

Konsultationen som intermezzo

AF LINA KLARA HOEL FELDE OG BETH ELVERDAM

Claus har været hos sin praktiserende læge. De har talt om forhøjet kolesterol og behandling. Claus fortæller:

Da sagde han [lægen], jeg havde for højt kolesterol. Og så sagde han: »Ved du hvad, jeg bestiller nogen piller.« Så sagde jeg: »Gør du det.« Og så gik jeg over og hentede dem, og så lagde jeg dem hjemme i skuffen. (...) Jeg tror ikke det stiger [kolesterolet], for jeg lever, som jeg altid har gjort. Og jeg vil leve, som jeg altid har gjort.

Claus' beslutning omkring håndtering af det høje kolesterol og medicintagning hverken starter eller stopper i læge-patient-mødet – konsultationen kan anskues som et intermezzo i personens hverdagsliv. Claus' behandlingsbeslutning starter ikke i konsultationen – han kommer ind i konsultationen med egne eksisterende modeller om krop og sygdom – modeller, der er forankret i hans livshistorie og hans levede dynamiske hverdagsliv. Han er ikke et »tomt kar«, der i mødet med lægen skal »fyldes« med information, som vil medføre, at han automatisk begynder at tage medicin. Tværtimod er læge-patient-mødet et kulturmøde, hvor patientens modeller møder og udfordrer lægens modeller. Hans behandlingsbeslutning stopper heller ikke i konsultationen – der sker en transformation fra Claus sidder i mødet med lægen til Claus kommer hjem. Her tolkes mødet med lægen ind i en hverdagspraksis, som består af multiple situationer, hvor læge-patient-mødet er én af dem. Behandlingsbeslutningen er en kontinuerlig beslutningsproces indpasset i biografi og hverdagsliv. Behandlingsbeslutningen er ikke definitiv, den forhandles i kontekster over tid. For Claus ville medicintagning bryde ind i hans stabile hverdagsliv. I stedet opretholder han hverdagslivets flow og orden ved ikke at tage medicinen og ved at »leve, som han altid har gjort«. Det er det rationelle for ham.

Claus udfordrer en medicinsk universel-rationel måde at tænke på. Set fra et biomedicinsk ståsted lyder spørgsmålet gerne sådan: Hvorfor tager Claus ikke den kolesterolsænkende medicin, han og lægen er »blevet enige om«? Den normative understrøm og den epistemologiske lukning i dette spørgsmål kan udfordres – vi vender spørgsmålet på hovedet: Hvordan skulle Claus kunne tage medicin for no-



Lina Klara Hoel Felde

Ph.D.-stipendiat, cand.med., bachelor i sociologi, Forskningsenheden for Almen Praksis – Syddansk Universitet og Danmarks Pædagogiske Universitetsskole – Aarhus Universitet.



Beth Elverdam

lektor, antropolog, Almen Medicin – Institut for Sundhedstjenesteforskning – Syddansk Universitet

get, han ikke mærker? Hvordan skulle han kunne tage medicin for at sænke kolesteroltallet (en biomedicinsk-defineret risiko), som blot måske kan udvikle sig til »noget« (fx en blodprop i hjertet) en gang i fremtiden?

Risikoen forbundet med højt kolesterol er et eksempel på en biomedicinsk-etableret fikseret kategori, forankret i en klassisk universel rationalitet, som læger, i en naturvidenskabelig tradition, er skolet til at tænke med. For den enkelte, ligesom Claus, er den personlige risikohåndtering dog snarere forankret i en *kontekstuel erfaringsbaseret og praksisorienteret* (Wynne 1994) rationalitet, frem for universalitet. »Risiko« eksemplificerer, hvordan menneskers daglige kontinuerlige konstruktioner af begreber og modeller nuancerer og adskiller sig fra statiske og universelle biomedicinsk konstruerede begreber. Det biomedicinsk forankrede risikobegreb og det voksende fokus på risici indenfor medicinen afspejler det risikosamfund, som sociologen Ulrich Beck beskriver i sin teori om risikosamfundet (Beck 1992). Biomedicinens risikokonstruktion og Becks teori udtrykker et taget-for-givet fikseret risikobegreb og instrumentelt-kalkulativt handlende enkeltindivider. Denne universel-rationelle tilgang til risiko implicerer, at alle handlinger baseres på komplette og konsistente præferencer og viden og er rettet mod et klart og givet mål via et uni-

