

Denne teksten er også å finne her:

Stokken, R. (2008). Den kunnskapsrike pasienten. I A. H. Tjora (Red.), *Den moderne pasienten* (s. 57–75). Gyldendal akademisk.

Teaser-text

Opplæring av pasientar og pårørende er ei av fire oppgåver som sjukehusa har eit særleg ansvar for. Målet er pasienten som liknar Morten i artikkelen. Han har eit godt team. Han har ein smerteklinikk, ein fotspesialist, ein dietikar, ein indremedisinar, ein fysioterapeut, og NAV. Men skuggesida er at den kunnskapsrike pasienten stiller krav til helsetenesta. Tidvis krav som ikkje er slik helsetenesta ønskjer. Det er som diabetessjukepleiaren Dina seier: Eg har ein pasient som er omlag slik vi seier at vi ønskjer pasientane. Og i stad, når eg kom opp på avdelinga, så sa dei: «No har han der pasienten din masa igjen.» Denne artikkelen studerer kunnskapen sin rolle i møtet mellom helsepersonell og pasient, og finn at bruken av kunnskap dannar fem ulike relasjonar. Den klassiske, den moderne, maktkampen, den omsnudde og den makteslause.

Artikkelen på tre linjer

Det er ein samheng mellom kunnskap og makt. Men korleis kunnskap og makt heng saman, er ikkje alltid like godt å få augo på. Såleis kan den kunnskapsrike pasienten vere alt frå autonom via frustrert til subtilt dressert...

Innleiing

Enok hadde raka seg og stelt seg, skift skjorte og lagt seg ned; det hørde liksom til å vera i seng når ein fekk doktaren i huset. (Garborg, 1892/1998).

Det er mange skrivne og uskrivne reglar for korleis møtet mellom pasient og lækjar skal vere. Og mangt er både likt og ulikt den tida då Arne Garborg let doktaren sjå Enok. Men eitt er i alle fall likt: Pasienten treng hjelp, og helsearbeidaren skal gi hjelp. Og eitt er i alle fall ulikt: Omfanget og forma på hjelpa har endra seg. Den doktaren som i dag seier følgjande til Enok, må vere budd på kritikk:

Som sagt, min mand, er der noget i veien med «samvitet», så får du gå til presten; jeg har ikke noe med de ting. Men et sovemiddel kan du få.

For helsetenesta av i dag er større enn før, og det offentleg administrative apparatet kjem inn i stadig nye delar av privatlivet vårt (Hellesnes, 2002b). Mellom anna gjennom opplæring av pasientar og pårørende. Håpet med slik opplæring, er mellom anna å unngå historier som Enok si:

– Dropane vilde kje Enok hava. Han torde kje, sagde han. Tenk um han ikkje skulde kunna vakne att då, når draumane kom. Men då han sistpå tok dropane likevel, hjelpte dei ikkje.

Men sjølv om opplæring i eigen sjukdom oftast er av det gode, har det også ei skuggeside. For der er ei kopling mellom kunnskap og ansvar. For når pasienten får opplæring, då får ho også meir ansvar for sjukdommen og sjukdommen si utvikling. Dette kjem til dømes fram i Helse Midt-Noreg sitt handlingsprogram for opplæring av pasientar og pårørande. Der vert opplæring mellom anna grunnlagt med at:

Politiske og faglige diskusjoner gir uttrykk for at befolkningen i større grad må endre holdninger og atferd og ta mer ansvar for egen helse (HMN, 2004a).

Men det er ikkje slik at kunnskap åleine gir høve til å ta ansvar. For når den kunnskapsrike pasienten møter helsetenesta, vert ikkje ting lett av seg sjølv. Det er dette vi ser nærare på her. Nemleg rolla til, og ikkje minst verdien av, kunnskap i møtet mellom helsearbeidar og pasient.

For å skape ein ramme for diskusjonen, teiknar eg først eit bilete av fem ulike relasjonar mellom helsearbeidar og pasient, så vert desse analysert ved bruk av Lukes (1974/2005), Habermas (1997) og Skjervheim (1957/1996, 1972/1996) sine arbeid.

Historier om helsetenesta

Opplæring av pasientar og pårørande har fått mykje merksemd i dei siste ti åra, ikkje minst gjennom moderniseringa av helsetenesta på slutten av 90-talet. Denne førte mellom anna til at spesialisthelsetenesta fekk ein lovfesta plikt til å yte opplæring til pasientar og pårørande, og til at det vart oppretta nasjonale, regionale og lokale kompetansesenter, i regelen kalla lærings- og meistringssenter. Dette kapitlet kjem ut av den same merksemda, gjennom eit ph.d.-prosjekt om kvalitet i opplæring av pasientar og pårørande, finansiert av Helse Midt-Noreg.

Prosjektet si kopling til eit regionalt og to lokale kompetansesenter har gitt meg eit stort nettverk og vid kjennskap til feltet. Men pasientane som er nytta som informantar, er ikkje rekrutterte gjennom dette nettverket. Likevel har det rike nettverket gitt bakgrunn for å velje informantar med gode døme, god formuleringsevne og omfattande erfaring med helsetenesta. Dei fleste historiene er dokumentert gjennom intervju, men nokre ligg føre som feltnotat frå andre samanhengar. Historiene og informantane som er nytta, er såleis ikkje eit

gjennomsnitt, men dei er dei berarar av historier og erfaringar som fortel noko om helsetenesta.

Tre av informantane har eg funne i mitt eige nettverk. Resten har eg «fått» gjennom folk eg kjenner. Totalt er 6 pasientar og 4 helsearbeidarar siterte i teksten. Vidare er tolkinga prøvd mot ei diskusjonsgruppe for helsearbeidarar ved eit sjukehus i MidtNoreg. 7 av dei siterte informantane har lese og gitt tilbakemeldingar på teksten. Ingen av intervjuar er gjorde i situasjonar der informantane er i rolla som pasientar, og intervjuar omfattar heller ikkje personopplysningar som gjer det mogeleg å finne attende til personen på anna vis enn gjennom gjenkjenning av historiene.

Inkluderte intervju er opne og laust strukturerte djupneintervju (Kvale, 1997). Dei fokuserer på opplevinga av å vere pasient, med særleg vekt på kunnskap. Dette gjeld i røynda også for feltnotata. Intervjuar er transkriberte ordrett og koda manuelt. Namna i artikkelen er fiktive. Historiene som vert fortalde, er altså verkelege opplevingar, men sitata er omskrivne for å passe skriftleg framstillingsform.

Fem typar relasjonar

Enok hadde ikkje den heilt store trua på doktaren, men når doktaren likevel skulle vitje «Kornelius hans Helge der aust», så fekk Enok nytte høve, meinte ho Anna. Han stridde imot. Men der var inga kraft i han lenger. «Gjer som du vil,» sagde han sistpå. «Men meg hjelper ingenting.»

