

Utposten publiserer artikkelserien under denne fellesbetegnelse. Vi ønsker å sette søkelys 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.

Den ideelle samtalesituasjonen – en urealistisk forventning i allmennpraksis?

■ ARILD AAMBØ • Seniorrådgiver,
NAKMI Nasjonalt kompetansesenter for minoritetshelse

- «Den ideelle samtalesituasjonen» bunner i en forventning om at vi (kun) gjennom utvunget, åpen og ærlig diskusjon kan nå frem til enighet.
- Flere avvik fra «den ideelle samtalesituasjonen» er så inngrodd i klinisk praksis at mange leger og pasienter ikke er seg bevisst hvordan avvikene påvirker samtalen.
- Både pasient og lege bidrar på ulike måter til avvik fra en slik ideell fordring.
- Kjennskap til pasientens livshistorie vil i mange tilfeller skape bedre balanse, bedre dialogen og skape muligheter for gjensidig forståelse.



Siden januar 2014 har *Utposten* i samarbeid med NAKMI presentert sju artikler om kliniske problemstillinger; relevante for allmennpraksis generelt, men med spesiell betydning for praksis i et kulturelt komplekst

miljø (1–7). Pasienthistorier gjengis her fra ulike synspunkt, men med ett fellestrekk: problemer i det kliniske møtet som det er vanskelig å sette fingeren på. Den vage følelsen av forventninger som ikke innfris førte

til at pasienthistoriene ble gjennomgått på nytt, nå med tanke på hvilke mulige avvik fra en antatt norm vi kan stå overfor.

Den tyske filosofen Jürgen Habermas lanserte i sin tid begrepet «den ideelle sam-

talesituasjonen» og beskriver i forbindelse med dette visse forventninger som vi gjerne har til målrettede samtaler. Kort gjen-gitt dreier det seg om at vi, når vi skal snakke med noen for å bli enige om en sak, har en iboende forventning om at alle de som saken vedgår får komme til orde og, videre, at de er sannferdige og etterrettelige i sine uttalelser (8). En slik fri, åpen og ærlig diskusjon betinger dessuten at deltakerne er innstilt på at deres ideer kan utfordres og kritiseres av andre, slik at kun argumenter som er fornuftig formulert blir stående – gjerne støttet av relevant og overbevisende evidens. Personlighet, status, makt eller retoriske ferdigheter er i denne sammenhengen irrelevante.

I vår kliniske hverdag er vi avhengige av at pasienten åpent og ærlig gir opplysninger til vår anamnese. Videre trenger vi å komme til enighet om behandlingsopp- legg og oppfølging. «Pasientsentrert medi- sin» legger stor vekt på pasientens egne verdier og preferanser, og det forventes at pasienten har innflytelse over beslutninger som måtte angå deres helse. Det krever at pasientens synspunkter tas alvorlig. Likedan om pasienten aktivt skal kunne ta del i utformingen av helsehjelpen. Det krever dessuten at pasienten har nødvendig kompetanse, noe legen/helsearbeideren er forpliktet til å bidra til (9). Det kan derfor virke som om «den ideelle samtalsituasjonen» som Habermas beskriver, er viktig å etterstrebe også i vår kliniske hverdag – selv om hans utgangspunkt var politiske beslutningsprosesser.

Men Habermas var nok også klar over at en slik ideell samtalsituasjon kan være høyst urealiserbar. Hva om relevant informasjon eller evidens slett ikke finnes? Eller om deltakerne ikke skjønner betydningen av det som blir sagt og derfor ikke kan vurdere hvilke argumenter som er holdbare? Det kan også være at noen utøver utilbørlig makt i diskusjonen, ikke nødvendigvis åpenlyst i form av trusler eller skremser, men for eksempel ved at enkelte ikke kommer til orde, at argumenter neglisjeres, kritiske røster ties i hjel eller visse former for evidens holdes tilbake. I enkelte sosiokulturelle sammenhenger er ulikheter i maktut- øvelse – for eksempel mellom kvinner og menn eller lege og pasient – så inngrodd at en tar ulikheten for gitt og ikke legger merke til hvordan den påvirker samtalen (8).

