

Et sosiologisk perspektiv på legekonsultasjonen

Ved kroniske symptomer uten objektive sykdomstegn risikerer pasienten å bli oppfattet som problematisk eller krevende, og legen risikerer å fremstå som inkompetent eller lite forståelsesfull. Sosiologiske perspektiver på roller og de maktstrukturer som legens praksis og pasientens helseplager er innvevd i, kan gjøre det lettere å forstå hva som står på spill for både pasient og lege.

 Engelsk oversettelse av hele artikkelen på www.tidsskriftet.no

Anne Werner

anne.werner@ahus.no

HØKH, Forskningsenteret

Akershus universitetssykehus

Mange pasienter med kroniske muskelsmerter forteller om negative opplevelser fra sine legekonsultasjoner. De rapporterer at de er blitt møtt med skepsis og manglende interesse eller at de blir bebreidet for ikke å ha trent nok eller vært flinke nok til å slappe av. Også leger rapporterer om vanskelige konsultasjoner; de beskriver opplevelser av hjelpeløshet og avmakt.

Gjennom kvalitative intervjuer med ti kvinner med kroniske muskelsmerter har jeg studert deres beskrivelser av møtet med legen (1). De fortalte om hardt arbeid for å fremstå som troverdige pasienter – «akkurat passe syke» for at plagene skulle bli forstått som «ordentlige» sykdommer og ikke som tegn på psykisk ubalanse. Deres opplevelser kan tydeliggjøre hva som foregår: Pasientene kjempet ikke bare for egen (tro)verdighet; de forsøkte også å etterleve legekonsultasjonens skjulte spilleregler. I det følgende argumenterer jeg for at sosiologiske perspektiver kan bidra til en bedre forståelse av «vanskelige» konsultasjoner.

Sosiologi er et betraktningsslag

Sosiologi er studiet av forholdet mellom individ og samfunn (2). I sosiologien er man opptatt av hvordan vi gjensidig påvirker hverandre gjennom våre handlinger og at institusjoner legger føringer for individuelle handlinger og valg. Faget er ikke spesialisert inn mot én samfunnssektor, men prøver å overskride grensene mellom sektorene for å vise det som er felles for sosialt liv og samhandling.

Medisinsk sosiologi er studiet av hvordan sosiale og kulturelle forhold virker inn på sykdom, helse og medisinsk virksomhet (3). Fagfeltet har sprunget ut av helsesektorens behov for kunnskap og representerer et alternativt perspektiv til det rådende synet

innenfor medisinen, der sykdom og helse hovedsakelig fremstilles i biomedisinske eller psykologiske termer. Eksempelvis betegner «medikalisering» en prosess hvor medisinen får en stadig større rolle i samfunnet og kan bidra til overbehandling og sykkeligjøring. Ulike sosiologiske retninger har gitt begreper og modeller til analyser av sykdom og sykdomsrelatert samhandling.

Sykdom som sosialt avvik

I funksjonalismen, med utspring i Parsons' systemteori, betraktes sykdom som et sosialt avvik som krever kontroll fra samfunnet (4).

«Legekonsultasjonen er ikke et møte mellom jevnbyrdige parter med like muligheter til å få sin definisjon av virkeligheten igjennom»

Sykerollen innebærer både plikter og rettigheter. Når man defineres som syk, legitimerer det fritak fra dagliglivets forpliktelser. Betingelsen er at pasienten søker hjelp og samarbeider med legen. Den syke har plikt til å prøve å bli frisk, og legen har plikt til «å gjøre alt» for å hjelpe pasienten.

Pasientene jeg intervjuet, hadde prøvd «alt» – uten å bli friske (1). Likevel ble de ikke godtatt som syke. De hadde måttet kjempe for å bli undersøkt og for å få sykmelding eller rekvisisjon til fysioterapi. De opplevde at legens medisinske forståelse sto i konflikt med deres egen forståelse av plagene.

Parsons' sykerollebegrep har hatt stor betydning og møtt mye kritikk, blant annet for å være ensidig rettet mot akutte syk-

dommer som kan helbredes og for å gi et for idealisert bilde av lege-pasient-forholdet (3).

