

Utilgjengelighet

■ **ARILD AAMBØ** • Seniorrådgiver ved NAKMI (Nasjonalt kompetansesenter for minoritetshelse)

■ **TOVE RUTLE** • Legesekretær og redaksjonssekretær i Utposten

Denne artikkelen handler om allmennmedisinske idealer og allmennlegens hverdag. Forfatterne reflekterer over noen opplagte sannheter om tilgjengeligheten og dens motstykke, utilgjengeligheten, og diskuterer videre hva som står på spill når legen og hans medhjelpere dras mellom mange og sprikende oppgaver. Enkelte løsninger antydes.

HOVEDBUDSKAP:

- Når legen skal være tilgjengelig for én, må han bli utilgjengelig for andre.
- Utilgjengelighet er således en nødvendig ressurs som må forvaltes med omhu.
- Utilgjengelighet kan formidles gjennom organisatoriske og fysiske byggverk.
- Når utilgjengelighet blir signalisert i møter ansikt til ansikt, kan det lett oppleves som manglende interesse, og hos sårbare personer som avvisning.
- Legesekretæren har en viktig rolle i forvaltningen av utilgjengelighet, både på det menneskelige og det strukturelle plan.



Allmennpraksis er blitt sammenlignet med å gjenkjenne et bestemt ansikt i et forbigående tog

ILLUSTRASJONSFOTO: COLOURBOX



- en ressurs

I følge regjeringens *Nasjonal strategi om innvandreres helse 2013–2017* skal helsepersonell på alle nivåer ha kunnskap om sykdomsforekomsten i ulike innvandrergupper og om kulturelle utfordringer knyttet til å sikre innvandrere et likeverdig helse- og omsorgstilbud. NAKMI, Nasjonal kompetanseenhet for minoritetshelse, har siden opprettelsen i 2003 vært en landsdekkende kompetanseenhet og et samlingspunkt for kunnskap om minoritetshelse, og tillegges i strategien et betydelig ansvar for et slikt kunnskapsløft.

I denne forbindelse er det bl.a. inngått et samarbeid mellom Utposten og NAKMI om en serie praksisnære artikler for å belyse problemstillinger som allmennpraktikere kan møte.

Allmennmedisinens idealer

Allmennmedisinen har fremdyrket høye idealer. Ikke bare forventes det av allmennlegen at han skal arbeide med et vidt spekter av sykdommer og problemstillinger hos pasienter av begge kjønn og i alle aldre. Han skal forholde seg til folks helseproblemer, ikke som upersonlige sykdommer eller «tilfeller», men ta hensyn til pasientens omstendigheter og livsbetingelser. Fokus skal være på pasientens behov og forventninger, og legen må sette seg inn i hvordan pasienten selv forstår sin lidelse. Behandlingsopplegg skal så forhandles fram i tråd med pasientens egne prioriteringer og med respekt for vedkommendes familie, lokalsamfunn og kultur, og i dette arbeidet skal fysiske, psykiske, sosiale, kulturelle og eksistensielle faktorer integreres i møter hvor kunnskap deles og gjensidig tillit utvikles (1). Dette er idealene. KOPF het det på 70-tallet: Kontinuerlig, Omfattende, Personlig og Forpliktende.

Idealer forskriftsfestes

Tradisjonelt sett legges grunnlaget for legenes selvforståelse i legeutdannelsen, hvor medisinenes kjerneoppgaver defineres og forståelsen av hva som er god medisin utvikles. Legerollen blir på dette grunnlaget forhandlet frem i samspillet mellom legens forventninger til seg selv og pasientens forventninger om hjelp. Men i dag hevdes det at det bør være offentlige myndigheters oppgave å definere hva som er fastlegens oppgaver og plikter ut fra nasjonale helsepolitiske prioriteringer. Befolkningen skal ha et ord med i laget og stiller, gjennom sine politikere, kvalitets- og funksjonskrav til allmennlegen (2). Det er altså ikke lenger opp til lege og pasient å definere innholdet i legerollen. Den er i økende grad blitt et offentlig anliggende.

