

Når pasienten googler

Fastlegens opplevelser i møte med den informerte pasient



Master i medievitenskap

Institutt for informasjons- og medievitenskap

Universitetet i Bergen

Våren 2020

Vilde Fagerland

Forord

Da utformingen av dette prosjektet skulle planlegges, var jeg stort sett bare sikker på to ting: jeg ønsket å skrive om medier og jeg ønsket å skrive om helsevesenet. Som utdannet sykepleier, har jeg ved min arbeidsplass på sykehus lagt merke til at enkelte pasienter ivrig googler og oppdaterer seg på alt av medisiner og andre ting som gjelder deres sykdom og sykdomsbilde. Noen har lest pakningsvedlegget til medisinene og er engstelige for alle bivirkningene som står der. Noen har oppdatert seg på ulike behandlingsformer og etterspør en mer omfattende utredning. Jeg må titt og ofte gi pasienter forklaringer på hva som foregår og hvorfor vi sannsynligvis tenker og handler litt annerledes enn det de forventer på bakgrunn av noe de har lest eller hørt. Disse pasientene opplever jeg at ofte stiller høyere krav og forventninger enn pasienter som stoler blindt på det vi sier som helsepersonell. Dette fikk meg til å stille spørsmål ved om det kunne ha noe med internett og informasjonstilgang å gjøre. Senere innså jeg at å studere fastlegers opplevelse av folks bruk av Google til helseinformasjon kunne være et interessant tema innenfor dette feltet, og som etter hvert ble temaet for min masteroppgave.

Aller først vil jeg si tusen takk til min dyktige veileder, professor Jan Fredrik Hovden. Du har vært en inspirator, motivator og kritisk stemme gjennom hele prosjektet. Takk for gode og alltid vennlige svar på mine mange spørsmål, for nyttige råd og støttende samtaler. Takk for at du alltid har tatt deg tid til veiledning, selv om timeboken var full.

Prosjektet hadde aldri kommet til liv uten alle de velvillige fastlegene. Tusen hjertelig takk til de tolv som viet dyrebar og sjelden tid til å svare på mine spørsmål. Takk også til alle venner, bekjente og kolleger som hjalp meg å komme i kontakt med informantene.

Dette prosjektet hadde heller aldri blitt det det ble uten hjelp fra min kjære, Tonje. Du har vært til stor støtte, både idémessig og underveis i prosessen. Takk for tålmodighet, mat, kjøreturer, gode ord, korrektur, nyttige tanker og perspektiver. Takk for at du hele tiden har hatt troen.

Takk til flokken på lesesalen: Cathrine og Andrea. Dere har vært en strålende gjeng å studere sammen med, luften frustrasjoner, ideer og tanker med. Takk for alle samtaler, latterkramper, lufteturer og kaffepauser. Ikke minst, takk for støttende ord når kaoset stod på som verst.

Takk også til resten av mastergjengen for fine avbrekk. Takk til Lois for streng og ærlig gjennomlesing, og mental støtte. Takk til Gjessefjes for engelsk rådgiving. Takk til Helene for mentalt bidrag i form av blodsukkerkick og nytt, grønt vennskap.

Takk også til forskningsgruppen for mediebruk og publikumsstudier, samt professor Janice Radway og professor Irene Costera-Meijer for nyttige tanker og kritiske spørsmål gjennom prosjektet.

Det er også på sin plass, grunnet tiden oppgaven ble skrevet i, å takke mine dyktige kollegaer som har stått i frontlinjen mot koronaviruset. Dere har gjort en uvurderlig jobb og jeg er stolt over å være en del av et så fantastisk team.

Til sist vil jeg også takke gjengen i BLAK for gode klemmer, fin musikk og kreativt avbrekk. Uten dere hadde jeg aldri blitt masterstudent.

Vilde Fagerland,

15. juni 2020

Sammendrag

Mål

Målet med denne studien var å belyse fastlegenes opplevelser med pasienters søken etter helseinformasjon på internett, hva søkingen gjorde med samspillet dem imellom, samt med rollene deres og tilliten mellom dem. Dette ble sett i lys av teoretikere som blant annet Måseide, Kleinman og Brown.

