

DEN LÆGENDE SAMTALE

Eva Ethelberg og Jette Fog

Læge-patient-samtalen har været til kritisk debat, både i medierne og i lægefaglige tidsskrifter, og artiklen handler om de psykologiske aspekter ved denne samtale. I artiklen beskriver vi først de betingelser, som samtalen som sådan stiller, hvorefter vi ser på de almene og de specifikke betingelser for den lægefaglige samtale. Hovedsynspunktet i artiklen er, at den gode kommunikation hører med til den lægefaglige kemedydelse, og at denne kendsgerning har både etiske og praktiske konsekvenser. De etiske konsekvenser udfoldes, og de praktiske konsekvenser berøres til slut i omtale af den kommunikationsmodel, som er anvendt i kommunikationsprojekter i Nordisk Cancer Unions og Kræftens Bekæmpelses regi i begyndelsen af 90'erne og nu anvendes i Lægeforeningens kurser i kommunikationstræning.

Indledning

Denne artikel har til hensigt at kaste et psykologisk søgelys ud over læge-patientsamtalen. Vi har valgt at fokusere på den læge-patientsamtale, som føres i hospitalsregi inden for det somatiske felt. Vi har dermed bl.a. fravalgt samtaler, som psykiatere har med deres patienter, selv om mange af de almene betragtninger i artiklen om f.eks. empati og ansvar også gælder her. Patienterne i denne artikel er såkaldt almindelige mennesker, ganske vist ofte i marginale livssituationer med alvorlig og/eller livstruende sygdom, men med reaktioner som ligger inden for det normal-psykologiske. Disse samtaler har på grund af deres indhold en særstatus, men de er også eksemplariske i den forstand, at de i skærpet form viser de samme træk som man finder i 'almindelige' læge-patient-samtaler. Læge-patientsamtalen har med stigende hyppighed været til debat. Patienter har i medierne beskrevet vanskelighederne med at få lægen og lægesystemet i tale; og i lægefaglige tidsskrifter som Ugeskrift for Læger, Månedsskrift for Praktisk Lægegerning, Lægen og Lægemagasinet

Eva Ethelberg er mag.art. i psykologi, specialist og supervisor i sundhedspsykologi og psykoterapi og centerleder ved Kræftens Bekæmpelses Rådgivningscenter i København.

Jette Fog er mag.art. og ph.d. i psykologi, specialist og supervisor i psykoterapi og

igennem 90'erne har læger beskrevet vanskelighederne i kommunikationen med patienterne (se f.eks. Ugeskrift for Læger, nr. 50, 1997, hvori der er fem artikler om læge-patientkommunikation; Månedsskrift for Praktisk Lægegerning, juli 1995 og maj 1996, Lægemagasinet, nr. 4, 1997; og se endvidere referenceliste). Men kun få psykologer har blandet sig, og det vil vi hermed råde bod på.¹ Men først må vi spørge os selv med hvilken ret vi gør os kloge på en anden faggruppes kommunikation – er det legitimt? Hertil er der flere ting at sige. Vi er jo aktuelt og potentielt patienter selv, og det vil sige, vi udtaler os som aktuelle eller potentielle deltagere i den lægelige samtale. Endvidere ved vi fra undervisning, at den lægelige samtale ikke uden videre bliver afviklet til lægernes egen tilfredshed, og det vil sige den lægelige samtale bliver ikke i tilstrækkelig grad til en lægende samtale. Vi vil illustrere det med et citat fra informationsfolderen om Lægeforeningens kurser i kommunikationstræning (DADL, 1997): *Traditionelt har samtalen med patienterne været betragtet som noget, hver enkelt læge selv har måttet lære stort set uden vejledning fra ældre og mere erfarne kolleger. Selv om dette langsomt er ved at ændre sig, er der stadig meget at indhente, hvis patienterne skal sikres god information i hele deres sygdomsforløb* (se endvidere Klee, Lau & Bonde Jensen, 1997). Endelig mener vi faktisk, at vi netop som psykologer med de redskaber vi har i kraft af vores uddannelse og træning, kan bidrage til denne side af den lægelige samtale. Vi kender begge fra forskellige typer hjælpersamtaler den dialogiske samtales betingelser og form (se også Madsen, 1993; 1996; Madsen & Willert, 1993) Vi kender ligeledes den terapeutiske samtale, og skønt der er iøjnefaldende forskelligheder, møder vi i læge-patient-samtalen de samme eller lignende psykologiske træk som i den terapeutiske samtale. Det er udelukkende den psykologi, som er indfoldet i samtalen, vi beskæftiger os med, for det er den, vi har forstand på og viden om. Andre sider af den lægelige samtale er det naturligvis ikke vores sag at beskæftige os med. Vi kender som deltagere i psykologsamtaler imidlertid til mod og svigtende mod, vi kender til selvbedrag og til projektion, idealisering, devaluering, arrogance og bedrevenen. Vi kender til uforklaret irritation og afmagt og forvirring og til manglende evne til at gøre noget konstruktivt ud af disse følelser. Fra den terapeutiske samtale har vi begreber til at fatte dele af disse træk,

-
1. Vores forudsætninger for at skrive er forskellige. Den ene af os (JF) har i snart mange år beskæftiget sig med 'den professionelle samtale': i forbindelse med det kvalitative forskningsinterview (Fog, 1994a) i forbindelse med hjælpersamtalen mere generelt (Fog 1994b), og i forbindelse med den terapeutiske samtale (Fog, 1995; 1998). Hun har endvidere forskellige – gode og dårlige – erfaringer som patient i sundhedssystemet. Den anden (EE) har erfaringer med mange års psykologisk rådgivning og behandling af kræftpatienter og deres pårørende. Hun har sideløbende undervist ansatte indenfor sundhedssektoren – herunder kommunikationstræning af læger (Ethelberg, 1996; Christoffersen & Ethelberg, 1997; Ethelberg, 1998).

f.eks. rummer hele modoverføringstankegangen også handlingsanvisninger, således at man kan få noget konstruktivt ud af at erkende de følelser, som man rent faktisk sidder med – det være sig afmagt, angst, vrede, irritation, etc. etc. (se endvidere Graugaard & Finset, 1997).

Hovedærendet med artiklen er at tage fat om den 'bredspektrede' lægefaglige ydelse, og det vil sige om de aspekter i ydelsen, som lægen skal kunne håndtere: Han skal være videnskabeligt og teknisk dygtig, han skal have et godt klinisk skøn, og han skal kunne sætte sig i den andens sted, det vil sige have en god empatisk formåen.² Håndtering af disse tre aspekter er et lægefagligt spørgsmål, men håndtering af dem i det rette forhold rummer også etiske spørgsmål. Der er etiske aspekter foldet ind i alle samtaler og alt samvær (Løgstrup, 1983; 1995; Løvlie, 1992; 1993), og dette er især værd at være opmærksom på i sådanne professionelle samtaler, hvor der i udgangspunktet er sat en asymmetri. Det er der i den lægefaglige – her er viden og beføjelser, fordelingen af afhængighed og uafhængighed ulige fordelt. Kort sagt, der er i denne samtale et på forhånd sat magtaspekt, og det er så at sige et *grundvilkår* og altså ikke noget, der afhænger af personernes handlinger (se Henriksen & Vetlesen, 1997).

Samtalen

For at forstå denne specielle professionelle samtale må vi imidlertid først se på de betingelser, som hver enkelt samtale føres under. Vi vil først skitserer de almene betingelser, der ligger under *enhver* samtale, nemlig betingelser *af antropologisk/almepsykologisk art*. Der er tale om dels helt almene betingelser, der gælder for samtalen som sådan, og dels mere konkrete betingelser, der gælder for den professionelle samtale, der som sådan er opgavestyrer (for en nærmere redegørelse, se Fog, 1994, 1998). Disse betingelser er i høj grad både tavse og usynlige samtidig med, at de er uomgængelige og tvingende; de gælder *i enhver lægelig samtale* af den simple og enkle grund, at både patient og læge er mennesker, og fordi de som sådanne er underlagt de betingelser, der i det hele taget gælder for mennesker og menneskers samvær. Det drejer sig her om kvaliteter som empati og empatisk formåen fra den professionelles side. Det drejer sig om kontakt og om evne og mod til at indgå i en sådan kontakt. Men det drejer sig også om den symmetri-asymmetri, der er indlagt i den professionelle hjælpersamtale, fordi den sag, de er fælles om at skulle

2. Det skal her understreges, at vi naturligvis er vidende om, at der er mange læger, der praktiserer den lægende samtale på en fremragende måde, og som uddanner sig selv og deres kolleger i kommunikation, endvidere at en del læger modtager supervision. De vil erfaringsmæssigt være de første til at give os ret i vore kritikpunkter.

tage stilling til, er kun den ene af de to personers befindende (Fog, 1998; Madsen, 1993, 1996).

Derefter vil vi se på de mere konkrete betingelser, der knytter sig til den lægelige samtale. *De materielle betingelser* for den konkrete lægefaglige samtale har at gøre med de reelle økonomiske vilkår for sundhedsvæsenet, med de institutionelle rammer, som samtalen foregår inden for, og med den magt og dominans, som er bygget ind i de institutionelle rammer, ligesom den har med konkrete forhold så som arbejdets praktiske organisation at gøre. Betingelserne har endvidere at gøre med den lægefaglige uddannelse, videreuddannelse og den meriteringskultur, som ligger i den. En pointe for os vil være, at de institutionelle rammer og den lægefaglige uddannelse og meritering kan tjene som et systemforsvar mod den angst, som det at arbejde med andre menneskers liv og dermed hele tiden at blive konfronteret med tanken om den andens (og egen) død kan vække. Under enhver lægefaglig samtale ligger således en række *eksistentielle betingelser*, som vi imidlertid vil tage for givet, som de kendsgerninger de er, nævne, men ikke i denne omgang gøre så meget ud af (se Henriksen & Vetlesen, 1997). Kort vil vi dog sige, at en del af de samtaler, vi tænker på, foregår der, hvor der er ubehagelige og måske endda (livs)truende ting på færde, hvor patienten er udsat, og hvor samtalepartnerne begge er reelt magtesløse over for den overgribende og mægtige realitet, som sygdom, smerte og død udgør. André et al. (1998) beskriver i en artikel om at give en alvorlig diagnose, at særlig de unge læger er uforberedte på patienternes, ofte voldsomme, følelsesmæssige reaktioner. De føler sig uformående og kommer i tvivl om deres evne til at klare situationen (se endvidere Jacobsen, kap. 4, 1998). De to samtalepartnere står i samtaleens øjeblik ikke lige i denne eksistentielle magtesløshed, men de står lige, menneskeligt set: Også den raske læge kan blive syg og få utålelige smerter, og også den raske læge skal dø engang. Så den måde, samtalen kan udspille sig på, afhænger i de enkelte og konkrete tilfælde af, hvordan lægen kan håndtere denne kendsgerning om sin egen ud-sathed: Har han en – uerkendt – angst for sygdom og død? Projicerer han sin egen magtesløshed over på patienten? Kaster han sig ud i tale og handling for at slippe for at være ved og være ved sin egen angst (Spinelli, 1998; Fog, 1998)? At der i samvær omkring så svære ting som dødelig sygdom kan være tale om en helt umiddelbar 'følelssmitte' i den forstand, at behandleren identificerer sig så meget med patienten, at han føler hendes smerte, angst og håbløshed som sin egen, er utvivlsomt (Graugaard & Finset, 1997; se også Arvay & Uhlemann, 1996). Spørgsmålet er, hvordan lægen kan forholde sig til denne smerte (se f.eks. Vanaerschot, 1990). Kan han være ved den, og kan han handle komplementært, er det godt. Men ved lægen ikke, hvad der sker, kan der meget let ske det, at han i simpelt selvforsvar distancerer sig fra patientens lidelse for at undgå sin egen med-lidelse, og her kan han f.eks. bruge informationsgivningen og sagligheden i det hele taget som et bolværk mod

egne følelser. Det kan, som vi skal se om lidt, tage form af, at han ignorerer patientens egne udsagn om (evt. ubehagelige) fornemmelser, og fortæller hende, at hun ikke fejler noget.³ At forsvar har sine omkostninger, også for den, der forsvarer sig, er utvivlsomt. Vi vil vende tilbage til disse omkostninger sidst i artiklen. Lægen skal ved alvorlig sygdom kunne håndtere både sin *reelle* afmagt i forhold til patientens sorg og pine og sin *reelle* afmagt over for det, som ellers er hans fags rationale – at helbrede sygdomme. Ved en dødelig sygdom må han strække våben, og det betyder, at selve rationalet går tabt og dermed meningen med arbejdet. På behandlingsafdelinger er der tilmed institutionelt et tab af interesse, når det drejer sig om lindring snarere end om helbredelse.

