

Idealet om pasientsentrert kommunikasjon må ikkje føre til at legen let vere å bruke profesjonell autoritet til å påverke pasienten

Allmektig eller avmektig lege?

Sidan den pasientsentrerte metoden blei presentert midt i 1980-åra har omgrepet «pasientsentrert kommunikasjon» blitt innarbeidd som eit allment akseptert ideal for klinisk praksis. I same perioden har interessa for lege-pasient-kommunikasjon ført til omfattande forskingsaktivitet, spesielt i allmennmedisin. Denne forskinga har i hovudsak vore kvantitativ, prega av telling og måling, koding og klassifisering av samtalereplikkar, med registrering av korleis ulike typar talehandlingar fordeler seg mellom lege og pasient. På den måten har ein kunna dokumentere korleis praksis faktisk er, som til dømes at pasienten knapt får tid til å presentere seg med problemet sitt før han etter i gjennomsnitt 18 sekund blir avbroten av legen (1).

Denne forskinga er ofte prega av betydelege metodologiske veikskapar, som Torjus Midtgarden viser i ein artikkel i dette nummer av Tidsskriftet (2). Ut frå etablerte metodar har ikkje desse forskingsresultata blitt relaterte til kvarandre eller til ein felles operasjonell definisjon av pasientsentrert kommunikasjon. Dermed blir forskinga prega av «som ein ropar i skogen, får ein svar»: Observasjonar og funn blir subjektivt fortolka og let seg ikkje samanlikne med annan kommunikasjonsforskning innanfor eller utanfor medisinen.

I tillegg til å problematisere forskinga omkring pasientsentrert kommunikasjon kan det vere på sin plass å problematisere ein litt forhastig slutning om at kommunikasjonen alltid bør vere pasientsentrert. For dette idealet, i reindyrka form, kan lett komme i konflikt med andre ideal medisinen også skal ta vare på. I den definisjonen av pasientsentrert kommunikasjon som Midtgarden refererer til, heiter det at legen skal oppnå ei felles forståing av problemet og av handlinga «slik at den siste er i samsvar med pasientens verdiar». Det skal ikkje mykje refleksjon til før ein oppdagar at ei behandling som alltid er i samsvar med pasientens verdiar, føreset ein tafatt og handlingslamme lege som har lite å bidra med. Då hjelper det ikkje å vere flink til å lytte. Eg tenkjer til dømes på alle som gjerne vil ha B-preparat. Og eg tenkjer ikkje minst på alle dei helsepedagogiske oppgåvene legane har for å prøve å få folk til å endre livsstil. Eit vesentleg element er då ikkje berre å «involvere pasienten i den utstrekning pasienten selv ønsker det» (2), men også å påverke pasienten og å utfordre og problematisere pasientens verdiar. Av og til er det på sin plass å realitetsorientere, både om risiko og potensial for forandring. Av og til handler det om å hjelpe pasienten til å ville, handle, ta ansvar og sjøl ta styringa over livet sitt.

I vår iver etter å komme pasienten i møte er vi no i ferd med å utdanne ein generasjon legar som har fått understreka kor viktig det er å lytte til pasienten og ta han eller henne på alvor. Det er på høg tid, og vel og bra. Men det bør ikkje føre til at den gamle, allmektige legetypen blir erstatta med ein ny, avmektig variant. Allmakt og avmakt er like ille dersom ein skal gjere ein profesjonell jobb saman med og for pasientane (3). I dialogen med pasienten går vi, anten vi vil det eller ei, inn i eit maktforhold som bestemmer kva som fagleg skal gjerast, kven som skal gjere det, og korleis det skal skje (3). Legen kan ikkje unngå å vere pasientsentrert dersom han vil gjere ein profesjonell jobb. I den oppgåva ligg det også å bruke sin profesjonelle kunnskap og faglege innsikt så effektivt som råd er for å hjelpe pasienten, sjølv om det kan bety at både pasientens verdiar og private idyll kan bli utfordra. Det er tankevekkjande å registrere at pasientar som har vore tvangsinnlagde og tvangs-