Så Enok gav seg. Og doktaren fekk sjikanere både Enok og heile hans samfunnsklasse utan at nokon knydde. Som til dømes når doktaren meiner orda til Enok sit langt inne: «Lidt rapt nå da, Mann min; je har lite Tid. Fa'n så seigt som alting går for dere Bønder; nåda?»

Men samfunnet av i dag er ulikt det Garborg fortel om, ikkje minst med omsyn til kva som vert akseptert frå autoritetar. For den moderne prosumer-pasienten¹ godtek ikkje framferda åt doktaren til Garborg. Og medan Enok knappast hadde ein relasjon til doktaren, skal den moderne pasienten ha det. Det er ein føresetnad for at den moderne helsetenesta verkar slik det er tenkt.

Mine informantar har hatt relasjonar til helsearbeidarane dei fortel om. Relasjonar med både med positive og negative forteikn. I desse relasjonane har kunnskapen sin rolle skapt fem typar: *den klassiske, den moderne, maktkampen, den omsnudde og maktesløysa.*

¹ Ordet 'prosumer' er sett saman av producer og consumer, og tyder ein aktør som både skaper og nyttar tenester. Denne rolla er behandla nærare lenger bak.

Den klassiske

Den klassiske helsearbeidar-pasientrelasjonen er når pasienten er makteslaus og helsearbeidaren trygg. Det er som Fredrik, far til ei 6 månader gamal dotter med hjarteproblem, uttrykkjer det:

Vi står der, makteslause og treng hjelp. Vi er fullstendig, fullstendig avhengig av å stole på dei som sit på andre sida. Vi har ikkje noko val, for vi har ikkje kompetanse på området.

Fredrik må stole på. Han føler seg utan makt, og det er bra at andre kan ta grep om situasjonen. Nokon med ressursar, høve, krefter, kunnskap og makt til å gjere noko.

Når ein må stole på, vert tilliten spontan. Ifølgje Løgstrup kan ein då oppfatte tilliten som fundamental tillit. For Løgstrup meiner at tillit er den grunnleggjande menneskelege haldninga, og at mistillit er sekundær og erfaringsbasert. Ein annan innfallsvinkel er Luhmann, som ser tillit som ein måte å redusere kompleksitet på (Heiene og Thorbjørnsen, 1994; Kristiansen, 2005). Felles for både Løgstrup og Luhmann sine perspektiv vert at Fredrik er den underordna som overlet makt og ansvar til den andre parten.

Denne relasjonen, der pasienten er underordna, vert gjerne kalla paternalistisk sidan helsearbeidaren vert pasienten sin formyndar. Reformene på slutten av 90-talet for å tilpasse helsetenesta til eit moderne samfunn, var delvis eit oppgjær med denne relasjonen.

Den moderne

Den klassiske, paternalistiske pasient–helsearbeidarrelasjonen fungerte godt, i alle fall ideelt sett, då helsetenesta var ein stad som reparerte. I dag, når helsetenesta skal vere ein samarbeidspart for borgarane, er ikkje logikken like teneleg. For no er ikkje pasientane berre pasientar, dei er prosumers. Altså både produsentar og konsumentar av helse (Coulter, 2002, Lorig 2002). Dåverande helseminister Dagfinn Høybråten uttrykte konsekvensen av denne pasientforståinga då han lanserte *Resept for et sunnere Norge*:

Den som kan gjøre mest for å påvirke egen helse, er deg selv. Vår oppgave er å legge til rette for at de sunne valgene ligger snublende nær (Aftenposten, 2003).

Denne logikken føreset ein modell der pasienten og helsearbeidaren samarbeider om det å skape ei god helse. Den moderne pasienten er ikkje eit passivt offer for sjukdom, men ein som avgjer, leier, skaper, vurderer, endrar og finansierer helsetenesta (Coulter, 2002). I ei slik helseteneste, der kvar einskild borgar vert å rekne for sin eigen helseminister (Aftenposten, 2003), vert både organisasjonen

og helsearbeidarane sin rolle annleis enn før. Helse Midt-Noreg har løfta fram denne nye rolla gjennom visjonen *På lag med deg for helsa di* (HMN, 2004b). Og Dina, diabetessjukepleiar ved eit sjukehus i Midt-Noreg, opplever at hennar moderne rolle vert godt uttrykt i visa *Eg ser* av Bjørn Eidsvåg (1983), der det mellom anna heiter:

Eg ser at du er trøtt
Men eg kan ikkje gå alle skritta for deg
Du må gå de sjølv
Men eg ve gå de med deg

Denne helsearbeidarrolla endrar pasientrolla. Og pasienten treng meir av både kunnskapar og initiativ enn i den klassiske relasjonen. Men kunnskapsrike pasientar skaper ein annan tillit mellom partane enn i den klassiske relasjonen. For i den moderne relasjonen skal pasienten sin tillit vere kvalifisert, og pasienten skal kunne vurdere helsearbeidaren (SHdep 1998).

Morten fekk multipel organsvikt som følgje av kronisk sjukdom, og har etter den akutte fasen inntatt denne moderne rolla. Han har siste året bytta fastlege fordi den førre ikkje heldt ord, og er no svært nøgd. No seier Morten: «Vi jobbar som eit team. Han høyrer på meg. Han overkøyrer ikkje.» Så, alt i alt opplever Morten at:

Eg har eit godt team. Eg har sysselsett ein del folk. Eg har ein smerteklinikk, ein fotspesialist, ein dietikar, ein indremedisinar, ein fysioterapeut. Og så har eg NAV.

Her set Morten seg i sentrum av situasjonen og opplever at han har ressursar rundt seg. Men aktørane er ikkje eit team i vanleg forstand sidan det er lite samarbeid mellom helsearbeidarane. Morten vert arbeidsleiar i teamet, ei rolle han mellom anna tek gjennom ein perm med journalutskrifter. Gjennom permen kan han til dømes gi helsearbeidarar kopiar av viktige dokument der og då, og dermed sleppe å vente på oversending. Permen vert såleis ein ressurs som samarbeidet mellom pasient og helsearbeidar kan krinse rundt. Og Morten tar ved hjelp av permen makt i situasjonen, for når han har med seg permen, då opplever han at «Dei tar meg meir på alvor. Fordi eg ikkje kjem inn og står der med folda hender.»

Sidan Morten kan ta ansvar i situasjonen, kan han lettare få tillit frå helsearbeidarane. Dette gir grunnlag for eit godt samarbeid. Men skilnaden er altså at tilliten er kvalifisert, ikkje spontan eller tradisjonell som i den klassiske relasjonen.

Men kunnskapsrike pasientar fortel ikkje berre om lukkelege møte med helsetenesta. Kunnskap kan føre til sviktande tillit. Dei neste tre relasjonane byggjer på historier der dette har skjedd.

Maktkampen

Olav er ein svært erfaren pasient og har vore gjennom mange omfattande operasjonar. Han fortel om eit møte for å planlegge ein ny operasjon. I møtet viste han til at han var svært dårleg etter førre operasjon, og bad om at dei ikkje gav han den typen anestesi som han fekk sist. Av ein grunn vi ikkje veit, var lækjaren svært bestemt på at det var den «nye» typen anestesi som skulle til, og seier: «Olav, du må ha tillit til oss. Vi kan dette. Vi har lang utdanning, mykje erfaring og høg kompetanse.»