I en samtale med Peter Kemp, refereret i *Information* d. 26. august 1998 siger psykiateren, overlæge Steen Borberg: *Målestokken for den dygtige læge er en læge, der gør noget. Og det er de forskydninger, du så oplever som en fortrængning af menneskeligheden. Men det der arbejder nede i lægen i de situationer, er vel skyld og skam over ikke at kunne opfylde et præstationsideal, som er fuldstændigt irrationelt. Og som forbliver irrationelt, fordi det ikke bliver taget op.*

Retfærdigvis skal det lille, men voksende antal hospices, palliative enheder og teams i Danmark fremhæves som en mod-ideologi og –praksis. Fokus er der ikke på sygdommen, men derimod på fysisk og psykisk lindring af det døende menneskes lidelser. At dette arbejde også kan give personalet vanskeligheder, kan man læse i Sundhedsstyrelsens »Faglige retningslinier for den palliative indsats – omsorg for alvorligt syge og døende« (1999): *Lindring er et begreb, der indeholder en meget høj grad af subjektivitet, og som patienten derfor selv er med til at definere. Som fagperson er man altså afhængig af patientens og de pårørendes subjektive forståelse og accept af situationen. Det betyder, at den enkeltes faglighed kan blive udfordret. Det er en situation, man kan være mere eller mindre fortrolig med, og patientens afvisning af et fagligt tilbud kan medføre, at fagpersonen føler sig afvist som person.*

Almene betingelser for lægens og patientens møde

Det ene omdrejningspunkt er de psykologiske, interpersonelle vilkår, der er, for at vi *forstår* hinanden, det vil sige, for at lægen forstår patientens ærinde og beskrivelse, og for at patienten forstår, hvad lægen fortæller ham om sygdommen. Det ligger som et vilkår, at for at jeg skal gøre mig selv forståelig for dig, skal jeg lægge mit ærinde *ud* imellem os, ud til dig, så du kan se det/høre det. Men for at det rent faktisk bliver forstået, det vil sige, taget *ind* af dig, ligger der betingelser af både kognitiv og

3. I artiklen betegner vi lægen med et 'han' og patienten med et 'hun'.

emotional art, både hos dig og hos mig. Der er mulighed for mange sløringer undervejs, og det er slet ikke sikkert, at mine budskaber og informationer om mig og mit når uforfalskede eller uforvrængede over til dig. Angst kan, som vi skal se, f.eks. gøre en patient ude af stand til at høre og forstå det budskab, som lægen vil formidle, og angsten kan give sig mange forskellige udtryk. Når patienten er bange for sit liv, har hun bogstavelig talt ikke andet i hovedet eller i kroppen, og lægens opgave er da, dels at tage hånd om denne hindring, det vil sige om angsten; og dels at sikre sig, at patienten rent faktisk *har* hørt og forstået det, som han vil sige. For at kunne dét må han kunne sætte sig i den andens sted og have nok opmærksomhed og nærvær til at kunne opdage, hvis patienten bliver fraværende. *Det andet omdrejningspunkt* er således her empatien og hele dens væsen (Enstrøm, 1996; Rogers, 1975; Vanaerschot, 1990). For som professionel hjælper at kunne hjælpe det andet menneske må lægen kunne sætte sig ind i, hvordan det er at være lige netop hende – følelsesmæssigt og tanke-/handlemæssigt. Han må kunne opfatte patienten klart og objektivt for at kunne give hende det, som i *hendes* univers og situation er hjælp. Det vil sige, han må være opmærksom på, hvad patienten er for en slags person, hvilken situation hun står i, og på hvad der sker i relationen mellem ham og patienten. Hvis han har en upræcis eller sløvet indfølelse eller situationssans, så handler han i bedste fald unyttigt, i værste fald begår han overgreb imod patienten. Patienten er sårbar, dels pga. sin sygdom, dels pga. det værdighedstab, der – givet den reelle afhængighed af lægen og hospitalsvæsenet – er forbundet med at skulle underkaste sig institutionens og lægens magt. Begreber som autoritet, autonomi, magt, afmagt, værdighed og værdighedstab er til stadighed relevante i den lægelige samtale, og de må stille et stadigt spørgsmål til lægen om hvilke handlinger, der er de *rigtige*. Dette handler om for lægen at se den magt, der ligger i de umiddelbare relationer, og Gadamer (1987) kalder sansen for de etiske kendsgerninger i en situation for *etisk perception*. Den empatiske evne er vigtig for at kunne hjælpe, men den er lige så vigtig i moralsk henseende, og spørgsmålet om etik tager vi op mod slutningen af artiklen. Kommunikationen handler således ikke kun om kognitiv formåen og om informationsgivning – om evnen til at formidle den lægelige viden klart og utvetydigt – og dette er måske endda den mindste del af den lægefaglige samtale. Den lægefaglige samtale kræver – som alle andre professionelle samtaler – empatisk formåen (Fog, 1994). Den empatiske formåen er en basal forudsætning for al menneskelig forståelse i en både snæver kognitiv og i en bredere mellemmenneskelig forstand. Eftersom det er lægen, der er den professionelle, og eftersom samtalen er en del af hans professionelle opgave, er det ham, der må bringe den kæntrerede samtale på ret køl. Det drejer sig om kontakt og om den evne for og det mod til gensidighed, som kontakt generelt kræver. Mennesket har som en artsspecifik egenskab sans for, hvad der foregår i et andet menneske, det har empatisk formåen (Fog, 1994,

1998; Katzenelson, 1994; Bertelsen, 1994). Vi har endvidere alle som en primær og ureducerbar erfaringsdannelse vores egen sårbarhed og vores egen endelighed, og dette gælder også lægen (med mindre han har fortrængt den) (se også Henriksen & Vetlesen, 1997). Også lægen kan blive syg, komme galt afsted, og en dag skal han i hvert fald dø – han er ikke i helle. Man kan sige, at den lægende samtale er den, der ikke fortrænger, hverken kendsgerningen og vilkåret om den menneskelige sårbarhed og endelighed som sådan; eller den empatiske fornemmelse for, hvordan det må være at være den lidende og bange patient, der er kommet dertil, hvor lægen også vil komme en dag. Vi taler ikke om sentimentalt føleri. Kravet er ikke, at man sætter sig ned og græder eller gyser sammen med patienten. Men det præcise modstykke til sentimentalt føleri er jo brutaliteten, den no-nonsense måde, som ser bort fra, hvordan kendsgerningerne formidles, og ordene opfattes og opleves af den anden. I sentimentaliteten ligger konfluens, i brutaliteten og ufølsomheden ligger distance og isolation. Den lægefagligt forsvarlige måde drejer sig om at handle *konkret* over for lige netop dette menneske; få føling med, hvordan hun oplever sin lidelse for derefter at handle 'passende' i forhold til hende. Han skal være *en med-følende anden* i forhold til patienten; han skal hverken sætte sig ned og græde sammen med hende eller på distanceret måde gemme sig i en professionalisme, der skærer med-menneskeligheden fra. Den ene af os har beskrevet denne professionelle modus som en væren 'adskilt-i-forbundethed' (Fog, 1998; 1986; se også Henriksen & Vetlesen, 1997). Den anden af os har beskæftiget sig med, hvorledes denne 'passende handling' kan udvikles og læres i praksis. Herom senere.

Den lægefaglige samtale

På et plan er samtaler noget, som vi alle deltager i i ét væk i alle døgnets vågne timer, så man kunne tro, at samtaler er noget, vi alle ved, hvordan vi skal føre. Og til hverdagsbrug gør vi jo stort set det – opstår der for mange smertefulde misforståelser, eller får vi for mange problemer i vores samvær og samtale med andre mennesker, går vi til et andet menneske, måske endda en terapeut for at få redet trådene i vores forhold til andre mennesker ud. Men at kunne føre samtale til husbehov er ikke nok, når det drejer sig om en professionel samtale, som føres med noget bestemt for øje. Den lægefaglige samtale er styret af sine formål, og det ene formål i en læge-patientsamtale er, at lægen skal nå til erkendelse af, hvad det er for et sagsforhold, patienten meddeler ham, således at han kan stille noget op med det, han forstår. Lægens illusion kan her siges at være, at det er ham, som ekstraherer alt fra patienten, der er et mere eller mindre villigt materiale. Sådan er det ikke; kvaliteten af de informationer, lægen får, er kritisk afhængig af det forhold, de to parter kan få til hinanden. Det andet formål i læge-patientsamtalen er, at patienten erken-

der, såvel med følelser som med forstand, hvad sygdommen består i, og hvad den betyder for hendes liv (se endvidere Ethelberg, 1998). Der er således tale om en dobbelt erkendelsesproces, men i denne artikel har vi valgt at lægge hovedvægten på lægens side af kommunikationen.

En forudsætning for, at den dobbelte erkendelse mellem læge og patient skal lykkes, er at de to parter er i kontakt med hinanden, men evnen til at skabe kontakt er ikke noget, der giver sig selv i og med den lægelige professionsuddannelse, ej heller noget, som, én gang etableret, er der som noget, der giver sig selv. Den er der ganske vist som et almindeligt medmenneskeligt fænomen; kontakt er noget vi – forhåbentlig – er opfostret i. Men skal denne kontakt indgå i en professionel sammenhæng, skal den trænes og integreres i den professionelle *person*, det vil sige integreres i den specifikke professionalitet, som den lægevidenskabelige udgør. Vi ser således det kommunikative aspekt som en vigtig del af den brede spektrede lægefaglige ydelse, og vi ser det således også som en del af lægens faglige forpligtelse at lære sig at kommunikere, således at patienten forstår ham og han hende. Der er opbakning bag dette synspunkt også blandt læger (se f.eks. André et al., 1998). Genstanden for patient og læges saglige interesse i mødet er patientens krop og befindende, men de to personer har nødvendigvis forskellig tilgang til viden om denne krop og til, hvordan personen med eller i denne krop befinder sig. Patienten *fortæller* om, hvordan hun har det – der er tale om en subjektiv rapport, der ikke kan anfægtes som sådan. Lægen lytter til det, patienten fortæller, og forstår og vejer dette op mod sin faglige og menneskelige viden og erfaring og med det, hans kliniske skøn og de undersøgelser, der følger af dette, fortæller ham. Ideelt set. For undertiden kommer de to perspektiver – indfra-perspektivet som er patientens og udefraperspektivet som er lægens, det subjektive og det objektive – på kollisionskurs. Lægen har magten og hele institutionens autoritet i ryggen, så det er ham, der bestemmer foreneligheden og uforeneligheden af de to perspektiver. Han kan sætte det subjektive perspektiv ud af spillet med diskrete midler, hvor patientens klager overhøres eller blot ikke får nogen virkning på samtalen, eller med grovere midler, som det sker i mødet mellem neurologen Oliver Sacks og den kirurg, der fastholder sit objektive perspektiv på operationen som det eneste, og som affærdiger Sacks' bekymring over, at han overhovedet ikke har følelse i og føling med det ben, som lægen har opereret (Sacks, 1990, s. 88 ff).

Patientens *forståelse* indbefatter de (undertiden sære) teorier, som hun har om sin egen sygdom. Man skelner mellem patientens sygdomsoplevelse og –forståelse på den ene side (illness) og lægens forståelse af sygdommen i sig selv på den anden side (disease). Hvis lægen udelukkende fokuserer på sygdommen som disease, vil det måske vække modstand i patienten (Jacobsen, 1998) og gå ud over kontakten. *Illness* er et meget bredere sygdomsbegreb end disease. *Illness er den »levede oplevelse« af legemlige processer som f.eks. vejrtrækningsproblemer, mavesmerter*

indeholder patientens vurdering af, hvordan han bedst kan leve med, overkomme og bemestre det ubehag og de praktiske problemer som sygdommen indebærer (Elsass, 1992). En del kræftpatienter forstår deres sygdom som forårsaget af traumatiske oplevelser, manglende selvtillid, noget de har gjort for meget eller for lidt af (se endvidere Jacobsen, 1998, s. 238). Forklaringer, som naturligvis kan give skyldfølelse, men først og fremmest giver mening. Patientens forståelse af sine smerter og sit befindende kan diskuteres og anfægtes, men det er en anden sag, som ikke skal blandes sammen med den første – *realiteten* af det, som patienten fortæller. Har hun ondt, eller føler hun sig forfærdelig træt – jamen så er dette en realitet, med mindre hun lyver, og det er trods alt nok mindre hyppigt. Patienten fortæller, og lægen lytter, spørger og lytter igen, så her drejer det sig om en udveksling af sagsforhold, og denne udveksling hviler på kommunikation og samtale. Udvekslingens kvalitet og dermed kvaliteten af den information, som kommer ud af den, er afhængig af og vokser ud af den kontakt, som er mellem patient og læge, og det er informationernes skæbne og vanskæbne, som vi her beskæftiger os med.

