

Lege-pasient-interaksjon og to begreper om kommunikasjon

Artikkelen beskriver et skille mellom et semantisk og et pragmatisk begrep om kommunikasjon, slik begrepene blir forstått i moderne filosofi og kognisjonsforskning. Det argumenteres for at det er viktig å gi leger noe kunnskap om begrepene. Grunnen er at begrepene gir opphav til to forskjellige typer av strategier for å nå frem til en pasients oppfatninger. I tilfeller hvor pasientens forståelse er vesentlig forskjellig fra legens, må legen skape en felles språkplattform. Dette innebærer å bruke strategier som korresponderer med det semantiske begrepet om kommunikasjon. Først når et felles språk er på plass, kan legen søke å forstå hvilke oppfatninger pasienten har og som pasienten vil at legen skal forstå at han har. Dette innebærer å bruke strategier som samsvarer med det pragmatiske begrepet.

I de senere år har mangelfull kommunikasjon i lege-pasient-interaksjonen fått en god del oppmerksomhet i medisin og samfunnsfag, som i Kringlen & Finset (1), Helman (2) og Gannik & Launso (3). Utgangspunktet for diskusjonene er gjerne empiriske undersøkelser som viser at profesjonelle perspektiver på sykdom er forskjellige fra perspektiver som pasienter har. Dette har en viktig etisk dimensjon fordi behandling av en lang rekke sykdommer, i større eller mindre grad, baseres på antakelser om hvilke oppfatninger pasienter har (2, 4). Å behandle en pasient på en etisk holdbar måte, å gi ham den oppmerksomhet og behandling medisinen mener det er riktig å gi ham, samt å sikre at han forstår hvilke forklaringer og instruksjoner legen gir, forutsetter at legen og pasienten forstår hverandres oppfatninger.

Denne artikkelen har to mål. Det første målet er å vise at to begreper om kommunikasjon gir opphav til to måter å analysere lege-pasient-kommunikasjon på. Et semantisk begrep relateres til tradisjoner innen språkfilosofi, som relaterer begrepsbeherskelse til språkforståelse. I henhold til dette begrepet dreier kommunikasjon seg om å knytte de samme begrepene til de samme ordene. Et pragmatisk begrep knyttes til tradisjoner innen bevissthetsfilosofi, som analyserer kommunikasjon i tilknytning til intensjonale talehandlinger. I henhold til dette begrepet dreier kommunikasjon seg om å forstå hvilke oppfatninger en taler har og som taleren ønsker at tilhøreren skal forstå at han har.

Halvor Nordby

halvor.nordby@filosofi.uio.no

Universitetet i Oslo

Filosofisk institutt

Postboks 1024 Blindern

0315 Oslo

Etter å ha klargjort skillet mellom de to begrepene om kommunikasjon er det andre målet med artikkelen å argumentere for at det er god grunn til å gi leger noe kunnskap om de to begrepene. Hovedpoenget er at begrepene gir opphav til to typer strategier man kan bruke for å nå frem til en persons oppfatninger, og at det er viktig å holde disse strategiene fra hverandre innenfor områder hvor det hender at man ikke forstår uttrykk på den samme måten.

Profesjonelle perspektiver og pasientperspektiver

En typisk profesjonell forståelse av en medisinsk term er i stor grad formet av en omfattende empirisk vitenskapelig teori som legger vekt på intersubjektivt tilgjengelige fysiske tilstander og hendelser (2, 3, 5, 6). Legfolks forståelse av medisinske termer oppstår vanligvis på bakgrunn av det man kan kalle hverdagslige erfaringer og informasjon. Internasjonale studier har gitt mer presis kunnskap om disse forskjellene, omfattende referanser finnes i Helman (2), Lupton (5) og Freidson (7).

For argumentene her vil det ikke være nødvendig med en nærmere diskusjon av forskjellene forskningen har påvist. Det viktige er at siden en profesjonell forståelse er formet av en medisinsk viten legfolk ikke har kunnskap om, er en profesjonell forståelse typisk forskjellig fra en pasientforståelse.