Metode

For å rekruttere informanter til denne intervjustudien, ble det brukt snøballmetode og direktekontakt på epost. Det ble holdt ni individuelle intervju og ett gruppeintervju med tre informanter. Informantene bestod av fastleger med mer enn seks års erfaring, fra byer og bygder på Vestlandet. Det var et stort spenn i alder, men kun tre av tolv var kvinner. Prosjektet er godkjent av Norsk senter for forskningsdata, NSD.

Resultat

De fleste fastlegene mente å se på pasienters informasjonssøk som utelukkende positivt. Problematiske situasjoner ble likevel fremhevet, der pasientene kunne bli økt engstelige av informasjonen, eller ha høyere forventninger til legen. Fastlegene hadde ulike strategier for å håndtere de søkende pasientene, uavhengig av deres krav. Disse strategiene kunne være pasientorienterte, med pasienten i hovedfokus, eller legeorienterte, med legen i hovedfokus.

Konklusjon

Samspillet og rollene mellom fastlegen og pasienten ser ut til å være i endring. Fastlegene opplevde å ha fått en større pedagogisk rolle overfor pasienten og relasjonen mellom dem ble oppfattet som demokratisert. I tillegg så det ut til at pasientenes atferd i større grad var påvirket av et kundeorientert fokus. Endringene i samspillet mellom legen og pasienten må sees i lys av større, samfunnsstrukturelle endringer, og kan ikke sees i lys av internett alene. Likevel er det nærliggende å tro at på bakgrunn av internettets altovergripende plassering i samfunnet, vil det kunne spille en rolle for endringer i dette samspillet.

Innholdsfortegnelse

KAPITTEL 1: INTRODUKSJON.....	1
BAKGRUNN.....	1
PROBLEMSTILLING OG AVGRENSNING.....	3
STRUKTUR.....	5
KAPITTEL 2: FORSKNING OG KONTEKST.....	6
2.1 DEN INFORMERTE PASIENTEN.....	6
2.2 STRUKTURER OG ENDRINGER I HELSEVESENET.....	7
2.2.1 Risikosamfunn og selvrefleksivitet.....	7
2.2.2 Fastlegeordningen.....	9
2.2.3 Endringer i samfunnet og i helsevesenet.....	10
2.2.4 Kleinmans modell.....	13
KAPITTEL 3 TEORETISKE PERSPEKTIV.....	15
3.1 HELSEKOMMUNIKASJON.....	15
3.2 INTERNETT, MEDIER OG HELSE.....	16
3.2.1 Internett.....	16
3.2.2 Forholdet mellom medier og medisin.....	17
3.2.3 Internett som kilde til helseinformasjon: Et gode eller onde?.....	19
3.2.4 Strategier i møte med den informerte pasient.....	23
3.3 LEGE- OG PASIENTROLLEN.....	25
3.3.1 Rollebegrepet.....	26
3.3.2 Makt.....	35
3.4 TILLIT MELLOM LEGE OG PASIENT.....	39
3.4.1 Tillit til internett.....	41
KAPITTEL 4: METODE.....	43
4.1 KVALITATIV METODE.....	43
4.1.1 Semistrukturert intervju og traktmetode.....	43
4.1.2 Fokusgruppe.....	44
4.2 UTVALG.....	45
4.2.1 Pilotintervju.....	47
4.3 REKRUTTERING.....	48
4.4 UTFØRELSE.....	49
4.4.1 Ethiske krav.....	49
4.4.2 Setting.....	50
4.4.3 Å utføre gruppeintervju.....	50
4.5 ANALYSE AV DATAENE.....	51
4.5.1 Transkripsjon.....	52