Etter den nye *Fastlegeforskriften* skal fastlegen da i åpningstiden motta og vurdere alle typer henvendelser, fra bud om øyeblikkelig hjelp til ønske om råd og veiledning. Ut fra pasientens presenterte pro-

blem skal han kartlegge helsemessige risikofaktorer, det vil si «de fysiske, psykiske og sosiale faktorene som i følge oppdatert kunnskap gir økt risiko for sykdom/lidelse» (§20). Dessuten skal han drive oppsøkende virksomhet og tilby oppfølging av listeinnbyggere som ikke selv etterspør hans tjenester (§18). Videre skal han drive systematisk kvalitets sikring, herunder rapportere fra eget arbeid (§29). Jan Tore Sanner viser til studier som bekrefter det mange leger opplever, at de bruker unødvendig mye tid på administrasjon og rapportering: «Tidligere brukte legene 60 prosent av arbeidstiden på pasienter, mens de nå bare bruker 40 prosent» (3). Men fastlegen skal også rydde opp i andres medisiner (§25). Han skal være helsepedagog, koordinator og, ikke minst, et «kontaktpunkt». Det vil si at han samtidig som han i åpningstiden skal være tilgjengelig for alle typer henvendelser fra sine pasienter, også skal være tilgjengelig for en rekke ulike samarbeidspartnere, lokalt og regionalt. Og, ikke nok med det. Flere ting må antas å være underveis ettersom det i *Fastlegeforskriften* forutsettes at legen i fremtiden skal kunne utføre «stadig flere og mer spesialiserte oppgaver på en trygg og effektiv måte» (§27, Departementets merknad). Idealer fungerer ikke lenger som kilde til inspirasjon, men er blitt en prøvestein for adekvat praksis.

Allmennmedisinsk praksis

Allmennpraksis er blitt sammenlignet med å gjenkjenne et bestemt ansikt i et forbi-passerende tog (4). Daglig står legen overfor en rekke uselekterte bekymringer iblandet lidelse, maktesløshet og fortvilelse; udiffereensierte og ofte komplekse helseproblemer som noen ganger, men slett ikke alltid, kan skyldes alvorlig sykdom, gjerne presentert på et tidlig stadium hvor symptomene er både uspesifikke og vage. I det flerkulturelle samfunnet kan arbeidet ytterligere kompliseres av språkproblemer og kulturelt betingede forventninger og

antakelser. Bildet forstyrres. Det skapes usikkerhet og ambivalens. Slik sett handler allmennmedisin ikke bare om effektivitet og trygghet, men i stor grad om å håndtere risiko.

Tilgjengelighetens dilemma

I et migrasjonshelseperspektiv er det gledelig å se at den nye *Fastlegeforskriften* legger vekt på bedre tilgjengelighet – også for utsatte grupper, herunder innvandrere og andre etniske minoriteter; at likeverdig kvalitet i tjenesteytingen vektlegges, herunder kravet om å bruke tolk når lege og pasient har ulik språkbakgrunn (§28); og at alle som *oppholder seg* i kommunen – også de som ikke står på fastlegens liste, herunder udokumenterte innvandrere – skal kunne nyte godt av allmennlegens tjenester (Se §1 og §3, Departementets merknad).

Men det er krevende å kombinere økt tilgjengelighet for øyeblikkelig hjelp og ulike henvendelser på e-post, SMS og telefon med arbeid som krever ro og god tid, for eksempel arbeid med tolk, oppfølging av langtidssykmeldte, habilitering og rehabilitering av kronisk syke/funksjonshemmede, og individrettet forebygging. Selv om det er stor variasjon i hvor sårbare vi i slike situasjoner er for forstyrrelser, vil vel de fleste av oss ha opplevd at konsentrasjon om målrettet virksomhet er vanskelig å opprettholde hvis barrierene mot henvendelser utenfra er svake. Som leger har vi behov for skjerming (5); at vi gjør oss utilgjengelige for noe for bedre å kunne konsentrere oss om noe annet. Da kan tilgjengelighet for én bety utilgjengelighet for en annen.