Men dette var ikkje ei utsegn som roa Olav, snarare tvert om. Han svara: «Eg har levd i denne kroppen i 45 år, og eg veit kva som får den til å verke og kva som får den til å stoppe. Det kan du aldri lese deg til eller erfare med andre pasientar.»

Her brukar Olav kunnskapane sine om skilnaden mellom eigne kunnskapar og lækjaren sine kunnskapar, på same måte som lækjaren. Han svarar med same mynt, noko han kan gjere fordi han kjenner helsetenesta. På denne måten vert paternalismen i den klassiske relasjonen utfordra til ein maktkamp – fordi båe partar er kunnskapsrike, men usamde. Og med sviktande tillit til kvarandre. Olav fordi legen ikkje vil gjere det Olav meiner er best, og legen fordi Olav ikkje forstår kva som er best.

Den omsnudde

Om pasienten kan meir enn helsearbeidaren, då er det ein annan type maktkamp som må kjempast. Arne vart lagt inn grunna Addison-krise. Ein slik krise er som oftast enkel å få kontroll på ved hjelp av tilføring av saltoppløysing og kortison intravenøst.

Ved innlegging fekk Arne spørsmål om kva som feila han, og han svara at han hadde Addison, trengde intravenøs tilførsel av væske og kortison, mangla binyrer, brukte kortison og Florinef i tablettform, og at det var det som var viktig. Så spurte legen om han brukte annan medisin, noko Arne, dessverre som han seier, svara følgjande til: «Ja, eg brukar hjertemedisin. Eg kjem ikkje på kva det er for ein, men den er uvesentleg for behandlinga.»

Men det var hjertemedisinen legen hengde seg opp i. Ifølgje Arne gløynde han fullstendig Alvoret, og vart handlingslamma idet Arne vart dårlegare og dårlegare. Løysinga kom først mange timar seinare, gjennom kona til Arne.

Det er ikkje tvil om at Arne gjennom denne opplevinga har gjort ein erfaring som gir rom for mistillit. Ikkje berre til lækjaren, men også til eit system som plasserer ein uerfaren lege i akuttmottaket.

Situasjonen som gir grunnlag for mistilliten vert skapt fordi lækjaren har fått mynde av samfunnet til å forvalte helsetenesta sine ressursar. I dette ansvaret ligg der eit krav om å gjere *det rette*, og lækjaren må såleis kunne forsvare sine handlingar. Han må vurdere om pasienten har sterke smerter eller om han er narkoman. Om pasienten har problem på arbeidsplassen eller om det er tale om eit alkoholproblem. Om pasienten har vondt i ryggen eller om han treng fri for å måle huset.

Til vanleg vurderer også pasienten lækjaren sitt arbeid. Det er denne vurderinga som avgjer om vi likar eller har tillit til ein lækjar. Ei slik vurdering omfattar mellom anna lækjaren si vurdering av vår eiga vurdering. Dette er relativt ukomplisert i den klassiske relasjonen, for her må vi som pasientar stole på lækjaren, for vi kan ikkje anna. I den omsnudde relasjonen er det annleis, for vi treng ikkje stole på lækjaren. Vi veit nok til å gjere anna. Den pasienten som kan meir enn helsearbeidaren, utfordrar på denne måten ikkje berre helsearbeidaren, men heile systemet.

Maktesløysa

Den siste typen relasjon er når både helsearbeidar og pasient føler seg makteslause. Fredrik fortel om eit møte med ein barnelækjar. Etter ein av dottera sine hjarteoperasjonar får Fredrik vite at det er kome infeksjon i operasjonssåret og at hjartet hennar har byrja å vekse. Han opplever også at lækjaren prøvar vri seg unna det Fredrik ser som ein samanheng mellom desse to tinga. I møte med lækjaren seier han følgjande:

Når eg skjerer meg i fingeren, då kan eg få ein infeksjon som gjer at hjartet mitt byrjar å vekse. Kan du forklare kvifor den infeksjonen ho har i operasjonssåret [som går heilt inn til hjartet] ikkje kan få hjartet til å vekse?

Denne uttalen får lækjaren til å svare «Spør meg om noko eg kan svare på!» før han etter Fredrik si forståing stormar på dør og gjorde seg utilgjengeleg i ettertid.

Det er liten tvil om at lækjaren opplevde situasjonen som ukomfortabel, og ofte er det slik at om ein helsearbeidar gjer feil, så går det ut over pasientar. Og det veit pasientane. Pasientane veit også at helsearbeidarane er menneske og at det er menneskeleg å gjere feil. Og då er det menneskelege reglar som gjeld når noko går galt.

Arne (Addison-pasienten) fortel om ein operasjon som var nær ved å ta livet av han. Operasjonen var ein feil i seg sjølv, og i tillegg heldt medisineri i etterkant på å koste han livet. Kirurgen kom etter at krisa var over og bad om orsaking for at dei hadde gjort eit mistak. Anestesilegane var på si side det Arne oppfattar som arrogante, og ville korkje høyre på pårørande eller konsultere endokrionologar. Desse har hormonar som ekspertområde, og er såleis den spesialiteten med mest kunnskap om Arne sin sjukdom.

Arne opplevde at dei meinte at eigne kunnskapar var nok, noko han ser seg sjølv som eit prov på at det ikkje var. Per no har Arne ingen ting imot å bli operert av kirurgen som førte han inn i problema, men han har store vanskar for å tru at han vil akseptere at anesthesiavdelinga vert involvert ein gong til.

Fredrik har fanga skilnaden mellom dei han har og ikkje har tillit til på ein annan måte. Han fortel om to tragiske situasjonar på to ulike sjukehus, og fortel kva som var bra med dei han hadde mest tillit til:

Skilnaden er nok ærlegheit. Altså det å vere open, å snakke på ein måte som folk forstår. Dei kunne sitje og prate seg i mellom på sin måte, men samtidig oversette til oss. Vi var ikkje berre eit nummer i rekka, men det var som om vi var heile biten.

Om ein skal slå saman desse historiene, så vert fellesnemnaren at maktesløysa vert enklare å handtere om den ligg på bordet. At ein ikkje freistar å late som om det usikre er sikkert. For det å vere usikker er menneskeleg, og det vert akseptert. Kanskje i større grad av pasientar enn av helsearbeidarar sjølv. For i den klassiske relasjonen skal helsearbeidaren vere den trygge. Men når den kunnskapsrike pasienten kjem, då vert det å spele trygg utan å vere det, meir patetisk enn tryggande.

Det som skaper den klassiske relasjonen om til den makteslause relasjonen, er såleis at pasienten avslører helsearbeidaren si maktesløyse, enten helsearbeidaren ser den sjølv eller ei. Dette gir rom for mistillit, først og fremst på eit menneskeleg plan.