verselt-rationelt valg (Elster 1983), sådan som vi genfinder det i utilitarisme og økonomi. Og denne risikotilgang differencierer ikke mellem, hvad der sker på samfundsniveau og hvordan den enkelte skaber mening i interaktion med andre. Der overses, hvordan identitet, handling og mening etableres socialt i samspillet mellem mennesker (Mead 1934, Garfinkel 1967, Goffman 1974, Schutz 1970) – hvordan handling og mening forankres og indpasses i den enkeltes biografiske erfaringer og dynamiske hverdagspraksis er fraværende.

Patientens hverdagsliv

Claus lever ikke i risiko i sit hverdagsliv eller i risiko i relation til fremtiden. Han kan godt leve *med*, italesætte og anerkende, at der er en *generel* (universel) risiko, men parallelt både etablerer han sin egen *personlige* risiko og håndterer den med sin egen (situationelle) strategi: Han tager ikke piller og spiser og lever sådan, »som han altid har gjort«. Han placerer risikoen væk fra hverdagslivet. Kropsligt erfaret sygdom ville, som et pejlemærke, bryde hverdagslivets flow og stabilitet og gøre risiko synlig og central i hans liv. Når kroppen går fra at være fraværende til at blive nærværende (Leder 1990), fra noget, han *er*, til noget, han *har*, bliver risikoen, som bevæger sig i en kontinuerlig proces, flyttet fra periferi til centrum – og der skal nye strategier til for at flytte risikoen tilbage til periferien. Risikoen gives mening igennem den enkeltes situerede praksis. Risikoen er ikke statisk, og den håndteres ikke universelt, men er i en situationel-kontekstuel bevægelse på et kontinuum mellem periferi og centrum af livet – på et kontinuum mellem brud og flow i hverdagslivet.

I medicinsk litteratur og praksis tænkes der ofte lineart og algoritmisk – der søges efter en trin-for-trin-recept, med henblik på fx at ændre patienters livsstil: Patienten gives information – patienten får viden, der ændrer patientens holdning, som ændrer patientens adfærd. De biomedicinske modeller bliver de »rigtige«, mens patientens modeller reduceres. I det daglige håndterer den enkelte ikke den biomedicinsk-definerede risiko på en universel-rationel måde i enhver hverdagssituation (der er ikke muligt at tænke kalkulativt i enhver situation), men forankrer etableringen og håndteringen af risikoen i hverdagspraksis og biografi. Det er netop de situationelle variationer i handling og mening, der giver en overordnet logisk sammenhæng for Claus, ikke et universelt handlingsmønster. I sit kontinuerlige arbejde med egen identitet og etablering af mening (»webs of significance«) (Geertz 1973), bruger Claus egne modeller og erfaringer fra sin *hverdagskundskab* – en kundskab, som er erfaringsbaseret, »tavs« og tages for givet (*naturlig indstilling*) (Schutz 1970). Hverdagskundskaben er del af en *fælles* realitet og samtidig situationelt og elastisk re-

digeret af den enkelte. Claus gør brug af denne hverdagskundskab, når han organiserer sit daglige sociale liv og konstruerer en meningsfuld og ordnet social verden i samspillet med andre. Claus trækker på erfaringsforankrede *klassificeringskemaer*, når han møder nye situationer, fx i forhold til det høje kolesterol, og han trækker på *praktiske opskrifter*, som gør det muligt at håndtere dette fænomen, højt kolesterol, der udspiller sig i hans *intersubjektive verden* (Schutz 1970). Han lever i og bærer med sig en fælles kultur, fx fælles diskurser omkring risiko, samtidig som han producerer sin egen lokale kultur, idet han skaber sine egne risikodiskurser, redigerer dem og håndterer et højt kolesterol med egne strategier.