Men først nogle eksempler på, hvordan samtalen eller samværet kan løbe af sporet. Vi vil beskrive nogle 'professionelle unoder', som man kunne kalde disse dysfunktionelle forsvarsmetoder: Der er de verbale, så som den imperialistiske monolog, hvori lægen giver information, som er ryddet for den emotionelle kontekst, den er indlejret i, eller den styring/kontrollering af samtalen, der består i, at han på politikervis hæver stemmen og ikke giver patienten rum til at komme ind i sin enetale. Men der er også non-verbale: Lægen kan se på uret med jævnlige mellemrum, han kan undgå øjenkontakt – enten ved at se væk eller den lidt mere raffinerede model, som består i, at han i store dele af konsultationen læser i journalen, mens han taler: Det kunne *se ud*, som om han beskæftiger sig med patienten, og det har – hvadenten det er intentionen eller ej – som funktion at afskære kontakten med den anden. Er man patient i en sådan samtale, har man en klar fornemmelse af ensidighed, og af at de bidrag, som man måtte have, er uvelkomne. De gives ikke rum og tid og fornemmes som indbrud. Hertil skal lægges, at ængstelige patienter har ekstra følsomme antenner for non-verbale signaler. Lægen kan sætte kronen på værket ved at rejse sig op og derved signalere, at samtalen er slut – hvadenten patienten føler sine behov for information og emotionel kontakt tilgodeset eller ej – lægge hånden på dørhåndtaget, idet han åbner døren let med et afsluttende »var der andre spørgsmål?« Igen her, det er næppe intenderet; systemet tilsiger, at han har travlt og skal videre til den næste, men patienten, som har takt nok til ikke at stille spørgsmål, der ikke er velkomne, bliver efterladt med en fornemmelse af at være til besvær og af, at systemet ikke er gearet til at tage sig af syge mennesker. Det følgende citat er uddrag af et brev fra Netdoktor på Internettet.⁴ Det

4. Netdoktor er, siden vi skrev dette, blevet omorganiseret.

er endnu et sted, hvor man kan se, at der er noget, der ikke går glat. Det citerede er kun ét af en sand syndflod af breve, som for manges vedkommende lufter vildrede, indignation og modløshed over den behandling, personerne har været ude for i hospitalsvæsenet eller hos egen læge. *Noget* må jo være glippet, siden så mange mennesker har et sådant behov for kommunikation på denne måde – *uden om* den ekspertise, der findes i lægeverdenen. Det kan meget vel være, at der er mennesker blandt disse, hvis lidelser har psykiske kilder, men lide gør de, og helt åbenbart har de ikke fået den med-liden, som kunne gøre dem godt; der er en hjælp, de *ikke* har fået. De mærker den utilpashed, træthed eller de smerter, de nu engang mærker, og en misforståelse af eller ligefrem et dementi af deres fænomenologiske realitet er ikke et godt udgangspunkt for hjælpeforanstaltninger – af hvilken art de så skal være. Som Pernille siger til en lidelsesfælle: »*Og husk – at lægen ikke kan mærke hvordan du har det, han kan derfor ikke tillade sig at sige at det er noget du bilder dig ind! Held og lykke*«. Smerter og ubehag er et stærkt argument for den enkelte, og med mindre lægen kan anvise veje til at få smerten lindret, eller få fortalt, hvorfor det ikke kan lade sig gøre, virker han simpelthen utroværdig.

Lægen er på sin side *afhængig* af den information – bredt forstået – som stammer fra patienten, hvis han skal kunne danne sig et begreb om patientens sygdom og tilstand. Denne information falder i to – ikke skarpt adskilte – kategorier.

På den ene side er der tale om den information, som lægen kan få via sine sanser og sine 'bevæbnede sanser' (Mammen, 1983, 1986), og det vil sige via sit uddannede, kliniske skøn og de tests og undersøgelser, som springer ud af dette skøn. Det er en information, som erkendelsesmæssigt vokser ud af, at et subjekt observerer og manipulerer et objekt på forskellig vis, og *vi vil kalde denne side for den teknologiske side af lægens virksomhed*. Lægen beder f.eks. laboranten tage nærmere angivne blodtests, eller han tager eller lader en anden læge tage små bidder af givne organer ud til nærmere undersøgelse (en biopsi), og denne undersøgelse sker med etablerede metoder, der angiver en bestemt usikkerhedsmargen for rigtigheden af konklusionen. Informationens sandhed er her i ringere grad afhængig af, hvad patienten siger og mærker – hvis patologen siger, at der er cancerceller i vævet, så er der det med den og den sandsynlighed. Patologen kan tage fejl, men det er en anden sag, og der er en etableret, kollektiv og kollegial praksis, som sørger for at gøre skønnet så sikkert som muligt. Kvaliteten af informationen er her i mindre grad afhængig af det, som patienten siger, men den er ikke uafhængig af, hverken hvad patienten har sagt eller af lægens skøn og vurdering.

På den anden side er der tale om den information, som patienten giver *om og fra* sin fænomenologiske realitet *til* lægen. Det er en information 'indefra', en information som lægges ud i verden, hvorfra lægen kan tage den ind i sit billede. I hvilken udstrækning patientens fænomenologiske realitet, og det vil sige rapport om smerter og øvrige befindende bliver

tilgængelig for lægens billededannelse, og hvilken kvalitet denne rapport får, er dybt afhængig af det forhold, der er og kan være mellem de to personer. *Vi vil kalde denne side af lægens virksomhed for den menneskelige side.* Men de to sider ligger ikke på samme plan – der er et bestemt overordnings-underordnings-forhold mellem dem. *Alle* de informationer, der flyder frem og tilbage mellem lægen og patienten, er indlejret i det forhold, der er mellem de to mennesker, og dette er en – ofte usynlig – forudsætning for informationernes skæbne – bliver de forstået, misforstået eller måske slet ikke forstået? På dette plan er der tale om en udveksling mellem to personer. Grunden til, at det er nødvendigt at tale om sådanne mellemmenneskelige og almenpsykologiske (grund)forudsætninger for den lægelige samtale, er følgende: På et mere overordnet, filosofisk plan er de forudsætninger der jo, og er aldeles uomgængelige. Mennesket er et betydningssskabende og betydningsbærende væsen; det kommunikerer disse betydninger hele tiden, og kun når patienten er i narkose, kan man – måske – se bort fra dette faktum. Mennesker kan, når vi er ved bevidsthed og sidder over for hinanden, ikke ikke-kommunikere (Watzlawick, 1978; Madsen, 1993, s. 50) – vi giver hele tiden betydninger fra os ligesom vi modtager sådanne fra den anden; og det er uomgængeligt – på både det almene og det konkrete plan er også ikke-kommunikation kommunikation (ibid.). Dette gælder begge personer i den samtale, vi beskæftiger os med her, det gælder *alle*, det hører med til at være menneske. På et mere konkret plan kan der så opstå forskellige vanskeligheder, hvis denne antropologiske forudsætning ignoreres som noget, der gør en forskel, og det er på dette plan, at lægens evne og færdighed til at føre en samtale spiller ind.

Også på et mere underordnet konkret, praktisk plan findes disse forudsætninger, og lægens nødvendige kvalifikation er altså en dobbelt. Han skal dels være fagligt dygtig inden for sit specifikke felt (og helst også uden for det), det vil sige, han skal kunne bestride den side, som vi kaldte den teknologiske. Vi vil kalde dette en minimumsbetingelse. Men han skal kunne noget andet og mere end det. Samtalen stiller nogle specifikke krav til lægen, som ikke uden videre er givet i hans eller hendes uddannelse og som kræver en anden slags involvering end den teknisk-rationelle faglighed, som han er uddannet til. Han skal kunne sidde over for et med-menneske med alt det, som dette indebærer af krav til hans egen konkrete personlighed og menneskelighed. Han skal kunne se netop dette menneskes særegenhed. Kun med en kraftig real-abstraktion – en abstraktion foretaget i og med virkeligheden – er det muligt umiddelbart at se ‘en lungecancer’, en ‘livmoderkræft’, et ‘brækket ben’, altså se den konkrete anden som primært kategorialt indplaceret. Det kommer vi tilbage til. Men vi ser vel at mærke *ikke* et modsætningsforhold mellem teknisk-faglig dygtighed og medmenneskelighed, ej heller – og det er vigtigt at sige – er det sådan, at det ene kan udskiftes med det andet: Medmenneskelighed kan ikke gøre det ud for faglig dygtighed, ej heller

kan denne dygtighed kompensere for svigt i medmenneskeligheden. Pointen er, at kontakten er det medium, som også den lægelige ekspertise flyder i. Selv anæstesi-læger skal kunne snakke med folk nu om dage, det er endda ret vigtigt. Der er, så vidt vi kan se, ingen, bortset fra patologen, der kan slippe for selve mødet med patienten. Forud for al teknisk kunnen ligger således forholdet og kontakten mellem patienten og lægen, og der hvor læge-patientforholdet ofte kuldsejler er der, hvor videnskabeligheden – den teknisk-rationelle dygtighed – skubber alt andet ud, det vil sige der, hvor den videnskabelige læge fortrænger den medmenneskelige læge. At dette ikke er en nødvendighed, om end hyppigt forekommende i vore store hospitalssystemer vil vi vise. Det drejer sig i virkeligheden om definitionen på 'en god lægefaglig ydelse'. Ét synspunkt på den sag udtrykkes af overlæge Birger Broch fra Fredericia under overskriften – *Lad dog læger være læger: Det hele skal dreje sig om kommunikation, ligeværdighed o.lign., der er kønne og smukke ord, men i virkeligheden livsfarlige for patienterne.* Og senere: *Hvorfor kræver vi ikke »rigtige læger« til at behandle os – hvorfor accepterer vi, at de få »rigtige læger«, der er tilbage på vore sygehuse, trynes af krav om tværfaglighed, samarbejde, kommunikation, prioritering og andre plusord i et forsøg på at dække over, at vi ikke vil kvaliteten, når kvaliteten betyder: en god lægefaglig ydelse med tidssvarende teknologi?* (Jyllandsposten, 3/1 1999)

Man mere end aner irritationen. Men dette er efter vort skøn en unødigt polarisering af de to aspekter som hinanden ekskluderende, og vi vil herimod hævde, at begge aspekter skal være til stede, før det er rimeligt at tale om kvalitet i lægearbejdet, det vil sige om en *god* kirurg, eller en *god* mediciner. Det er imidlertid i hovedsagen den side, som involverer lægen i samtalen som et faguddannet med-menneske, der i denne artikel interesserer os – fordi det er det, vi som psykologer har forstand på – og vi vil starte med at illustrere, hvordan det kan gå galt:

Man kan jo miste en patient på flere måder. Hun kan i princippet gå sin vej – søge anden læge – om end, det er nu ikke helt ligetil, idet der også er et autoritets- og magtaspekt impliceret i lægepatientforholdet. Men når det sker, er det synligt for begge parter. De kan give vidt forskellige grunde til, at forholdet bliver afbrudt, men det er en anden sag. Sværere, og mere skidt (for både læge og patient) er de tilfælde, hvor patienten bliver siddende i stolen, men hvor psyken har absenteret sig. Patienten kan være tavs og tom i blikket, men indvendigt være overvældet af et følelsesmæssigt kaos. Eller hun kan sidde med en høfligt interesseret mine, men med hele sin opmærksomhed rettet indad mod bekymringer for de negative konsekvenser af sygdommen. Lægen kan fejltolke patientens mangel på spørgsmål som tegn på, at hun lytter og forstår. Særlig ved samtaler, hvor lægen giver en alvorlig diagnose, klager en del patienter bagefter over, at de ikke blev ordentligt informeret om f.eks. behandlingsmuligheder. Dette kan naturligvis være tilfældet, men forklaringen

er ofte, at de intet har hørt, efter at diagnosen blev udtalt, og at lægen har forsat sine forklaringer uden at registrere, at kontakten er afbrudt (se f.eks. Maguire & Faulkner, 1988). Et sådant brud i kommunikationen er sværere at opdage for lægen, specielt hvis han ikke er opmærksom på personen som *person*. Og at forholde sig til personen kræver, at han også forholder sig til dennes sorg, eller angst og bekymring, og til, hvad patienten i det hele taget er for en person. Patienten kan være 'føjelig' og underdanig, sige ja i ord, men i øvrigt være på vej et helt andet sted hen, hvor hun føler sig bedre hørt. Sådanne tilfælde er vanskelige at opdage for lægen, hvis han ikke lægger vægt på sådan noget som kontakt, og hvis han overfører sin videnskabelige erkendelsesmodel til det mellemmennekkelige område. Det, der sker ved en sådan fejlkommunikation, er, at de informationer, som han skal bruge for at kunne udføre sit arbejde, enten ikke fremkommer eller bliver invalideret. Hvortil kommer, at han, uden at ville det, kommer til at krænke et andet menneske. Der er en etisk dimension forbundet med hans konkrete arbejde, og også det vender vi tilbage til. I slutningen af artiklen vil vi kort se på de praktiske konsekvenser af artiklens synspunkter: hvordan kan en læge blive en *god* læge.

De materielle betingelser for lægens og patientens møde

Vi vil i dette afsnit se på udvalgte aspekter af det betingelsesrum, som samtalen føres indenfor; og vi vil se på, hvordan økonomiske og institutionelle betingelser kan sætte sig igennem som dysfunktion i læge-patientsamværet. Vi lægger altså en bestemt optik ned over betingelsesrummet, nemlig én som hævder, at uanset 'hensigten' eller 'de gode grunde' til at hospitalet og dets arbejde og medarbejdere er organiseret på bestemte måder, så har dette *som funktion*, at læge og patient taber kontakten med hinanden, og altså at det lægefaglige arbejde taber kvalitet.

