



ALLMENNMEDISINSKE UTFORDRINGER

Utposten publiserer for tiden en artikkelserie under denne fellesbetegnelse. Vi ønsker å sette lys på felter av allmennmedisinen som kan virke vanskelige, uklare og diffuse, og som man kanskje ikke lærte så mye om på doktorskolen, men som vi stadig konfronteres med i vår arbeidshverdag. Redaksjonen ønsker også innspill fra leserne.

Pasienten som medskapende aktør i behandlingsrommet

– et mulig perspektiv for arbeid med pasienter med minoritetsbakgrunn?

AV ARILD AAMBØ

Legeyrket utvikles i et broket og til tider spenningsfylt område, omkranset av ideer om evidensbasert medisin, pasientsentrert medisin, profesjonsetiske føringer og markedsmekanismer. Her stilles det store krav både til legens evne til å kommunisere og forhandle.

Forhandlinger krever imidlertid at også pasienten kan presentere sitt syn, hvilket legen ikke alltid kan ta for gitt. Denne artikkelen viser hvordan legen kan assistere pasienten i å utvikle sitt perspektiv og videre en utvikling av lege-pasient-forholdet fra compliance til samarbeid.

To viktige begreper har de siste tiårene gjort sitt inntog i vestlig medisin: Det ene er evidensbasert medisin, av mange oppfattet som en vei ut av den vilkårligheten, usikkerheten og tvilen som fra tid til annen kan ramme den praktiserende legen. Når den frembragte evidensen så spriker, hvilket den



Arild Aambø

er fungerende direktør ved Nasjonal kompetanseenhet for minoritetshelse (NAKMI) ved Ullevål universitetssykehus. Tidligere spesialist i allmennmedisin. I 1994 opprettet han Primærmedisinsk verksted (PMV) i Bydel Gamle Oslo, og ledet dette frem til 2004. PMV har arbeidet for å utvikle metoder og modeller for helsefremmende arbeid som kan oppleves meningsfulle i en flerkulturell sammenheng.

fra tid til annen gjør, søkes enten en omforent forståelse ved at eksperter på det aktuelle feltet samles i consensusgrupper og utarbeider felles retningslinjer («state of the art»), eller ved at forskere trekker konklusjoner på basis av metastudier – studier av andres forskning som baseres på strenge kriterier for hva som kan gjelde som evidens. Det sier seg selv at dette har vært et viktig tilskudd til både medisinfaget generelt og allmennmedisinen spesielt. Evidensbasert medisin er da også for mange blitt så godt som synonymt med «best practice», selv om det noen ganger kan se ut som om enkelte proponenter, i et skinn av vitenskapelighet, ukritisk lener seg på teknologisk kunnskap og prosedyrer (1).

Det andre begrepet som i økende grad har vunnet terreng, er pasientsentrert medisin. Den pasientsentrerte medisinen, som noen ganger ikke bare oppfattes som en kontrast til den evidensbaserte, men nærmest som dennes motpol, baserer seg på en forståelse av pasienten som et menneske med

unike behov og muligheter, og refererer til kliniske møter som kan karakteriseres ved at legen ikke bare lar pasientens egne behov og preferanser komme til uttrykk, men hvor pasientens egen kunnskap aktivt brukes som rettesnor – både for interaksjonen og i informasjonsarbeidet – og hvor beslutninger tas i fellesskap (2). Det har også vist seg at pasienter med for eksempel kroniske sykdommer som blir involvert i utformingen av den helsetjenesten de skal motta, har færre symptomer, mindre smerter og er både gladere og mer tilfreds enn dem som har en lege som selv fikser det meste (3). Ideen om at pasienten (og til dels også pårørende) besitter kunnskap som er verdifull, ja nærmest uunnværlig i helsearbeidet, har fått stort gjennomslag også på det helsepolitiske plan. For eksempel kan en lese i Opptrappingsplan for psykisk helse (4):

Pasienter, brukere og pårørende har viktig erfaring med og kunnskap om hvordan tjenestetilbudet bør fungere. Denne informasjonen er viktig for politikere, administrasjon og fagfolk og gjør brukerne til viktige deltakere når tjenestetilbudet skal utvikles og formes. Samtidig vil brukere som engasjeres i medvirkning ofte få styrket egne evner til å mestre eget liv. Brukermedvirkning vil også skape kunnskap og forståelse om psykisk helse i befolkningen.