Møte og makt

Pasienten sin kunnskap er både føresetnaden for den *moderne relasjonen og grunnen til den omsnudde, makteslause og maktkampen*. Sjølv om både pasienten og helsearbeidaren ønskjer å minimere sjukdommen sine konsekvensar. For kunnskapar hos pasienten opnar for usemje om kva som er den beste løysinga. Både med omsyn til sjukdommen i seg sjølv og på eit meir personleg plan. For helsearbeidaren sine ønskje kan gå utover pasienten sitt kvardagsliv, og pasienten sine ønskje kan gå utover helsearbeidaren sitt

arbeidsliv. Til saman gir dette grunnlag for bruk av makt, frå b e sider. Men der er ikkje like f oresetnader.

Biletet er nemleg meir komplisert enn at ein kan seie at pasienten er makteslaus i den klassiske relasjonen og sidestilt i den moderne, for helsearbeidaren har overtaket i alle relasjonane (Lupton, 1997). Dette skuldast mange fasettar ved det   vere pasient, og ved det   vere helsearbeidar. For der er ei kopling mellom makt og kunnskap. Og denne koplinga gjer det n erast ur ad   studere kunnskapen sin rolle i tilhøvet mellom pasient og helsearbeidar, utan   studere makta i relasjonen nærare. Difor ser den vidare teksten først på makt som fenomen, og deretter på nokre av dei faktorane som konstituerer den i helsetenesta.

Makt i tre dimensjonar

Når ein i daglegtalet snakkar om makt, tenkjer ein ofte på makt som knytt til tvang. Men i faglege diskursar er makt meir. Dette skuldast ikkje minst at diskursane er tett kopla til engelsk, der *power* ikkje berre dekkjer *makt* men også *evne*, som i brain power, og *krefter*, som i horsepower. I denne teksten vert makt nytta i den norske daglegspr ktydinga. Men   definere makt som n r A f r B til   gjere noko B elles ikkje ville gjort, vert for enkelt.

Steven Lukes (1974/2005) tek utgangspunkt i at makt er på sitt mest effektive når den er på sitt minst merkbare. Dette gjer at han kallar maktforst inga der A f r B til   gjere noko B elles ikkje ville gjort for eindimensjonal, og seier at den handlar om opne konflikhtar, handling og om det   bestemme. Slik sett, sidan makt til vanleg vert sett på som overlagt og kopla til tvang, er det inga overrasking at historiene eg har fått fortalt, i all hovudsak handlar om makt i forståinga over. Eit døme på ein slik historie er historia fr  *maktkampen*, der Olav til slutt f r den anestesien han ønskjer.

Lukes utvidar den eindimensjonale maktforst inga med to dimensjonar. Den første er kontroll med kva som vert sak. Eit døme på dette er Arne sin Addison-krise, der han kjem inn for   få væske og kortison medan lækjaren gjer hjartemedisin til hovudsak. Her vil ein på grunnlag av Lukes seie at Arne brukar makt av første dimensjon når han trekkjer inn kona som advokat for sitt syn. Medan lækjaren brukar makt av andre dimensjon når han gjer hjartemedisin til hovudsak.

Morten har eit anna døme. Han var innlagd på medisinsk avdeling, og tilstanden hans vart stadig verre. Hans nære pårørande var i stadig kontakt med dei tilsette på avdelinga om tilstanden hans, men avdelinga gjorde ikkje noko med det. Til slutt vart far til Morten så fortvilt at han gjekk til intensivavdelinga,

fann ein som jobba der og fekk han med seg opp på medisinsk avdeling. Det tok han berre sekund å bestemme at Morten skulle flyttast til intensivavdelinga grunna alvoret i situasjonen. I eit eindimensjonalt perspektiv vert det far til Morten som nyttar makt, idet han får sett i gong handling. I eit todimensjonalt perspektiv vert avdelinga si manglande handling også å sjå som bruk av makt.

Frå historiene som informantane fortel, er det tydeleg at manglande handling vert sett på som bruk av makt, sjølv om ordet «makt» ikkje vert nytta. Mellom anna kjem dette fram når manglande handling legitimerer maktbruk frå pasienten. Men det er uklårt om helsearbeidarane som har vore involvert i historiene, har opplevd det å *ikkje gjere noko* som bruk av makt.

Helsearbeidarane opplever det mest av alt som maktesløyse. I så fall har vi makt, der den med mest makt ikkje er det medviten. Dette gjeld nok ikkje berre for todimensjonal makt, men også det Lukes kallar den tredje maktdimensjonen, der definisjonen av mål og meining er sentralt.

Den tredje maktdimensjonen er vanskeleg å få fram, sidan den er effektiv fordi den er lite merkbar. Men eit døme på ein slik konflikt har Kine med kneskade, som på grunn av folk ho kjente sine erfaringar, trassar fysioterapeuten sine tilrådingar og fekk seg elektrisk rullestol. Ho ville bruke kreftene sine på å vere der ho skulle vere, ikkje på å kome seg dit. Dette er ein annan rasjonalitet enn fysioterapeuten sin, som var bekymra for kva mindre gåing ville gjere med stabiliteten i knea.

Ein annan konflikt fortel Bo Jacobsen (2000) om gjennom behandlinga av ein døyande pasient. Ein kan i historia finne makt av både første og andre dimensjon, men bakom ligg den tredje dimensjonen, den som handlar om å finne meining. Jacobsen sluttar ut frå historia at «En del sykehusleger ser ut til å føle det som et nederlag hvis det ikke kan gis behandling» (2000: 12).

Og eit nederlag er kopla til kjensler, ikkje til kva som er mest praktisk. Svein, som er sjukehuslege, formulerte i ein samtale om kriterium for behandling det som kan vere bakteppet:

Det enklaste er å gjere alt ein kan. Det vanskelege er å ikkje gjere alt ein kan. For jobben vår er å hjelpe, og det er jo i utgangspunktet å gjere noko. Men det er tidvis etisk rett å ikkje gjere noko.

Så når pasienten møter helsetenesta, er det ikkje berre ein pasient og ein helsearbeidar som møtest. Det er eit *dobbelt møte*, eitt profesjonelt møte mellom pasienten og helsearbeidaren, og samstundes eit menneskeleg møte mellom dei to same aktørane. Det profesjonelle møtet er underlagt profesjonelle rammer,

inkludert pliktingar og yrkesetikk. Men det menneskelege møtet er underlagt andre rammer.

Paradoksalt nok er det profesjonelle møtet underordna det menneskelege. Dette ser vi tydeleg i den makteslause relasjonen. Arne (med Addison) lit på den som ber om orsaking, men ikkje på dei andre. Fredrik (far til den hjarteopererte jenta) gjer ein forskjell mellom dei som gjer han til eit nummer i rekka, og dei som ikkje gjer det. Og Enok, han kjende seg uhugleg, ikkje fordi doktaren ikkje var flink, men fordi «doktaren lukta brennevin. Og so denne banningi til annakvart ord.»