En første, og meget bastant, materiel betingelse er sat af de ressourcemæssige begrænsninger i sundhedsvæsenet. Det er kommet bag på danskerne, at vores tidligere højt besungne sundhedssystem er saktet mærkbart bagud igennem de sidste 10 år sammenlignet med andre europæiske lande. Mange års besparelser og nedskæringer, mangelfuld planlægning og udvikling, har bidraget til dårligere behandlingsresultater for mange alvorlige sygdomme og en lavere gennemsnitslevealder i Danmark i forhold til det øvrige Europa, og særligt i forhold til de andre nordiske lande. Grunden til, at det er vigtigt i vores sammenhæng er, at forarmningen spiller en rolle for læge-patientsamtalerne i stort og småt. For eksempel er det ingen selvfølge, at der på en sengeafdeling for alvorligt syge findes et samtalerum, hvor lægen kan tale med patienten i enrum. Samtaler med alvorligt indhold må ofte føres i en stue, hvor en eller flere medpatienter er ufrivillige tilhørere. Sådant her kan det udspille sig konkret: *Der var trekvart meter mellem de to senge på stuen, adskilt af et løst gardin.*

*Ikke meget, når der på begge sider af gardinet skal siges farvel til familieliv og liv. »Naboen« fik en lignende diagnose – vi véd det, for en dag kom en af overlægerne farende ind og begyndte at underrette hende, altså naboen, om kræft. (Jerichow & Jerichow, 1999) Et udslag af knappe ressourcer og mangelfuld organisering af arbejdet er også de mange lægekontakter, som den enkelt patient må døje med, og sådan her kan dét tage sig ud for pårørende, to voksne børn: *Hver dag, eller rettere 12 af de 16 dage, hun lå på Riget, kom en ny overlæge forbi på stuegang. På vej ind ad døren skævede de hastigt ned i sygeplejerskernes journal og kiggede så op på os. De gode præsenterede sig, de uopdragne gik lige på. »Nå, får I så snakket med jeres mor«, spurgte de hver dag, også den sidste uge, hvor lidt læsning i journalen ville have fortalt dem, at hun for længst havde mistet forbindelsen til verden efter at have afvist livsforlængende behandling (ibid.).* Som det kan ses, og som vi vil vende tilbage til, virker denne ‘serielle ansvarsfordeling’ destruktiv – man må formode på behandlingen – men i hvert fald på enhver menneskelig takt. *Lægens ansvar*, også det med-menneskelige, er fordelt på 12 personer, og det vil sige, at ingen for alvor tager det og har det.*

Videnskab og profession

Den konkrete samtale har endvidere at gøre med den betingelse, som lægens i hovedsagen naturvidenskabelige uddannelse udgør. På samme måde som i psykologien eksisterer der i lægevidenskaben en ægte modsigelse mellem videnskab og profession, og denne modsigelse resulterer her som der i et spændingsfelt mellem kategori og individ. For videnskaben er det partikulære af mindre direkte relevans, hvorimod det i klinikken er altafgørende – det er her *altid* det enkelte, særegne menneske, lægen møder i samtalen, og den enkelte kan *aldrig* reduceres til kategorien (Henriksen & Vetlesen, 1997). At se kategorien – lungecanceren – og ikke fru Jensen, er som sagt tidligere at foretage en abstraktion i virkeligheden. Men hospitalssystemet er *også* et videnskabeligt meriteringssystem, og i ‘meriteringskapløbet’ er patienterne på hospitalet *også* potentielle forskningsobjekter. Der er tale om en forskningstvang i opstillingen i systemet, hvilket dels indebærer, at det kliniske arbejde ikke altid får førsteprioritet, og dels meget nemt medfører et bestemt slags syn på patienten. Peter Kemp citerer i Information i omtale af bogen *Etik og klinik* Munksgaard (1999) redaktøren af bogen, Henri Goldstein: *Henri Goldstein konstaterer, at det desværre er meget lidt prestigegivende at bruge tid på at tale med patienter fremfor at operere eller lave undersøgelser.* Resultatet er, at både i den kliniske praksis og i forskningen ligger dén ideologiske og videnskabelige holdning, at kategorien er vigtigere end individet. At beskæftige sig med individet, det enkelte menneske, bliver da en luksus, eller i værste fald, når der er forskning impliceret, en alvorlig fejlkilde. Personerne abstraheres væk fra deres sygdomme, og de løsrevne sygdomme kan nu fint sorteres i kategorier og analyseres i den

abstraherede form. Der er ingen tvivl om, at der er indhøstet umådelig stor og nyttig viden om sygdomme og deres behandling på denne måde, og patienterne har naturligvis en umiddelbar interesse i, at denne viden indsamles og videreudvikles. Imidlertid er det sådan, at den reduktionistiske måde at tænke på er funktionel i videnskaben, mens den til gengæld er stærkt dysfunktionel i klinikken. Faktisk er det ødelæggende for et produktivt læge-patient forhold, hvis man tager udgangspunkt i den måde at tænke på, når man indgår i læge-patient samtalen. Ingen af os bryder os om at blive reduceret til vores kategoriale tilhørsforhold – til en diagnose eller til ‘en patient i en seng’. Vi vil ikke være ‘én af en slags’, ej heller se vores nærmeste som sådan. Vi vil ses og behandles som de *individ*, vi er (Fog & Hem, 1998). Konkret kan det se sådan ud: *Vi vidste, at Anita i disse omgivelser var endnu en patient i endnu en seng. Men vi nægtede at acceptere vores mors sygeleje som et statistisk fænomen på en tilfældig vagtplan.* (Jerichow & Jerichow, 1999).

Men lad os se på to eksempler. Mette har brystkræft med spredning til mange organer. Hun klager til lægen i ambulatoriet over stærk hovedpine, kvalme og opkastninger. Lægen siger skeptisk: »det kan jeg ikke se nogen grund til, at du skulle have«. Mette resignerer og bliver tavs og trist. Lægen taler her ud fra sin objektive viden om sygdommen i den aktuelle fase samt ud fra sin viden om de objektive fund fra undersøgelser af Mette. Hvordan sygdommen i øvrigt har ramt Mette konkret, og hvordan hendes subjektive klager kan belyse dette er faktorer, som han kun inddrager i begrænset omfang. Dette medfører naturligvis en mangelfuld lægefaglig indsats mht de somatiske klager, men derudover også et afgørende brud på den tillid, som Mette omhyggeligt prøver at fastholde til behandlingen. Hun føler sig ikke forstået, og hun bliver ikke forstået. Hun bringes til at føle, at hendes klager er irrelevante, at hun er hypokonder. Lægen antyder da også, at ‘det kan være noget psykisk’.⁵ Det kan Mette naturligvis ikke udelukke. Hun forholder sig nemlig ikke analytisk til sine symptomer, hun ved bare, hvordan hun har det. Ud fra Mettes beretning om samtalen fornemmer man, at lægen kan have haft behov for at lægge afstand til hende. Mette er nemlig ung, selvvisikker og bange, og hun er derfor et menneske, som appellerer til den hjælper, som de fleste læger rummer. Men Mette kan ikke kureres – hun kommer til at dø af sin sygdom, og hun kan dermed opleves som en kontinuerlig krænkelse af denne hjælpers professionelle stolthed. Den teknisk/instrumentelle side

5. Desværre er det ikke ualmindeligt, at læger bruger ‘det psykiske’ som en restkategori: Der hvor deres forklaringsformåen kommer til kort, bringes psykologien ind som en parkeringsplads for det uforklarede. Patienten opfatter med nogen ret dette som en insinuation om, at hun ‘i virkeligheden’ ikke har ondt eller føler sig ilde tilpas – at hun skaber sig – altså der sker det dementi af hendes fænomenologiske virkelighed, som vi talte om i indledningen.

af hans virksomhed er sat ud af funktion. Han er reelt hjælpeløs og kan ikke *gøre* noget. Det vil sige, det kan han jo, han kan *være* der som menneske *sammen* med Mette og lytte til hendes smerte, angst og sorg (se Spinelli (1998) om *gøre-være* sondringen). Forklaringen på den uforståelige irritation, som Mette registrerer fra lægen, *kan* være, at hans *raison d'être* er sat ud af spillet. Som det er, skal der – eksistentielt set – et personligt mod til at sætte sig ud i rummet *som menneske* uden stetoskop og medicinfortegnelse, men også *med* både stetoskop og medicinfortegnelse; uden at kunne gemme sig i en *professionel rolle*, men også uden at skulle lægge denne fra sig. Fra patientklager og af egen erfaring ved vi, at vi som patienter har et stort behov for at blive opfattet og behandlet som individer, som unikke, og det vil sige, vi har behov for at se lægen som et menneske og for selv at blive set som et sådant. Den planlagte behandling skal tilrettelægges, så den passer på mit specielle tilfælde, og jeg skal kunne mærke, at så er tilfældet. Det kan godt være, at de fleste ikke har netop denne bivirkning ved denne behandling, men når jeg siger, at jeg har den, så er det, *fordi* jeg har den. Det er krænkende at få sin virkelighedsopfattelse betvivlet.

Lad os se på endnu et eksempel: Lene, en moden og selvstændig kvinde på 45, mærker en let hævelse af venstre arm, svarende til at hun pga brystkræft har fået fjernet venstre bryst og samtidig en del lymfeknuder i venstre armhule. Hun påpeger det over for lægen ved den førstkommende kontrol. Lægen svinger med let hånd et målebånd om først hendes ene, så hendes anden arm, og erklærer irriteret, at der overhovedet ikke er forskel, og at hun kan føle sig helt rolig. Lene tier beskæmmet, føler sig irettesat, og tror på, at der ikke er grund til at gøre yderligere. Imidlertid, viste det sig, var den spænding og lette hævelse hun mærkede i venstre arm forløberen for en udtalt og kronisk hævelse af armen (lymfødem), som nu, nogle år senere hæmmer hende i alle praktiske gøremål. Lene mener, at hun kunne have skånet armen og fået forebyggende behandling, hvis der var sat ind i tide – dvs fra den første følelse af spænding i armen. Også i dette tilfælde har lægen haft den holdning, at han vidste mere om patientens symptomer, end patienten selv vidste. For eksempel at den hurtige måling var mere præcis end patientens følelse af spænding og hævelse i armen. Han kan også have været af den mening, at der bliver talt alt for meget om lymfødem, og at enhver brystopereret kvinde derfor tror, hun får/har det.

En del af problemet ligger i den dobbelte opgave, som lægeinstitutionen skal løse – den har en forpligtelse over for både behandling og videnskabeligt arbejde. Den enkelte kliniker vil altid, om end på forskellig måde, være indkoblet i det kollektive, videnskabelige, institutionelle projekt, og i grunden hører den individuelle patient ikke til i det projekt. Der skal f.eks. i tusindvis af observationer og målinger til, før man med sikkerhed kan sige, at f.eks. behandling B er bedre end behandling A, og mentalt er der meget langt imellem på den ene side loyaliteten over for

det fælles videnskabelige projekt og den tankegang, som dette projekt af-føder, og på den anden side et muligt fælles projekt med den konkrete patient. Der er tale om to anskuelses- og erkendelsesmåder, der står i modsætning til hinanden – som vi sagde før, en ægte modsigelse mellem videnskab og profession. Ikke desto mindre skal den dygtige kliniker kunne rumme modsigelsen, og vælge den synsvinkel der er relevant i situationen. Det lykkes ikke hver gang, som eksemplerne ovenfor viser.

Information og emotion

Det videnskabsideal, som uddannelse og forskning hviler på, lægger op til en opsplitning mellem information og emotion, og det er, når denne opsplitning bæres med ind i klinikken, at tingene går galt. Den medfører nemlig, at der sker en fraspaltning af følelserne. Vi kommer tilbage til betydningen af denne opsplitning og også til, hvorledes opsplitningen og fraspaltningen kan tjene som forsvar i situationer, hvor lægen ikke i tilstrækkelig grad er opmærksom på de følelser, som han rent faktisk føler. I sundhedsvæsenet er der en ældgammel opsplitning mellem 'cure' og 'care'. Man ser den i (køns)arbejdsdelingen mellem læger og sygeplejersker. Lægerne kan holde det saglige fokus ved at fraspalte følelserne. Sygeplejerskerne påtager sig de fraspaltede følelser – konkret ofte i form af en eftersnak med den ulykkelige patient, når lægen har informeret og absenteret sig i enhver forstand. En omsorgsopgave, der i sin principielt manglende forbindelse med sagligheden kan svulme op indtil det grænseoverskridende over for patienten. Man kan også sige, at lægen tendentielt er for distant/har for stor afstand til patienten; og at sygeplejersken tendentielt er konfluent/har for lille afstand. Begge ekstremer er perverterede former, der betinger hinanden.