At se konsultationen som et intermezzo i patientens liv betyder, at patienten i konsultationen trækker på erfaring og modeller fra før læge-patient-mødet og indpasser læge-patient-mødet og forståelserne derfra i allerede eksisterende sammenhænge, modeller og hverdagspraksis i aldrig afsluttede processer.

Når den praktiserende læge aktivt inddrager patientens kontekst

Praktiserende læger bruger aktivt viden om patienternes liv. De går, nok uden altid at reflektere videre over det, ind i det konkrete hverdagsliv for at få viden. Almen praksis er tæt på hverdagslivet – der møder hverdagslivet sundhedsvæsenet (norsk: helsevesenet). Det er i almen praksis, at rummet åbnes for udfoldelsen af patienters biografi og hverdagsliv, og det er i almen praksis, *betydningen* af at åbne for patienters biografi og hverdagsliv tydeliggøres. Der *tales* i almen praksis, og talen er det afgørende »redskab«. At talen tager udgangspunkt i livshistorie og hverdagsliv er afgørende, for at patient og læge sammen konstruerer den viden, der er central for den praktiserende læge. Det indebærer kompleksitet, men giver nødvendig viden.

Observationer af konsultationer i almen praksis, hvor forældre kommer sammen med deres småbørn, viser, hvordan hverdagslivsfortællingen er central for den praktiserende læges etablering af viden: Ved at anerkende det levede hverdagslivs plads i konsultationen, spørge ind til hverdagslivet og parallelt analysere moderens og faderens konkrete hverdagslivsfortælling, etablerer lægen viden om, hvordan barnet har det, om, hvordan relationen er mellem forældre og barn, og om det er et friskt og raskt barn. Et analytisk spørgsmål om, hvordan barnet har det, er rettet mod et analytisk svar, som »godt« eller »dårligt«, hvilket ikke nødvendigvis betyder det samme for lægen som for pa-

forts s. 24





tienten – de har forskellige modeller. Det analytiske spørgsmål kan lukke dialogen, epistemologisk, og umuliggøre en fælles viden om, hvordan barnet har det. Derimod: At stimulere til en udfoldelse af patientens hverdagslivsfortælling åbner et refleksionsrum i konsultationen, hvor lægen og patienten sammen etablerer viden i en aktiv proces.

Parallelt med, at lægen her undersøger barnets hofter, ledes samtalen ind på, hvordan barnet får føde i hverdagen:

MODEREN: Hun [barnet på fem måneder] får faktisk kun [mad, mælk] ved mig. Det var jeg sådan lidt flov over at skulle sige til dig. (...) Sundhedsplejersken [norsk: helsesøster], hun sagde, at der var ingen grund til at skynde sig, fordi hun trivedes så godt og sådan noget, og så...

LÆGEN: Det synes jeg heller ikke, at der er.

MODEREN: Nej, men altså, hun skal [have andet end modermælk]. Jeg har købt det, det står klar på køkkenbordet. Jeg tænkte faktisk, at jeg må hellere gå i gang, inden jeg skal herop. (...) Men det er altså, fordi det går fint, og hun sover fint om natten.

LÆGEN: Jeg ville da synes, det var skide hyggeligt [at der ammes] for at sige det rent ud. Jeg ville da ikke have spor imod, om du ammede, om så de blev tre år.