I denne artikkelen vil jeg derfor se de tidlige artiklene i lys av «den ideelle samtalsituasjonen», og drøfte dennes vilkår i en flerkulturell allmennpraksis. Først presenteres enkelte problemstillinger pasienten bidrar til, deretter hva legen gjør – eller ikke

gjør – som avviker fra de skisserte idealene og til slutt kommer noen refleksjoner over hva som kan bidra til bedre samtaler.

Manglende forståelse for hva saken dreier seg om

Pasienten kan, som Habermas antyder, mangle forutsetninger for å forstå betydningen av legens handlinger eller argumenter. Det kan i enkelte tilfeller tilskrives pasientens utdanningsnivå, i andre tilfeller hans eller hennes mentale tilstand (1). Det kan også skyldes språkvansker, eller at legers tenkemåte til tider skiller seg sterkt fra lekemannens. Det følgende er utsnitt fra Aminas historie (3):

«...«Legen lyttet på hjertet, målte blodtrykket og tok prøve på om jeg hadde en infeksjon, men jeg hadde problemer med å spise, følte meg svimmel, tung i hodet, og klarte ikke å følge med i en samtale. Dessuten hadde jeg diaré»

«... Deretter ble hun sendt til koloskopi. Legen som utførte denne fortalte da: «Du har mye slim!» Men Amina visste verken hva «slim» var eller hvor det kom fra, og bekymringene økte på: «Hvis en har fått svar og en bra forklaring, så føler en seg frisk. Men når en ikke får svar, og ingen forklaring, blir en svært bekymret.»

Så lenge pasienten spør for å få klarhet i saken, er vel den manglende forståelsen knapt et problem, men det kan fort bli det dersom han eller hun ikke spør, eller hvis legen ikke er villig til å forklare. Og når pasienten verken forstår legens handlinger eller betydningen av de funnene som er gjort, er det opplagt at grunnlaget for felles beslutninger basert på de beste argumentene ikke er til stede.

Mangelfulle eller utelatte opplysninger

Det hender at pasienten utelater vesentlig informasjon. Noen tror at deres tanker og meninger ikke er relevante, og forteller derfor ikke spontant om visse forhold ved sin sykdomstilstand (3). Andre har problemer med å sette ord på eller formidle sine opplevelser, slik vi aner det i følgende utsnitt:

«Og barna ... de var velutdannet ... de fikk ikke tak i hva som hadde skjedd med faren. Hva de før hadde tenkt på, det fikk ikke jeg tak i. De virket redde ... Da tror jeg det var noe de vurderte ... at far var grepet av ett eller annet ... ett eller annet som var skjedd med ham som de ikke turte å gå inn i. Hele familien strevde og de visste ikke hvordan de skulle forstå situasjonen (4).

Enkelte unnlater bevisst å fortelle, slik som Suad (7) som hadde mistet troen på at hun ville bli forstått:

«... Jeg oppsøkte fastlegen flere ganger, ofte for hodepine, svimmelhet og magesmerter, men med en gang jeg nevnte sykkelulykken, fikk jeg samme svar. Jeg ble etter hvert veldig forsiktig – både med familien, som ikke forstod hva jeg slet med, og overfor helsevesenet som serverte samme forklaring samme hva jeg kom med. Jeg skulle ikke plage noen, eller få dem til å tro noe stygt om meg. Det var slitsomt.