4.6 REFLEKSJONER OG ETISKE HENSYN	53
4.6.1 Refleksjoner rundt utvalg	54
4.6.2 Informasjonens validitet	55
4.6.3 Taushetsplikt	57
KAPITTEL 5: ANALYSE.....	58
5.1 DEN SØKENDE PASIENTEN	58
5.1.1 Hvem er det som søker?	58
5.1.2 Mengde søk i et kvalitativt perspektiv.....	61
5.1.3 Motiver.....	63
5.1.4 Hvor søker de?.....	67
5.2 FASTLEGENES BRUK AV INTERNETT	68
5.3 PASIENTERS SØKING OG DENS INNVIRKNING PÅ KONSULTASJONENE	71
5.3.1 Flere konsultasjoner og engstelige pasienter	72
5.3.2 Enklere, kortere eller lengre konsultasjoner?	76
5.3.3 Forventninger	78
5.4 STRATEGIER FOR Å HÅNDTERE PASIENTENES SØKING	83
5.4.1 Legeorienterte strategier	84
5.4.2 Pasientorienterte strategier	87
5.5 SØKING OG RELASJON.....	94
5.5.1 Rolleforholdet mellom lege og pasient	94
5.5.2 Tillit mellom internett, lege og pasient.....	100
5.6 FASTLEGENES TANKER OM KOLLEGERES HOLDNINGER	103
KAPITTEL 6: AVSLUTNING OG KONKLUSJON	104
6.1 VEIEN VIDERE.....	106
REFERANSER.....	107
VEDLEGG 1: INTERVJUGUIDE INDIVIDUELLE INTERVJU	115
VEDLEGG 2 INTERVJUGUIDE GRUPPEINTERVJU	117
VEDLEGG 3: FLYER TIL REKRUTTERING	118
VEDLEGG 4: VURDERING FRA NSD.....	119
VEDLEGG 5: LINKEDIN-POST.....	122
VEDLEGG 6: INFORMASJONSSKRIV	123

Kapittel 1: Introduksjon

«In general, the internet has been seen as having remarkable potential for improving the physician-patient relationship by increasingly sharing the responsibility for knowledge, by offering the possibility of more collaborative models of physician-patient interaction, and by fostering greater patient involvement in health maintenance and care»¹

Bakgrunn

Vi lever i dag i et nettverkssamfunn, der informasjon og kunnskap står sentralt.² Vi har fått internett, som har endret verden og samfunnet vårt på mange nivå. Mye har blitt enklere, mer tilgjengelig og vi kan gjennom få tastetrykk tilegne oss all verdens informasjon. Media og internett endrer vanene våre når det gjelder informasjonsinnhenting og kommunikasjonen med hverandre. Internett har *potensial* til å informere alle typer borgere, i alle samfunnslag.³

I helsevesenet ser vi gode eksempler på positiv utvikling når det gjelder hvordan internett og digitale tjenester har gitt oss raskere hjelp, fra nærmest hvor som helst. Henvvisninger kan sendes og mottas i løpet av noen minutter. Du kan be om resepter på nett, du kan ha videokonsultasjoner og du kan få tilgang til din egen elektroniske journal. Ikke minst har Web 2.0 gitt oss mulighet til å interagere med hverandre om det vi måtte ønske, uavhengig av tid og sted.⁴ Vi kan fortelle hverandre om sykdomserfaringer, solskinnshistorier og skrekkehistorier og vi kan lese informasjon om hva vi bør være oppmerksom på av symptomer og sykdommer. Bruken av internett til helseinformasjon er stadig økende,⁵ noe som understreker viktigheten av å studere dens konsekvenser. Noen studier har funnet at bruk av internett til helseinformasjon kan føre til at pasienter tar viktige avgjørelser knyttet til behandling og medisinerings på bakgrunn av informasjon de har funnet på internett, uten å konsultere helsepersonell først.⁶ Hvordan oppleves pasienters bruk av internett til helseinformasjon fra helsevesenets side?

¹ Caiata-Zufferey og Schulz, «Physicians' Communicative Strategies», s. 738

² Castells, *The Rise of The Network Society*, s. 501 – 509

³ Curran, Fenton, og Freedman, *Misunderstanding the Internet*, s. 123

⁴ Castells, *The Rise of The Network Society*, s. 501 – 509

⁵ Andreassen et.al., «Helserelatert bruk av Internett i den norske befolkningen», s. 2951

⁶ Santana et.al., «Informed citizen and empowered citizen in health», s. 12

NRK⁷ skreiv i en sak fra januar 2020 at: «Folk som blir syke går ofte inn på Google for å sjekke symptomene sine. Noen blir deretter livredde og tror de har fått en dødelig sykdom. Så dukker de opp på legevakta, i panikk». Én av de som uttalte seg i artikkelen mente at køene på legevakten kunne vært betydelig redusert dersom folk ikke hadde googlet seg så engstelige. En person skal ifølge samme artikkel ha oppsøkt legevakten i Oslo i panikk fordi han trodde han hadde fått en dødelig type hudkreft under neglen, men som viste seg å være en blåveis.