Sykdom som utslag av makt og ulikhet

Interessekonflikter og klassemotsetninger står sentralt i konfliktteorien (3). Sykdom, diagnostisering og behandling forstås som utslag av maktforholdene i samfunnet og ujevn ressursfordeling. I Freidsons analyse av medisinske profesjoner benyttes begrepet «profesjonell dominans» for å forstå legens overordnede makt i forhold til andre yrkesgrupper innen helsevesenet, en makt som kommer fra den legitime rett legen har til å definere den medisinske virkelighet (5). Like fullt beskriver Berg hvordan den medisinske profesjonens autoritet er redusert i helsesektoren til fordel for ikke-medisinske profesjoner (6).

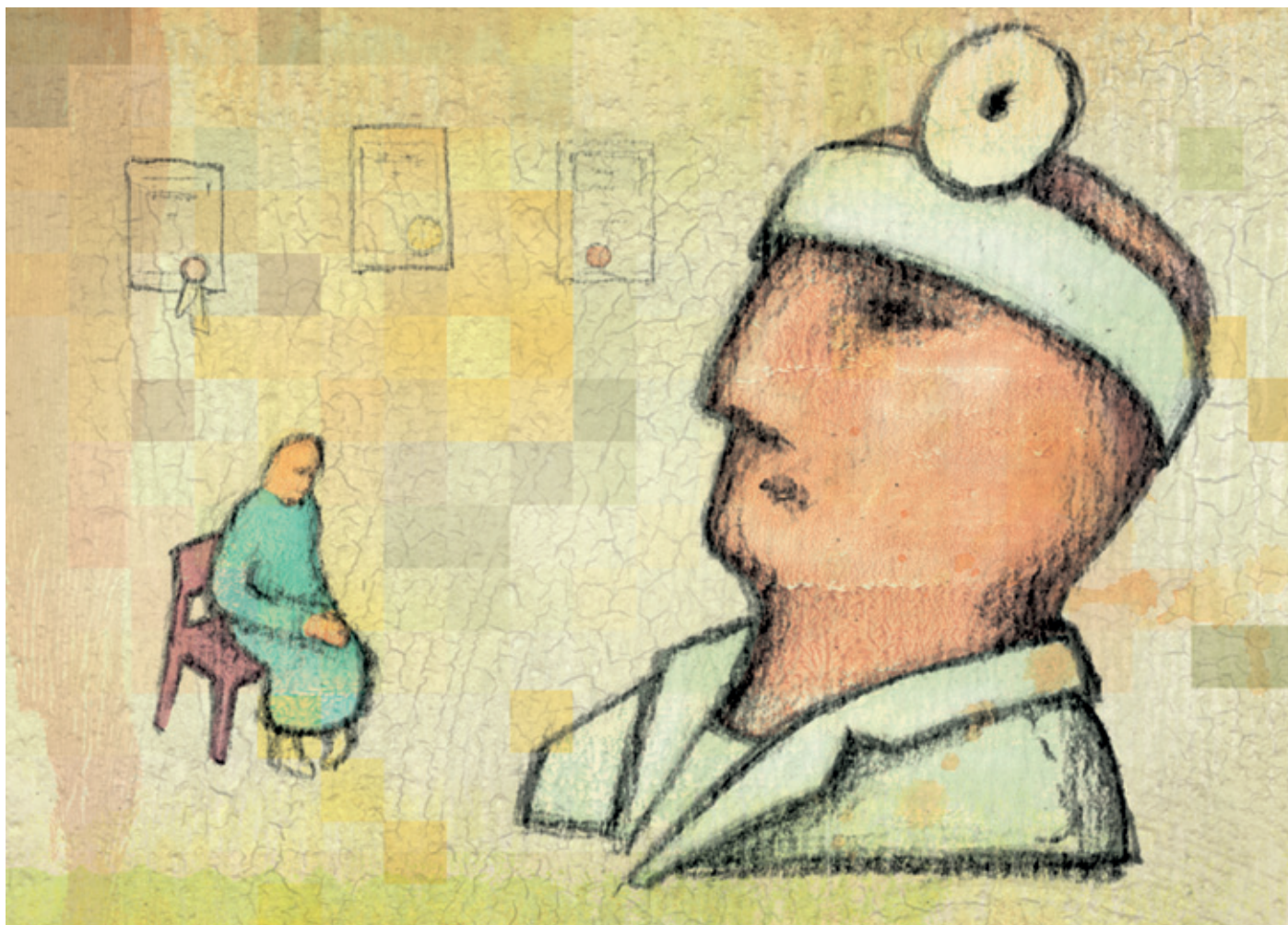
I Freidsons konfliktteori antas lege og pasient å komme fra forskjellige verdener sosialt og kulturelt (5). Den sosiale posisjonen former deres forestillinger og kunnskap – samme fenomen kan ha ulik relevans, tolkes forskjellig og få ulik betydning. Medisinen betraktes som ideologisk forankret og som utøver av makt og kontroll.