Igennem den konkrete fortælling fra hverdagslivet etableres der viden om, hvordan barnet har det – igennem hvordan det spiser og hvordan søvnen er – og noget om, hvordan moderen har det. Moderens og lægens modeller mødes i et epistemologisk åbent rum. Lægen formidler, igennem dialogen, sin model om, at amning er fremragende, men anerkender samtidig moderens modeller omkring mad og amning.

Mening etableres i samspillet mellem mennesker, mellem læge og patient. Det afgørende bliver, at lægen analyserer patientens handlinger i hverdagslivet (sådan som de rekonstrueres i konsultationen) og derigennem får viden om den meningsetablering, der er knyttet til handlingerne. Lægen arbejder på den måde i et analytisk rum – i et rum mellem, hvordan en konkret levet verden ser ud for patienten, og, hvordan patienten igennem beskrivelsen af hverdagspraksis fremstiller, producerer og giver sin verden mening (Gubrium & Holstein 1997). På denne måde reduceres den praktiserende læges viden ikke til en viden, der tager udgangspunkt i biomedicinske modeller. Ved aktivt at analysere og bruge patientens hverdagslivsmodeller *udvides* lægens viden. Det er der en særlig mulighed for i almen praksis.

At være ansvarlig overfor patient og konsultation er ikke nødvendigvis at styre konsultationen igennem bestemte faser og spørgsmål, frem imod et bestemt endemål. Det ansvarlige kan være at slippe los og anskue konsultationen som en pågående proces, et *fællesskab* mellem læge og patient, en samtale, der lever sit eget liv. At håndtere konsultationen er ikke at kontrollere den. Det er netop ansvarligt,

når der åbnes for patientens *sammenhængende hverdagslivsfortælling* – konsultationens muligheder udvides. At slippe los indebærer ikke, at patienten »taler om, hvad som helst«. Patienten »taler netop ikke om, hvad som helst« i konsultationen – de formidler sine eksisterende forklaringsmodeller, fortalt igennem, hvordan de lever med krop og sygdom i hverdagslivet. Ved at indlede en konsultation med »Fortæl« og derefter, uden afbrydelser, lytte til patientens fremstilling af, hvordan »problemet« udspiller sig i hverdagslivet, åbnes et fantastisk analytisk rum, der giver en afgørende viden om patientens modeller og hvad, »problemet« består i – det er ansvarligt. Dialogen reduceres ikke til en skindialog, der foregår på lægens præmisser, begrænset til biomedicinens krops- og sygdomskategorier. En reel dialog er på begges præmisser.

At lytte til patientens modeller

At *lytte* til patientens *etablering* af sin verden udfordrer den biomedicinske verdensdefinition. I stedet for, at verden i almen praksis anskues som objektiv, universel, singular, definitiv og uafhængig, kan verden beskrives som multidimensionel, partikulær, bevægelig, fleksibel og elastisk (Law 2004).

Patientens »problem« kan ikke reduceres til fikserede tagen-for-givne biomedicinske kategorier. Der er flere parallelle konstruktioner af krop og sygdom i spil i konsultationen. I medicinen tages betydningen af begreber ofte for givet, og grænserne mellem kategorier er fikserede. Hvad højt kolesterol er eller hvad amning er, kan tages for givet, hvis verden på forhånd er defineret som en definitiv verden uden anerkendelse af andre(s) definitioner. Men det kan ikke tages for givet, at læge og patient lægger den samme betydning i begreber og kategorier. Det er afgørende, at lægen ikke tager betydningen af de begreber, som patienter bruger, for givet. Det er afgørende, at lægen udfordrer og twister egne kategorier og begreber, og gør grænserne mellem kendte kategorier redigerbare, bevægelige og elastiske. Det implicerer en kritisk refleksion over grænserne for gyldighed i egen diskurs (De Cuzzani 2003). Åbne spørgsmål lader netop patienterne *etablere* begreber og kategorier igennem deres hverdagslivsfortælling. I det følgende møde mellem Nora og lægen udtrykkes betydningen af, at Nora selv *etablerer* et begreb. Hvis lægen kun havde hørt ordet »utæt« og der ikke var åbnet for Noras beskrivelse af hverdagslivet og hendes forklaringsmodeller i relation til begrebet, ville betydningen i »utæt« for lægen været reduceret til en, for lægen tagen-for-given, betydning (ses i slutningen af det følgende citat). Noras beskrivelse giver lægen en bredere viden om, hvad Noras strabadser er, en viden, som konstrueres i samspillet mellem lægen og Nora:

NORA: Jeg er blevet lidt utæt.