Forholdet mellom lege og pasient er i stadig endring, og i mitt yrke som sykepleier observerer jeg ofte en forskjell mellom eldre og yngre pasienter i møtet med legen og helsepersonell. Eldre pasienter ønsker stadig å stelle og pynte seg før legen går visitt. De yngre pasientene ligger gjerne fortsatt i sykehustrøya og foretar seg ikke noe ekstra på bakgrunn av at legen kommer innom. De stiller oftere spørsmål ved medisinerendringene, om diagnoser og symptomer som de finner informasjon om på nettet, mens de eldre ser nesten ut til å ta for gitt at helsepersonell har kontroll, og oppleves å ikke ville vite alle detaljene knyttet til egen situasjon.

Legevakten er en del av førstelinjen i helsevesenet på lik linje med fastlegen. Dersom legevakten opplever at pasienter kommer for å avklare informasjon de har funnet på internett,⁸ vil det være sannsynlig at fastlegene opplever det samme, i større eller mindre grad. Også forskning har vist at pasienter kommer for å avklare informasjon de har funnet, eller at pasienter ofte kom med forslag til behandling og diagnose.⁹ Disse observasjonene har gjort meg nysgjerrig. Hva gjør slik enkel tilgang på informasjon med forholdet mellom pasient og lege, og hvilke opplevelser og erfaringer gjør legene seg når pasienter søker etter informasjon?

Det er utført en del forskning på bruken av internett til helseinformasjon. Det er også gjort noe forskning på hvordan dette påvirker forholdet mellom legen og pasienten, men så langt jeg kan se, er det ikke gjort like mye forskning på hvilken innvirkning det har på forholdet mellom fastleger og pasienter i Norge. Gjennom den norske fastlegeordningen og samfunnets stadige endringer med hensyn til digital og teknologisk utvikling, er det derfor svært relevant å studere dette videre.

⁷ Hauge, Gjellerud, og Brekke, «'Google-panikk' hos legevakta»

⁸ Hauge, Gjellerud, og Brekke, «'Google-panikk' hos legevakta»

⁹ Santana et.al., «Informed citizen and empowered citizen in health» s. 10 – 14

Det er relevant å nevne at denne oppgaven ble skrevet midt i utbruddet av Covid-19. Vi leste store, skumle overskrifter om viruset og dets konsekvenser. Mange ble engstelige og ringte eller oppsøkte legevakten i frykt for viruset.¹⁰ Dette forteller noe om effekten helseinformasjon i media kan ha på sitt publikum, ikke nødvendigvis alene, men gjennom vinklingen av informasjonen som ble gitt. Aller mest sier det noe om viktigheten av media som informasjonskanal for helseinformasjon for folk flest, som jo er fokuset i denne oppgaven. Avdelingsdirektør ved allmennlegevakten i Oslo, Jon Østavik uttalte til NRK:

*«God kunnskap på nettet kan også være veldig god hjelp for veldig mange. Google er dårlig egnet til å hjelpe ett individ med ett konkret symptom. Men det kan være veldig god bakgrunnskunnskap for de som klarer å sortere dem. Jo mere redd man er, jo vanskeligere er det å vurdere hva informasjonen betyr for meg».*¹¹