Likevel, selv om svært mange støtter opp om disse ideene – på den ene siden den evidensbaserte medisin, som i dag kan love optimal behandling for en lang rekke sykdommer, og på den andre siden ideen om at pasientens perspektiv må tillegges betydelig vekt i utformingen av helsetilbudet – viser forskning at ideene kun i begrenset omfang gjenspeiles i praksis (3, 5, 6).

Til tross for alle sine fortrinn, klarer ikke den evidensbaserte medisinen helt å ta steget fra ideenes verden til konsultasjonsrommet. En kanadisk spørreundersøkelse (5) viser at selv om 86 prosent av legene var positive til fremveksten av den evidensbaserte medisinen, og hele 75 prosent avviste tanken at den kun hadde begrenset verdi i allmennpraksis, mente halvparten at denne form for legevirksomhet stilte for store krav til deres praksis. Medianverdien for hvor stor del av respondentenes kliniske praksis som var evidensbasert, var 60 prosent. Fire faktorer viste seg å være av signifikant betydning: pasientens forventninger, legens kjønn, type praksis (solopraksis eller

gruppepraksis) og det kliniske arbeidets omfang (antall timer per uke). I vår sammenheng er 'pasientens forventninger' av særlig relevans. At disse har signifikant betydning er vesentlig å merke seg, i og med at de i stor grad formes av «ikke-medisinske» kilder. Media og internett (5) spiller naturlig nok en viktig rolle her, men også pasientens sosiokulturelle bakgrunn, og pasientens forventninger kan til tider være stikk i strid med gjeldende evidens.

Når det gjelder den pasientsentrerte tilnærmingen, finner en at en rekke pasienter rett og slett ikke presenterer sitt perspektiv for legen – i alle fall ikke uten videre. Grunnen antas å være deres tro på at legen ikke verdsetter «ikke-medisinske» kunnskapskilder, som f.eks. personlig erfaring eller lekmannens oppfatning om hvordan helse og sykdom påvirkes av hverdagslivets realiteter. Tendensen til at pasientens anliggender forblir uuttalt, er blitt forsøkt kompensert for gjennom ulike pasientutdanningsprogrammer (bl.a. nettbaserte kurs) (3), tildels med godt resultat. Men det er heller ikke uvanlig at legen på sin side vegrer seg for å ta pasientens perspektiv på alvor, da dette lett kan bidra til at hans overveielser om diagnose og behandling, som i seg selv kan være kompliserte nok, ytterligere kompliseres (2). I en oversiktsartikkel om hvordan pasienters hint og bekymringer kommer til uttrykk i kliniske konsultasjoner (6), siteres undersøkelser som viser at allmennpraktiserende leger ikke bare er lite

flinke til å legge merke til stressbetinget adferd hos sine pasienter, men at legens adferd ofte hindrer pasienten i å komme frem med sine bekymringer. Dette skjer for eksempel ved at legen avbryter eller stiller avledende spørsmål, ofte relatert til fysiske forhold – noe det utvilsomt også kan være viktig å ta rede på, men som altså kan bidra til at pasientens perspektiv neglisjeres.

En annen undersøkelse (3) viste at bare fire av 35 pasienter var i stand til å ta opp alle de tingene de ville snakke med sin lege om, og nesten halvparten av de 35 konsultasjonene som denne studien omfattet, endte med misforståelser, uønskede resepter, ubrukte resepter eller manglende compliance. Forskningen viser altså at legene er lite flinke til å få frem pasientens perspektiv – med andre ord: Til tross for at mange leger responderer ut fra hva de tror pasientene forventer av dem, står heller ikke den pasientsentrerte medisinen så sterkt som en skulle ønske.



ILLUSTRASJONSFOTO: ANDRÉS RODRÍGUEZ



De fleste pasienter vil ha ideer om årsaker og sammenhenger som kan bidra til et tilfredsstillende behandlingsforløp. I den kliniske konsultasjonen er det legen som må ta ansvar for at det utvikles en felles forståelse, skriver artikkelforfatteren. ILLUSTRASJONSFOTO.

En slik verken-eller-situasjon kan tyde på at det er andre, konkurrerende hensyn tilstede – det skal jeg komme tilbake til. Først vil jeg presentere to kliniske vignetter som illustrerer hvordan ideene om den evidensbaserte og den pasientsentrerte medisinen noen ganger gjenspeiler seg i klinisk praksis, og baner vei for et mulig tredje perspektiv som jeg har kalt pasienten som *medskapende aktør i behandlingsrommet*.