Forvaltning av utilgjengelighet

Utilgjengelighet blir vanligvis sett på som noe negativt, noe uønsket som lett kan komme i konflikt med hjelperens rolle. Hans fremste oppgave er jo å være tilstede for den som trenger det, klar til innsats for dem med de største behovene. Vi vil like-



vel ta til orde for at en viss grad av utilgjengelighet faktisk er nødvendig for at allmennlegen skal kunne utføre sitt arbeid. I den følgende argumentasjonen vil vi støtte oss til antropologen Inger Altern (tidligere Haugen) som har definert utilgjengelighet slik (6):

Med utsagnet «A er utilgjengelig for B» vil jeg mene at trekk ved As opptreden eller utsagn, samt eventuelt andre arrangementer rundt As person, uttrykker, i følge bestemte koder, at det eksisterer sterke begrensninger på As evne, vilje eller muligheter til å ta imot henvendelser fra B og reagere på dem i samsvar med Bs uttrykte eller tillagte ønske.

Altern peker på vårt felles behov for hva hun kaller en akseptabel grad av utilgjengelighet. Enten det er overfor bestemte andre eller mer allment, om det bare er sin tid man vil beskytte eller det er familieliv og personlig integritet som skal vernes, er utilgjengelighet noe de fleste av oss gjerne legger mye arbeid i å få til, og fordi behovet for slik beskyttelse har en slik allmenn karakter i vårt og andre samfunn, må utilgjengelighet sees som en ressurs som det under bestemte vilkår er verdifullt å ha adgang til, også for legen (7).

Leger trenger således å avgrense seg – både i forhold til andre oppgaver og i forhold til andre mennesker. Strukturelle løsninger på slike avgrensingsproblemer er, i følge Altern, vanligvis ukompliserte, som når «sosiale konvensjoner styrer (pasienten) inn i organisatoriske og fysiske byggverk som ivaretar og begrunner barrierene» (6). Et eksempel på slike «byggverk» er forværelset hos allmennlegen. Et annet «telefondtiden». Slike ordninger gjør det lettere å akseptere begrenset tilgang. Det skal vi komme tilbake til.

Det er når tiltak må treffes på stedet, foran hverandres ansikt, at det kan oppstå problemer. I slike tilfeller må utilgjengeligheten forvaltes på en sensitiv måte om ikke pasienten skal oppleve den som mangel på interesse eller endog avvising. Den følgende kasuistikken, som nærmest har form som en anekdote, illustrerer hva som i slike tilfeller kan stå på spill. Historien ble skrevet ned rett etter en konsultasjon som gjorde inntrykk på Arild, som lege – dels på grunn av at det som skjedde var uvanlig, dels fordi han ikke hadde noen god forklaring på hvordan slikt kunne gå til og derfor hadde behov for å reflektere mer over saken. Likevel, det var først i etterpåklokskapens lys og når han med god avstand til den aktuelle hendelsen igjen kunne fordype seg i historien og (re)vurdere dens innhold at han ble klar over hva saken faktisk kan ha dreid seg om.

Lucys historie

Lucy hadde vært plaget av hodepine i over en uke, og kom nå på kontoret i håp om å få hjelp. Et stykke ut i konsultasjonen tok hun plutselig opp en bok som jeg hadde liggende på skrivebordet. Langsomt begynte hun å bla i den. Det var en bok om moderne kunst. Jeg ble forbauset over denne oppførselen, men forsøkte å samle meg, og da hun ble sittende og dvele ved ett av bildene, så jeg en anledning til å smette inn et spørsmål: «Hva i dette bildet tror du best kan symbolisere din hodepine?» Hun pekte på to kraftige penselstrøk som skar hverandre slik at de formed et kryss. Jeg underet meg: «Hvordan da?», og hun svarte: «Det er som en stengt dør ... du vet ... som om to planker er spikret over døren for at folk ikke skal komme inn». Da falt det ut av meg, uten tanke på at jeg skulle si noe fornuftig og enda mindre at jeg skulle drive terapi: «Så rart! For meg ligner det mer på et merke som jeg gjerne bruker når jeg skal sette folk i transe... noe å feste blikket på!» Lucy betraktet bildet igjen, deretter så hun meg like inn i øynene. Et smil bredte seg om hennes lepper, og så kom det: «Ja, det er mulig!» Hodepinen var borte.