For å sjå nærare på kva den menneskelege dimensjonen har for kunnskapen sin rolle i møtet mellom helsearbeidar og pasient, kan vi vende oss til Habermas (1997) og omgrepa system og livsverd.

System og liv

Habermas (1997) studerer korleis noko vert annleis når vi får grep om kva det er. Som ein ramme deler han tilveret vårt inn i systemet og livsverda. Livsverda er det umiddelbart nære, som ein ikkje tenkjer over er der, det utematiserte, det som utgjer bakgrunnen og horisonten (Hellesnes 2002a).

Det er ikkje berre Habermas som studerer skiljet som oppstår når noko vi før ikkje tenkte på vert tenkt og fanga i strukturar. Searle (1996) skriv om overgangen frå bakgrunn til diskursen. Polanyi (1967) legg fram ein overgang frå taus kunnskap til uttalt kunnskap. Schön (1983) studerer skilnaden mellom refleksjon i handling og refleksjon over handling, Luria (1976) overgang frå assosiativ til analytisk tenking og Ong (1982) overgang frå oral til litterær presentasjon. Men Habermas, som byggjer på Heidegger sitt arbeid, nyttar altså livsverd og system som omgrep.

Som omgrep er livsverd vanskeleg. For omgrepet er i seg sjølv ei sjølvmotsetjing. For det freistar å fange at ikkje alt er fanga, og at det skjer noko viktig ved fangst. For kjernen i skilnaden mellom system og livsverd er ulike logikkar.

Det vi har sett nærare på, er ikkje lenger berre i livsverda, men i systemet i tillegg. Vi har då tatt noko ut av livsverda, ført det inn i systemet og dermed underlagt det ein annan logikk. Denne prosessen viser Luria (1976) gjennom kva som skjedde då akademisk tenking vart innført i eit tradisjonelt jordbrukssamfunn, og Ong (1982) gjennom overgangen frå munnleg til skriftleg lagring av kunnskap.

I intervjuet prøvar Fredrik å fange livsverda med ord. Men han leitar etter orda. Når han fortel om korleis sosialt nettverk og helsetenesta reagerte på borna sin død, uttrykkjer han opplevinga slik:

Men alle er jo sånn. Så lenge ting går fint og bra, så er jo alle på ein måte runde. Også går det gale, så er alle kanskje ekstra runde. Heilt til dei kanskje har fått nok, og då vert dei heilt firkanta.

Denne måten å formulere seg på skil seg frå den konkrete formuleringa der han seier:

Når eg skjærer meg i fingeren, då kan eg få ein infeksjon som gjer at hjartet mitt byrjar å vekse. Kan du forklare kvifor den infeksjonen ho har i operasjonssåret ikkje kan få hjartet til å vekse?

I den første nyttar han bilete, i den andre trongt definerte omgrep frå det medisinske domenet. Treffsikre ord gjer det lettare å forstå kva han meiner. Slik sett skulle det å fange det livsverdslege vere ein bra ting, og ein føresetnad for god kommunikasjon. Det er berre at der ligg eit trugsmål i fangsten. Eit trugsmål mot det livsverdslege, og dermed også mot verdien til den kunnskapen som ikkje lett let seg fange i systemet.

Makta i det fanga

I Lukes (1974/2005) sine tre dimensjonar av makt ser ein for pasienten ein viktig fellesnemnar, nemleg ulempa som er skapt av vanskar med å setje ord på. Men helsearbeidaren har god trening i å setje ord på pasientar sine vanskar – og i å kome med framlegg til korleis dei kan løysast. Og her vert det doble møtet viktig, det mellom helsearbeidar og pasient, og mellom to menneske.

For om vi startar i livsverda, er møtet to menneske som samhandlar. Den eine med ein sjukdom, og den andre med utdanning og ressursar som kan gjere sjukdommen eller konsekvensen av sjukdommen mindre. Men sjukdommen er i livsverda, løysingane i systemet, enten det er tale om fagkunnskapar, tekniske innretningar eller tilvisingar.

Samstundes har helsetenesta også ei livsverd. Men den består av pasientar med problem som kjem, får (eller ikkje får) hjelp, og reiser att. Den er eit kollegium, og den er anna. Men denne livsverda vert ikkje vanskeleg ved ein pasient sin sjukdom. Snarare tvert om – den ville brote saman om folk ikkje vart sjuke. Dette gjer helsearbeidaren si livsverd stabil – på grunn av pasientar sin sjukdom. Medan pasienten opplever uro i si livsverd grunna den same sjukdommen. Dette gir eit overtak til helsearbeidaren. Eit overtak som vert forsterka av helsetenesta sine reglar.

Ein av helsetenesta sine reglar er at ein i regelen hjelper ved å yte behandling. Eitt døme på regelen sin styrke er medisinsk fagsjef i Helse Midt-Noreg sitt innlegg på ein konferanse om opplæring av pasientar og pårørande. Her sa han at sjølv om sjukehusa har fire hovudoppgåver², er dei tre andre støttande til den første. Nemleg behandling. Men i behandling ligg der makt av Lukes sin tredje dimensjon.

I tidlegare tider har ein hatt ei rekkje behandlingar³. Til dømes årelating og konjakk mot lungebetennelse (Sellæg, 2005), og dukking i vatn mot psykiske lidingar (Foucault, 1999). Og med behandling følgjer teoriar, men det viktige med teoriar, er at dei påverkar oss (Skjervheim, 1972/1996). Dei gjer noko med oss, for det helsearbeidaren finn ut om pasientane, har ein prinsipielt annan karakter enn det bilmekanikaren finn ut om bilen.

Teoriar om bilar har lite å seie for bilane si oppfatning av seg sjølv. Men teoriar om bilen, og ikkje minst bilen sine eigarar, kan ha mykje å seie for bileigaren. Dette skuldast at teoriar om Ford, overvektige eller narkomane kan bli adoptert av den gruppa det gjeld. Det kan bli tatt inn i medvitet og gjort til sjølvforståing, enten ved aksept eller som oppfatning av korleis andre forstår ein (Skjervheim, 1972/1996). Dette gjeld til dømes med omsyn til diagnosar:

Et problem er diagnosens potensial for selvforsterking. Diagnosen er i seg selv sykelliggjørende fordi den skaper sosiale forventninger om nettopp en slik adferd som diagnosen peker på. [...] Den som har fått en diagnose, blir sittende fast i den problemsituasjonen som danner grunnlag for diagnostiseringen (Solvang, 2002).

Der er såleis eit trugsmål i systemet, og dermed også i profesjonane, sitt overtak på livsverda. For helsetenesta er ein cocktail av system og livsverd.

Diagnose og behandling er såleis ikkje berre noko som har med sjukdommen å gjere, men også noko som verkar inn på helsetenesta og liva til dei som arbeider der. Eitt døme er omgrepet «høgstatusjukdom», som fortel at nokre sjukdommar er betre enn andre – i alle fall å arbeide med. Eit anna døme er at boka *Kvinnens ubestemte helseplager* (Malterud, 2001) finnast. I denne står det i innleiingskapittelet:

² Lov om spesialisthelsetjenesten m.m.: § 3-8. Sykehusenes oppgaver: Sykehus skal særlig ivareta følgende oppgaver: 1) pasientbehandling, 2) utdanning av helsepersonell, 3) forskning, og 4) opplæring av pasienter og pårørende.