Empirien rundt forståelsen av medisinske termer har fått forskere til å innse at det er viktig å analysere selve kommunikasjonen mellom lege og pasient. Disse diskusjonene har gjerne vært empiriske, idet målet har vært å beskrive og klassifisere de forskjellige perspektivene (2–6). Det er viktig å vite at leger og pasienter ofte forstår medisinske termer på forskjellige måter og også hvordan de gjør det. Men slike empiriske fakta kan ikke i seg selv «sikre at kommunikasjon skjer». Hvordan skal man ta fatt på denne problemstillingen?

På bakgrunn av et rammeverk om hva kommunikasjon innebærer, hvilke betingelser som må være til stede for at kommunikasjon skal finne sted, kan det å sikre at kom-

munikasjon skjer i et gitt tilfelle forstås som det å sikre at disse betingelsene er møtt. I systematiske vitenskapelige diskusjoner bør man derfor avklare hvilke rammeverk om kommunikasjon man legger til grunn.

Et semantisk begrep om kommunikasjon

Forstått på en semantisk måte skjer kommunikasjon når en taler og hans tilhører begge forstår ordene de bruker på en slik måte slik at de uttrykker og assosierer de samme begrepene med de samme ordene.

Denne innfallsvinkelen til kommunikasjon er spesielt fremtredende i tradisjoner innen moderne språkfilosofi og kognisjonsforskning som går tilbake til Tyler Burge (8, 9). For poengene her er det spesielt to aspekter ved Burges teori som er viktige. For det første forutsetter Burge at man kan trekke et konseptuelt skille mellom en persons forståelse av et uttrykk og det begrepet han uttrykker med det. Standardmåten å gjøre dette på er å tenke på en persons forståelse av et uttrykk som det settet av oppfatninger han har om uttrykket. Min forståelse av ordet «gikt» er mine oppfatninger om ordet «gikt». Man kan diskutere om jeg uttrykker begrepet *gikt* eller et annet begrep med «gikt», men min forståelse, mine oppfatninger om ordet, er i utgangspunktet gitt. En beskrivelse av en persons forståelse er med andre ord nøytral i forhold til hvilket begrep han uttrykker.

Den andre sentrale ideen til Burge er at selv en minimumsforståelse av et uttrykk er tilstrekkelig for å beherske begrepet uttrykket står for. Det er, i terminologi som går tilbake til Putnam (8) og Evans (10), vanlig å skille mellom «produsenter» og «forbrukere» når det gjelder kompetanse med hensyn til hva et uttrykk står for. En produsent er en person som har ekspertkunnskap om hva et uttrykk står for. En forbruker er en som ikke er ekspert, men som har en minimal forståelse slik at han likevel uttrykker begrepet ordet står for.

En definisjon av semantisk kommunikasjon kan nå formuleres slik:

Semantisk kommunikasjon: To personer uttrykker det samme begrepet x med et uttrykk « x » hvis og bare hvis de begge har oppfatninger om « x » slik at de har en minimumsforståelse av « x ».

I henhold til denne definisjonen er det for eksempel slik at hvis en lege og en pasient begge har oppfatninger om «hjerneslag» slik at de har en minimal eller bedre forståelse av «hjerneslag», så uttrykker de det samme begrepet *hjerneslag* med «hjerneslag».

Kommunikasjon i en pragmatisk forstand

Det finnes også en innflytelsesrik pragmatisk måte å tenke om kommunikasjon på. Man kan tenke på kommunikasjon som det å få en tilhører til å forstå hvilke oppfatninger man har og som man gjerne vil at tilhøreren skal forstå at man har – det å klare å kommunisere sine oppfatninger til en annen. Selv om to personer knytter de samme begrepene til de samme ordene og i denne forstand har det samme språket, er det ikke slik at de nødvendigvis klarer å kommunisere akkurat de ønskede oppfatningene til den andre.

Dette er relevant i tilfeller av lege-pasient-interaksjon hvor pasienten føler at legen ikke har forstått ham på den «riktige måten». Det er ikke plausibelt å tro at dette alltid skyldes at legen og pasienten lever i hver sin begrepsverden. I mange tilfeller er det mer plausibelt å tro at andre faktorer ligger til grunn. Fra doktorens side kan det være manglende oppmerksomhet eller utilfredsstillende systematisering av informasjon. Fra pasientens side kan det ofte være problemer med å beskrive en tilstand som plager ham, eller han kan ha problemet med å snakke koherent på grunn av smerte.