Denne historien, som i stor grad dreier seg om en hodepine som så ut til å forsvinne straks pasienten var i stand til å se en abstrakt figur på en annen måte, kan tolkes på flere måter. En mulighet er å ta utgangspunkt i boken med abstrakt kunst som tilfeldigvis befant seg på legens skrivebord. Det malplasserte, fremmedartede ved dette kan ha fanget pasientens oppmerksomhet i en slik grad at hun ble henført og var på nippet til å gå inn i en transe, en tendens som kan ha blitt forsterket da hun fokuserte på de kryssende penselstrøkene og jeg begynte å snakke om transefenomener. I den suggestible tilstanden Lucy befant seg i kan da de kryssede penselstrøkene ha fremkalt en (glemt? fortrent?) følelse av utestengning. At en sinnstilstand kan fremkalles ved omtale er et velkjent fenomen som det finnes mange eksempler på i skjønnlitteratur – kanskje i særlig grad i arabisk poesi (8).

Vi vet i dag også at en trussel om å være ekskludert kan utløse sterk smerte (9, 10). Kanskje Lucy i denne prosessen selv så sammenhengen mellom symbolet og hodepinen, hvorpå den transelignende tilstanden kan ha åpnet opp for nye innfallsvinkler. En annen mulighet er at det var «døren til hennes indre» som hadde vært stengt, døren inn til der hvor det ubestemmelige, tvetydige og enda usagte rår og hvorfra nye muligheter og nytt liv springer ut. Slike fortolkninger var den gangen nokså naturlig for Arild, som var trent i hypnosebehandling og ofte brukte dette i sin praksis.

«Den Annens ansikt»

I etterpåklokskapens lys er imidlertid en tredje fortolkningsmulighet nærliggende, nemlig at det var Arild, legen og hans ansikt, Lucy refererte til, og at det som faktisk ble mulig var at Arild, som hennes lege, kunne legge av seg masken og være spontan, møte hennes blikk og undre seg sammen med henne. En slik tolkning er ikke usannsynlig når en tar i betraktning bakgrunnen for at dette skjedde, nemlig at Lucy – til tross for at hun hadde søkt hjelp for en svært plagsom hodepine – på et tidspunkt så ut til å ha mistet interessen for samtalen. Var det da noe i kommunikasjonen som gjorde at hun ikke hadde følt seg sett, kanskje til og med avvist og utestengt? Hadde legen uforvarende gitt signaler om at heller ikke han hadde tid til å snakke med henne. Eller, kan det være at hun trodde at legen var mer opptatt av (kunst)bøker enn av henne som pasient? Ut fra en slik fortolking, som i dag synes å være den beste, kan hennes utsagn «Ja, det er mulig!» ha betydd at den ønskede kontakten var blitt opprettet i det den amerikanske psykiateren Daniel Stern kaller *a moment of intersubjective consciousness* som han beskriver slik:

An experience is had by one individual. This is felt directly. It activates almost the same experience in another individual, via intersubjective sharing. This is then reflected back to the first individual in the regard and behavior of the second individual. As they encounter each other in this shared present moment, a reentry loop is created between the two minds. Mutual gaze in particular lets the intersubjective reentry loop reverberate and remain activated for the several seconds needed for the present moment to do its work. This intersubjective recursion involving the perspectives of two people gives rise to a “higher” experience in both of them... This higher experience is intersubjective consciousness (11).