Problemstilling og avgrensning

«Media er ein grunnpilar», skriver Schwebs og Østbye.¹² Media er en viktig del av oss, både på samfunns- og individuelt nivå.¹³ De er med på å definere virkeligheten vi forholder oss til og måten vi forstår verden på.¹⁴ Media fungerer som et bindeledd mellom hver enkelt og samfunnet som helhet, og knytter oss sammen gjennom blant annet informasjon. Samtidig kan også media skape avstand, skape kunnskapskløfter og gjøre oss engstelige. Denne studien er det filosofen Luois Althusser ville kalt overdeterministisk.¹⁵ Vi vil ikke kunne si at internett alene påvirker samspillet mellom lege og pasient. Men internett kan *sammen med* andre kulturelle og samfunnsmessige faktorer spille en rolle. Målet med studien er derfor å, gjennom bruk av kvalitativ intervju metode, belyse fastlegers opplevelser med pasienters informasjonssøking. Hva opplever de at den enorme tilgangen til informasjon gjør med samspillet i forholdet mellom pasienter og fastleger, og hvordan påvirker det deres arbeidshverdag? Basert på disse spørsmålene har jeg definert følgende problemstilling:

¹⁰ Bordvik, «Legevaktsjefen»

¹¹ Hauge, Gjellerud, og Brekke, «'Google-panikk' hos legevakta»

¹² Schwebs og Østbye, *Media i samfunnet*, s. 9

¹³ Schwebs og Østbye, *Media i samfunnet*, s. 9

¹⁴ Gripsrud, *Mediekultur, mediesamfunn*, s. 17

¹⁵ Dictionary of The Social Sciences, s.v. «Overdetermination» 29.05.2020.

<https://www.oxfordreference.com/view/10.1093/acref/9780195123715.001.0001/acref-9780195123715-e-1214?rskey=LdWOSi&result=1214>

Hvordan opplever fastleger at pasienters søken etter helseinformasjon på internett påvirker samspillet mellom lege og pasient?

For å presisere hva jeg ønsker å se på, er det valgt ut fire underproblemstillinger:

- I hvilken grad opplever fastleger at søking er vanlig, hvem som søker og hvilke motiv mener de ligger bak?
- Hvilken innvirkning opplever fastlegene at søking har på konsultasjonene?
- Hvilke strategier bruker fastlegene for å håndtere at pasientene har søkt etter helseinformasjon?
- Mener fastlegene at søkingen endrer rolleforholdet mellom legen og pasienten, og i så fall på hvilken måte?

Jeg har valgt fastleger som studieobjektet i denne casen fordi fastlegene gjerne er pasienters første møte med helsetjenesten. Mange har aldri vært innlagt på sykehus, men de fleste har et forhold til fastlegen sin. Leger på sykehus har mye mindre direkte pasientkontakt enn fastlegen. Jeg vurderte å inkludere sykepleiere, men ettersom arbeidsoppgavene og hverdagene er svært ulike, fant jeg det riktig å kun fokusere på fastleger. På fastlegekontorene er det dessuten legene som har størst pasientkontakt, ikke sykepleieren. Jeg valgte å ikke fokusere på pasienter, fordi det finnes en del forskning på pasienters bruk av internett til helseinformasjon allerede. Jeg ønsket dessuten å undersøke temaet fra innsiden av helsevesenet. Dette er en del av helsevesenet som er under stort press og får stadig økende krav å forholde seg til.¹⁶ Deler av årsaken til valg av tema var et ønske om å undersøke om informasjonsinnhenting hadde betydning for dette.

For å undersøke temaet har jeg intervjuet tolv fastleger om deres opplevelser med informerte pasienter og deres bruk av internett til helseinformasjon. Mitt førsteinntrykk var at fastlegene så ut til å være svært positive til slik søking. Informerte pasienter så ut til å kunne utfordre legene, både faglig og intellektuelt og flere påpekte at informerte pasienter var de enkleste å håndtere fordi de allerede hadde grunnleggende kunnskap. Likevel kan det se ut til at fastlegene opplever at rollene mellom fastlegen og pasienten er i endring, delvis både på grunn av informasjonsinnhenting og delvis på grunn av en generell samfunnsendring, men om informasjonsinnhenting er årsak, er vanskelig å vurdere.

¹⁶ EY og Vista Analyse, «Evaluering av fastlegeordningen», s. III

Struktur

I kapittel to skal vi se på den forskningen og konteksten som kreves for å forstå og analysere funnene i kapittel fem. Det inkluderer forskning på pasienters bruk av internett til helseinformasjon, hvem som bruker det og motiver for bruken. Vi skal også her se på oppbygningen av- og ulike strukturer i helsevesenet, blant annet fastlegeordningen. Vi skal også se på Giddens og Beck sin forståelse av risikosamfunnet.