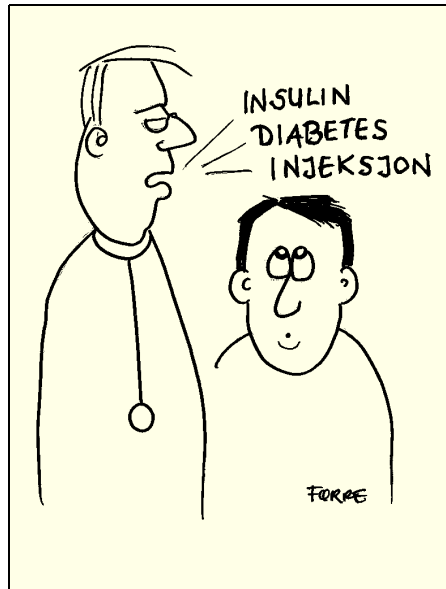
Denne måten å tenke på kommunikasjon på forbindes gjerne med talehandlingsteoretikere som Paul Grice (11) og John Austin (12). Utgangspunktet deres er at ytringer kan sees på som intensjonale handlinger. Når en taler kommer med en ytring overfor en tilhører, har taleren en intensjon om å kommunisere en bestemt oppfatning. Hvis tilhøreren forstår at talerens intensjon er å kommunisere akkurat denne oppfatningen til ham, så har taleren klart å kommunisere sin oppfatning til tilhøreren.

Definisjonen av pragmatisk kommunikasjon blir dermed:

Pragmatisk kommunikasjon: En person A kommuniserer med en annen person B hvis og bare hvis B forstår at A har en bestemt oppfatning, og det er As intensjon, med den talehandlingen han utfører, at B skal forstå at A har akkurat denne oppfatningen.

For å gjøre forskjellen mellom semantisk og pragmatisk kommunikasjon klarere i tilknytning til lege-pasient-forhold kan det være hensiktsmessig å diskutere den i henhold til et virkelig tilfelle. Balint (13) beskriver et tilfelle hvor en person P får et alvorlig elektrisk støt slik at han for en stund mister bevisstheten. Ingen fysiske abnormaliteter blir funnet på sykehuset, og P blir sendt hjem. P fortsetter imidlertid å klage over ubehag og konsulterer familielegen. Det blir foretatt omfattende medisinske tester, men relevante uregelmessigheter blir fortsatt ikke funnet. P blir frustrert og kommer med påstander som «De tror at ingenting er galt, men jeg vet hva som feiler meg».

Balints studie sier ikke mer i detalj om Ps og legens perspektiver på de plagene P har, men det er forenlig med den informasjon Balint gir at P og legen ikke i vesentlig grad



er uenige om det faktiske innhold i de termene de bruker. Når tilfellet forstås på denne måten, er ikke problemet at P og legen knytter forskjellige begreper til termene de bruker. Problemet er at P vil at legen skal gjøre noe med plagene han har, men at legen ikke forstår at dette er Ps intensjon. Han har ikke forstått hvordan P tenker om sin egen situasjon og de håpene han har for konsultasjonen og som han gjerne vil overbringe til legen.

Viktig å skille mellom begrepene

For en doktor som møter en pasient, er det ofte viktig å forstå hvilke oppfatninger pasienten har om seg selv og konsultasjonen. Det er selvsagt mindre viktig i en del tilfeller hvor man kan basere diagnostisering og behandling på rene observasjoner. Det finnes imidlertid en lang rekke tilfeller som ikke er slik. Mange ganger finnes det ikke noe avgjørende biologisk kriterium, eller det er av praktiske eller kontekstuelle grunner ikke hensiktsmessig eller mulig å finne et kriterium. I slike tilfeller må legen ofte, i større eller mindre grad, basere diagnostisering og behandling på det han anser som pasientens oppfatninger om seg selv og det som plager ham (4, 14)

Et annen grunn til at det er viktig at leger forstår hvilke oppfatninger pasienter har, er at pasienter ofte må forstå de instruksjonene leger gir dem med hensyn til egenbehandling. Et godt eksempel kan være instruksjoner en pasient med diabetes får.