På venterommet insisterte en eldre mann høyløyd på at han umiddelbart måtte snakke med legen. Så imperativ virket hans fremtreden at legesekretæren ikke så annen utvei enn – til tross for overfylte timelister – å be legen finne litt tid for ham mellom to andre pasienter. Vel inne på legens kontor fortalte mannen så indignert at han kom fra Legevakten, hvor han først hadde henvendt seg. Der hadde de ikke skjont noe som helst, mente han. Først hadde de tatt røntgenbilder av lungene og deretter fortalt at han hadde en lungebetennelse som han trengte penicillin for. Men, fortsatte han: «Hva hjelper vel det? Det som skjedde var at jeg besvimte og falt om på gulvet hjemme i leiligheten. Jeg vet ikke hvor lenge jeg lå der eller hva som kan ha skjedd mens jeg lå der, men noe slikt har jeg aldri opplevd før. Jeg ble helt lam, og klarte såvidt å komme meg inn i en drosje som så kjørte meg til Legevakten. Jeg mener bestemt at jeg må ha vært utsatt for et nervegassangrep. Slik følte det. Men tror du at de på Legevakten ville høre? I stedet kom de med disse penicillintablettene som de insisterte på at jeg måtte ta!»

I denne situasjonen var det nødvendig for legen å ta stilling til følgende problemstilling: Er mannens utsagn uttrykk for en underliggende sykdom som vil kreve en helt annen form for behandling – kanskje til og med bruk av tvang? Med andre ord: Led han av vrangforestillinger og var hans beretning uttrykk for en psykotisk tilstand? I neste omgang måtte legen så stille seg spørsmålet: Hvilke konsekvenser vil det ha om mannens egen historie settes til side, at hans uttalelser bagatelliseres eller ignoreres? Og videre: Hva ville

skje om han nå forsøkte å tale denne mannen til rette? Erfaringene fra Legevakten synes å gi en pekepinn: Her hadde legen gitt sin medisinske vurdering (som det forøvrig neppe var grunn til å stille spørsmål ved), uten å ta hensyn til pasientens egen oppfatning. Pasientens umiddelbare reaksjon vites det ikke noe om, men resultatet av den konsultasjonen var at han altså straks hadde oppsøkt en annen lege.

På den annen side: Om det samme hadde skjedd i Nord-Irak under Saddam Husseins regime, ville en slik historie ikke være helt usannsynlig (i alle fall ikke i ettertid, når evidensen for nervegassangrep mot enkelte kurdiske landsbyer var etablert). I dagens fredelige Norge ville det nok likevel være mest rimelig å oppfatte mannens historie om et nervegassangrep som vrangforestilling. Men hva om mannen var irakisk flyktning? Kunne en ikke da tenke seg at han hadde hatt et alvorlig «flashback»; at han her i eksil spontant gjenopplevde noe som faktisk en gang var skjedd i hans hjemland? Det som legen altså måtte ta stilling til, var om pasientens historie gav mening i den konteksten han befant seg, og i denne saken var det kun sitt eget skjønn legen hadde å stole på.

Om legen derimot velger å oppfatte mannen som en rasjonell, meddelende aktør (7), hvordan skulle da hans budskap forstås? Kunne det være at mannen uttrykte seg metaforisk? Sett at han forsøkte å gi uttrykk for at hans luftveier var blitt skadet av et sykdomsfremkallende agens, som videre hadde påvirket hans nervesystem på en slik måte at han hadde mistet kontroll og falt sammen, og nå trengte hjelp for å komme til hektene etter denne sjokkerende opplevelsen? Kunne det være at hans «nervegassangrep» i bunn og grunn likevel var forlikelig med legens forståelse, som hadde utgangspunkt i kunnskap om bakterier og nevrotoksiner, og at mannen faktisk bare ikke hadde innsett dette?