Det kan også være at pasienten har mistet evnen til å uttrykke seg, som ved demens (1). Visse emner kan være tabubelagt, som for eksempel alkoholmisbruk hos muslimer (1), mens andre ikke vil gå inn på forhold som er forbundet med sterke og vonde følelser fordi de verken har tid eller overskudd til å forholde seg til slikt i den situasjonen de befinner seg. Noen ganger overstyrer hensynet til andre informasjonsflyten:

«... Selv om marerittene holder ham våken flere timer hver natt, vil han ikke snakke om dette. Heller ikke hans familie vet noe om hvorfor han har mareritt – han mener de ikke skal belastes og såres med dette. Smer- tene forverres (5).

Noen opplever at hva de kan snakke med legen eller andre profesjonelle om bestemmes av andre. I Naimas tilfelle (5) var det først og fremst mannen som på voldelig vis kontrollerte henne. Frykten for konsekvensene av å snakke medførte da at hun ikke fikk nødvendig hjelp:

«... Før slike møter hendte det at Naima ble banket opp for at hun skulle forstå konsekvensene av ikke å holdt tett, og under møtene kontrollerte Seif hele tiden hva hun kunne si – ikke verbalt, men ved sitt blikk. Slik levde Naima i mange år med frykt for Barnevernet på den ene siden og for voldshandlinger fra mannen på den andre.

I dette tilfellet ble det også gitt falske forklaringer. Når informasjon på denne måten uteblir eller forvrenges, uteblir også grunnlaget for felles forståelse og videre samarbeid.

Fra pasientens side kan altså avvikene bunne i manglende forutsetninger for å forstå legens synspunkter og handlemåte. Men det kan også være at pasienten av ulike grunner ikke bidrar med avgjørende informasjon, for eksempel når det er vanskelig å sette ord på erfaringer, når erfaringene er knyttet til vonde og overveldende følelser som en vil beskytte både seg selv og andre for, om pasienten tror at hva han eller hun måtte mene ikke har noen betydning, om vedkommende er redd for ikke å bli hørt, eller rett og slett ikke tør fortelle sannheten av frykt for konsekvensene. Alle disse forholdene avviker fra idealene.

Legens påvirkning på samtalsituasjonen

Noen ganger har pasienten en annen oppfatning av sin tilstand enn legen. For eksempel slet Amina med en rekke plagsomme symptomer mens legene stadig sa at hun var frisk. Dette er ingen uvanlig situasjon, og slik uenighet representerer ikke et avvik fra normen. Avviket manifesteres derimot om legen neglisjerer pasientens synspunkter eller unnlater å gi, eller endog holder tilbake informasjon:

Særlig vanskelig var det for henne når legene stadig sa at hun var frisk, eller når hun ikke fikk svar på de undersøkelsene som var tatt. Hun ble da redd for at det var noe alvorlig som feilte henne og som legene ikke ville fortelle om (3).

Når det er opp til legen å frembringe aktuell informasjon, for eksempel gjennom kliniske undersøkelser, vil pasienten være mer eller mindre prisgitt legens vurdering av hvilken informasjon som er nødvendig. Legens synspunkter er da ikke alltid lette å akseptere. Verre er det likevel om pasienten ikke får den informasjonen han eller hun trenger for å forstå og ta grep om sin situasjon, eller om den informasjonen som gis, er tvetydig:

... Noen ganger når jeg er hos legen, forteller han at kolesterolet mitt er for høyt, men at alt er bra og jeg trenger ikke komme tilbake på tre måneder. Han overlater hele kontrollen til meg ... og så tenker jeg på det! (6)

I enkelte tilfeller er pasientens erfaringer avgjørende for videre samarbeid. Likevel hender det at legen ikke tar informasjon fra pasienten inn over seg, eller til og med at den direkte avvises. Eksemplet nedenfor er hentet fra Aminas historie (3). Hun hadde under et opphold i Syria oppsøkt en syrisk lege. Han gastrokoperte henne og påviste at hun hadde magesår:

... Hun fikk en kort og intens kur som hun syntes hjalp svært godt – i alle fall der og da. Legen hadde gjort videoopptak av både undersøkelse og behandling. Videofilmen tok hun med til Norge, men legene hun traff her var ikke interesserte i å se den.