I 'medicinsk kommunikation', som det lægelige forskningsområde kaldes, skelner man mellem instrumentel og affektiv kommunikation/ad-færd eller opgaveorienteret og social-emotionel kommunikation (se også Elsass, 1997). I dagligdagens patientsamtaler med henholdsvis læger og sygeplejersker finder man selvfølgelig ofte en kommunikation, der er præget af både cure og care, som er både instrumentel og affektiv. Men i modsætning til den praksis, der rummer begge aspekter, findes der – sigende nok – mellem læger og sygeplejersker to fagspecifikke ideologier, det vil sige en italesættelse af praksis, der hver på sin side fremhæver det ene aspekt af kommunikationen *på bekostning* af den anden. Til lægekonferencen tales neutralt og med en analytisk distance om sygdommen, om organet, om hvad der bør gøres. Der er ikke blot tale om en opgaveorienteret snak; man bekræfter herigennem også hinanden i, at læger er objektive, videnskabelige og ikke lader sig distrahere af følelser. I denne sammenhæng ville det være et stilbrud at omtale, at fru Hansen er bange for ikke at opleve sin datters bryllup – et stilbrud, der kræver mod og/eller stor prestige. Tilsvarende kan man hos sygeplejersker finde en ideologisering af det affektive element i deres arbejde med patienterne – en

fremhævelse af det affektive, det indfølelse, der helt løsriver det fra den praktiske sygepleje, men som har en værdi som meningsskabende. Antropologen Helle Ploug Hansen (1997) skriver i en kronik med titlen *Sygeplejekultur på omsorgsbølge* i *Aktuelt: Jeg vil tillade mig at drysse lidt malurt i bægeret, og spørge om empati, indlevelse, nærhed til patienten og ligeværdighed altid er til patientens bedste, eller om det ikke meget nemt kan blive til omklamrende omsorg* (se endvidere 'historien om sengebadet' i Ploug, 1995).

Det serielle ansvar

Opsplitningen mellem information og emotion trives som ovenfor beskrevet i den institutionelle arbejdsdeling mellem 'cure' og 'care', mellem læger og sygeplejersker, og *organiseringen* af de konkrete praktiske forhold opretholder i det hele taget en realitet, hvor den enkelte læge kan undgå at tage den enkelte patient alvorligt som sådan. Han slipper for, både at tage hendes lidelse og mulige håbløshed som noget, der kommer ham rigtigt ved, og for at tage ansvaret for hende på sig. Organiseringen er historisk betinget, men den lever undertiden også sit eget liv i den forstand, at der ikke mere er nogen egentlig begrundelse for, at den skal være sådan – bortset fra at den *er* sådan. Det vil sige, der er ikke nogen system-rationel begrundelse,⁶ men der kan bestemt være psykologiske begrundelser. Her tænker vi på, at en del af organiseringen – hvad så den hensigt og de grunde er, som opretholder den, *fungerer* som forsvar mod de ubærlige følelser, der uundgåeligt er at finde i sammenhænge, hvor man skal have med (uhelbredelig) sygdom og død at gøre. Og vi ved, at forsvar er nødvendigt, hvor man arbejder med svært traumatiserede mennesker, mennesker, der lider meget og er meget bange (se Arvay & Uhlemann, 1996). Skønt der naturligvis er forskel på torturofre (som Arvay og Uhlemann taler om) og kræftpatienter, er der alligevel det fællestræk, at der er tale om lidelse, som det kan være svært for tilhøreren blot at sidde og lytte til.

En anden måde at se bort fra (og overse) individet på hidrører fra endnu en arbejdsdeling, nemlig arbejdsdelingen mellem mange læger på samme afdeling og afdelingerne imellem. Måske er baggrunden for arbejdsdelingen blot en vanskelig fordeling af de knappe personaleressourcer og den kendsgerning, at mange afdelinger fungerer som selvstændige hertugdømmer. Det resultat, som patienten præsenteres for, er – uanset forklaringerne – manglende koordination af diagnostisk udredning og behandling; og patienten bliver utryk, dels fordi der er mange læger, og dels

6. Det har f.eks. vist sig, at den enkelte patients udsættelse for de (alt for) mange lægekontakter kan afhjælpes ved et kontaktlægesystem, hvor én læge er behandlingsansvarlig for patienten, og således praktiseres det da også på nogle hospitalafdelinger.

fordi der ofte også er flere lægelige specialer involveret. Hun begynder at spekulere på, hvem der mon har behandlingsansvaret, og på, om den ene hånd nu mon i grunden ved, hvad den anden gør? Det er patientens liv, det drejer sig om, men netop i kraft af den stadige række af nye ansigter kan hun ikke få nogen fornemmelse af, at der er én læge, som hun kan kalde *sin*, én læge, der har hende som sit personlige ansvar. Ansvaret som sådan forflygtiges. I det hele taget kan man spørge, om der mon er én læge, der samler trådene, undersøgelsesresultaterne, andre lægers vurderinger osv. og derefter tager ansvaret for en behandlingsplan, som han fremlægger for patienten? Ofte er der ikke.

Patienter kan endvidere berette, at de mange speciallæger, der har undersøgt dem, ikke har set hele deres krop. Kropsdele, der ligger uden for de lægers speciale, som patienten pt. er under, har ingen interesse og henvises til andre specialer. Et funktionelt biprodukt til denne ansvarsdeling, for nu at sige det på den måde, er, at patientens kval og lidelse bliver delt ud på mange personer, således at hver kun får en forsvindende lille del. Man kan se på dette som et systemforsvar mod det overvældende i mange liv og død samtaler – lidelsen bliver så at sige ‘puljet’. Patienten ser jo i al abstrakthed ‘en læge’ men ikke en konkret person, og informationerne og deres også menneskelige betydning deles ud på mange, som så til gengæld hver især ikke behøver at tage det andet menneskes lidelse på sig. Både ‘cure’ og ‘care’ bliver ringere på denne måde, jfr. historien om de 12 lægers besøg på stuen med forhænet.

Etiske spørgsmål

Det er i kraft af den kapacitet, vi *som mennesker* har, til at kunne føle med den anden og til at kunne sætte os ind i hans situation, at vi er i stand til både at forstå den anden person og den situation, han står i, og i stand til at se de moralske kendsgerninger, som er imellem os. Vi har fantasi nok til at kunne sætte os ind i, hvordan den anden har det (Løgstrup, 1993). Der er ikke noget, som specielt kendetegner moralske handlinger – moral er ikke et særligt område (Fink, 1986, s. 19 ff.), og vurderingen af, hvad der vil være rigtigt eller forkert at sige og gøre, hviler således på den professionelles dømmekraft. Forudsat er altså den menneskelige evne til at se det andet menneske, *som han er* – realitetsnært og objektivt, og for at kunne det må jeg til en vis grad kunne sætte mig selv i hans sted og se og føle med ham fra *hans* perspektiv. Uden empatisk formåen er det umuligt.⁷ På helt elementær vis er vi i vores daglige liv i stand til at se,

7. Psykopaten kan aflæse det andet menneske endda særdeles nøjagtigt og præcist, men eftersom han ikke kan føle sig ind i den anden endside føle med ham, ved han hverken overfladisk eller i en dyb forstand, hvad der vil kendetegne moralske handlinger over for ham.

hvad svigt, magt og magtmisbrug er, når vi selv eller når en anden kommer ud for det. Vi kan vånede os, når vi ser et andet menneskes ydmygelse, og vi kan føle med ham i hans skam og nedværdigelse. Ikke sikkert og ikke altid, men vi ved, hvad der foregår, *hvis vi ikke lukker os selv affor det*. Det har en følelsesmæssig mening for os, og det har en bestemt mening, som i vid udstrækning deles af de mennesker, som deler kultur. Når vi kan føle den andens nervøsitet, pine, skam eller vrede, så er det dels fordi vi umiddelbart forstår en social situation og forstår, hvad den indebærer. Og dels fordi vi kan aflæse et andet menneskes sindsstemning, og endda dårligt kan lade være (Madsen, 1993). Evnen til at se, sans og forstå både de tilsigtede og de utilsigtede meddelelser i en given kommunikation er som sådan givet og almenmenneskelig, ligesom evnen til at se med en andens øjne og føle analogt er det. Vi er stærkt påvirkede af alle de ikke-sproglige meddelelser, som springer ud af et samvær. Vi modtager flere budskaber, og vi sender flere budskaber, end vi ved om (ibid.). Vi behøver ikke nødvendigvis vide i ord, hvad vi ved, og rent faktisk opdager vi ofte først bagefter, hvad det var, vi så og reagerede på. Vi kan sans og se nok til, at vi ved, hvad der foregår i den anden og til, at vi kan handle på det. Menneskets evne til at forstå også ikke-sprogligt sprog, til at tyde mimik, gester og kropsholdninger er en evne, som udvikles meget tidligt (se Fog, 1994, 1998 for denne udviklingshistorie; se også Lier & Jensen, 1981; Stern, 1991).

Vi får gennem empatien en dobbeltfølelse: Vi mærker den andens smerte, angst eller hans bekymring, og eftersom vi kan identificere os med den, ved vi også, at vi kan sætte noget ind i forhold til den. Smerten vækker omsorg. Samtidig med at vi sætter os i den andens sted, og samtidig med, at de *analoge* følelser vækkes, vækkes altså også de *komplementære* følelser som en reaktion – vi ved spontant, at her *kræves* et gensvar, og i dette gensvar ligger der en hel basal moralsk formåen (Fog, 1994; Henriksen & Vetlesen, 1997). *Hvilke* konkrete handlinger der skal til, giver sig imidlertid ikke af sig selv, og de beror på det lægefaglige skøn over situationen og de konkrete omstændigheder, og det vil sige over mål og midler. Men midlerne ligger i en professionel kontakt ikke uden for det mål, som skal opnås, ligesom moralen som sagt heller ikke kan ses som et særligt ‘område’. Den empatiske evne er altså helt væsentlig for det menneskelige ved mennesket og således også en vigtig forudsætning for moralsk handlen; men den kan stækkes og forstyrres, og hvordan lægen er i stand til at forholde sig i en konkret samtale over for et konkret andet menneske, afhænger af, hvor fri han er til det. Meget i den konkrete situation kan forstyrre den uhindrede kommunikation mellem de to parter.

Udleveretheden og magten er en kendsgerning ved menneskelivet som sådan: Når mennesker mødes, er der altid i samværet – formuleret eller uformuleret – spørgsmål om rigtigt og forkert til stede. Vi har altid magten til at ødelægge, og vi har derfor altid ansvaret for at lade være. Vi er

stillet under en radikal fordring om at tage vare på den del af den andens liv, som er i vores hænder, fordi vi eksisterer i afhængighed af hinanden (Pahuus, 1985, p. 351). Der ligger i dette en fordring om omsorg. Som Løgstrup formulerer den moralske fordring, ligger i begrebet imidlertid også respekten for den andens selvbestemmelse og selvstændighed (Løgstrup, 1996, p. 65). Uden omsorg bliver handlingen til distancering, og uden respekt bliver omsorg til omklamring. Den moralske fordring, som Løgstrup udtrykker, er altså en *dobbeltfordring*, som består i en fordring om omsorg for både det af den andens liv, som man har ansvar for, og for hans selvstændighed (Løgstrup, 1983, 1996; Andersen, 1986, 1993). Dette er vigtigt, netop fordi der er sat en principielt ulige fordeling af magten i forholdet mellem den hospitaliserede patient og lægen. Det kommer vi til om lidt.

Vi ser som tidligere sagt den lægefaglige samtale som bredspektret, og den kommunikative kvalifikation som en væsentlig side af den bredspektrede lægefaglige indsats og den krævede kunnen. De kommunikative 'midler' er noget, som det ene menneske siger til eller gør med det andet – det er noget, som foregår mellem dem. De kommunikative 'midler' er i det professionelle forhold faktisk dét, som lægen på ethvert givet tidspunkt bruger til at formidle det, som han har at formidle til patienten, og midlerne kan ikke sættes i en moralsk neutral parentes. Hvis lægen overhovedet skal tage saglig stilling til det, han gør, kan han ikke slippe for at tage en moralsk stilling også. Den moralske 'neutrale' position er fuldt så vel moralsk, som den udtalt moralske er det. Lægen må altså tage stilling til, hvorvidt han vil forholde sig som ét moralsk subjekt til et andet moralsk subjekt. Vi er alment og som mennesker sat ud i en afhængighed af hinanden, og vi er i denne afhængighed i stort og småt udsat for hinandens skalten og valten med vores liv. Vi er, som Løgstrup pointerer, dermed også altid sat ud i afgørelsen om, hvorvidt vi vil handle moralsk eller ej over for hinanden (Løgstrup, 1956, 1996). Vi er, siger Løgstrup, helt alment, spærret inde i afgørelsen om, hvorvidt vi vil bruge magten til den andens eller til vores eget bedste (Løgstrup, 1962, s. 65-66). Der er tale om et eksistentielt ansvar, og dette ansvar er skærpet af magtforholdene i den professionelle relation, der er tale om, når lægen møder patienten. I dette professionelle forhold er der tale om en magt, som lægen ikke kan slippe for at tage stilling til. Med 'indespærringen' er vi ved kernen i de moralske kendsgerninger: Lægen har – i samspillet med patienten – magt over en del af hendes liv, og *derfor* har han i mødet ansvar for, hvad han gør med dette liv (Løgstrup, 1962, 1983; Andersen, 1986). Den etiske fordring ligger som et paradoks i den kendsgerning, at vi *kan* gøre hinanden skade, at vi *kan* misbruge vores magt i forholdet til et andet menneske: Netop fordi vi *kan* misbruge, *bør* vi ikke

gøre det. Deri ligger dét moralske valg og dén moralske fordring, som vi er spærret inde i.⁸