Det tok kun et øyeblikk. Tiden var her ikke det avgjørende. Ut fra Sterns beskrivelse

kan det se ut som om blikkontakten var avgjørende. Det må da sies at ikke alle pasienter føler seg komfortable ved direkte blikkontakt. Kanskje handler det heller om en form for tilstedeværelse, om hva buddhistmunken Thich Nhat Hanh kaller *deep listening* (12), å lytte til pasienten med et ønske om å lindre hans eller hennes lidelse uten å vurdere den andre eller gi råd. For å innstille seg på dette, kan legen si til seg selv: «Jeg er her nå, kun for deg». Dette utsagnet kan knyttes til *mindfulness*, dvs. evnen til å samle seg og derved bli minnet om ens grunnleggende verdier og motivasjon (13), men også til *ubuntu*, som på bantuspråket står for «troen på et bånd som er universelt og knytter all menneskelighet sammen» (14, 15). Desmond Tutu forklarer ubuntu slik:

...It is the essence of being human. It speaks of the fact that my humanity is caught up and is inextricably bound up in yours. I am human because I belong. It speaks about wholeness, it speaks about compassion... (People with ubuntu) know that they are diminished when others are humiliated, diminished when others are oppressed, diminished when others are treated as if they were less than who they are. The quality of ubuntu gives people resilience, enabling them to survive and emerge still human despite all efforts to dehumanize them (16).

Det handler altså om hvordan vi oppfatter «de andre». Denne oppfattelsen kommer før og ligger bak våre intenderte handlinger. Den litauisk-franske filosofen Emmanuel Levinas kaller det å møte «den Annens ansikt», her slik Asbjørn Aarnes gjengir det:

Dette er en humanisme, som ikke påberoper seg innsikt i prinsippet menneske, det dreier seg om et uforberedt møte med medmennesket, med den Annens ansikt, en humanisme som staver og stotrer i sporene av den Annens ansikt, som innstifter meningen med menneskets tilværelse (17).

Det er møter hvor disse grunnleggende elementene i helingsprosessen kan utfolde seg som kan stå på spill når legen i sine tanker blir opptatt med andre ting og således mentalt sett blir utilgjengelig for pasienten. Og slikt kan pasienten lese i legens ansikt.

Medarbeiderens rolle

I konsultasjonen med Lucy gikk det bra – til slutt, takket være hennes evne til å utfordre legen. Men få er som Lucy, og vi vil hevde at det er hjelpernes ansvar å legge til rette for gode samtaler. Og mulighetene for slike gode møter er ikke begrenset til legens kontor. Medarbeideren er legekantorets ansikt utad, og når en pasient ringer eller henvender seg i resepsjonen, får vedkommende fort

inntrykk av hvor tilgjengelige eller utilgjengelige «team legekantor» ønsker å være for pasientene. Således kan en si at konsultasjonen, det «gode møtet», starter allerede når pasienten henvender seg til kontoret for å få hjelp. Medarbeideren er også pasientens første kontakt, og har således en viktig rolle når det gjelder å formidle hvor tilgjengelige vi er og hvor kvalifiserte og engasjerte vi er når det gjelder å ivareta pasientene. Tove, legens medarbeider, forteller:

Agathe har vært pasient hos oss i mange år. Hun har mange diagnoser og mange plager. Dette gjør at hun ofte har behov for å henvende seg til vårt legekantor. Som oftest er det praktiske spørsmål som kan løses av medarbeider, men hun har også behov for å gi uttrykk for bekymring og engstelse. Agathe tar ofte opp det som ligger henne «på hjertet» direkte med medarbeider. Da trenger Agathe noen som kan høre hva hun bekymrer seg for, og hun overlater da til medarbeider å vurdere om dette er noe som hun bør snakke med legen om. Siden vi kjenner hverandre veldig godt, og hun vet at informasjonen alltid blir journalført og formidlet videre til legen, så er dette innimellom en løsning. Men samtalen blir alltid avsluttet med at: «Jeg ber gjerne legen ringe deg på slutten av dagen». Noen ganger er det viktig for Agathe, andre ganger ikke.

En slik måte å håndtere pasienthenvendelser på kan være en god løsning når pasient, lege og medarbeider er trygge på hverandre og bevisste på sine roller. Den passer imidlertid ikke for alle, kun for pasienter som kjenner både lege og medarbeider og som er inneforstått med «metoden». Lege og medarbeider samarbeider tett, med gjensidig tillit til den andres evne og vilje til å ta ansvar, vise respekt og forståelse. En slags «hånd i hanske» løsning av oppgavene. Men det å skjerme seg for forstyrrelser, etablere effektive barrierer og gjøre seg utilgjengelig for det som kan forstyrre kan være et problem også for legens medarbeider, nettopp på grunn av hennes fremskutte posisjon.