En tredje grunn er fundamental og nærmest prinsipielt umulig å komme utenom. Når man velger fremgangsmåte for å oppnå en korrekt diagnose, må man i første omgang vurdere pasienten som et objekt fremgangsmåten kan være plausibel i forhold til. Legen må i første omgang velge bort noen muligheter og konsentrere seg om andre. Det er pasientens rapporter om seg selv, for

eksempel om ubehag eller smerte et bestemt sted, samt legens fortolkning av disse som uttrykk for pasientens oppfatninger, som bestemmer valg av strategi for diagnostisering.

Så langt om hvorfor det er viktig at leger når frem til pasienters oppfatninger for at en lang rekke konsultasjoner skal være vellykkede. Hvilke fremgangsmåter skal så leger velge? Som blant andre Kringlen & Finset (1) viser, finnes det et utall av strategier, avhengig av den konteksten legen og pasienten befinner seg i. Det skulle imidlertid være klart at korresponderende til de to begrepene om kommunikasjon jeg har presentert, så finnes det to typer av strategier for å nå frem til pasienters oppfatninger.

Korresponderende til det semantiske begrepet bør leger bruke strategier som har til hensikt å skape en så god forståelse at pasienter uttrykker det samme begrepet som legene selv. Først når en slik språkplattform er på plass, kan leger ta fatt på det pragmatiske begrepet, ved å bruke strategier for å oppnå rimelige antakelser om hvilke oppfatninger pasienten har om seg selv og konsultasjonen. Poenget er at legen nå kan bygge på den felles språkplattformen. Han kan basere sine fortolkninger av pasientens perspektiver og ønsker på korrekte antakelser om hva pasienten mener med de ordene han bruker.

Viktigheten av å ha en felles språkplattform kan illustreres med et eksempel. En pasient har en mangefull forståelse av «diabetes» og «blodsukker» slik at han ikke uttrykker begrepene *diabetes* og *blodsukker*. Man kan videre forestille seg at pasientens lege forsøker å instruere pasienten med hensyn til egenbehandling, hvordan han skal måle blodsukkernivå etc. Pasienten klarer ikke å forstå instruksjonene. Legen blir oppgitt over at det tar så lang tid å få pasienten til å forstå hva han skal gjøre.

Grunnen til at pasienten ikke oppfatter legens instruksjoner er ikke, som legen tror, at pasienten har problemer med å systematisere informasjonen legen gir. Grunnen er at han ikke har forstått de medisinske ordene i første omgang. Derfor forstår han ikke hva legen mener med de enkeltsetningene han ytrer. Det legen må gjøre er å gå et skritt tilbake og bedre pasientens forståelse. Hvis han gjør det, vil pasienten oppfatte hvilke begreper legen uttrykker med ordene «diabetes», «blodsukker» og «insulin», og dermed også oppfatte instruksjonene legen gir. I korthet, legen og pasienten klarer ikke å kommunisere i en pragmatisk forstand siden de ikke kommuniserer i en semantisk forstand i første omgang.

Hvis pasienter og leger regelmessig forstod medisinske termer på samme måte, ville det ikke være så viktig å skille mellom de to begrepene om kommunikasjon. Da ville man lettere kunne forsvare bruken av et uavklart sekkebegrep om kommunikasjon, samt ideen om at strategier for å sikre en vellykket

samtale kan være uavklart i forhold til de to begrepene om kommunikasjon. Men når forskjellene i forståelse er så store som de empiriske studiene har vist, er det viktig at leger har noe kunnskap om forskjellen mellom semantisk og pragmatisk kommunikasjon.

Anvendelse

Noen vil kanskje innvende at det ikke er hensiktsmessig å skille mellom det semantiske og det pragmatiske begrepet om kommunikasjon hvis de ikke har klarere normative implikasjoner enn det jeg hittil har pekt på. For å imøtegå en slik innvending vil jeg utdype noe mer hvordan jeg mener at leger i praksis kan nyttiggjøre seg kunnskap om de to begrepene.