LÆGEN: Hvad mener du med det, helt præcist?

NORA: Ja, at holde på vandet.

LÆGEN: Hm.

NORA: Om natten.

LÆGEN: Ja.

NORA: Jeg kan sommetider stå op en tre-fire gange, ikke, og skal ud, og skal af med noget, jeg kan godt gå om dagen i flere timer, der er ikke noget. Okay, hvis jeg er i nærheden af et toilet, ikke, for ellers så... om det er noget psykisk, det ved jeg ikke, jeg skal meget på wc, ikke, men jeg drikker også meget. Jeg drikker meget vand. (...) Men nogen gange, i nat, der kunne jeg sove i seks timer, uden at jeg har været oppe, ikke, men sommetider, der var en nat, der var særligt slem, der var jeg oppe hver halve time. Ja, der kommer altså også noget ud, det er det mest mærkværdige, det er ikke bare en trang, vel, der kommer virkelig noget ud.

LÆGEN: Nej. Hvad har du tænkt kunne være grundene til det?

NORA: Jeg ved det ikke rigtigt, jeg har så småt tænkt på, om det har noget med mit hjerte at gøre.

LÆGEN: Ja.

NORA: For jeg kan huske en af de gange, jeg var inde og blive undersøgt, at jeg sagde, at jeg skal tisse meget, når jeg får de der hjerte... øh... kuller, ikke... (...) jeg har altid skullet meget på wc. Inden jeg gik hjemmefra og når jeg kom tilbage igen, og så, om det bare er noget, jeg, hvad skal jeg sige, noget psykisk noget, at man synes, at nu skal man lige tømme sig ud, ikke. (...) Men jeg har også lagt mærke til, at hvis jeg for eksempel skal ud og vaske op, ikke. Der har ikke været noget inden, jeg gik ud, men bare fordi jeg står og roder med noget vand, så kommer trangen, og så må jeg bare smide, hvad jeg har i hænderne, for så skal jeg virkelig, ikke.

LÆGEN: Jeg skal igen forstå. Du er utæt... det første, jeg tænkte, da du sagde det, det var, at du gik og dryppede i bukserne, for eksempel.

NORA: Nej, det gør jeg ikke.

En reel åbning for patientens modeller, tolket ud fra patientens hverdagslivsfortælling, hindrer, at lægen forbliver i egne kategorier, og hindrer, at den viden, der ligger i analysen af patientens hverdagspraksis, forbliver skjult. Det kræver, at udgangspunktet ikke er den biomedicinske kategorisering af krop og sygdom, der reducerer vidensetableringen, men at udgangspunktet forskydes til et *symmetrisk møde* mellem patientens hverdagslivsfortælling og de biomedicinske modeller. Det implicerer, at lægen ser personen før patienten. Lægen udfylder således ikke allerede eksisterende, fikserede og reducerende biomedicinske kategorier for krop og sygdom – lægen lytter til og analyserer, hvordan patienten *etablerer sine* modeller, og anerkender dem som ligeværdige blandt multiple modeller af krop og sygdom. Denne pluralistiske tilgang implicerer en reel udfordring af de biomedicinske modeller som værende objektive, singulære og de eneste gyldige forklaringsmodeller – og understreger en reel udfordring af den universelle rationalitet som værende den eneste sande fornuft. Patient og læge skal

ikke blive enige om sygdommen eller tilstanden – de har forskellige modeller, som de trækker på i etableringen og klassificeringen af krop og sygdom. Det, de kan blive enige om, er, hvad der skal ske for at afhjælpe det, patienten søger til læge for.