I den lægefaglige samtale er den almene, gensidige afhængighed overlejret af den ensidighed og asymmetri, som overhovedet ligger i en professionel hjælpesamtale, og som specielt er til stede, når de to parter, hver på sin måde, er koblet ind i hospitalsinstitutionen. Både ensidigheden og asymmetrien skærper kravene til lægens agtpågivenhed (se Fog, 1994). Han skal f.eks. være opmærksom på, hvad der sker, hvis patienten er sengeliggende. Helt bogstaveligt er de to ikke i øjenhøjde, og der sker derved noget dem imellem. Det er ikke ganske nemt at bevare autonomi og handlekraft, når man ligger ned og taler til én, der står, og taler *ned* til én. Oliver Sacks, som selv er læge, og som indtil denne indlæggelse kun har været på den anden side i hospitalssystemet, siger følgende: *Hvis jeg ikke havde været så bange og selvoptaget ved indlæggelsen, havde jeg måske opfattet tydeligere, hvad »indlæggelse«* indebærer – *hospitalstøj, navnestrimmel, ophævelse af individualitet og reduktion til fællesstatus og –identitet* (Sacks, 1990, s. 139). Det drejer sig om den asymmetri, der består i, at patientens selvbestemmelse i vid udstrækning er frataget hende. Hun må underkaste sig sygehusregimet – det er institutionen, der bestemmer, hvornår hun skal være i sin seng, hvornår hun skal vækkes, have mad etc. Hun bliver, som et barn, *sendt* til undersøgelser her og hisset, og hun må lægge krop til det, som lægerne finder nødvendigt at gøre. Det er et angreb på værdigheden, når der sker en sådan adskillelse i krop og bevidsthed, og når ejerskabet til kroppen må overgå til lægerne, så længe man er indlagt. Dette er, givet hospitalsvæsnets indretning og organisation, et vilkår, men det sætter bestemte betingelser for kommunikation og for, hvad respekt er, som både læger og sygeplejerske anstændigvis må forholde sig til, fordi de skal handle under dette vilkår. Samtidig må de huske, at den næsten umyndiggjorte udgave af patienten er en særdugave, der ikke svarer til den samme person i hverdagsudgavens fylde.

Både læge og patient ved, at magten er ulige fordelt, og så længe begge parter – institutionens folk og den person, som er indlagt, faktisk holder sig dette efterretteligt, kan mødet foregå relativt friktionsløst. Drages magtfordelingen i tvivl, så har vi balladen, som f.eks. når patienten selv vil tage stilling til, hvad der er bedst for hende. Lægen har både institutionen og lægevidenskaben i ryggen og kan dermed nægte patienten andre muligheder for behandling end dem, han selv finder for godt. Den anden side af den sag er, at der *formelt* kan være tale om patientens frihed til at *vælge*, samtidig med at der reelt er tale om en frihed, hvor patienten ikke har den indsigt, der skal til, for at vælge relevant. Den formelle frihed er

8. Dette gælder, når vi taler om de personlige forhold mellem mennesker, men det gælder også i de politiske/bureaukratiske beslutninger om, hvorledes samfundets svage – børn, syge og gamle – skal behandles (se Kemp 1991).

kun en reel frihed, hvis lægen er i stand til at håndtere dette faktum med takt og ærlighed. Dette handler om, hvorledes lægens større viden undgår at blive til fordomsfuld og autoritær bedre-viden og utilstadelig magt-anvendelse. Det stiller f.eks. særligt store krav til lægen, som skal fremlægge to forskellige behandlingsmetoder for en patient, der skal tage stilling til, om hun vil indgå i et lodtrækningsforsøg. Patienten kan let få det indtryk, at lægen har en personlig interesse i at overtale hende til at deltage i lodtrækningen, og at han dermed har en dobbeltrolle, dels som hendes personlige rådgiver og dels som en, der rekrutterer patienter til et forskningsprojekt (Christoffersen & Ethelberg, 1998). Der er altså et besværligt forhold mellem på den ene side patientens autonomi, selvbestemmelse og (f.eks) ret til at vælge behandling i udlandet eller alternativ behandling og på den anden side lægens større viden, men også de uvisse grænser for denne viden.⁹ Men det drejer sig også om den symmetri-asymmetri, der er indlagt i det professionelle samvær, fordi den sag, de to er fælles om at skulle tage stilling til, ensidigt er den ene af de to personers befindende. Og her stiller ofte begge deltagere krav om den enes – lægens – alvidenhed og almægtighed. Der sker en projektion – patienten ser helst sin læge som almægtig frelser, hvilket på sin side lægen også har som sin lægelige *raison d'être*. Hans bestemmelse er at helbrede, og dette er jo ikke altid muligt. Jo mere upersonlig han er, des mere risikerer han at blive projektionsskærm. Den af os, der arbejder med kræftpatienter, har ofte erfaret, i hvilken grad lægens non-verbale og/eller neutrale kommunikation er genstand for fortolkning.

Lægen *har* faktisk magten, og for at kunne udføre *begge* aspekter af den lægefaglige samtale forsvarligt må han evne at se, hvad der som moralske kendsgerninger til enhver tid er på spil mellem de to personer i sam-spillet med Gadammers (1987) udtryk have 'etisk perception'. Når vi ser den anden og situationen i et sådant etisk lys, ser vi som sagt begge som genstand for overvejelse om, hvad der er rigtigt, og og vi ser en situation, som vi skal handle i. Ser vi ikke de moralske kendsgerninger i en given situation, er der tale om en særlig slags blindhed (ibid.). Der er i den lægefaglige virksomhed indlejret både teknisk-videnskabelige spørgsmål og moralske spørgsmål, og begge spørgsmål nødvendiggør en stadig selvransagelse hos lægen: Er det *rigtigt*, det jeg gør? – i både en klinisk og en moralsk forstand.

Vi vil nu vende tilbage til den 'bredspektrede' lægefaglige ydelse og til de aspekter, som lægen skal kunne håndtere: Han skal være videnskabeligt og teknisk dygtig; han skal have et godt klinisk skøn, og han skal kunne sætte sig i den andens sted, det vil sige have en god empatisk for-

9. I Århus Amt har der været forslag fremme om, at sygehusene skal rådgive om alternativer til deres egen behandling, og at de ikke må smide patienter ud af deres regi, selv om de vælger alternativ behandling.

måen. Håndtering af disse tre aspekter er et lægefagligt spørgsmål, men håndtering af dem i det rette forhold rummer også etiske spørgsmål, og her drejer det sig om den etik, som uundgåeligt er foldet ind i den lægefaglige samtale. Det, som dette handler om, er den etik, som er mindre synlig, fordi den ikke kan formaliseres i regler, eller rettere, det kan den, men så bliver det i form af en bred 'gylden' regel, som lyder: Opfør dig ordentligt og opfør dig over for patienten, som du vil ønske, at *dine* læger engang vil opføre sig over for dig, når du bliver syg, er bange og lider og skal dø. Eller som du vil forlange det, hvis behandlingen gælder en dig kær og nærtstående person. Brug fantasien, som Løgstrup (1993) siger; forestil dig, hvordan det vil være at være syg og afmægtig. Den lægefaglige samtale drejer sig om at søge og få hjælp, og den drejer sig således i særlig grad om magt og afmagt, og om mulig magtudfoldelse og overgreb. Jordbunden for moralen er magt, siger Løgstrup et andet sted, og ét magtområde blandt flere er, siger han, de ofte upåagtede, »umiddelbare relationer mennesker imellem« (Løgstrup, 1983, s. 11). Men upåagethe- den får ikke magten til at forsvinde, og fordi den er der, er det bedst at være ved den (ibid., s. 15). Løgstrup ser magten som et elementært og basal t fænomen, der ligger i relationen som et nødvendigt aspekt af samhandlingen. Tidligere talte vi om den primære erfaringsdannelse, som består i en erkendelse af egen sårbarhed, og denne erkendelse er et træk ved menneske-eksistensen som sådan. I denne primære dannelse ligger også den empatiske erkendelse, at jeg i denne henseende er som den anden eller den anden som mig, og at jeg *ved*, hvordan det er for os begge to. Heri ligger der en basal etik – vi deler sårbarhed og endelighed med den anden, og i erkendelse af dette og af menneskets uerstattelighed ligger den etiske fordring, som Løgstrup taler om (Kemp, 1991; Andersen, 1993, 1995; Løgstrup, 1962). Der er tale om et grundvilkår, men dog et vilkår, som vi kan gøre os ufølsomme overfor. Ikke ustraffet – det har, som vi har set, sine omkostninger i form af dårlig kommunikation og krænkede patienter, men det er gør ligt. Kun ved at holde sig åben over for dette grundvilkår af menneskelig udsathed og af fælles eksistentielle betingelser, og det vil sige kun ved at holde sig åben over for *sin egen* eksistentielle udsathed og sårbarhed, er det muligt for lægen at handle etisk, og det vil sige tage hånd om den andens udsathed. Etikken ligger *i* og ikke *uden for* den mellem menneskelige samtale og samvær. Man kan sige, at hver gang der udføres (tale)handlinger, er der en person, der handler, og en person er én, der er ansvarlig for sine handlinger – det vil sige, én, som med sin person står inde for, om handlingen er rigtig eller forkert. (Etikken) *er ... en orientering om det gode liv, om hvad der er god og dårlig handling, og denne orientering er en appel om respekt for det gode liv i samvær med andre, også når det gælder styring af tekniske funktioner, der kommer til at præge dette samvær* (Kemp, 1991, s. 49).

Praktiske konsekvenser

Denne artikel kunne også have handlet om mangler ved lægeuddannelsen, lægers arbejdsmiljø og deres risiko for udbrændthed – alt sammen faktorer, der har betydning for læge-patientkommunikationen. Vi ved, at mange læger er elendig til mode ved den behandling, patienterne får i læge-patientsamtalerne – uanset om årsagen er lægernes mangelfulde kommunikationsfærdigheder eller muligheder for at udfolde samme færdigheder. De er utilfredse med deres egen formåen, og de registrerer også, at kolleger måske slipper endnu dårligere fra patientkontakten end de selv. Men der er ingen traditioner for at kommentere det, langt mindre at gribe ind.

Johan Kjærgaard, administrerende overlæge på mave-tarmkirurgisk afdeling på Bispebjerg Hospital, udtaler til H:S- bladet »NYH:S« allerede i 1995: *Alle læger mellem 30 og 60 år er uddannet i en ren naturvidenskabelig tradition, hvor vi intet har lært om menneskelige følelser og reaktioner, hverken under uddannelsen eller i læretiden. Vi tænker operationelt, og derfor bliver vi nervøse, når vi konfronteres med problemer, der ikke kan behandles. Når patienten græder eller bliver vred, så ved vi simpelthen ikke, hvad vi skal stille op. Det er ikke, fordi vi er onde. Men vi har ikke lært, at samtale og det at lytte kan være lindrende i sig selv.*

Det er vitterligt en vigtig, om end indlysende, pointe, at den, der volder ondt, ikke nødvendigvis er ond. Men at man ikke er ond, men netop fuld af en oprigtigt god vilje, frigør naturligvis ikke én for ansvaret for, at det, man siger, gør et anden menneske ondt. Eftersom vi her har beskæftiget os med somatiske, fortrinsvis livstruende sygdomme, må det være på sin plads at fremhæve, at lægens kommunikation med det håbløst syge eller døende menneske og dennes pårørende har en særstatus i forhold til al anden kommunikation med syge mennesker. Det særlige er, at den dårlige kommunikation er uoprettelig, fordi tiden rinder ud, og at muligheden for at rette op på den dårlige kontakt derfor er minimal. Den klodsede bemærkning, den ufølsomme besked, den uigennemtænkte handling står dirrende i luften og huskes af de efterladte i mange år – måske altid. Hvis lægen registrerer det, dvs ikke distancerer sig, huskes situationen også af ham og tærer på hans faglige selvtillid. Den mislykkede læge-patientsamtale, den, der ikke var lægende, men måske gjorde ondt værre, er således også skadelig for lægen. Mange læger har valgt lægegeringen for at gøre nytte, for at hjælpe syge mennesker. At behandle og helst kurere er en dybt meningsfuld beskæftigelse, men det er også krævende at arbejde med så megen lidelse, og lægerne har ingen tradition for at tale om egne følelser, det man i andre professionskulturer kalder de-briefing. Dertil kommer, at lægekulturen fremmer ambition og præstationsorientering. Fugelli & Malterud (1989) skriver: *Legene er, per seleksjon og miljø, »high achievers«. Vår selvaktelse bygges opp av det vi utretter, av handlinger og ytelser, mer enn av følelser og nytelser. Det*

er fortsatt et moment av heroisk arbeidsomhet og streng selyfornektning i legetradisjonen. Dette kan inngå farlig blanding med et annet gammelt trekk i legerollen: Legen skal være snill og si ja. Mange av oss er farlig glade i anerkjennelse. Vi bliver lett beruset av vår egen uunnværlighet og prøver å leve opp til pasienternes grenseløse forventninger. Ved det underkaster vi os »external locus of control« og derved øker burn-out faren. I legerollen finner vi også en arvesynd av opphøyet usårbarhet og ensom styrke. Legen tømmer ikke sit hjerte for noen. Han blottlegger ingen svakhet. Han søker ingen hjelp. Legger vi sammen disse personlige risikofaktoene bliver summen »super-human expectations.

