege og pasient.

Ved analyse av kommunikasjonen i lege-pasient-konsultasjonen opererer man gjerne med to hovedkomponenter – den transaksjonelle og den relasjonelle del. Den transaksjonelle del, innsamlingen av diagnostisk relevant informasjon, er tillagt særlig betydning. Imidlertid er den relasjonelle komponent i samtalen en forutsetning for å få frem gyldig saksinformasjon. Ved å skape kontakt, bygge tillit og aktivt erkjenne at pasienten er ekspert på egen situasjon, vil konsultasjonen kunne bli et møte mellom eksperter (1, 2).

Legene fikk opprinnelig det meste av sin diagnostiske kunnskap fra pasientens verbale fremstilling og åpenbare symptomer. Med utviklingen, spesielt på 1900-tallet, fikk legens manuelle undersøkelse hjulpet av enkle instrumenter en sentral plass. Legen stod rent fysisk nær pasienten, og hans sanser og tolkinger dominerte den diagnostiske prosess. En slik situasjon gav legen en sterk rolleposisjon som kunnskapsforvalter. Vi lever nå i en tid der teknologi og informatikk dramatisk endrer våre liv og vårt fag. I løpet av få generasjoner har de enkle instrumentene gjennomgått en sofistikert utvikling og er i dag det fremste kjennetegn på moderne medisin. Bildet av legen i hvit frakk med stetoskop vil gradvis erstattes av legen i en mer tidsriktig drakt ved en dataterminal.

Det er en moderne myte at jo mer maskinene tar over, desto mer kan legen bruke den frigjorte tiden til å møte pasienten, se og verdsette ham på det menneskelige plan. Teknologien kan ikke fremme den relasjonelle mellom lege og pasient. Maskinene krever nemlig vår bevissthet og endrer vårt fokus. Disse endringer har en rekke ulemper, spesielt ved at tradisjonsbærende teknikk og praksis nedprioriteres eller glemmes. En gammel og viktig teknikk, samtalekunsten, blir skjøvet i bakgrunnen.

Pasienters kritikk av leger får ofte en antydende og vag form (3, 4). Derfor er det viktig å merke seg at når pasientene uttaler om en lege at «han er sikkert flink», så presenterer de samtidig en rammende kritikk av de relasjonelle kvaliteter denne legen har vist. Dette ikke en karakteristikk av legen som person, men som utøver av en lærbar del av vårt fag (5). Pasienten har savnet en rekke elementære deler i møtet med legen. Han vil se og bli verdsatt av en nær, personlig lege som er åpen og pasientsentrert, som kan lytte og formidle kunnskap og holdninger.

Det synes å være en økende bevissthet rundt medisinen relasjonelle og humanistiske sider. For et par tiår siden var det ingen systematisk undervisning for medisinstudenter i samtalekunst og intervjueteknikk. Nå erkjennes kommunikasjonskompetansens sentrale plass i rasjonell klinikk i klinisk primærmedisin og annenlinjetjenesten, og en norsk lærebok er kommet i annet opplag (6). Ved flere av fakultetene står kommunikasjonsundervisning sterkt i studieplanen, og allmennmedisin har fått sin plass som klinisk hovedfag. I Oslo kommer studentene allerede første studiedag i kontakt med den kliniske virkelighet hos erfarne allmennleger.

Fra det aktive allmennmedisinske miljøet ved Universitetet i Bergen bringer Tidsskriftet i dette nummer tre artikler av Bærheim, Meland & Schei (7 – 9). Den første artikkelen gir en fin og inspirerende innføring i pasientsentrert klinisk metode, med særlig vekt på historikk og filosofisk og etisk plassering (7). Metodens røtter strekkes til 1940-årene og Carl Rogers, og kunne kanskje vært strukket videre bakover til inspirasjonen fra Martin Bubers (1878 – 1965) dialogiske arbeid fra 1920-årene (10). Sentrale navn som Balint, Engel og Pendleton settes inn i den oversiktlige historiske gjennomgangen.