Løchens studie av livet i et psykiatrisk sykehus i 1960-årene var på mange måter begynnelsen på medisinsk sosiologi i Norge (7). Han brukte den diagnostiske kulturen til å betegne samhandlingsformer som kommer til uttrykk ved konflikter. Innenfor denne kulturen tolkes konflikter som individuelle og emosjonelle. Institusjonelle forhold og regler blir ikke tematisert.

Pasientene jeg intervjuet, beskrev legekonsultasjonen som en troverdighetstest (1). De fryktet å bli oppfattet som friske eller psykisk syke og å bli mistenkt for å lure legen til å gi dem en diagnose eller tilgang til velferdsytelser de egentlig ikke hadde krav på. Legen fremsto som «fienden» eller velferdsstatens vokter.

Sykdom som stigma

Symbolsk interaksjonisme er en teori om hvordan vår bevissthet om oss selv og



Illustrasjon Stein Løken

omverdenen utvikles gjennom samspill med andre (3). Goffmans studier av personlig samhandling er her viktige (8, 9). Han er opptatt av at det ikke er sykdommen som skaper sykerollen (8); det er snarere omvendt – den som stemples som syk, gjør det som forventes. Goffman bruker ordet «stigma» for å betegne sosiale reaksjoner på sykdom. Ulike sykdommer kan være mer eller mindre stigmatiserende. I Norge har Album vist hvordan sykdommers medisinske prestisje er hierarkisk ordnet, med kroniske lidelser som fibromyalgi blant de lavest rangerte (10).

Goffman anlegger et «dramaturgisk» perspektiv for å beskrive hvordan vi «spiller» roller med et strategisk siktemål for å påvirke den andres forståelse (9). Ved hjelp av ytre kjennetegn som klær og måter å snakke eller bevege oss på viser vi hvem vi er. Album bruker Goffmans teorier for å studere hvordan vi lærer å bli pasienter (11).

Pasientene jeg intervjuet, beskrev ulike strategier for å bli trodd og tatt på alvor i legekonsultasjonen (1). De anstrengte seg for å være «passe pågående», men også «passe føyelige» og «passe» i sin fremtoning gjennom kropp, klær og utseende. Kvinnene tilstrebet å formidle et inntrykk

av å ha en somatisk sykdom. Goffmans analyse hjelper oss til å se konsultasjonen som en arena hvor partene kjemper om definisjonsmakten. Pasientenes sykdomshandlinger fremstår som måter å leve opp til legens forventninger på.

Sykdom som sosial konstruksjon

Den sentrale tanken i sosialkonstruktivismen er at virkeligheten er sosialt konstruert (3). Den eksisterer ikke uavhengig av betrakteren, og det er gjennom språket vi begrepsfester omverdenen. Foucaults perspektiver på makt og sosial kontroll har her hatt stor innflytelse. I studier av fremveksten av den moderne legevitsenskapen og statens makt beskrives innføringen og reguleringen av nye, strenge normalitetskrav (12, 13). Den sosiale kontrollen er utvidet gjennom en mer subtil disiplinering av menneskekroppen og sinnet. Ifølge Foucault er makt noe som utøves mellom mennesker, ikke noe den enkelte har. Makten er allestedsværende og dynamisk. Det ligger for eksempel makt i det medisinske blikket som er med på å forme pasientens symptomer, væremåter og diagnoser.

Pasientene jeg intervjuet, beskrev sykdomsprat som kjedelig å høre på og «noe de

andre kvinnene holdte på med» (1). De distanserte seg fra stereotype forestillinger om kvinner som opptatt av sykdom, svake eller gale. I et sosialkonstruktivistisk perspektiv kan pasientenes strategier forstås som forsøk på å møte den moralske kontrollen og disiplineringen de opplever. Både pasientene og legen forholdt seg til en biomedisinsk sykdomsdiskurs (1). Foucault ser bruken av diagnoser som uttrykk for sosial kontroll, og diagnosene reflekterer pågående medisinske diskurser (13).