Folks respons avhenger (som vi har sett gjelder dette også legers adferd overfor sine pasienter) av hvilke forventninger man har til dem. Konsekvensene av å oppfatte mannens historie som et «symptomatisk» uttrykk for alvorlig sinnssykdom, ville ganske sikkert være svært forskjellige fra om han ble oppfattet som en tilregnelig aktør som uttrykker seg i uvanlige eller mer eller mindre gåtefulle metaforer. I vårt tilfelle valgte legen det siste:

Legen forklarte mannen at han hadde hørt om noen tabletter som nettopp kunne lindre skadene etter slike «nervegassangerep», og at han kunne få en ny resept på dette. Dette var utvilsomt mer i tråd med mannens oppfatning, og han ønsket å forsøke en slik medisin en periode. Han fikk en ny resept, denne gangen på et annet antibiotikum, og dessuten avtale om kontroll etter en uke. Ved kontrollen kunne mannen nøkternt fortelle at han følte seg bedre. Tablettene hadde hjulpet, men han var likevel ikke helt bra. Det var en hoste som plaget ham. Så kom det, til legens forbauselse: «Tror du vi skulle forsøke en penicillinkur?» Under denne konsultasjonen var mannen betydelig mer meddelsom, og han fortalte nå at hans tilværelse var «fullstendig forgiftet» av konflikter han hadde rotet seg opp i. Han hadde som følge av tidligere uoverensstemmelser flere rettsaker gående, og fordi han følte at myndighetene motarbeidet ham, hadde han til overmål stevnet såvel politi som fylkesmann inn for retten. Ved neste konsultasjon kom han med to bæreposer fylt med rettsdokumenter. På legens spørsmål: «Hvordan orker du å holde på med alt dette da?», svarte han lakonisk: «Jeg har ikke noe annet å fylle tiden med!» Det fulgte flere samtaler som naturlig nok dreide seg om hva som ville være meningsfulle aktiviteter for denne mannen.

Gjennom de korte samtalene med legen hadde mannen utviklet en ny forståelse av sine problemer. Når han ble oppfattet som en rasjonell aktør hvis utsagn ble ansett som valide beskrivelser av den virkeligheten han var fanget i, og som det var grunn til å ta på alvor – med andre ord en mann som det var verd å samhandle med – begynte han å oppføre seg deretter. Samtalene fikk etter hvert et eksistensielt preg som både lege og pasient hadde glede av og kunne verdsette.

En mann i 50-årene var nettopp blitt utskrevet fra en psykiatrisk institusjon, hvor det var blitt startet opp medikamentell behandling for en alvorlig depresjon. Også før den aktuelle episoden hadde han hatt lengere perioder hvor han hadde vært sykmeldt på grunn av nerveproblemer. Han hadde før han ble syk hatt en ansvarsfull jobb og hadde nå en svært vanskelig tid hvor det stod om å gjenvinne innflytelse, respekt og tillit på arbeidsplassen. Dessuten hadde han nylig pådratt seg betydelige økonomiske problemer fordi hans kone hadde sluttet i jobben og begynt å studere. Allerede i den første samtalen kom det frem at denne mannen næret en betydelig interesse for såvel sin egen historie som for vårt lands kulturhistorie. Legen, som selv nettopp hadde stiftet bekjentskap med Snorres beretning om Harald Hårfagres langvarige depresjon og hvordan Torleiv den spake gjennom sine kløke-

tige ord hadde bevirket at «kongen steig til vit og gløymde av all dårskapen» (8), kunne ikke dy seg og fortalte til pasienten hvilket inntrykk denne historien¹ hadde gjort på ham. Pasienten, som også hadde lest Snorre, kjente ikke igjen akkurat denne historien, men da han kom tilbake neste time hadde han ikke bare funnet frem til den og lest den, men han kunne stolt vise frem et dikt han selv hadde skrevet: King Harald. Det lød²:

Chained to past as dead your life becomes a sad mourning of life that once was real but never more shall be

How to loosen the chain that bind to past as dead the powers of your mind

Open your bewitched mind and beware of the signs of death that prove how dead the dearest one really is

Now, never more allow your soul to be bound to the dearest one who never more shall be alive.

Dette diktet kan på mange måter forstås som et uttrykk for mannens egen situasjon. Hans utfordring var: Hvordan kan vi glemme det som binder oss til fortiden og komme oss videre i våre liv? Når en skal besvare dette spørsmålet vil en måtte ta stilling til to vesentlige problemstillinger: Den første er knyttet til språket. Det er i bestrebelsene på å sette ord på våre erfaringer at vi knytter forbindelser mellom sanseinntrykk, ord og mening. Om vi glemmer våre tidligere erfaringer, forsvinner også deler av språket, og våre muligheter for å kommunisere med andre reduseres. Dette leder oss til problem nummer to, som er knyttet til vår identitet: Hvem er jeg? Er det ikke nettopp gjennom vår kommunikasjon med andre at vi blir i stand til å danne oss et bilde av oss selv og våre relasjoner, og er det ikke også gjennom disse relasjonene at våre liv får mening? I språkliggjøringsprosessen vil sosiale normer og andre kulturelle forhold spille en viktig rolle som vesentlige føringer for meningsdannelse – som en mer eller mindre tydelig ramme som kan utfordres, neglisjeres, eller som vi kan innrette oss etter. For meg ser det ut til at det er først når vi blir i stand til å se våre erfaringer i en slik sammenheng at vi kan komme oss videre i våre liv. Det er kun pasienten selv som kan ha en formening om når han er klar til å ta en slik beslutning, men legens perspektiv og erfaring kan likevel være viktig «input», noen ganger nærmest fungere som en katalysator i tilhelingsprosessen:

