



**Jan Svennevig**  
Professor, Institutt for kommunikasjon, kultur og språk  
Handelshøyskolen BI

## Den gode samtale?

Mange etterlyser «den gode samtale». Og god pasientbehandling forutsetter gode samtaler mellom lege og pasient. Men kan det læres?

Nå i dataalderen kommuniserer vi mindre og mindre med mennesker og mer og mer med maskiner. Men i helsesektoren lever fortsatt samtalen. Og jeg tror internettdoktorene aldri vil utkonkurrere fastlegene, for vår helse er så viktig for oss at vi ønsker en ordentlig samtale med et menneske vi kan se i øynene. Vi ønsker ikke alltid bare å få stilt en diagnose og få foreskrevet en behandling, men vel så mye å luften våre bekymringer og få svar på våre spørsmål.

Alle mennesker kan samtale. Vi lærer kunsten å snakke sammen tidlig i barndommen og utvikler et sterkt og intuitivt forhold til denne kommunikasjonsformen. Så naturlig er den at vi sjelden tenker gjennom hvordan vi egentlig sier ting i ulike situasjoner. Er det så et poeng å lære leger å snakke med sine pasienter? Kan forskere bidra med noe som ikke legenes praktiske erfaring allerede har lært dem? Og risikerer man ikke tvert imot å forklutre den intuitive innsikten de allerede har utviklet? Jeg skal gi eksempler på begge deler.

Noe av det første kommunikasjonsforskere begynte å studere i lege-pasient-samtaler, var om pasienten ble hørt eller overkjørt av legen. Og mange mente at leger for raskt overtok ordet i konsultasjoner, og ikke lot pasienter få snakke ut. Faktisk regnet de ut at legen i snitt avbrøt pasienten etter 18 sekunder av sykdomshistorien. Dermed gikk de glipp av viktig informasjon, og pasienten følte seg ikke hørt. Løsningen ble

å anbefale leger å holde seg tause lengst mulig. Dette var nok et godt råd til enkelte, men kan ha blitt tolket litt for bokstavelig av noen. Vi vet alle at å snakke med noen som sitter helt taus, kan være vanskelig. Vi får ikke noen tilbakemelding på hvordan det vi sier blir oppfattet. Den danske samtaleforskeren Lone Laursen viste nylig at noen pasienter som møtte den nyutdannede generasjonen av lyttende leger, ble usikre. De begynte å famle, gjenta seg selv, eller til og med si mindre. Taushet kan nemlig også tolkes som manglende verdsettelse: Kanskje var ikke dette noe å bryt legen med likevel? Moralen er at lytting ikke er en passiv, men en aktiv handling. Man viser interesse og empati ved å stille oppfølgingsspørsmål, uttrykke sin forståelse osv. Og dette er ikke å avbryte pasienten. Vi må altså ikke legge bort vår intuitive kunnskap og forståelse og følge formelle retningslinjer mekanisk.

En samtale er altså grunnleggende et samarbeid, med bidrag fra begge parter, selv når den ene er den som primært fører ordet. Også når legen skal foreskrive en behandling, kreves det et aktivt samarbeid. Pasienten må ville la seg behandle etter legens anvisninger, og dette viser seg i samtalen ved at forslag til behandling rutinemessig følges av en aksepterende respons fra pasienten, gjerne et enkelt «ja vel», «okei» eller liknende. Det viser seg da også at det både helsemessig og motivasjonsmessig er en fordel at pasienten føler seg involvert i og medansvarlig for behandlingen av sin sykdom.

I enkelte tilfeller viser derimot pasienter aktiv eller passiv motstand mot legens forslag til behandling. De holder tilbake sin aksept, eller de kommer med argumenter for

en alternativ behandlingsform. Dette kan påvirke legen. Faktisk viser det seg at mye av overforbruket av antibiotika og andre reseptbelagte medisiner kommer etter press fra pasienter i konsultasjoner. I slike tilfeller kan altså den intuitive samtalekompetansen forlede leger til å være litt for villige overfor pasientens initiativ, og da kan noen gjennomtenkte strategier være på sin plass.

Den amerikanske forskeren Tanya Stivers viser at det er forskjell på om leger i slike tilfeller presenterer sitt forslag som et positivt forslag til behandling («her skal vi bruke hostesaft») eller som en fraråding av en annen («her trengs det ikke antibiotika»). Den siste varianten møter motstand fra pasienter i langt flere tilfeller enn den første. Man kan derfor med fordel fokusere på det positive forslaget til behandling heller enn på hva man har valgt bort. Nå fraråder ikke Stivers helt å si at man ikke anbefaler antibiotika, for noen ganger kan det være relevant å signalisere at man har vurdert det, for eksempel hvis pasienten har uttrykt en viss forventning om det. Men det bør komme etter en klar og tydelig anvisning om hva som faktisk er den foreskrevne behandlingen. På den måten kan man tilrettelegge for aksept heller enn å åpne samtalen for diskusjon av alternativer og dermed mulig press.

Jeg tror altså at kunsten å få til gode samtaler i helsevesenet kan læres til en viss grad. Men man må ikke følge gitte anvisninger blindt, man må holde fast på sin intuitive kunnskap. Det er nettopp det som gir oss mennesker et fortrinn fremfor data-maskinene.

## I neste nummer:

- Kolinesterasehemmere mot demens
- Hemikraniektomi ved hjerneslag
- Sykehus eller sykehjem?
- Hypernatremi hos eldre kvinne
- Sædanalyse
- MRSA-testing av adoptivbarn?