Måseide viser hvordan ekspertmodellen er avløst av samarbeidsmodellen som ideal for legekonsultasjonen (14). Samarbeidsmodellen tar imidlertid ikke hensyn til at medisinsk behandling forutsetter kunnskaps- og maktforskjeller (14). Legekonsultasjonen er ikke et møte mellom jevnbyrdige parter med like muligheter til å få sin definisjon av virkeligheten igjennom. Legen kan ikke velge å bryte rammene for det profesjonelle spillet uten at det får alvorlige konsekvenser (14). Måseide argumenterer for at legekonsultasjonen må analyseres ut ifra et makt-og-kontrollperspektiv som inkluderer forestillingen om makt som nødvendig for god praksis til tross for faren for krenkelser.

Sosiologiske betraktninger til hjelp for legen?

Presentasjon av kroniske og invalidiserende symptomer uten såkalte objektive sykdoms- tegn utfordrer legens oppfatninger av hva som er «reelle» sykdommer. Pasienten risikerer å bli kategorisert som problematisk, og legen risikerer å fremstå som inkompetent eller som en som ikke forstår pasientens perspektiv. Pasientene kan bli nødt til å kjempe for sin (tro)verdighet (1).

Med sosiologiske perspektiver kan utfordringene i vanskelige konsultasjoner forstås som relasjonelle og strukturelle heller enn knyttet til vanskelige pasienter eller vrangvillige leger. Sosiologiens meta- språk tilbyr analytiske redskaper for refleksjon. Dette kan være en hjelp til å løfte blikket og se medisinen og egen praksis og rolle fra nye synsvinkler. En forståelse av roller og maktstrukturer som begge parter er innvevd i, kan gjøre det lettere å forstå hva som kan stå på spill.

Anne Werner (f. 1968)

er sosiolog og dr.philos. med doktorgrad fra medisinsk fakultet. Hun er seniorforsker ved Forskningscenteret (HØKH), Akershus universitetssykehus.

Ingen oppgitte interessekonflikter.

Litteratur

1. Werner A. Kampen for (tro)verdighet. Kvinner med «ubestemte» helseplager i møtet med legen og dagliglivet. Doktoravhandling. Oslo: Det medisinske fakultet, Universitetet i Oslo, 2005. www.duo.uio.no/sok/work.html?WORKID=25139 [22.11.2011].
2. Garsjø O. Sosiologisk tenkemåte: en introduksjon for helse- og sosialarbeidere. Oslo: Gyldendal Akademisk, 2001.
3. Svensson R. Samfunn, medisin, sykepleie. Oslo: Ad notam Gyldendal, 2001.
4. Parsons T. The social system. London: Routledge & Kegan Paul, 1951.
5. Freidson E. Profession of medicine: a study of the sociology of applied knowledge. New York: Dodd, Mead & Company, 1970.
6. Berg O. Medisinens logikk. Studier i medisins sosialogi og politikk. Oslo: Universitetsforlaget, 1987.
7. Løchen Y. Idealer og realiteter i et psykiatrisk sykehus. Oslo: Universitetsforlaget, 1965.
8. Goffman E. Stigma. Hammondsworth: Penguin, 1963.
9. Goffman E. The presentation of self in everyday life. New York: Doubleday Anchor Books, 1959.
10. Album D, Westin S. Do diseases have a prestige hierarchy? A survey among physicians and medical students. Soc Sci Med 2008; 66: 182–8.
11. Album D. Nære fremmede: pasientkulturen i sykehus. Oslo: Tano, 1996.
12. Foucault M. The birth of the clinic. London: Routledge, 1973.
13. Foucault M. The will to knowledge. The history of sexuality: 1. London: Penguin, 1998.
14. Måseide P. Possible abusive, often benign, and always necessary. On power and domination in medical practice. Sociol Health Illn 1991; 13: 545–61.

Mottatt 7.1. 2011, første revisjon innsendt 4.7. 2011, godkjent 18.8. 2011. Medisinsk redaktør Petter Gjersvik.