Jeg vil først si noe om det semantiske begrepet. I henhold til definisjonen på semantisk kommunikasjon var det slik at en pasient må ha en minimumsforståelse for at han skal uttrykke det samme begrepet som legen. Strategier for å sikre at pasienten og legen har et felles språk må derfor, fra legens side, være strategier som sikrer at pasienten får en slik forståelse.

Men hva vil det egentlig si å ha en minimumsforståelse? Hva det vil si å ha en minimumsforståelse er ikke åpenbart, og dessuten finnes det så mange forskjellige typer ord at det virker vanskelig å gi en generell definisjon som har klare normative implikasjoner.

Løsningen på dette problemet er å søke å unngå å definere hva en minimumsforståelse er. For en rekke medisinske termer finnes det en klar tilstrekkelig betingelse for å ha oppnådd en tilfredsstillende forståelse, nemlig kunnskap om termenes vanlige leksikale definisjon eller utlegning. Med dette menes ikke medisinsk kunnskap om detaljerte årsaksforhold og forhold til andre objekter, tilstander og hendelser. Legfolk skal rimeligvis ikke behøve å ha omfattende kunnskap om dette nettverket for å beherske vanlige medisinske begreper. Forslaget er snarere at kunnskap om den vanlige definisjonen eller utlegningen, slik den kan finnes i et vanlig leksikon, vil være tilstrekkelig for å ha en forståelse som er god nok for begrepsbeherskelse.

En god del termer som brukes i lege-pasient-interaksjon har riktignok ikke noe presis definisjon, slik som «slapphet», «døsighet», «ubehag», «syk», eller «smerte». Dette er ord som har en solid tradisjon utenfor det profesjonelle miljøet, og som legfolk derfor, i større eller mindre grad, føler seg berettiget til å forstå på en måte som ikke nødvendigvis er i tråd med en profesjonell forståelse. For en rekke ord er det imidlertid rimelig klart hva en vanlig korrekt definisjon eller utlegning er, og for disse ordene vil en pasient vanligvis rette seg etter doktorens bruk. Burge nevner det engelske ordet «arthritis» som et typisk eksempel (9). Andre eksempler kan være «hjerneslag», «diabetes», «lun-

gebetennelse», «AIDS», «kolesterol», «galleblære», «prostata» eller «emfysem». «Hjerteinfarkt» er for eksempel i Cappelens ettbindsleksikon (15) definert som «skade på hjertemuskulaturen pga. stans av blodstrømmen i en kranspulsåregrein, oftest som følge av blodpropp». De fleste navn på sykdommer som har klare biologiske kriterier faller inn under denne klassen, det samme gjør de fleste navn på fysiske objekter, tilstander og hendelser som det er vanlig å referere til i lege-pasient-interaksjon.

Det jeg vil foreslå er at leger bør, i de tilfeller der det virker relevant, ha slike definisjoner eller utlegninger i tankene. *Hvis legen har sikret seg at pasienten i rimelig grad har kunnskap om den leksikale definisjonen eller utlegningen, så har pasienten en forståelse som er god nok for å beherske det korresponderende begrepet.* Poenget er at dette er en betingelse som det i svært mange tilfeller ikke skulle være vanskelig for legen å sikre at er møtt. Ofte vil det være tilstrekkelig at han er eksplisitt overfor pasienten om hva som er den rette forståelsen.

En videre konkret anvisning på hvordan misforståelser kan unngås faller utenfor denne fremstillingen. En detaljert anvisning oppfatter jeg dessuten til dels som en oppgave for praktiserende leger selv. Man kan ikke på forhånd gi en generell bruksanvisning som dekker alle mulige kontekster. Det må i alle tilfeller brukes skjønn for å avgjøre om pasientens forståelse er god nok, og om det er viktig og fruktbart å legge vekt på forståelsen hans.

Når det gjelder den andre typen strategier som korresponderer med det pragmatiske begrepet, strategier som alene har til hensikt å nå frem til en pasients kognitive perspektiv, så virker det mer opplagt hva leger bør gjøre. Dette er også mer velkjent fra medisinsk litteratur om lege-pasient-interaksjon. Jeg vil derfor ikke gå i detalj når det gjelder dette begrepet, men noen poenger er på sin plass.