Kapittel tre gjør rede for de teoretiske perspektivene som ligger til grunn for analysen, gjennom sentrale personer som Måseide, Goffman, Brown, Kleinman, Parsons og Weber. Vi skal blant annet se på rolleteori, der vi tar for oss Goffmans teori om rollespill og Browns strategier for selvpresentasjon. Vi skal også se på pasient- og sykerollen i lys av Parsons og Kleinman. Det vil bli gjort rede for ulike modeller for sykdomsatferd, gjennom Måseide sine teorier. Videre skal vi også se på maktteori, både fra helsevesenets perspektiv, men også mediemakt. Til sist tar vi for oss tillitsteori, knyttet til helsevesenet og internett.

Kapittel fire tar for seg de metodiske valgene som er gjort for å utføre intervjuene, transkriberingen og analysen. Vi skal se på bemerkninger rundt intervjumetoder, utvalg, rekruttering, utførelse og analyse. Vi skal også se på ulike etiske perspektiver som har manifestert seg underveis.

I kapittel fem skal vi analysere og drøfte funnene i lys av de teoretiske perspektivene. Vi skal blant annet se på hvordan fastlegene opplever pasienters søking, både mengdemessig, i hvilken grad de opplever at det påvirker konsultasjonene og i hvilken grad det har noe å si for rolleforholdet dem imellom. Vi skal se at mange fastleger opplever søkingen som positivt, men at mange pasienter ser ut til å bli engstelige av funnene sine, samt at disse pasientene av og til kommer med høyere krav og forventninger enn ellers. I tillegg skal vi se at relasjonen og rolleforholdet mellom lege og pasient ser ut til å være i endring, som en mulig konsekvens av internett, sammen med mange andre samfunnsstrukturelle faktorer.

Kapittel seks er en oppsummering og konklusjon av oppgaven, samt svar på problemstilling.

Kapittel 2: Forskning og kontekst

2.1 Den informerte pasienten

Å søke informasjon om vår egen helse, er ifølge Nina Sletteland¹⁷ et naturlig og grunnleggende behov i oss mennesker. Med all informasjonstilgjengeligheten er det liten tvil om at bruk av internett til helseinformasjon er et økende fenomen. Ifølge Johnsen,¹⁸ startet dette allerede på 90-tallet og har siden det økt ytterligere i omfang ifølge flere norske studier: Hjortdahl, Nylenna og Aasland¹⁹ fant i 1999 at ¾ av de spurte legene hadde opplevd at pasienter hadde søkt på internett. I 2006 hevdet Andreassen et.al.²⁰ at 58% av informantene hadde brukt internett til helseformål. Wangberg et.al.²¹ mente at innen 2010 ville 84% av befolkningen bruke internett til helseinformasjon, og hadde allerede sett en enorm økning mellom 2000 og 2007. Også i USA ble det av Basch et.al. sagt at søking etter helseinformasjon var et vanlig fenomen.²² College-studenter der brukte i stor grad internett for å søke på helseinformasjon og fant gjerne informasjon selv i stedet for å oppsøke helsepersonell. De brukte gjerne internettbasert helseinformasjon over andre kilder til helseinformasjon. Samtidig mente McMullan i sin oversiktsartikkel at pasienter tvert imot ikke så på internett som en erstatning til helsepersonell.²³ En europeisk studie av Santana et.al.²⁴ fant at 39% av informanter i Norge hadde brukt internett til å avgjøre om de burde kontakte helsepersonell eller ikke. Noen hadde brukt internett i forkant av en avtale med helsevesenet og flere brukte internett til å finne helseinformasjon *etter* en avtale. Urovekkende mange hadde endret medisinen sine og tatt viktige helsevalg basert på informasjon de hadde fått på internett. De skriver:

The most important finding of our study is that the Internet does have an impact on the way citizens handle a consultation and on their behaviour towards health professionals and health systems. This is particularly interesting when we realize that, in the 18 months between the two surveys, there were statistically significant increases in the number of citizens in these countries using the Internet to prepare for a consultation and to find health information after an appointment (e.g., second

¹⁷ Sletteland, *Helsekommunikasjon og digitale medier*, s. 47

¹⁸ Johnsen, Fernandez-Luque, og Hagen, «Kapittel 2 Det sosiale nettet og helse», s. 37

¹⁹ Hjortdahl, Nylenna, og Aasland, «Internett og lege-pasient-forholdet - fra «tak» til «hvorfor?»»