Det kan i dette tilfellet se ut som om legene ikke var innstilt på at deres ideer og kunnskap kunne bli utfordret av pasienten. Der som det er tilfelle, er det et klart avvik fra den «ideelle samtalsituasjonen». Det hender dessuten at informasjon fra pasienten feiltolkes og forvrenses, slik Suad, som hadde en sjelden hypofyseidelse, forteller om:

Under en slik konsultasjon nevnte jeg noe om økonomi. Etterpå så jeg i journalen at «vi lever på sosialen og sliter økonomisk». Det mente overlegen gav meg en psykosomatisk lidelse!! Jeg som aldri har levd på sosialen eller har brydd meg noe om penger i det hele tatt! (5)



Det er viktig at legen bidrar til å legge til rette for en god samtalsituasjon. ILLUSTRASJONSFOTO: COLOURBOX

I disse eksemplene tar ikke legen pasientens erfaringskunnskap på alvor; vedkommendes kunnskap om egen livssmerte – det å eie et problem med de opplevelser og konsekvenser det medfører i hverdagen, så vel fysisk som psykisk. Videre handler det

om pasientens erfaringer knyttet til bruk av tjenester og til eget endringsarbeid (10).

Agledahl og hennes medarbeidere har undersøkt enkelte moralske aspekter som er alminnelige i medisinske konsultasjoner, men som sjelden problematiseres (11). De

finner at uansett hvilket problem pasienten presenterer, bestreber legen seg på å behandle dette innenfor grensene av sin medisinske viten, mens pasientens private verdier og personlige erfaringer blir filtrert ut og neglisjert. Disse forfatterne hevder at slik filtrering er en integrert del av klinisk praksis, og derfor ikke må forveksles med mal-praksis. Praksisen er altså så inngrodd at fenomenet tas for gitt og en legger derfor ikke merke til hvordan det påvirker samtalen. De fleste leger mangler verken høflighet, vennlighet eller velvillighet overfor sine pasienter (12). Men når personlige forhold blir oversett av den høflige og vennlige legen, blir pasienten forvirret og ute av stand til å protestere, og når pasientenes eksistensielle problemer ignoreres, vil mange føle seg både stresset og ydmyket. Dialogen lider, legene risikerer å miste vesentlig informasjon, og den kliniske beslutningsprosessen halter. Følgen er at pasientens lidelser forverres snarere enn bedres.

En uttalt enighet?

I Naimas tilfelle (5), som omhandlet vold i nære relasjoner, så vi hvordan vi i helsetjenesten kan stå overfor pasienter som både er nølende til å søke hjelp og redde for å snakke. Samtidig vegrer helsepersonell seg for å stille (nærgående) spørsmål om pasientens livssituasjon. Det kan være ulike grunner til det. Noen er redde for å såre eller fornærme pasienten – særlig om en skulle komme i skade for å røre ved tabubelagte emner. Tausheten kan også bunne i maktesløshet, en følelse av at det er nytteløst å snakke om slikt når en likevel kan gjøre så lite med det. Dette kan både lege og pasient kjenne på. Eller legen kjenner seg selv så alt for godt igjen i pasientens historie og følgelig vegrer seg for å gå inn på detaljer i frykt for egne reaksjoner. Uansett, resultatet blir en slags uttalt enighet mellom pasient og lege om at dette snakker vi ikke om – en slags omforent taushet. Slik taushet bryter imidlertid med prinsippet om den åpne og ærlige samtalen som er nødvendig for å utvikle det minimum av felles forståelse som begge trenger for å håndtere situasjonen. Her har legen og andre profesjonelle et ansvar for på en empatisk og fintfølelse måte å bryte tausheten.