Mannen kom senere tilbake for flere samtaler, men han virket ikke lenger deprimert, og i løpet av forbausende kort tid var han tilbake på jobb – nå i redusert stilling slik at han også kunne dyrke sin interesse for diktekunsten.

I begge disse vignettene ser vi at den evidensbaserte og den pasientsentrerte medisinen utfyller hverandre. Evidensbasert behandling var i begge tilfeller allerede foreskrevet. Det vignettene handler om er hvordan denne behandlingen

¹ Denne historien viser forøvrig tydelige likhetspunkter med den amerikanske psykiateren Milton Ericksons tilnærming til mentale problemer (9).

² Forfatteren har tidligere gitt sitt samtykke til at diktet kan benyttes i undervisningssammenheng.

ble satt inn i rammer som gav rom for pasientens eget perspektiv. Begge vignettene bærer videre preg av en slags spontanitet. Intervensjonen sprang ut av situasjonen der og da. Som redaktøren av JAMA skrev i en leder (1):

«The compassionate and effective application of the best medical science to a particular patient is the essence of the art of medicine.»

Det hører likevel med til den siste historien at da jeg hørte om den frapperende effekten det faktisk hadde hatt for mannen å skrive dikt, ville jeg selv prøve å foreslå det overfor en annen deprimerert pasient som også hadde vist betydelige kreative evner. Det førte imidlertid bare til at hans prestasjonsangst ble aktivert og hans lidelser forsterket – noe jeg først ble gjort kjent med etter lang tid. Det er nok manges erfaring at den type intervensjoner, som er så preget av legens relasjon til pasienten og ikke minst den aktuelle situasjonen, vanskelig kan overføres til andre kontekster. Det vesentlige her tror jeg likevel var at det allerede i utgangspunktet lå en anerkjennelse av pasientens eget perspektiv. Pasienten ble oppfattet som en rasjonell aktør som det var verdt å lytte til og samhandle med. Det var ikke lenger et spørsmål om compliance eller lydighet, men om *deltakelse*.

Denne anerkjennelsen av pasienten som rasjonell, medskapende aktør beforder gjensidig læring, hvor legen, dels gjennom sine spørsmål, dels gjennom hva han bringer inn i konsultasjonen, bidrar til at pasientens eget perspektiv utvikles (10). Pasientens perspektiv er altså ikke nødvendigvis en «stabil» størrelse som han eller hun bringer med seg til konsultasjonen og som kan uttrykkes bare pasienten får muligheten til det (7), men, om jeg kan ty til et begrep fra familierterapien, en slags ko-konstruksjon (11). I samhandlingen utvikles et felles synspunkt, en måte å se, tenke og snakke om ting på. Og det er når pasienten har utviklet dette perspektivet, som altså ikke er et resultat av at legen har informert ham om hvordan hans sykdom best skal kunne forstås, men som likevel må kunne sies å være et produkt av samtalen (12, 13), at han får et grunnlag for egne beslutninger. Med andre ord: En felles forståelse som danner grunnlag for handling.

Finnes der da evidens for at en slik forståelse, som jeg her argumenterer for, er viktig for vårt kliniske arbeid? Og videre: Hvordan kan vi egentlig vite at vi forstår hverandre? Selv om forskningen på feltet synes sparsom, finnes det likevel noe: En nederlandsk forskergruppe har således nylig utviklet et instrument for å ta rede på i hvilken grad lege og pasient faktisk har utviklet en felles forståelse av pasientens tilstand. De har også funnet at en slik felles forståelse er knyttet til såvel pasienttilfredshet som pasientens opplevelse av å bli tatt hensyn til (14). Andre har kommet til lignende resultater (2). Slik sett kan *felles forståelse* sies å være et sentralt begrep i pasientsentrert medisin.