²⁰ Andreassen et.al., «Helserelatert bruk av Internett i den norske befolkningen», s. 2950

²¹ Wangberg et.al., «Use of the Internet for Health Purposes», s. 691

²² Basch et.al., «Health Information Seeking Behavior Among College Students», s. 1097

²³ McMullan, «Patients using the Internet to obtain health information», s. 25

²⁴ Santana et.al., «Informed citizen and empowered citizen in health», s. 5

*opinion) and using online health information to query the doctor and to take important health decisions."*²⁵

Dette er viktige funn ettersom det kan tyde på at helseinformasjon har faktiske konsekvenser for pasienten, og understreker enda mer viktigheten av å studere fastlegenes opplevelser med pasientens søking. Ikke minst er det viktig for å kunne si noe om hvordan de opplever at pasientene forholder seg til fastlegen versus informasjonen de har funnet på internett.

Men hvem er den søkende pasienten? Ifølge den amerikanske studien til Baker et.al. er den typiske søkeren en høyt utdannet kvinne mellom 35 – 74 år med selvrapportert dårlig helse.²⁶ Andreassen et.al.²⁷ pekte på at yngre kvinner var overrepresentert, men utdanning hadde ikke like stor betydning, bortsett fra at de arbeidet i stillinger der høy utdanning var vanlig.

Wangberg et.al. henviser i sin studie til en rekke andre forskningsartikler, som blant annet sier at kvinner ikke nødvendigvis er overrepresenterte søkere, men at det stort sett er enighet om at det er yngre, høyt utdannede mennesker som søker mest.²⁸

2.2 Strukturer og endringer i helsevesenet

Som vi har sett, har forskning vist at bruk av internett til helseinformasjon har ført til at pasienter har endret helseatferd. For å forstå hvilke opplevelser fastlegene har knyttet til det og til pasientenes søking, er det nyttig med en gjennomgang av selve helsesystemet og fastlegeordningen. Studien har som nevnt ikke som mål å være deterministisk²⁹ og jeg skal ikke her finne én årsak til endringer i samspillet mellom lege og pasient, men se på forholdet mellom internett og andre samfunnsendringer og strukturer. Vi begynner med teorien om risikosamfunnet.

2.2.1 Risikosamfunn og selvrefleksivitet

Anthony Giddens,³⁰ sammen med Ulrich Beck,³¹ argumenterer for at det vestlige, moderne samfunnet kan diagnostiseres som et risikosamfunn. Vi er opptatt av fremtiden og å

²⁵ Santana et.al., «Informed citizen and empowered citizen in health», s. 12

²⁶ Baker et.al., «Use of the Internet and E-Mail for Health Care Information», s. 2403

²⁷ Andreassen et.al., «Helserelatert bruk av Internett i den norske befolkningen», s. 2951

²⁸ Wangberg et.al., «Use of the Internet for Health Purposes», s. 692

²⁹ Store norske leksikon, s.v. «Determinisme». 29.05.20. <https://snl.no/determinisme>

³⁰ Giddens, *Modernity and Self-Identity*,

³¹ Beck, *Risk society: Towards a new modernity*

sysselsette befolkningen på en måte som gjør at vi kan oppdage, kontrollere eller forhindre ulike trusler eller farer. Giddens beskriver det på denne måten:

*The idea of risk is bound up with the aspiration to control and particularly with the idea of controlling the future. This observation is important. The idea of 'risk society' might suggest a world which has become more hazardous, but this is not necessarily so. Rather, it is a society increasingly preoccupied with the future (and also with safety), which generates the notion of risk.*³²