Et utvidet perspektiv

Den vage følelsen av forventninger som ikke innfris kan således tilbakeføres til en rekke avvik fra «den ideelle samtalsituasjonen», både fra pasientens side og fra hel-



Unge leger kan utfordre kompetansen til sine overordnede ved å be om forklaring på de beslutninger som er tatt.



sarbeiderens. Andre som har undersøkt «den ideelle samtalsituasjonens» vilkår i helsesammenheng, har funnet lignende avvik (14). Ved en akuttavdeling så man at de overordnede ved avdelingen, de som hadde ansvar for at det ble fattet «riktige» beslutninger, på subtilt vis ledet beslutningsprosessen i hva de anså som «riktig retning». Ulikt ansvar, ulik ekspertise og ulik ansiennitet kan altså medføre en form for dominans som bryter med prinsippet om at personlighet, status, makt eller retoriske ferdigheter er å anse som irrelevante. Ved akuttavdelingen kunne de underordnede kompensere for asymmetrien ved – under påskudd av å lære noe – å be om forklaring på de beslutninger som ble tatt og således utfordre sine overordnede kompetanse. Denne form for skjult agenda bryter imidlertid med idealene, nærmere bestemt med prinsippet om åpenhet og ærlighet – selv om avviket her ikke dreide seg om strategisk manipulering (for å oppnå personlig fordel), men bunnet i hensynet til sakens beste (14). I vårt materiale ser vi at enkelte leger ikke forklarer sine funn og handlemåter når pasienten spør (7). Det betegner Habermas som *utilbørlig maktutøvelse*.

Når noen har uriktige oppfatninger og disse vanskelig kan motsies uten at vedkommende taper ansikt, vil direkte, «ærlig» konfrontasjon kunne medføre at eierskapet til den relevante kunnskapen undergraves, og dermed også følelsen av mestring (14). Et eksempel fra klinikken kan være at pasienten fastholder fremmedarte-de måter å forklare eller forholde seg til sin

sykdom på (13). Da kan hensynet til å styrke vedkommendes handlingsevne veie sterkere enn hvorvidt vedkommende besitter akkurate detaljkunnskaper. Vanskeligere er det å forholde seg til strategisk kommunikasjon sprunget ut av interessekonflikter – heller ikke ukjent i allmennpraksis (5). I stedet for da å insistere på et felles mål, kan det være bedre med en slags gi-og-ta-tilnærming, med andre ord å forhandle frem noe som er akseptabelt for begge parter (14). Det vi skal merke oss, og som vi allerede har vært inne på, er at også slike forhold, dvs. dominansen som følger ansvaret for å fatte «riktige beslutninger», skjulte agendaer, uriktige oppfatninger som ikke umiddelbart lar seg korrigere og/eller interessekonflikter, kan være så innarbeidet i institusjoner og sosiokulturelle grupperinger at det er vanskelig å utfordre dem, selv om de måtte stride mot idealene om en utvungen, åpen og ærlig dialog.

Hvor blir det av kritikken?

Et spørsmål som reiser seg på bakgrunn av disse artiklene er: Hilser vi, som leger, ærlige tilbakemeldinger fra pasientenes side velkommen? Refleksjonene i den foreliggende artikkelserien kan selvfølgelig leses som en form for kritikk av allmennlegers praksis. Men til min forundring kan jeg ikke i noen av de gjennomgåtte artiklene finne eksempler på at pasienten selv har gått til sin lege og fremsatt direkte kritikk av ham eller henne – selv om jeg sitter med en vag følelse av at noen slike episoder faktisk ble omtalt i selve intervjuene. Oppfat-

tet jeg slike antydninger som uvedkommende for de problemstillingene jeg da arbeidet med? Ble de skjøvet ut av mer interessante problemstillinger? Ble de kuttet ut tidlig i prosessen? Det at historiene slik de er fortalt er så begrenset, er en tydelig svakhet ved det materialet jeg nå har gjennomgått. Men det har også andre svakheter. Det dreier seg om svært få pasienthistorier, hvilket gjør at jeg trolig er langt fra en metning når det gjelder mulige problemstillinger. Heller ikke kan funnene generaliseres i den forstand at vi, ut fra dette materialet, kan si noe om hvordan leger i allmennpraksis er. Verdien ligger utelukkende i hvorvidt vi kan kjenne oss igjen i situasjonene, og det er det kanskje ikke alle som gjør.