behandla, ofte i ettertid vurderer dette som positivt og som ei trygg ramme rundt ein opplevd utrygg situasjon (4). Tvangsinnlegging er ekstreme tilfelle, og til all lukke ikkje ein situasjon dei fleste av oss står i til dagleg. Men både rusbehandling, eteforstyrningar, sjølvdestruktiv åtferd og suicidalproblematikk aktualiserer slike problem i vanleg klinisk praksis.

Både legemakt og pasientmakt er komplekse fenomen. Det har lenge vore vanleg å problematisere legens bruk av makt i møtet med pasienten og å forstå denne maktbruken som dominans (5). Dominans blir vanlegvis, med rette, oppfatta som negativt. Men makt handlar ikkje berre om dominans. I møte mellom menneske handlar makt om å få si sak gjennom. Makt kan brukast og misbrukt, og leger må ha eit reflektert forhold til korleis dei bruker makta si, slik både Per Måseide (6) og Nancy Ainsworth-Vaughn (7) overbevisande har argumentert for gjennom etnografisk og lingvistisk forskning.

Ingen er tent med ei forskning som tilslører kompleksiteten og forklarar til det ugjenkjennelege. For å forstå meir av klinisk praksis og dynamikken mellom pasient og lege trengst det ein breiare anlagt og meir analytisk prega forskning. Kirsti Malterud har vist kor viktig det er å gje kvalitativ metodikk ein større plass i klinisk medisin (8). Kvalitativ forskning eignar seg som regel dårleg som dokumentasjon og hypotesetesting, men meir til djuptgåande analysar og hypotesegenerering. I kommunikasjonsforskning handlar det ikkje minst om å stille rette spørsmål. Dei finn ein gjerne fram til gjennom kvalitative analysar. I artikkelen sin konkluderer Midtgarden med at kvantitative og kvalitative tilnærmingar til klinisk kommunikasjon kan korrigere kvarandre ved å fylle dels ulike deskriptive og eksplanatoriske behov (2). Det er ein konklusjon eg støttar.

John Nessa

john.nessa@isf.uib.no

John Nessa (f. 1949) er dr.med. og spesialist i allmennmedisin. Han arbeider som kommunelege i Hjelmeland, er førsteamanuensis ved Universitetet i Bergen og forfatter av boken *Medisin og eksistens. Samtale og psykodynamikk i allmennmedisin* (9).

Oppgitte interessekonflikter: Ingen

Litteratur

1. Simpson M, Buckman R, Steward M et al. Doctor-patient communication: the Toronto consensus statement. *BMJ* 1991; 303: 1385–7.
2. Midtgarden T. Måling av pasientsentrert kommunikasjon. *Tidsskr Nor Lægeforen* 2005; 125: 3133–5.
3. Læge-pasient-forholdet. Refleksjoner og visjoner. København: Det Etske Råd, 2003.
4. Rosenvinge J, Klusmeier A. Treatment for eating disorder from a patient satisfaction perspective: a Norwegian replication of a British study. *Eur Eat Disord Review* 2000; 8: 293–300.
5. Fugelli P, Stang G, Vilmar B, red. Makt og medisin. Oslo: Makt- og demokratiutredningen, 2003.
6. Måseide P. Possibly abusive, often benign, and always necessary. On power and domination in medical practice. *Social Health Ill* 1991; 13: 545–61.
7. Ainsworth-Vaughn N. Claiming power in doctor-patient talk. Oxford: Oxford University Press, 1998.
8. Malterud K. Qualitative research: standards, challenges, and guidelines. *Lancet* 2001; 358: 483–8.
9. Nessa J. *Medisin og eksistens. Samtale og psykodynamikk i allmennmedisin*. Oslo: Gyldendal Akademisk, 2003.