Parallelt med, at patientens hverdagslivsfortælling åbner op for afgørende viden for den praktiserende læge, forankrer også den praktiserende læge refleksioner og handlinger i en »tavs«, erfaringsbaseret og kontekstsensitiv rationalitet – ligesom vi har set, at Claus bruger denne situerede praksisforankrede rationalitet i hverdagslivet. At gøre brug af denne bevægelige erfaringsbaserede rationalitet er et potentiale, en nødvendig færdighed og et udtryk for ansvarlighed i almen praksis. Når lægen taler med Claus om fx det høje kolesterol, gør lægen biomedicinsk kundskab elastisk, bruger »det kliniske blik« og den erfaring, han eller hun har om Claus' kontekst – lægen er situationssensitiv for at begribe patienten »der, hvor personen er«, ud fra patientens hverdagslivsfortælling.

Når »landkortet udvides«

At »udvide landkortet« (norsk: kart over landskapet) i konsultationen, så der udspilles en dialogspiral på både lægens og patientens præmisser, hvor lægens og patientens gensidigt anerkendte modeller reelt kommer i spil med hinanden, giver en udvidet større viden og bryder den »modelmagt« (Bråten 2004) – magtposition – som lægen ellers har. En epistemologisk lukning hindres. Hvis ikke patientens modeller også reelt inddrages, reproduceres asymmetrien i læge-patient-relationen, og den viden, der ellers kunne etableres, forbliver skjult eller tabes. Muligheder åbnes ved at dyrke åbne spørgsmål, hvor der spørges ind til et konkret hverdagsliv – et hverdagsliv, som er fyldt med lægerelevant viden. Viden i almen praksis tydeliggøres og gøres robust igennem patienternes fortælling fra deres levede hverdagsliv.

Citaterne og empirien stammer fra Beths observationer i almen praksis og Lina Klaras dybdeinterviews med personer, der har højt kolesterol, begge materialer fra Danmark.

Litteratur

- Beck, U. (1992) *Risk Society: Towards a New Modernity*. London: Sage.
- Bråten, S. (2004) *Kommunikasjon og samspill – fra fødsel til alderdom*. Oslo: Universitetsforlaget.
- De Cuzzani, P. (2003) *Å lese medisinen – Normalitet og patologi i den franske medisinfilosofi*. Oslo: Spartacus Forlag.
- Elster, J. (1983) *Spur Grapes: Studies in the Subversion of Rationality*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Garfinkel, H. (1967) *Studies in Ethnomethodology*. Englewood Cliffs, NY: Prentice-Hall.

- Geertz, C. (1973) *The interpretation of cultures*. London: Fontana Press.
- Goffman, E. (1974) *Frame Analysis*. New York: Harper & Row.
- Gubrium, J.F. and Holstein, J.A. (1997) *The New Language of Qualitative Method*. New York: Oxford University Press.
- Law, J. (2004) *After Method – Mess in social science research*. London: Routledge.
- Leder, D. (1990) *The absent body*. Chicago: The University of Chicago Press.
- Mead, G.H. (1934) *Mind, Self, & Society*. Chicago: The University of Chicago Press.
- Schutz, A. (1970) *Collected papers. Studies in Phenomenological Philosophy III*. The Hague: Martinus Nijhoff.
- Wynne, B. (1996) *May the shape safely graze?* A reflexive view of the expert-lay knowledge divide. In Lash, S., Szerszinski, B. and Wynne, B. (eds) *Risk, Environment and Modernity: Towards a New Ecology*. London: Sage.

Evt. spørgsmål og kommentarer kan rettes til: elverdham@health.sdu.dk / lkhf@dpu.dk



FOTO: © REGIN HJERTHOLM