³ Foucault (1999) gir eit glimrande oversyn over eit lite knippe av desse, og kva dei har ført med seg.

Måten pasienten presenterer sine symptomer på, stemmer dårlig overens med medisinsk språkbruk. Legen foretrekker gjerne presise og veldefinerte angivelser i samsvar med læreboka (s. 15).

Grunnen til at legen helst vil ha presise skildringar som passar med den medisinske verda, er openlys og forståeleg. Det gjer jobben til legen både enklare og betre på ein gong. Når pasienten «kjenner seg dårleg både her og der», vert det vanskeleg å finne ut kva det handlar om. Det vert vanskeleg å vere lege, for legen må forstå for å kunne hjelpe. Og det vert vanskeleg å vere pasient, for ein får ikkje ein diagnose. Ein har «ein ubestemt helseplage». Så sjølv om helsetenesta freistar å fange sjukdom i systemet, vert både sjukdom og behandling ei blanding av system og livsverd, både på pasienten og helsearbeidaren si side. Denne blandinga av system og livsverd vert aktivert i relasjonen mellom pasient og helsearbeidar, og påverkar verdien av kunnskapen.

Makt i system(et)

Den makta som ligg i at systemet, vert meir effektiv når fenomen vert fanga på ein god måte. Dette gjer at systemet har eit overtak når ord skal setjast på livsverda. Då vert det lett for at systemet sin logikk, som ein nisse på lasset, vert med inn i livsverda. Då skjer kolonisering. For systemet har eit anna sett av reglar enn dei ein finn i livsverda.

I livsverda er ein oppteken av fellesskap og felles forståing i form av meiningar, normer, identitet, solidaritet og liknande. I systemet krinsar logikken om å oppnå noko gjennom standardar, pengar og makt. Den mellommenneskelege forståinga kan då verte avløyst av mål-middeltenking, og menneske kan verte reduserte til faktorar i eit reknestykke. Men dette skjer berre om ein gløymer at møtet mellom helsearbeidar og pasient er eit dobbelt møte. Eit som er underlagt systemet sin logikk, og eit som er underlagt livsverda sin logikk – på ein gong.

Første lekk i kjeda av mål-middeltenking kan seiast å vere pasienten sin pragmatiske bruk av helsetenesta. Pasienten kjem til helsetenesta for å få hjelp. Dermed vert helsearbeidaren ikkje ein person, men ein funksjon. Denne tilnærminga vert forsterka av at helsetenesta som system krev at pasienten vert behandla som eit symbol, eller ein ting, og lagra i systemet. Det kan trass alt ikkje vere ein person si livsverd eller ønskje som avgjer om han skal sendast til strålebehandling for kreft eller til kirurgisk fjerning av blindtarm. Det må vere sjukdommen som bestemmer dette. Dermed må det vere sjukdommen som reiser rundt i systemet, ikkje pasienten. Slik som Per skildrar det:

Tenker på hvordan jeg i øyeblikket svever rundt i noen elektroniske lister. Usett av mennesker. Som et symbol uten annen mening enn å være en prostatakreft. Nok en. En av mange. Noe man er følelsesløs i

forhold til. Statistikk. I øyeblikket er jeg ikke et menneske, men et symbol på en sykdom. Et symbol på en arbeidsoppgave som noen skal ta tak på når en kommer så langt. Ikke glemmt, men gjemt. Fastlegen har sluppet meg og er i øyeblikket uten noen interesse for den videre ferden. Urologen her har sluppet meg. Jeg er ikke lenger en del av hans arbeidsoppgaver. Kreftlegen på lokalsykehuset har sluppet meg videre, og jeg er ikke lenger en del av hans anliggende. Legen jeg møtte ved St. Olav har sluppet meg. Jeg møter ham kanskje igjen på operasjonsbordet. Kanskje ikke. Hva vet jeg. Nå er det mennesker jeg aldri har møtt som møter meg på lister og lett flytter meg hit eller dit slik det passer.

Det må kanskje være sånn. Det skal være effektivt, og en har et produksjonsløp som en må følge og systemer for det. Men det kjennes rart ikke å kunne følge sin egen vei gjennom systemet.

Her skil Per mellom å vere ein sjukdom og eit symbol på den eine sida, og ein person på den andre. Han aksepterer at han må vere både deler, og at systemet ikkje tek hand om han som menneske. Og han opplever at det er viktig for god og rett behandling at sjukdommen vandrar problemfritt rundt i systemet.

Difor vert det viktig for pasienten å hjelpe helsearbeidarane til å plassere sjukdommen i systemet. Ikkje minst skuldast dette at høg *health literacy* hos pasienten, altså høg kunnskap om helsespråk, kan føreseia eit helseutcome i større grad enn til dømes utdanning (Ad Hoc Committee on Health Literacy, 1999). Dette skulle tilseie at dei pasientane som kan føre eit språk som ligg tett opp til helsearbeidarane sitt språk, får best behandling. For han kan hjelpe helsetenesta til å fange sjukdommen rett. Og om sjukdommen skal fangast rett, så må ein stole på pasienten. Men ikkje blindt.

Helsearbeidarrolla og makt

Då lækjaren spurde om kva som feila, svara Enok:

«Ja sant aa segja,» svara han, «veit eg det ikkje. Det manglar nok mange Ting ... eller kanskje helst berre ein Ting.» [...] «Det er nok Syndi helst, som plagar meg. Eg hev slik ein Otte, slik Ufred ...»

For pasienten kjem gjerne til lækjaren med tre ting: biologiske spor som vitnar om ein sjukdom, historier om korleis kroppen er no i høve til korleis den var før, og teoriar om kva som er galt (og gjerne også kva som kan gjerast med det). Desse må lækjaren ta på alvor, men ikkje for alvorleg. For lækjaren må vurdere om pasienten sine vurderingar er rette. Og teoriane som pasienten legg fram, treng ikkje vere sanne. Dei kan både vere forsøk på manipulasjon og umedviten villeiing, for å uttrykke det med Habermas (1997) sine omgrep. Det er det

lækjaren i Arne sin Addison-historie må sjekke. For Arne kunne vere ein påståeleg tosk eller hypokonder for den del. Lækjaren må såleis gjere pasienten og hans sak om til ei samla sak og vurdere den. Og det er det doktaren har gjort når han svarar Enok:

Hyss da mand; – skulde der være noget i veien med *mens*⁴? – – Hm; ikke noe særligt vist ... Hm. Det er vel bare denne gudeligheta igjen. Du gaar vel paa disse opbyggelserne og tyller dig fuld af svovelsnakk, kan jeg tro. He-he; *Pecus*⁵.