ILLUSTRASJONSFOTO: LUCIAN COMAN

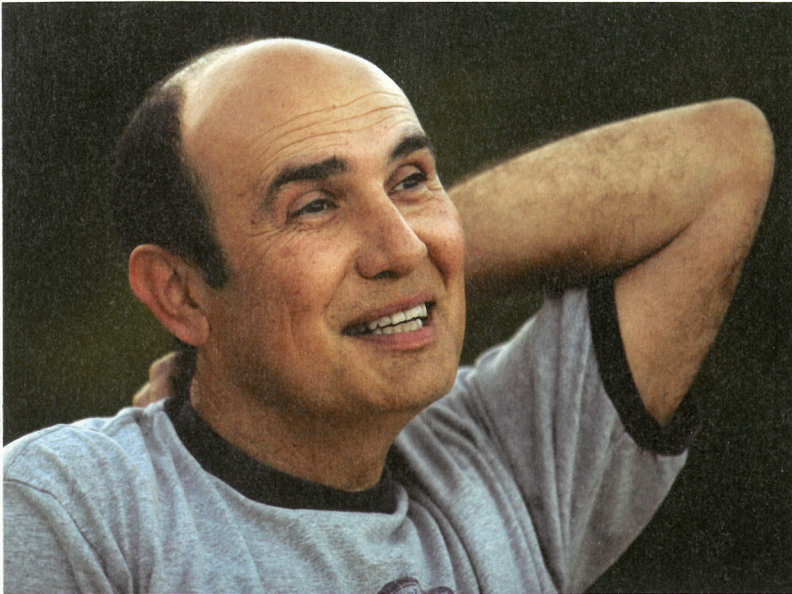
I psykiatrien blir betydningen av dette særlig tydelig, idet vi her ser ut til å stå overfor et paradoks³: På den ene side et ønske om å se pasienten som en rasjonell aktør hvis utsagn gir mening i den livssituasjonen han befinner seg i, på den annen side det faktum at pasientens utsagn *også* er viktige som grunnlag for vårt diagnostiske arbeid. I arbeid med pasienter som har en annen sosiokulturell bakgrunn kan en stå overfor lignende problemer: Ønsket om å ta pasientens perspektiv på alvor kan noen ganger bli lammet av forklaringsmodeller som, om pasienten i det hele tatt presenterer de, kan virke altfor eksotiske og fremmedartete til at en norsk lege kan ta dem på alvor. Den nederlandske forskergruppen har da også vist at både etnisk bakgrunn og språkferdigheter i stor grad innvirket på om en felles forståelse ble utviklet eller ikke (14). Derfor synes denne problemstillingen å være av særlig interesse også i et flerkulturelt perspektiv.

I den kliniske konsultasjonen er det legen som må ta ansvar for at det utvikles en felles forståelse, men det synes betimelig å reise spørsmålet: Kan det skje på måter som er mer systematiske og forutsigbare enn det vi har sett i vignettene over? Innen kommunikasjonsforskningen møter en begrepet «grounding»:

«To ground what is said is to establish the mutual belief that the addressees have understood the speakers well enough for current purposes... People carry out joint activities against their common ground – their mutual knowledge, mutual beliefs, and mutual assumptions» (16).

³ Et paradoks blir forklart som en sekvens av påstander som er av en slik karakter at, dersom de sees isolert, hver for seg, vil de alle virke fornuftige og riktige; men når de stilles sammen, vil de føre til motsigelser eller til absurditeter (15).

ILLUSTRASJONSFOTO: GALINA BARSKAYA



Grounding (17) skjer f. eks. gjennom en prosess hvor legen (om)formulerer noe av det pasienten allerede har sagt, og så spør: «Har jeg forstått dette riktig?» Når pasienten bekrefter dette verbalt eller nonverbalt, har en vært gjennom en grounding-sekvens. I vanlig samtale gjentas slike sekvenser ofte, men, merkelig nok, når en kommer i stressende situasjoner hvor det kan være svært viktig å forstå hverandre, kan det være lett å glemme dette vesentlige elementet i kommunikasjonen.