I forlængelse af dette viser undersøgelser (f.eks. Fugelli & Malterud, 1989, og Lindeman et al., 1997), at læger har større forbrug af alkohol, af beroligende og stimulerende medicin og også, at der er en større selvmordsrisiko hos kvindelige læger – disse har stor risiko for burn-out og stress. Fugelli & Malterud (ibid.) nævner, blandt flere mulige årsager, at kvindelige læger måske engagerer sig stærkere i lægearbejdets menneskelige side, og ikke vil acceptere at klare belastningerne ved at distancere sig fra patienterne. Distanceringsteknikker kendes inden for alle professioner, der beskæftiger sig med menneskelig lidelse – også hos psykologer, som vi nævnte tidligere. Man kan blandt kolleger tale nedsættende eller kynisk om patienterne. Man kan forstå og omtale patienterne som tilhørende en kategori (sygdom, psykisk særpræg, køn, alder, social status) fremfor som medmennesker. Man kan afstumpe sig ved at fraspalte sine følelser og dermed sin empatiske formåen i samtale med patienten. Faulkner & Maguire (1999) opregner følgende distanceringsteknikker: neutral (løs) snak; at ignorere patientens hentydninger til problemer eller omvendt at overfokuserer på enkelte hentydninger på bekostning af andre; uhensigtsmæssig opmuntring; for tidlig beroligelse; beroligelse på forkert grundlag; skifte emne; spørge til de pårørende; lade sorteper gå videre; for tidlig problemløsning samt at undgå patienten. En læge kan som enkeltperson stille meget lidt op mod de belastninger, der skyldes knappe ressourcer og mangelfuld organisering af arbejdet, og han kan have god brug for at beskytte sig selv. Det problematiske opstår der, hvor et behov for nødvendig selvbeskyttelse bliver til et dysfunktionelt forsvar. Han kan udrette en hel del over for den del af belastningerne, der skyldes dårlige kommunikationsfærdigheder hos ham selv og hans kolleger. Og eftersom det er én og samme kommunikationsproces, vil også patienterne føle sig (og blive) bedre behandlet, hvilket naturligvis er det primære.

Der er altså ingen grund til at affinde sig med sådanne reaktionsmåder. Disse beskytter umiddelbart mod psykisk belastning, men udretter samtidig skade på den person, der anvender dem – og derudover skade på patienterne, de pårørende og på hele den lægelige behandling.

Vi vil her til slut som lovet se på praktiske konsekvenser af de fremførte synspunkter. Læger, der arbejder med somatiske sygdomme, kan

have en tendens til at overse betydningen af de psykologiske faktorer i samtaler med patienter. Før vi taler om træning i bedre kommunikationsfærdigheder, skal det understreges, at der er brug for en holdningsændring hos mange læger i retning at betragte patienter som medmennesker. Et citat fra et kursus i kommunikationstræning kan her eksemplificere en sådan holdningsændring. På et kursus i kommunikationstræning sagde en læge, noget overvældet over alle de ting, han skulle huske at sige og lade være med at sige: *Jeg forestiller mig bare, at patienten er min moster Karen!* Underforstået var, at moster Karen er et menneske, han ville gøre sit bedste for, og som han kendte som den unikke person, hun er.

Vi forlanger ikke, at enhver læge skal kunne føre filosofiske diskussioner om livets store eksistentielle spørgsmål. Men vi argumenterer for, at de lærer sig at samtale med mennesker, der skal have diagnosen kræft eller andre alvorlige diagnoser, og som før, under eller efter samtalen er bekymrede, bange og triste. Som beskrevet af en engelsk specialist i kommunikation inden for kræftområdet (Maguire et al., 1996; se endvidere nedenfor) betyder det i praksis, at lægen skal kunne indgå i en dialog, hvor han fra starten spørger til patientens viden og oplevelser i forbindelse med symptomer og sygdom, og hvor han sideløbende spørger, hvilke følelser og hvilke forklaringer hun har i forhold til sine symptomer og sin sygdom.¹⁰ Det er også vigtigt, at lægen specielt spørger til, hvilke bekymringer patienten har i relation til sygdommen. Det er de (i samtalen) usynlige bekymringer og den usynlige angst, der forhindrer patienten i at høre, hvad lægen siger, og som, hvis de ikke bliver taget op, vil øge risikoen for udvikling af behandlingskrævende angst og depression. Hos kræftpatienter er forekomsten af angst og depression målt til i gennemsnit 30% (Devlen et al., 1987; Hardman et al., 1989; Maguire, 1993). Det er endvidere vigtigt, at information om alvorlig sygdom gives i afmålte 'portioner' og i et tempo, som patienten kan følge med til, således at den nye situation kan bearbejdes løbende (se Ethelberg, 1998). Den ene af os har i en årrække arbejdet med en model for kommunikationstræning, der er udviklet af den engelske psykiater Peter Maguire, der er leder af Psychological Medicine Group ved et stort kræfthospital i Manchester, Christie Hospital. Den vil vi kort beskrive.

Peter Maguire og hans medarbejdere har udviklet kursusmodellen siden midt i 80'erne på basis af systematisk evaluering af forskellige elementers betydning for effekten – f.eks. betoning af de psykologiske aspekter under samtalen, forskellige former for feedback og kursuslængde. Kurserne er tværfaglige og for ansatte i sundhedssektoren, der arbejder med kræftpatienter. Kurserne har en relativt fast form med tre

10. Her skal det indskydes, at ikke alle patienter bryder sig om at tale om deres følelser. Lægen må her bruge sin takt og undersøge konkret, hvilket menneske det er, han har for sig.

dages internat med teoretiske oplæg, fælles prioritering af emner samt træning ved hjælp af rollespil.¹¹ Emnerne for rollespillene er konkrete samtaler, som deltagerne selv har oplevet som problematiske. Lægen prøver at sidde i sin patients stol. Deltagerne lærer ikke kun at facilitere kommunikationen med patienten, de lærer også at undgå at hæmme den. Læge-patientsamtalens vigtigste elementer og omgangsformer og de 'færdselsregler', der styrer den, forklares og trænes.

Et særligt træk ved Manchester-modellen er, at den ikke indeholder antagelser om patienternes (og de pårørendes) reaktionsmåder – i betydningen patienttyper, reaktionstyper eller -faser.¹² De psykiske reaktioner ses som foranledigede af bekymringer i forbindelse med sygdommen og af den måde, disse bekymringer bliver omtalt eller fortiet i læge-patientsamtalen. Man kan øve samtaler med vrede eller depressive patienter, man kan øve diagnosesamtale eller en samtale med en patient, der er angst. Men disse opfattes som bestemte, og helt unikke personer, der er karakteriseret ved mere og andet end deres angst eller vrede.

Udgangspunktet er den rimelige antagelse, at læge og patient begge har interesse i, at samtalen bliver konstruktiv og forløber således, at den kan danne en god basis for det videre forløb. Lægen ses som ansvarlig for samtaleprocessen – herunder at skræddersy kommunikationen til den aktuelle patient. Høflighed og respekt er centrale faktorer. Der er tale om en bevidst brug af parallelprocesser. Dermed menes, at de holdninger og den pædagogik, der udfoldes i kurserne, skal være i overensstemmelse med det primære budskab: at det er lægens opgave at tilpasse sig patientens forståelse og samtalestil. Tilsvarende skal kursislæreren tilpasse forklaringer til kursistens selvforståelse og sprog. Det samme gælder supervisors forhold til læreren. Hvis der sniger sig en autoritær stil ind i dette hierarki, vil det få en negativ indflydelse på de læge-patientsamtaler, som kursisterne fører efterfølgende. Og omvendt betyder det, at den ægte omsorg og moral, der – som vi tidligere har nævnt – bør være i læge-patientsamtalen, kun kan udvikles hos kursisterne, hvis lærer-kursistforholdet indeholder en tilsvarende ægte omsorg og moral. De samme gælder igen supervisor-lærerforholdet. Det vil desværre føre for vidt at give en

11. Kursuslængden har været genstand for afprøvning. Det viste sig, at kursusedtagerne efter tre dages internat med træning nåede et indlæringsmæssigt loft. De to ekstra dage, som man havde i 5-dages kurserne, gav ingen yderligere indlæring.

12. Det skal fremhæves her, fordi der i de samme 15 år, som Manchestermodellen er udviklet, har været en udbredt tendens i behandlerkredse til at se sorg- og krisereaktioner som fase- eller opgaveinddelte (Kübler-Ross, 1977; Cullberg, 1976; Leick & Davidsen Nielsen, 1987). Sandsynligvis imod forfatterens hensigt er disse faser for psykiske reaktioner blevet forstået normativt og ofte også håndhævet som sådanne f.eks. af plejepersonalet – (se Ploug Hansen, 1996; Busch, 1999).

detailleret beskrivelse af modellen i denne sammenhæng (se Faulkner & Maguire, 1999; Maguire et al., 1996; Parle, Maguire & Heaven, 1997).

Kursusmodellen er tillempet danske forhold i kommunikationsprojekter i Nordisk Cancer Unions og Kræftens Bekæmpelses regi i begyndelsen af 90'erne og anvendes nu i Lægeforeningens kurser i kommunikationstræning.¹³ Igennem de sidste par år har Lægeforeningen afholdt 22 af disse kurser for læger. Lærerguppen er selv læger og har modtaget lærerundervisning og –træning af en læge-psykologgruppe, der har flere års erfaring med Manchester-modellen, og som superviserer lærerguppen. Der har været venteliste til kurserne, hvilket siger noget om behovet og motivationen. Også sygehusafdelinger har rekvireret og fået kurser. Derudover er kommunikationstræning obligatorisk på specialistedannelsen i onkologi, hvor der ligeledes undervises efter Manchester-modellen.

Vi har hørt tvivlende røster, der har sagt: kan det virkelig lade sig gøre at lære en så kompliceret sag som kommunikation igennem færdighedstræning? Og så på så kort tid. Bliver det ikke blot en mekanisk udenadslæren med risiko for en ligeså mekanisk anvendelse? Eller som lægen Noe Næraa (1999) skriver i et debatindlæg, »Lægelig kommunikation og uanstændighed«, i Månedskrift for Praktisk Lægegerning, hvor han kommenterer en kollegas dårlige erfaringer som pårørende: kommunikationskurser *er en mulig vej – men jeg tror bare ikke, at den er tilstrækkelig i sig selv. Hvad er så det der mangler? Simplest udtrykt: Noget, der kan sikre, at de læger, der har mest brug for træning i disse ting, også vil få den, såfremt de vil arbejde med patienter. Parallelt med at krig anses for en alt for alvorlig sag at overlade til generaler alene, finder jeg, at autorisationer til kliniske specialister er nødt til at indeholde synlige patientcentrerede krav om dokumentation for at den pågældende læge har deltaget i kurser, hvor han har udsat sig selv for at fungere både som patient og læge ...Dermed kan »gamle hunde« slippe for at skulle lære sig nye kunster, som måske ikke engang kan hjælpe. Overlad disse samtaler til de yngre, som har lært det inden deres personlighed var helt færdigdannet ...«*

Og vi må give tvivlerne ret i, at det kunne se ud som et voveligt, eller måske naivt foretagende at forsøge at ændre på noget så fundamentalt som kommunikationsevne på så kort tid. Det er imidlertid ikke desto mindre det, som bliver forsøgt, og – ser det ud til – med held. Om kurseffekten ved vi fra Manchesterkurserne, at 44% af kursisterne før kurset opdagede 60% af patientens hovedproblemer (mål for klinisk kompetence). Ved et 6-måneders follow-up studie opdagede 70% af kursisterne

13. Den danske udgave er af lidt længere varighed end det engelske forlæg: der er lagt tre 3-timers seminarer med teori før internatet (som stort set svarer til Manchester-modellen), og tre 3-timers seminarer efter internatet med gennemgang af kursisterne video-optagede patientsamtaler.

60% af patientens hovedproblemer (Maguire et al., 1996). Der er intet, der tyder på, at alder skulle spille en rolle for, om man kan lære at kommunikere bedre. Gamle hunde *kan* altså lære nye kunster! Men måske spiller alderen en rolle for, om man ønsker det, orker det. Evalueringen af kurserne (som forventes færdiggjort i 1999) er endnu ikke færdig, men også kursisterne på de danske kurser ser ud til at have fået godt udbytte – uanset alder og anciennitet. Undervisningen er pragmatisk og praksisnær, og der er et solidt element af ikke-deklareret humanisme til stede. Dette giver sig blandt andet udtryk i en understregning af respekten for patientens forståelse og prioriteringer. Måske burde kurserne kaldes kurser i kommunikations*udvikling* – for dermed at understrege den kontinuerlige proces og ikke mindst, at det drejer sig om mere og andet end færdigheder. Et eksempel vil her være på sin plads: en kursusedtager lærer at spørge mere åbent til patientens psykiske befindende og får et følelsesbetonet svar. Herefter blokerer deltageren af bare forskrækkelse dialogen ved at skifte emne. Forskrækkelsen over eventuelt stærke følelser hos patienten får kursisten til at miste overblikket og dermed troen på, at det kan være en god ide at spørge sådan. I et sådant tilfælde gøres deltageren bevidst om sin blokering af kommunikationen og bliver bedt om at forsøge at finde årsagen til den og om at finde andre muligheder og prøve dem af i rollespillet. Det drejer sig her om at lære at bringe vanskelige emner på bane, tale om dem, og derefter gå videre i samtalen.