Det å gjere pasienten og hans sak om til ei samla sak, og vurdere den, kan verte lettare med kunnskapsrike pasientar, som til dømes Morten i den føretrakte relasjonen. Men også vanskelegare om relasjonen ikkje er så god, som til dømes med Olav i maktkampen.

For å kaste lys over kva som skjer når ein part gjer den andre og hans sak om til ei samla sak, kan vi nytte Skjervheim (1957/1996) si deling mellom det å vere deltakar og det å vere tilskodar i samtalar med andre. Ifølgje Skjervheim kan vi i samtalar innta to ulike posisjonar. Den eine posisjonen er å snakke med den andre om det han snakkar om. Ein deler ei sak med den andre, og er såleis to subjekt om ei felles sak. *Ein er to subjekt om eitt sakstilhøve*. Det andre alternativet er å snakke med den andre om *han* og *det han snakkar om*. Då gjer ein samtaleparten og temaet om til ei samla sak, og fokuserer på kvifor den andre er oppteken av dette. Ein prøvar å forstå den andre og det han seier ut frå korleis vi oppfattar hans verd. *Ein er eit subjekt som objektiviserer den andre*. Slik doktaren gjorde med Enok i stubben over.

Medan å dele sakstilhøve fører aktørane saman, fører objektivisering til ein kamp om kva perspektiv som er det rette. Dette gjer at kunnskap får ulik funksjon. Når ein deler eit sakstilhøve vert kunnskapen sin funksjon å gjere saka klårare. Ved objektivisering vert funksjonen å gjere den *andre* klårare. Det er nemleg slik at *den som mest raffinert objektiviserer den andre, er herre* (Skjervheim, 1957/1996).

Olav objektiverte lækjaren i maktkampen om kva anestesi som skulle gjevast ved å vise til kunnskapar som lækjaren er ute av stand til å tileigne seg. Og Fredrik objektiviserer på ein meir subtil måte ved å vise til kunnskapar som spenner krok på lækjaren sitt resonnement. Men fellesnemnaren og sprengkrafta ligg i biletet desse to teiknar av lækjarane.

⁴ Sjel/sinn

⁵ Fe

Men det er ikkje slik at pasienten som objektiverer lækjaren automatisk vinn. For kunnskapar er ikkje nok. Mest treng ein kunnskap som får *den andre* til å føle seg underlegen. Kunnskap er såleis makt så lenge den er gyldig, og dermed av verdi, medan kva som er gyldig kunnskap vert definert av dei med størst makt.

Og, som vi har sett, er det her tre dimensjonar av makt der både språket og systemet gjer pasienten underordna i alle. Det er dette som gjer at Arne har problem med å få den behandlinga han treng mot sin Addison-krise, sjølv om han formulerer seg godt. For kunnskapen hans er av liten verdi.

Objektivering og makt

Både Olav og Fredrik opplever ein slags siger når dei objektiverer legen. Og dei gjer det ved å føre noko som før var utematisert og berre til stades i bakgrunnen og horisonten inn i sentrum av situasjonen. Dei systemset. For Olav er det tale om den manglande viljen til å høyre på han som har erfaring, og for Fredrik er det ansvarsfråskrivinga det er tale om.

Men korkje Fredrik eller Olav likte seg når dei objektiverte lækjaren. Dei gjorde det som eit utslag av frustrasjon, meir enn som strategi, og dei svarte på objektiveringar frå lækjaren: Olav på ei tydeleg objektivering, Fredrik på ei meir subtil der han følte seg tilsidesett. Og begge gjorde det på lækjaren sine premissar, medan lækjaren var der. Men Fredrik oppnådde ikkje anna enn at lækjaren unngjekk han i ettertid.

Objektivering oppstår også medan pasienten ikkje er til stades. Den initiativrike pasienten som tek sjukdommen på alvor og gjer den til ein slags hobby, burde kanskje vere idealet. Men han vert tidvis opplevd som ei plage. Det er som diabetessjukepleiar Dina seier:

Eg har ein pasient som er omtrent slik vi her i diskusjonen legg fram at vi ønskjer at ein pasient skal vere. Og i stad, når eg kom opp på avdelinga, så sa dei: «No har han der pasienten din masa igjen.»

Broom (2005) har også i eit intervju fanga noko liknande. Ein av hans respondentar fortel om kva han tilfeldigvis overhørde då han skulle betale rekninga for eit lækjarbesøk:

Han snakka i diktafonen og refererte til einkvan, og sa «[pasienten] er litt vanskeleg og overinformert». Nei, dei likar tydeleg vis ikkje godt informerte folk.

Her ser vi kanskje skuggen av kva som skjer inne i helsetenesta si livsverd. Pasientar som er litt vanskelege å få inn i systemet, dei vert ei plage for dei

tilsette i helsetenesta, i deira livsverd. Og dette vert systemsett utanfor pasienten sin arena. Og den oppfatninga som vert skapt av pasienten gjennom pauserom og i journalar, er også makt.

Journalen sin makt over livsverda gjer tidspunkt for journallesing til ein tilbakevendande diskusjon mellom lærarar. Nokre vel å vente til litt ute i skuleåret. Då får elevar *med* mappe frå psykologar og spesialpedagogar det same høvet til å byggje ein ny relasjon til ein ny lærar, som dei *utan* mappe – utan mykje førforståing frå ein annan skule med ein annan lærar. For i mapper og strukturar ligg det makt, på same måte som i sladder og folkesnakk. Og denne makta vert verksam i møtet mellom pasient og helsearbeidar.

Til saman

Enkelt kan ein seie at sjukdom har skapt eit problem for nokon. I hans livsverd, som hos Enok:

So snart gjestine var burte viste det seg, at han var midt uppi ei rid av verste slaget. Svevnløysa kom; og han vart meir og meir fortryllt. Det gjekk so vidt at han ikkje kunde tvinge seg for framandt folk heller alltid.

Problemet i livsverda gjer at vedkomande treng hjelp, og når han tek kontakt med helsetenesta, vert han møtt av andre menneske og eit system. Men både i systemet og i relasjonen til andre menneske, ligg der rom for makt. For pasienten er underordna av mange grunnar. Mellom anna grunna skilnaden mellom pasienten og helsearbeidaren si livsverd, ordforrådet og deira språklege trening, objektiveringa som skjer og rollefordelinga mellom aktørane. Men helsearbeidaren har også makt fordi pasienten opplever maktesløyse. Som Siri, sjukepleiar ved eit sjukehus i Midt-Noreg seier:

Ein opplever kanskje ikkje at ein har makt sjølv om det vert opplevd som at du har det. Vi er nemleg ikkje medvitne at vi vert oppfatta som ein maktperson.

Så samla sett, både grunna pasienten sin trong for hjelp og systemet i seg sjølv, har helsearbeidaren eit klart overtak over pasienten. I tillegg har helsetenesta som system eit overtak på både helsearbeidar og pasient. Når ein kombinerer helsetenesta sitt overtak med ansvaret for å tilby opplæring til pasientar og pårørande, vert overgrepa dessverre nære. Dette skuldast at sjukehusa sitt ansvar for å yte opplæring gjer fleire ting på ein gong.