Til grunn for felles beslutninger ligger altså en prosess hvor begge parter utvikler tro på at en forstår og blir forstått av den andre. Det andre spørsmålet som straks reiser seg er: Hva er så viktig i den kliniske samtalen at vi må være særlig omhyggelige med å gjennomføre slike til dels tidkrevende grounding-prosedyrer? Innen den transkulturelle psykiatrien har en lenge vært opptatt av explanatory models (EM) (18), dvs. hvordan pasienter forstår og forklarer sin sykdom. Til grunn for EM, som i stor grad kan sidestilles med det vi tidligere har omtalt som pasientens perspektiv, ligger bl.a. vår sosiokulturelle tilhørighet, og fullt utviklet vil EM inneholde fem elementer (19): Hva sykdommen kalles, sykdommens årsak, sykdommens forløp, behandling og prognose. De fleste pasienter vil ikke presentere en fullt utviklet modell, men mange vil ha ideer om årsaker og sammenhenger som, dersom de ikke tas i betraktning, kan påvirke behandlingsforløpet slik vi så det i den første vignetten. Fra legens side vil en omhyggelig grounding av pasientens EM kunne bidra til å sikre et tilfredsstillende behandlingsforløp. Dersom en pasient ikke spontant kommer frem med sitt perspektiv, finnes der i dag gode metoder som legen kan benytte seg av i arbeidet med å utvikle pasientens perspektiv, og akronymet ETHNIC er introdusert for å gjøre det lettere å huske de ulike stegene i prosessen (20):

E: EXPLANATION

- Hva tror du kan være grunnen til at du har disse symptomene?
- Hva sier venner, familie og andre om disse symptomene?
- Kjenner du noen andre som har hatt eller har denne typen problemer?
- Har du hørt/lest/sett noe om det på radio/aviser/TV? (Hvis pasienten ikke kan gi noen forklaring, spør hva som bekymrer ham mest i forhold til problemene hans).

T: TREATMENT

- Hva slags medisiner, andre remedier eller annen behandling har du prøvd for disse plagene?
- Er det noe du spiser, drikker eller gjør (eller unngår) jevnlig for å holde deg frisk? Fortell meg om det.
- Hva slags behandling ønsker du fra meg?

H: HEALERS

- Har du søkt råd fra alternative healere/behandlere, venner eller andre personer (ikke leger) for å få hjelp til problemene dine? Fortell meg om det.

N: NEGOTIATE

- Forhandle om alternativer som er gjensidig akseptable for deg og pasienten din og som ikke strider mot, men heller inkorporerer, pasientens oppfatninger.
- Spør hva som er de viktigste resultatene pasienten din håper å oppnå etter denne intervensjonen.

I: INTERVENTION

- Bestem en intervensjon sammen med pasienten din. Den kan inkludere alternative behandlinger, religiøs praksis og healere i tillegg til annen kulturell praksis (f.eks. mat som spises eller unngås generelt og ved sykdom).

C: COLLABORATION

- Samarbeid med pasienten, familiemedlemmer, annet helsepersonell, healere og ressurser i miljøet.

Som vi ser, stilles det mange spørsmål og det kan være tidkrevende å få svar fra pasienten på alt, ikke minst om legen gjennom grounding-prosedyrer skal sjekke ut sin forståelse av pasientens perspektiv. Dessuten kan det være at en del pasienter slett ikke er interesserte i å delta i utformingen av helsehjelpen – at de faktisk ønsker å overlate ansvaret til de profesjonelle (selv om forskning viser at leger har en tendens til å undervurdere pasienters behov for medvirkning) (21). Det vil da være legens ansvar å finne ut i hvilken grad pasienten er motivert for å gå inn i en slik aktiv rolle. Om de ikke ønsker det, må også dette respekteres, men slike forhandlinger krever både tid og energi. Derfor er det ikke til å undres over om noen betakker seg og heller – på samme

måte som ved bruk av tolk, hvor forskning viser at mange leger ikke tar seg bryet med å tilkalle tolk fordi det er tidkrevende, til dels upraktisk og noen ganger vanskelig å få til (22) – tar det som det kommer, og forsøker å se an det hele. Her står vi, som det innledningsvis ble antydnet, overfor et annet dilemma: I en tid da nyliberalismen står sterkt og markedskreftene har fått mer og mer å si, også innen medisinen, er det fare for at medisinfaget som profesjon med sterke etiske føringer kommer i skyggen, ja til og med noen ganger blir satt til side. Kanskje trenger vi å bli minnet om at: *Medicine is, at its center, a moral enterprise grounded in a covenant of trust* (1).