Noe av det viktigste vil være å innse at pasienten ikke har et medisinsk perspektiv på problemer som plager ham. I den grad det er mulig bør legen ta seg tid til å lytte til pasienten slik at han får et helhetlig perspektiv på hvordan pasienten tenker (4, 5, 14, 16, 17). De praktiske forholdene rundt konsultasjonen bør også legges til rette slik at pasienter føler det bekvemt å uttrykke de oppfatningene de har.

I forbindelse med det pragmatiske begrepet virker mye av det Kringlen & Finset (1) sier relevant. De legger vekt på faktorer som intervjueteknikk, tillitsforhold mellom lege og pasient og vektlegging av det som er viktig for pasienten. Noe av den ovennevnte internasjonale litteraturen (2, 3, 5) som beskriver og klassifiserer forskjellige perspektiver på sykdom, har også klare implikasjoner for hvordan en lege bør gå frem: Hvis en lege har kunnskap om at pasienter av typen T gjerne har et bestemt perspektiv P, så har en lege god grunn til å tro at en pasient av typen T som oppsøker ham har perspektiv P.

Avslutningsvis bør det bemerkes at det ikke er urimelig å anta at leger har en implisitt oppfatning av forskjellen mellom det semantiske og det pragmatiske begrepet om kommunikasjon. Når en lege forteller en pasient at pasienten har en sykdom «x», vil han vanligvis forklare pasienten hva «x» står for, i det minste så lenge «x» ikke er en dagligdags betegnelse legen har grunn til å tro at pasienten behersker fra før. Tilfeller hvor legen tar pasientens forståelse for gitt og heller forsøker å oppfatte hvilke oppfatninger pasienten har, faller derimot inn under pragmatisk kommunikasjon.

Det faktum at leger har en implisitt oppfatning av skillet mellom de to formene for kommunikasjon, betyr ikke at det er unødvendig å begrepsfeste skillet. En bevisstgjøring av distinksjonen vil føre til at den i større grad blir anvendt i de tilfeller der det er relevant, og også medføre at det blir enklere å anvende den. Jeg har dessuten gitt distinksjonen et substansielt innhold, spesielt er det blitt lagt vekt på hvilke betingelser som må være oppfylt for at semantisk kommunikasjon skal skje.

Litteratur

1. Kringlen E, Finset A. Den kliniske samtalen. Oslo: Universitetsforlaget, 1999.
2. Helman C. Culture, health and illness. Oxford: Butterworth-Heinemann, 1990.
3. Gannik D, Launsø L, red. Disease, knowledge and society. København: Samfundslitteratur, 2000.
4. Kleinman A. The illness narratives. New York: Basic Books, 1988.
5. Lupton D. Medicine as culture. London: SAGE Publications, 1994.
6. Richman J. Medicine and health. London: Longman, 1987.
7. Freidson E. Profession of medicine. Chicago: University of Chicago Press, 1988.
8. Putnam H. Philosophical papers. Bd. 2. Cambridge: Cambridge University Press, 1975.
9. Burge T. Individualism and the mental. Midwest Studies In Philosophy 1979; 4.
10. Evans G. Varieties of reference. Oxford: Clarendon Press, 1982.
11. Grice P. Logic and conversation. I: Cole P, Morgan J, red. Syntax and Semantics. Bd. 3. New York: Academic Press, 1975.
12. Austin J. Performative utterances. Philosophical papers. 2. utg. Oxford: Oxford University Press, 1970.
13. Balint M. The doctor, his patient and the illness. Tunbridge Wells: Pitman, 1964.
14. Pedersen S, Rosenberg R, Wulff H, red. Medicinsk filosofi. København: Munksgaard, 1990.
15. Cappelens ettbinds leksikon. Oslo: Cappelen, 1990.
16. Downie R, Macnaughton J. Clinical judgement: evidence in practice. Oxford: Oxford University Press, 2000.
17. Enelow A, Forde D, Brummel-Smith K. Interviewing & patient care. Oxford: Oxford University Press, 1996.

○