Opplevelse av diskriminering, utestengning og empatisvikt

I et migrasjonshelseperspektiv må vi da spørre oss om det er grunn til å tro at innvandrere er mer følsomme, mer utsatt eller mer sårbare på dette området enn andre. Svaret er ikke opplagt, men vi vet at mange ikke-vestlige innvandrere opplever utestengning og forskjellsbehandling i ulike sammenhenger: Mer enn 20 prosent (40 prosent av somaliere) på boligmarkedet, 15 prosent ved utdanningsinstitusjoner. Syv prosent oppgir å ha følt seg diskriminert i helsevesenet. Ved Statistisk sentral-

byrås undersøkelse i 2005/2006 hadde nærmere 50 prosent av de som ble intervjuet opplevd en eller annen form for diskriminering, dog med betydelig variasjon mellom ulike nasjonalgrupper (20). Det er da ikke til å undres over om enkelte innvandrerpasienter er særlig følsomme når det gjelder legers interesse og engasjement for dem og deres sak. Slike forhold går forut for det kliniske møtet, men tillegger hvert ord og hver gest i dette møtet mening.

En rapport fra Statens helsetilsyn fra 2007 om etnisk diskriminering i statlig sektor (21) konkluderer videre med at der er betydelige barrierer når det gjelder tilgang til helsetjenester, barrierer som forverres på grunn av språkproblemer, kulturforskjeller, organisatoriske forhold, og, ikke minst, det forholdet at pasienten selv må oppsøke tjenestene. De som ikke kjenner sine behov, som ikke kan ivareta sine interesser, eller som ikke er klar over eller kan stå opp for sine rettigheter, risikerer da ikke å få adekvat hjelp.

Men det kan også være at de erfaringene pasienten presenterer virker fremmedarte eller uforståelige for legen. Kanskje legen selv ikke har hatt følelsesmessige erfaringer som er relevante for å kunne forstå hva pasienten strever med – for eksempel ydmykelse og utestengning. Dessuten, mye i konsultasjonen forblir usagt, og selv om legen har et visst kjennskap til ulike kulturelt betingede oppfatninger om helse og sykdom kan den pasienten han har foran seg være avvikende. Slike faktorer er i sin karakter ganske allmenne, men kan forsterkes når en står overfor en person med en annen språklig og sosiokulturell bakgrunn. Det er således flere tendenser som peker i samme retning: Konsultasjoner hvor pasient og lege har ulik sosiokulturell bakgrunn og hvor tidligere erfaringer fra diskriminering og utestengning kan farge interaksjonen, er sårbare. Resultatet kan da bli sviktende empati.

Diskusjon

I vår kasuistikk kan det virke som om legen i begynnelsen av konsultasjonen mentalt sett ikke hadde vært tilstede. Kanskje var hans tanker et annet sted. Kanskje var oppgavene blitt for mange eller barrierene mot alt det utenforliggende for svake. Kanskje skrantet samtalen fordi han ikke hadde gjort seg tilstrekkelig utilgjengelig overfor faktorer som kunne forstyrre. Hvordan nå dette måtte være: Resultatet ble at han ble utilgjengelig for pasienten som satt der foran ham. Det oppstod en form for empatisvikt – inntil pasienten fant en måte å



påkalle hans oppmerksomhet og de kom på bølgelengde.