Det openlyse er at ein utvidar helsetenesta frå å handle om behandling til å handle om både behandling og opplæring. Dette er i utgangspunktet ein god ting sidan pasientane får eit utvida tilbod. Ein mindre synleg del er at ein fordelar

skulda for ei ikkje optimal helse mellom pasienten og helsetenesta. Men eit tredje aspekt, som kan vere minst like utfordrande, ikkje minst for helsearbeidaren som bakkebyråkrat (Lipsky, 1980), er at det i odelstingsproposisjonen som følgde gjeldande spesialisthelsetenestelov står:

[K]unnskapsrike pasienter [er] den beste garanti for sikring av kvalitet på helsetjenestene, fordi de både har vurderings-kompetanse og kan formulere sine interesser og ønskemål for behandlingen (SHdep, 1998).

Om vi tek dette sitatet på alvor, så tyder det at samfunnet gjer seg nytte av pasientane for å endre helsetenesta. Og det er mykje tidsrett logikk bak. For det heiter seg at «den som kjenner skoen best, er den som har han på». Og New Public Management (NPM) skal setje brukaren i sentrum.

Men om vi ser intensjonen om pasientane si endring av helsetenesta i lys av dei vanskane som kunnskapsrike pasientar opplever, då kan ein spørje seg kva som vert utfallet av opplæring – autonome, frustrerte eller subtilt dresserte pasientar?

Det er ikkje tvil om at kunnskap kan skape større autonomi hjå pasientane, som hos Kine (med kneskade) og Olav i deira maktkamp, og Morten i hans moderne relasjon. Men i den omsnudde og i den makteslause relasjonen ser ikkje kunnskap ut til å gi nokon særleg gevinst. Kanskje mest av alt fordi språket, økonomien, journalen, ja, kort sagt systemet, har makta. Både over pasient og helsearbeidar.

Då må helsetenesta sine medarbeidarar vere klar over sitt overtak og gi rom for at ein relasjon på utsida av behandlinga vert bærande. Både fordi ein felles kunnskapsbase utanfor behandlinga gir mindre grunn til mistillit, men også fordi pasientane si livsverd ikkje på nokon lett måte let seg presse inn i systemet. Det er såleis kanskje ikkje heilt tilfeldig like vel då, at Morten, som er den moderne pasienten i den moderne relasjonen, har helsefagleg utdanning.

Om kapitlet

Først ein takk til informantane som generøst har delt sine livsverdslege historier med meg. Deretter ein takk til dei som har lese teksten og gitt meg tilbakemeldingar – som ei pur gåve. Og til sist, ein takk til Helse Midt-Noreg som finansierer prosjektet. For det er det livsverdslege som kjem først, og systemet sist...

Referansar

Ad Hoc Committee on Health Literacy for the Council on Scientific Affairs,
American Medical Association (1999) Health Literacy: Report of the Council

- on Scientific Affairs. *Journal of the American Medical Association*, 281(6), 552–557.
- Aftenposten (2003) Bli din egen helseminister. 11/1 2003 av T. Spence og G. Magnus.
- Broom, A. (2005) Virtually he@lthy: the impact of internet use on disease experience and the doctor-patient relationship, *Qualitative Health Research*, 15(3), 325–345.
- Coulter, A. (2002) *The Autonomous patient: ending paternalism in medical care*. London: The Nuffield Trust.
- Eidsvåg, B. (1983) *Eg ser frå plata Passe gal*. Oslo: Kirkelig Kulturverksted.
- Foucault, M. (1999) *Galskapens historie i opplysningens tidsalder*. Oslo: Gyldendal.
- Garborg, A. (1892/1998) *Fred*. Oslo: Aschehoug.
- Habermas, J. (1997) *Teorien om den kommunikative handelen*. Aalborg: Aalborg Universitetsforlag.
- Heiene, G. og Thorbjørnsen, S.O. (1994) *Fellesskap og ansvar: innføring i kristen etikk*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Hellesnes, J. (2002a) Den galne grisen hans Lars Liabø og dei tre verdene hans Jürgen Habermas, eller om formalpragmatikkens grunnlag, *Grunnane*, 93-109. Oslo: Universitetsforlaget.
- Hellesnes, J. (2002b) Den sosialhygieniske tenkemåten, *Grunnane*, 142-156. Oslo: Universitetsforlaget.
- HMN (2004a) *Handlingsprogram for pasient- og pårørendeopplæring for Helse Midt-Norge*. Stjørdal: Helse Midt-Norge.
- HMN (2004b) *Overordna strategi*. Stjørdal: Helse Midt-Norge.
- Jacobsen, B. (2000) *Eksistensens psykologi – en introduksjon*. Oslo: Pax forlag.
- Kristiansen, A. (2005) *Tillit og tillitsrelasjoner i en undervisningssammenheng: med utgangspunkt i tekster av Martin Buber, Knud E. Løgstrup og Anthony Giddens*. Oslo: Unipub.
- Kvale, S. (1997) *Det kvalitative forskningsintervju*. Oslo: Gyldendal.
- Lipsky, M. (1980) *Street-Level Bureaucracy: Dilemmas of the Individual in Public Services*. New York: Russell Sage Foundation
- Lorig, K. (2002) Partnerships between expert patients and physicians, *Lancet*, 359(9309), 814–815.
- Lukes, S. (1974/2005) *Power: A Radical View*, 2. utgave. Hampshire: Palgrave Macmillan.
- Lupton, D. (1997) Foucault and the medicalisation critique, i R. Bunton og A.R. Petersen (red) *Foucault, health and medicine*, 94-110. New York: Routledge.
- Luria, A.R. (1976) *Cognitive Development – Its Cultural and Social Foundations*. London: Harward University Press.

- Malterud, K. (2001) *Kvinnerens ubestemte helseplager*. Oslo: Pax forlag.
- Ong, W.J. (1982) *Orality and Literacy*. London: Routledge.
- Polanyi, M. (1967) *The tacit dimension*. Garden City, NY: Doubleday.
- SHdep (1998) Ot prp nr 10 (1998-99). Oslo: Sosial- og Helsedepartementet.
- Schön, D.A. (1983) *The reflective practitioner : how professionals think in action*.
New York: Basic Books.
- Searle, J.R. (1996) *The Construction of Social Reality*. London: Penguin Books.
- Sellæg, C.A. (2005) Var det årelating eller konjakk som virket? *Tidsskrift for Den Norske Lægeforening*, 125, 975.
- Skjervheim, H. (1957/1996) Deltakar og tilskodar, i *Deltakar og tilskodar og andre essays*, 71-87. Oslo: Aschehoug.
- Skjervheim, H. (1972/1996) Det instrumentalistiske mistaket, i *Deltakar og tilskodar og andre essays*, 241-250. Oslo: Aschehoug.
- Solvang, P. (2002) *Annerledes. Uten variasjon, ingen sivilisasjon*. Oslo: Aschehoug.