I alle fall vil vi som allmennpraktikere gjøre klokt i å bevisstgjøre oss selv om at det er i det brogete og kontrastfylte feltet som omkranses av ideer om evidensbasert og pasientsentrert medisin, legeprofesjonens etiske føringer og de liberale markedskreftene, at vårt fag utvikles. Noen ganger kan dette feltet fremstå som ubehagelig spenningsfylt, men det er likevel her vi må utøve vårt virke, og det er innenfor de begrensningene som her skapes at pasientens eget perspektiv fremstår som en ny ressurs som kan berike vår praksis.

Referanser

1. Glass MR: The Patient-Physician Relationship. JAMA Focuses on the Center of Medicine (leder) *JAMA* 1996 Vol 275, no 2, s 147–148.
2. Rogers A, Kennedy A, Nelson E, Robinson A: Uncovering the Limits of Patient Centeredness: Implementing a Self-Management Trial for Chronic Illness. *Qual Health Res* 2005; 15; 224–239.
3. Ellner A, Hoey A, Frisch LE: Speak up! Can patients get better at working with their doctors? *BMJ* Vol 327: 303–304.
4. *Opptrappingsplan for psykisk helse 1999–2006*. St.prp.63 (1997–98).
5. Tracy C, Dantas G, Moieddin R, Upshur R: The nexus of evidence, context, and patient preferences in primary care: postal survey of Canadian family physicians. *BMC Family Practice* 2003, 4:13 (<http://www.biomedcentral.com/1471-2296/4/13>).
6. Zimmermann C, Del Piccolo L, Finset A: Cues and Concerns by Patients in Medical Consultations: A Literature Review. *Psychological Bulletin* 2007 Vol 133, No 3 438–463.
7. Velprey L: The Patient's View: Issues of Theory and Practice. *Cult Med Psychiatry* (2008) 32: 238–258.
8. Sturlason S: Soga om Harald Hårfagre i Snorre; *Kongesogor*. Oslo: Lie & Co 1959.
9. Haley J: *The Psychiatric Techniques of Milton Erickson, MD – Uncommon Therapy*. New York: W.W. Norton & Company (1986).
10. Phillips B: Reformulating Dispute Narratives Through Active Listening. *Mediation Quarterly* Vol 17 nr 2: 161–180 (1999).
11. Inger IB, Inger J: *Co-constructing Therapeutic conversations. A Consultation of Restraint*. London: Karnac Books Ltd (1992).
12. McGee D: An Interactional Model of Questions as Therapeutic Interventions. *Journal of Marital and Family Therapy* Vol 31, nr 4: 371–384 (2005).
13. Bavelas BB, Cotaes L, Johnson T: Listeners as Co-Narrators *Journal of Personality and Social Psychology* Vol 79 nr 6: 941–952 (2000).
14. Harmsen JAM et al: Assessment of mutual understanding of physician patient encounters: development and validation of a mutual understanding scale (MUS) in a multicultural general practice setting. *Patient Education and Counseling* 59 (2005) 171–181.
15. Psillos S: *Philosophy of Science A-Z* Edinburgh: Edinburgh University Press 2007.
16. Clark HH; Conversation, structure of. I: Nadel L (Ed.) *Encyclopedia of Cognitive Science* (820–823). Basingstoke, England: Macmillan (2002).
17. Clark HH, Brennan SE; Grounding in Communication. Kap 7 i LB Resnik, JM Levine, SD Teasley; *Perspectives on Socially Shared Cognition*. S 127–149. Washington: American Psychological Association.
18. Kleinman A; *Patients and Healers in the Context of Culture*. Berkeley: University of California Press (1980).
19. Bhui K, Rüdell K, Priebe S; Assessing Explanatory Models for Common Mental Disorders. *J Clin Psychiatry* 67 (2006): 964–971.
20. Levin SJ, Like RC, and Gottlieb JE. ETHNIC: A framework for culturally competent clinical practice. In Appendix: Useful clinical interviewing mnemonics. *Patient Care* 2000; 34(9):188–189.
21. Arora NK; Interacting with cancer patients: the significance of physicians' communication behavior. *Social Science & Medicine* 57 (2003) 791–806.
22. Kale E; «Vi tar det vi har» Om bruk av tolk i helsevesenet i Oslo, en spørreundersøkelse. *NAKMI: skriftserie om minoriteter og helse* nr. 2. Oslo: NAKMI (2006).

Evt. spørsmål og kommentarer kan rettes til: a.aa@nakmi.no

UTPOSTEN
– meldinger om og fra
den gode primærmedisin