Den kanadiske psykiateren Laurence Kirmayer hevder at empati beror på detaljert kunnskap om den andres verden, både på det individuelle og det kollektive nivå. Empati krever innlevelse i den andres personlige historie, villighet til å oppleve sterke følelser og en selvrefleksjon som kan skille egne følelsesmessige reaksjoner fra den andres. Å vise empati innebærer videre en interaktiv prosess preget av følelsesmessig samstemmighet, hvilket avhenger både av at begge parter føler seg frie til gjensidig påvirkning og at de i samtalen kan tolerere tvetydighet og usikkerhet (19). I vårt tilfelle kan det altså se ut som om empatisvikten til en viss grad ble reparert, selv om det fortsatt var langt til den situasjonen som Kirmayer beskriver. Denne reparasjonen ble mulig da pasienten ved å sette konsultasjonen på spill utfordret legens forestillingsevne og han begynte å følge henne i hennes bevegelser – inn i boken, inn i bildet, og videre inn i hennes symbolverden. Dette peker mot empati forstått som «altersentriske deltakelse», en slags sanse-og-handlings-kobling (18) hvor legen innstiller seg etter pasientens tempo og bevegelser her og nå, samtidig som han i tanken følger pasienten inn i dennes forestillingsverden. Da åpnet det seg nye muligheter, muligheter for å si noe nytt, noe som kunne utvide horisonten og korrigere perspektivene for dem begge. Kanskje handler det da først og fremst om å legge til rette for en interaksjon mellom lege og pasient som tillater gjensidig innflytelse (19). Men det krever en viss grad av skjerming eller, med Alterens ord, utilgjengelighet for andre personer og oppgaver.

Medarbeiderens utfordring ligger i å balansere kontorets tilgjengelighet opp mot praktiske løsninger som gjør at legene kan konsentrere seg om sine mange ulike oppgaver. Telefoner under konsultasjonen må selvfølgelig unngås i den grad dette er mulig. I dag har vi mange og gode systemer både for innkommende telefoner og timeavtaler. Videre trengs rutiner for pasientmottak som også gir rom for uforutsette hendelser, og rutiner som gir pasienten trygghet for at de behov og forespørsler de presenterer blir viderefremmet til legen når de ikke selv får mulighet til å snakke med ham. Alt dette er viktige hverdagsrutiner som må kvalitetssikres og evalueres ofte. Kanskje er det også slik at enkelte administrative oppgaver som legen har, kan delegeres. Eller det kan skapes rom for at også medarbeideren kan ha gode samtaler med pasienten. Utfordringen ligger med

andre ord i å organisere dagen så fornuftig at den som sitter med pasienten har mulighet til å være utilgjengelig ved behov, og således maksimalt tilgjengelig for den pasienten han har foran seg. I denne organiseringen er det da to viktige forutsetninger som må legges til grunn: 1) felles (for)forståelse og 2) felles ansvar.

1) Lege og medarbeider må ha felles forståelse for hvordan vi skal disponere tiden og organisere oppgavene på legekontoret, og, ikke mindre viktig, felles forståelse for og holdning til hvordan vi møter våre ulike pasienter, inkludert pasienter med en annen språklig og sosiokulturell bakgrunn.

2) Lege og medarbeider må ha et felles ansvar for at alle oppgavene løses på en faglig forsvarlig måte. Personlige egenskaper hos både lege og medarbeider vil da kunne ha stor betydning. Evnen til å lytte til pasienten uten samtidig å vurdere hans eller hennes utsagn tar tid å utvikle, og krever at hjelperen både tilegner seg den nødvendige forståelse, øvelse og vilje til stadig å reflektere over egne holdninger og egen praksis. Men, som vi har forsøkt å argumentere for, det krever også at hjelperne kan forvalte utilgjengeligheten på en god måte. I dag, når legerollen i så stor grad er blitt et offentlig anliggende, må en kunne reise spørsmålet om alle som vil ha et ord med i laget er tilstrekkelig informerte om hva som her står på spill.

Konklusjon

I denne artikkelen har vi forsøkt å belyse fastlegens behov for å gjøre seg utilgjengelig for styrrende elementer på ulike nivåer for at han skal kunne tilrettelegge for gode konsultasjoner og være fysisk og mentalt tilstede og tilgjengelig for den aktuelle pasienten. Vi har hevdet at slik utilgjengelighet må forvaltes med omhu, fordi tiltak for å begrense tilgjengeligheten lett kan oppleves som manglende interesse eller avvísning. Men vi har også påpekt grunner til å tro at innvandrerpasienter kan være særlig utsatt og sårbare når det gjelder mer eller mindre bevisste tiltak for å begrense tilgjengeligheten, særlig når slike tiltak må treffes ansikt til ansikt. Noen forstår lett, andre misforstår lett. Og i situasjoner hvor antydninger ikke er nok og en må gå mer direkte til verks, kan tiltakene oppleves ubehagelig for alle parter, ettersom de lett både kan komme i konflikt med allmennmedisinens idealer, og oppleves som avvísning. Strukturelle tiltak gjør det nok lettere å akseptere at tilgangen er begrenset, men i begge tilfeller kreves et nøyaktig og godt