Flere gode samtaler

Vi har i det foregående betraktet visse avvik fra den ideelle samtalsituasjon. Enkelte forhold vitner om utilbørlig maktutøvelse fra legens side, som når informasjon bevisst holdes tilbake eller fordreies, eller når pasientens erfaringer fra bruk av tjenester eller eget endringsarbeid neglisjeres. Andre bunner i at pasienten ikke har forutsetninger for eller ser seg i stand til å gå inn i en åpen og ærlig dialog med legen. At pasienten vegrer seg for å bli presset inn i en form for rasjonell medvirkning, er ikke uvanlig i enkelte innvandringsgrupper, selv om slike holdninger heller ikke kommer til uttrykk i de artiklene vi har sett på. Mye av dette må vi nok akseptere i vår kliniske praksis. Andre avvik må kanskje aksepteres som følge av utviklingen på det medisinske feltet.

Hva kan så gjøres for at våre pasientsamtaler skal bli mer utvungne, ærlige og inkluderende? Å lokke frem marginaliserte eller undertrykte stemmer er utvilsomt viktig, selv om behandleren midlertidig må holde tilbake egne oppfatninger, og selv om det som fremkommer i enkelte tilfeller synes lite rasjonelt – i alle fall bedømt ut fra tilvante kriterier. Skal vi da, som leger, akseptere et hvilket som helst utsagn fra pasientens side, samme hvor vagt og motsetningsfylt det måtte være? Den italienske filosofen Gianni Vattimo (15) hevder at til tross for at ingen av oss har tilgang til universelle sannheter, at vi befinner oss midt i en prosess som vi aldri kan ha en objektiv oppfattelse av, kun en fortolkning, fortjener vår stemme å telle med i diskusjonen – så sant vi er bevisste på at vi snakker ut fra oss selv og at vi henvender oss til noen. Det gjelder pasienten så vel som legen.

I de ulike artiklene ser vi flere gode eksempler på tiltak som kan bidra til at pasientens anliggender kommer frem og tydeliggjøres. Både tolk, legesekretær, pårørende, venner og andre ressurspersoner kan, ut fra sine vidt forskjellige roller, bidra til dette. Dessuten vil de i en fortolkningsprosess bidra til at legens utsagn blir forståelig for pasienten (4). I arbeid med innvandrerpasienter opplever mange at kommunikasjonsproblemene avtar etter hvert som de blir kjent med pasienten. Harrist og Gelfand (16) hevder sågar at når noen mangler de retoriske ferdighetene som skal til for å bli hørt – enten det skyldes at de fra naturens side har vanskelig for å uttrykke seg, at de ikke har hatt mulighet for å tilegne seg slike ferdigheter, at de sitter med vanskelige følelser, for eksempel etter undertrykkelse, eller når talemåter og stereotypier ødelegger – vil motivasjonen for å meddele seg øke dersom oppmerksomheten rettes mot vedkommendes livshistorie. Når aktuelle utsagn tolkes i lys av denne, vil også den gjensidige forståelsen bedres. I artikkelen om demens så vi for eksempel at når legen fikk rede på pasientens tidligere interesser og engasjement, kunne pasienten «etter år med lidelser» fremstå i et nytt lys.