Fra den pasientsentrerte klinikk bringes vi så videre til den studentsentrerte pedagogikk. Et strukturert undervisningsopplegg i klinisk kommunikasjon som er innført i Bergen presenteres (8). Dette er et kurs som, utover å bedre legens diagnostiske og terapeutiske ferdigheter, inviterer til refleksjon over de ikke-instrumentelle dimensjonene i lege-pasient-forholdet, inkludert de eksistensielle og relasjonelle følger av det å være syk og hjelpetrengende. I kurset fremstilles konsultasjonens fem faser, som trenes særskilt, og pedagogisk legges det vekt på umiddelbar tilbakemelding og nytt forsøk. Et spennende aspekt ved undervisningen er at modellen fremstilles som grunntrinnene i en dans der den øvede utøver kan improvisere. Dette minner oss om at legen skal være kreativ og intuitiv i sin utøvelse av legekunsten.

Som avrundning evalueres undervisningsopplegget ved en kombinert metode som inkluderer fokusgruppeteknikk og spørreskjema (9). Undersøkelsen viser at kurset setter i gang en endringsprosess hos mange av studentene. Denne utviklingsprosessen burde ideelt sett starte tidlig og integreres i all klinisk undervisning. Temaet belyses i flere interessante artikler i dette nummer av Tidsskriftet (11, 12).

I Bergen undervises studentene av *eksperter*. De lærer å bli *eksperter* når de skal møte pasientene, som på sin side er *eksperter* på sin egen situasjon. Dette er i sannhet et møte mellom eksperter.

LITTERATUR

1. Tuckett D, Boulton M, Olson C, Williams A. Meetings between experts. London: Tavistock Publications, 1985.
2. Wackerhausen S. Kommunikasjon, forståelse og handling. I: Elsass P, Olesen F, Henriksen S, red. Kommunikasjon og forståelse. Århus: Philosophia, 1997: 15 – 36.
3. Maguire GP, Rutter DR. Training medical students to communicate. I: Bennet AE, red. Communication between doctors and patients. London: Oxford University Press, 1976.
4. Steine S, Finset A, Lærum E. Pasienters ordvalg og uttrykksmåter om siste konsultasjon hos allmennpraktiker Tidsskr Nor Lægeforen 2000; 120: 354 – 7.
5. Van Rees MA. The use of language in conversation. Amsterdam: International Society for the Study of Argumentation, 1992.
6. Kringlen E, Finset A. Den kliniske samtalen – kommunikasjon og pasientbehandling. Oslo: Universitetsforlaget, 1999.
7. Meland E, Schei E, Bærheim A. Pasientsentrert medisin – en oversikt med vekt på bakgrunn og dokumentasjon Tidsskr Nor Lægeforen 2000; 120: 2253 – 6.
8. Schei E, Bærheim A, Meland E. Klinisk kommunikasjon – et strukturert undervisningsopplegg. Tidsskr Nor Lægeforen 2000; 120: 2258 – 61.
9. Bærheim A, Meland E, Schei E. Konsultasjonsundervisning i medisinstudiet – studentenes evaluering Tidsskr Nor Lægeforen 2000; 120: 2263 – 5.
10. Downie RS, Jodalen H. «I and Thou» and «doctor-patient»: a relationship examined. I: Closeness. An ethics. Jodalen H, Vetlesen AJ, red. Oslo, Boston: Scandinavian University Press, 1997: 129 – 41.
11. Halvorsen P. Er leger kløner i kommunikasjon? Tidsskr Nor Lægeforen 2000; 120: 2334 – 5.
12. Lundeval S, Aschim B. Kommunikasjon og konsultasjon i havgapet Tidsskr Nor Lægeforen 2000; 120: 2338.

Publisert: 20. august 2000. Tidsskr Nor Legeforen.

© Tidsskrift for Den norske legeforening 2026. Lastet ned fra tidsskriftet.no 7. juli 2026.