samspill mellom legen og hans medhjelpere. Selv om utilgjengelighet for mange er et begrep med negative konnotasjoner, har vi da reist spørsmålet: Hvordan kan tilgjengelighet for noe balanseres med utilgjengelighet for noe annet? Vi har kalt denne balansegangen for *forvaltning av utilgjengelighet*, og forsøkt å vise hvordan den kan påvirke hjelperens evne og mulighet for empatisk forståelse. Slik forståelse kan, som vi vet, være avgjørende for utfallet av konsultasjonen.

REFERANSER

1. WONCA (2011) The European Definition of General Practice/Family Medicine The European Society of General Practice/Family Medicine, s 12.
1. Høringsnotat om revidert fastlegeforskrift m.m. Helse- og omsorgsdepartementet, 21.12.2011 s 4.
3. Sanner, J.T. (2014) «Halve arbeidsdagen kastes bort» Aftenposten 21. mars 2014.
4. Groopman J (2007) How doctors think New York: Mariner books, s 100.
5. Westin S. (1981) Pasientmottakeren som legebeskytter – rollerelasjoner mellom medarbeidere i allmennpraksis. Nordisk Medicin Vol. 96, s 282–4.
6. Haugen, I. (1978) Om forvaltning av utilgjengelighet – Et perspektiv på studiet av bomiljø og samværsform Tidsskrift for samfunnsforskning Vol. 19, s 405 – 414.
7. Aambø (Red) (2007) Smarter. Smerteopplevelse og adferd Oslo: Cappelen akademisk.
8. Sells, M-A. (1994) Guises of the Ghul. Dissembling simile and semantic overflow in the classical Arabic nasib, i S.P.Stetkevych Reorientations/ Arabic and Persian Poetry Bloomington: Indiana University Press.
9. MacDonald, G. and Leary, M.R. (2005) Why Does Social Exclusion Hurt? The Relationship Between Social and Physical Pain Psychological Bulletin Vol. 131, No. 2, pp 202–223.
10. Panksepp, J. (2005) Why Does Separation Distress Hurt? Comment on MacDonald and Leary Psychological Bulletin Vol. 131, No. 2, pp. 224 – 230.
11. Stern, D. N. (2004) The Present Moment in Psychotherapy and everyday Life New York: W. W. Norton & Company s 126.
12. Hanh, Thich Nhat (2012) Fear. Essential Wisdom for Getting Through the Storm London: Rider Books, s. 117.
13. Dalai Lama (2011) Beyond religion. Ethics for a whole world London: Rider (s 109).
14. Hayes, S.C. et al (2004) Mindfulness and Acceptance. Expanding the cognitive behavioral tradition New York: The Guilford Press.
15. [http://no.wikipedia.org/wiki/Ubuntu_\(ideologi\)](http://no.wikipedia.org/wiki/Ubuntu_(ideologi))
16. Tutu, D. (2004) God Has A Dream. A Vision of Hope for Our Time New York: Doubleday.
17. Aarnes, A. (2006) En annen humanisme – Den Annens humanisme Religion og livssyn s. 11–15.
18. Bråten, S. (2007) Dialogens speil i barnets og språkets utvikling Oslo: Abstrakt forlag, s 54–55.
19. Kirmayer, L.J. (2008) Empathy and Alterity in Cultural Psychiatry Ethos Vol. 36, No. 4, s. 457–474.
20. Tronstad, K.R. (2008) Opplevd diskriminering, i S. Blom & K Henriksen (red) Levekår blant innvandrere 2005/2006 Oslo: Statistisk sentralbyrå, s 128–136.
21. Statens helsetilsyn (2007) Kartlegging av etnisk diskriminering i statlig sektor.