I denne artikkelserien har vi (forfatterne) bestrebet oss på å presentere pasienthistorier som illustrerer hvordan pasientens egne erfaringer påvirker og farger medisinske problemstillinger slik at utfordringer vi står overfor i vårt kliniske arbeid tydeliggjøres. Vårt håp er at det fører til bedre forståelse. Men slike historier blir sjelden presentert i ferdig form i første samtale. De fleste historiene vi har presentert er da også fremkommet gjennom gjentatte intervjuer, satt sammen og redigert for at sammenhenger skal tre klart frem. Kanskje burde vi også i vår travle kliniske hverdag bruke mer av tiden til slikt «redigeringsarbeid». Dessuten har vi i etterutdannelsen anledning til å reflektere over og diskutere lignende problemstillinger i veiledningsgruppene. Dersom vi tar i bruk

disse mulighetene og virkemidlene, tror jeg bestemt at vi ville kunne få flere gode samtaler. Det spørs likevel om ikke «den ideelle samtalsituasjonen», slik Habermas beskriver den, er en utopi i allmennpraksis – selv om den så visst er verdt å streve mot.

REFERANSER

1. Aambø, A. & Valen-Sendstad, R. 2014. Demens hos innvandrere – noen utfordringer i praksis. *Utposten* 2014; 1: 10–15.
2. Dæhlen, L. & Aambø, A. Smerter – mer eller mindre, men er det alt? *Utposten* 2014; 3: 16–20.
3. Aambø, A. D-vitaminmangel – symptomer til ettertanke. *Utposten* 2014; 4: 18–22.
4. Aambø, A. og Rutle, T. Utilgjengelighet – en ressurs, *Utposten* 2014; 5: 8–12.
5. Aambø, A. et al. Vold i nære relasjoner – en oversett utfordring *Utposten* 2014; 6: 6–13.
6. Aambø, A. (2015) Diabetiske komplikasjoner – onde sirkler eller mangelfull kontroll *Utposten* 2015; 2: 18–23.
7. Aambø, A. et al. Kulturkompetanse – er det det handler om? *Utposten*, under publisering; 2015.
8. Hogan, P.C. (red.). *The Cambridge Encyclopedia of the Language Sciences* Cambridge: Cambridge University Press, 2003.
9. Lov om pasient- og brukerrettigheter, Kapittel 3: Rett til medvirkning og informasjon Lovdata.no.
10. Selvhjelp Norge www.selvhjelp.no/no/Selvhjelp/Brukermedvirkning.
11. Agledahl, K.M. et al. Clinical essentialising: a qualitative study on doctors' medical and moral practice *Med Health Care and Philos* 2010; 13: 107–113.
12. Agledahl, K.M. et al. Courteous but not curious: how doctor's politeness masks their existential neglect. A qualitative study of video-recorded patient consultations, 2010.
13. Aambø, A. Den smertefulle konsultasjonen i A. Aambø, red. *Smerter – smerteopplevelse og adferd* Oslo: Cappelen akademisk Forlag, 2017.
14. Gillespie, A. et al. Beyond ideal speech situations: adapting to asymmetries in health care *Journal of Health Psychology*, 2014; Vol. 19; 1: 72–78.
15. Vattimo, G. *Jeg tror at jeg tror* Fredriksberg: Anis, 1996/1999.
16. Harrist, S. & Gelfand, S. *Life Story Dialogue and the Ideal Speech Situation Theory and Psychology* 2005; Vol. 15; 2: 225–246.

■ A.AA@NAKMI.NO

RETTELSE OG PRESISERING

I artikkelen *Helsetjenestens utfordringer ved ankomstsenteret i Råde* i *Utposten* nr. 1, 2016, fremkom dessverre feilaktige opplysninger. Det står at over 350 personer ble rammet under utbruddet av A-H1N1-influenza før jul (s. 21), men det korrekte er at ca. 40 personer på det meste var syke. Senteret tilbød vaksine til helsepersonell i henhold til anbefalingene. Massevaksinering av flykninger ble diskutert, men ikke iverksatt.

Utposten beklager feilen.