Den af os, der er underviser og supervisor i forbindelse med kommunikationskurser, har det indtryk, at de store og små forbedringer, som den enkelte læge opnår på kurserne, umiddelbart giver selvtillid på et (ofte) ømt punkt og dermed giver plads for dimensioner som empati, etik og eksistentielle spørgsmål. Det er, som om de mangelfulde samtalefærdigheder har stået i vejen for realiseringen af det medmenneskelige engagement, som langt de fleste er i besiddelse af.

Evnen eller talentet for at komme (bringe sig) i kontakt med et menneske, man ikke kender, har læger – ligesom andre faggrupper – i forskellig grad. Eftersom det meste lægearbejde indebærer patientkontakt, vil der uundgåeligt også være læger med beskedent talent for at komme i kontakt med nye mennesker, der fører vigtige samtaler med patienter. Færdighedstræningen er særlig vigtig her, hvor intuitionen ikke er helt god. Modellens 'færdselsregler' sørger for, at læge-patientsamtalen holder sig indenfor det acceptable for begge parter. Og den gryende selvtillid, som den før så usikre læge (usikker på kommunikation) nu oplever, kan give plads til ægte kontakt. Det er de mange års dårlige erfaringer med kommunikation i læge-patientsamtalen, der har fået 'kontakt-antennen' til at folde sig sammen.¹⁴ Når vi lægger så megen vægt på træning af kommunikationsfærdigheder, er det, fordi rollespillene kan ses som

14. Her taler vi ikke om dem, hvis antenner aldrig har foldet sig ud.

den praktiserede erkendelse – en erkendelse som undertiden er der før rollespillet, men som ofte opstår som følge af indlevelsen i rollen. Der er oftest tale om ægte følelser hos rollespillerne – i en sådan grad at det forbavser dem selv.

Fornemmelse og 'færdselsregler' for hvad man kan sige i en samtale og overfor hvem – takt med andre ord –, er noget vi lærer som børn og for så vidt igennem hele livet (Fog, 1998). Det er sjældent bevidst (undtagen når det går galt), i bedste fald foregår det ubesværet; men det er en del af menneskelivet, der kræver indlæring, og som derfor også kan gøres til genstand for bevidst træning i voksenalderen, når man er motiveret for det. Det er med baggrund i fornemmelsen af andre menneskers grænser og i kendskabet til de 'samtaleregler', der regulerer samværet, at man – både barn og voksen – udvikler sine relationer til andre mennesker, således at man også i truende situationer kan håndtere sin adskilthed fra dem, uden at denne håndtering medfører, at man lukker af for den menneskelige forbundethed med dem, som også må være der.

Afslutningsvis vil vi konkludere, at det er fuldt muligt at lære at gennemføre den lægende samtale, hvis ellers man er motiveret. Det drejer sig ikke blot om 'redskaber' – det drejer sig først og fremmest om engagement, musikalitet, takt og lydhørhed. Måske i sidste ende om at (gen-)indføre humanismen i lægegerningen som dens grundlæggende ethos.

REFERENCER:

- ANDERSEN, S. (1993): *Som dig selv. En indføring i etik*. Århus: Aarhus Universitetsforlag.
- ANDERSEN, S. (1995): *Løgstrup*. København: Forlaget Anis.
- ANDRÉ, M. et al. (1998): Läkare måste utbildas i att ge svåra besked. *Läkartidningen*, 152 (14): 1547-1552.
- ARVAY, M. J. & UHLEMANN, M.R. (1996): Counsellor stress in the field of trauma: A preliminary study. *Canadian Journal of Counselling*, 30:2.
- CHRISTOFFERSEN, J. & ETHELBERG, E. (1997): Læge-patientkommunikation. *Lægemagasinet*, 4: 28-30.
- CULLBERG, J. (1976): *Krise og udvikling*. København: Hans Reitzels Forlag.
- DAVIDSEN-NIELSEN, M. & LEICK, N. (1987): *Den nødvendige smerte*. København: Munksgaard.
- Den Almindelige Danske Lægeforening. Uddannelsessekretariatet.(1997): Informationsfolder: *Lægeforeningens kurser i kommunikationstræning*.
- DEVLEN, J. et al. (1987): Psychological problems associated with diagnosis and treatment of lymphomas. *Br.Med.J.* 295: 953-957.
- ELSASS, P. (1992): *Sundhedspsykologi*. København: Gyldendal.
- ELSASS, P. (1997): Synlighed og sandhed. *Psyke & Logos*, 18.
- ENSTRØM, J. (1996): Empati – et terapeutisk fænomen, dets forudsætninger og dets udfoldelse. *Agrippa*, 17:1-2.
- ETHELBERG, E. (1996): Communication with cancer patients: A training project with doctors and nurses in a surgical ward. *Psycho-Oncology*, 5 (2): 157.
- ETHELBERG, E. (1998): Hvordan får man modet igen? – om kommunikation med kræftpatienter. *Medicinsk Årbog*. København: Munksgaard.

- FAULKNER, A. & MAGUIRE, P. (1999/1994): *Kommunikation med kræftpatienter*. København: Munksgaard.
- FINK, H. (1970): *Moralbegrundelse og logik*. København: Gyldendal
- FINK, H. (1986): Moral og moralisme. I: *Philosophia*, 14: 3-4.
- FOG, J. & HEM, L. (1998): Oplevelsesorienteret psykoterapi. I: Hougaard, E. et al. (red.): *Psykoterapiens hovedtraditioner*. København: Dansk psykologisk Forlag.
- FOG, J. (1986): Adskilt i forbundethed. *Psyke & Logos*, 7.
- FOG, J. (1994): Empatisk formåen og sans for moral. I: Neumann, A. (red.): *Det særligt menneskelige. Udviklingspsykologiske billeder*. København: Hans Reitzels Forlag.
- FOG, J. (1998): *Saglig medmenneskelighed. Grundforhold i psykoterapien*. København: Hans Reitzels Forlag.
- FUGELLI, P. & MALTERUD, K. (1989): Den utbrente legen. *Medicinsk Årbog*. København: Munksgaard.
- GADAMER, H.-G. (1987): The problem of historical consciousness. I: Rabinow, P. & Sullivan, W.M. (eds.): *Interpretive Social Science. A Second Look*. Berkeley: California Press.
- GRAUGAARD, P.K. & FINSET, A. (1998): Lægens følelser – betydningen af lægens emotionelle reaktioner på patienterne. *Ugeskrift for Læger*, 13: 1927-1931.
- HANSEN, H.P. (1995): *I grænselandet mellem liv og død. En kulturanalyse af sygeplejen på en kræftafdeling*. København: Gyldendal.
- HANSEN, H.P. (1997): Sygeplejekultur på omsorgsbølge. *Kronik. Aktuelt*.
- HARDMAN, A., MAGUIRE, P. & CROWTHER, D. (1989): The recognition of psychiatric morbidity on a medical oncology ward. *J. Psychosomat. Res.*, 33 (2): 235-239.
- HENRIKSEN, J.-O. & VETLESEN, A.J. (1997): *Nærhet og distanse. Grunnlag, verdier og etiske teorier i arbeid med mennesker*. Oslo: Ad Notam Gyldendal.
- JABOBSEN, B. (1998): *Eksistensens psykologi*. København: Hans Reitzels Forlag.
- JACOBSEN, B., JØRGENSEN, S.D. & JØRGENSEN, S.E. (1998): *Kræft og eksistens – om at leve med kræft*. København: Dansk Psykologisk Forlag.
- JERICHOW, A. & JERICHOW, G. (1999): Vær ikke bange for en døende. I: *Weekendavisen*, 16 januar, 1999)
- KEMP, P. (1991): *Det uerstattelige. En teknologi-etik*. Danmark: Spektrum.
- KEMP, P. (1998): Samtale med overlæge Steen Borberg. I: *Information* d. 26. august 1998.
- KEMP, P. (1999): Anmeldelse af Goldstein (red) (1999): *Etik og klinik*. Munksgaard. I: *Information*, foråret 1999.
- KJÆRGAARD, J. (1995): Interviewet af journalist Lisbeth Meindal. Læge-patient-kommunikation: Er der ellers noget De vil spørge om? *NYH:S*, december.
- KLEE, M., LAU, M. & JENSEN, A.B. (1997): Læge-patientkommunikation. *Ugeskrift for Læger*, 50: 7547-7550.
- KÜBLER-ROSS, E. (1977): *Døden og den døende*. København: Gyldendal.
- LIER, L. & JENSEN, C.H. (1981): Det spæde sprog. *Månedsskrift for praktisk lægegerning*.
- LINDEMAN, S. et al. (1997): Suicides among physicians, engineers and teachers: the prevalence of reported depression, admissions to hospital and contributory causes of death. *Acta Psychiatrica Scandinavia*, 96: 68-71.
- LØGSTRUP, K.E. (1962)[1956]: *Den etiske fordring*. København: Gyldendal
- LØGSTRUP, K.E. (1983): *System og symbol. Essays*. København: Gyldendal.
- LØGSTRUP, K.E. (1993)[1972]: *Solidaritets og kærlighed og andre essays*. København: Gyldendal.
- LØGSTRUP, K.E. (1996)[1971]: *Etiske begreber og problemer*. København: Gyldendal.

- LØVLIE, L. (1992): Moralen og forholdet til de andre. I: Bae, B. & Waastad, J. E. (eds): *Erkjennelse og anerkjennelse. Perspektiv på relasjoner*. Oslo: Universitetsforlaget.
- LØVLIE, L. (1993): Of rules, skills and examples in moral education. *Nordisk Pædagogik 2*.
- MADSEN, B. & WILLERT, S. (1993): Dialogiske hjælpertaler. I: Ahlgren, I.M. (ed): *Kommunikationsspor i socialpædagogik*. Socialpædagogiske tekster 9.
- MADSEN, B. (1993): Kommunikation i og om forhold. I: Ahlgren, I.M. (ed): *Kommunikationsspor i socialpædagogik*. Socialpædagogiske tekster 9.
- MADSEN, B. (1996): Organisationsudvikling gennem dialog. I: *Interpersonel Kommunikation i Organisationer nr 1*. Ålborg Universitetsforlag.
- MAGUIRE, P. & FAULKNER, A. (1988): How to do it – Communicate with cancer patients: 1. Handling bad news and difficult questions. *BMJ*, 297: 907-909.
- MAGUIRE, P. (1993): *Assessing patients with cancer – the content, skills and process of assessment*. Cancer Research Campaign, Psychological Medicine Group, Christie Hospital, Manchester.
- MAGUIRE, P. et al. (1996): Helping Cancer Patients Disclose Their Concerns. *European Journal of Cancer, Vol.32A, 1*.
- MAGUIRE, P. et al. (1996): Helping Health Professionals Involved in Cancer Care Acquire Key Interviewing Skills – The Impact of Workshops. *European Journal of Cancer; Vol.32A, 9*.
- MAMMEN, J. (1983): *Den menneskelige sans*. København: Dansk psykologisk Forlag.
- MAMMEN, J. (1986): Erkendelsen som objektrelation. *Psyke & Logos*, 7.
- PAHUUS, M. (1986): *Den følende fornuft og den vellykkede identitet. En filosofisk og litterær analyse*. Århus: Philosophia.
- PARLE, M., MAGUIRE, P. & HEAVEN, C. (1997): The Development of a Training Model to Improve Health Professionals' Skills, Self-efficacy and Outcome Expectancies when Communicating with Cancer Patients. *Soc. Sci. Med., Vol.44, 2*.
- ROGERS, C. R. (1959): A theory of therapy, personality, and interpersonal relationships, as developed in the client-centered framework. I: S. Koch (ed): *Psychology: A study of a science. Vol. III*. New York: McGraw-Hill.
- ROGERS, C. R. (1980a)[1975]: Empathic: An unappreciated way of being. I: *A Way of Being*. Boston: Houghton Mifflin Company.
- SACKS, O. (1990)[1984]: *Et ben at stå på*. Viborg: Spektrum.
- SPINELLI, E. (1998): *Terapi – magt og mystifikation. En afdækkende analyse*. København: Hans Reitzels Forlag.
- STERN, D. N. (1991)[1985]: *Barnets interpersonelle univers. Et psykoanalytisk og udviklingspsykologisk perspektiv*. København: Hans Reitzels Forlag.
- Sundhedsstyrelsen (1999): *Faglige retningslinier for den palliative indsats – omsorg for alvorligt syge og døende*.
- VANAERSCHOT, G. (1990): The process of empathy: Holding and letting go. I: Lietaer, G., Rombauts J. & Van Balen R.(eds): *Client-centered and experiential psychotherapy in the nineties*. Belgium: Leuven University Press.
- WATZLAWICK, P.(1978): The language of change. Elements of therapeutic communication. New York: Basic Books.