Ulrich Beck beskriver noe av det samme, men fra et annet perspektiv: «*In systematic terms, sooner or later in modernization the social positions and conflicts of a 'wealth-distributing' society begin to be joined by those of a 'risk-distributing' society*».³³ Med det mener han at det moderne samfunnet er i ferd med å bevege seg fra å være et velstandsfokusert samfunn, til å bli et risikofokusert samfunn. Risikosamfunnet kommer til syne i helsevesenet, gjennom ulike screeningprogrammer som f.eks. mammografiprogrammet.³⁴

Det moderne samfunnets fokus på risiko, er også en nøkkelfaktor når det gjelder individets *refleksivitet*, ifølge Giddens.³⁵ Selvets refleksivitet kan ifølge Giddens og Pierson beskrives på denne måten: «*each person is required to steer his or her own, individual course between the threats and the promises of modern society*».³⁶ Vår moderne identitet er preget av en refleksivitet. Det som tidligere var selvsagt og fastsatt gjennom normer, blir nå gjennom kunnskap og informasjon til gjenstand for stadig vurdering. Mennesket i det moderne samfunn må hele tiden tilpasse seg informasjon og kunnskap. Dette ser vi også knyttet til helseinformasjon, der helsevesenet, helsepersonell og lekfolk hele tiden må tilpasse seg ny forskning og innsikt. Informasjonens relevans må vurderes ut ifra et holistisk syn på mennesket, og det finnes ikke alltid faste normer og rutiner for hvordan håndtere alle tilfeller av sykdom eller uhelse.³⁷

³² Giddens og Pierson, *Conversations with Anthony Giddens - Making Sense of Modernity*, s. 209

³³ Beck, *Risk society: Towards a new modernity*, s. 21

³⁴ Trondsen, «Risikofokus på barn med psykisk syke foreldre», s. 119

³⁵ Giddens, *Modernity and Self-Identity*, s. 114 – 115

³⁶ Giddens og Pierson, *Conversations with Anthony Giddens - Making Sense of Modernity*, s. 209

³⁷ Giddens, *Modernity and Self-Identity*, s. 28 – 30; 76,

Fastlegeordningen kan tenkes å være en del av et risikosamfunn, i den forstand at fastlegen skal oppdage sykdom tidlig, drive folkeopplysning *mot* sykdom og vurdere ulike risikoelementer for sykdom. Vi skal nå gå gjennom fastlegeordningen, før vi ser på noen viktige element i den institusjonelle konteksten, som New Public Management, samhandlingsreformen og myndiggjøring.

2.2.2 Fastlegeordningen

Helsevesenet har utviklet seg til en enorm, avansert institusjon hvor man har et stort fokus på fysiologiske og medisinske detaljer, der sykdom fanges opp tidlig og som setter i verk tiltak når sykdom finner sted. En nøkkelfunksjon i dette systemet er fastlegeordningen.

I Norge har alle rett på fastlege ifølge Pasient- og brukerrettighetsloven.³⁸ Formålet med ordningen er *«å sikre at alle får nødvendige allmennlegetjenester av god kvalitet til rett tid, og at personer bosatt i Norge får en fast allmennlege å forholde seg til»*.³⁹ Som pasient skal man kunne få fastlegetime i løpet av fem dager, i tillegg til å kunne få tak i legekantoret via telefon.⁴⁰ Fastlegeordningen handler dermed i stor grad om tilgang til, og kontinuitet i helsehjelpen.

Det hevdes imidlertid at fastlegeordningen er i krise på grunn av økende press og problemer med rekruttering av nye fastleger. Selskapet EY og Vista analyse, gjorde på oppdrag fra helsedirektoratet en evaluering av ordningen, publisert i 2019.⁴¹ De hevder at fastlegeordningen er underfinansiert og krever snarlige tiltak. Mange oppgir at de ønsker å slutte og enda flere rapporterer om dårlig livskvalitet på bakgrunn av stort arbeidspress. Rundt halvparten av de som deltok i undersøkelsen forteller at situasjonen nå er u håndterbar. Det finnes likevel ulike nøkkelement i fastlegeordningen som fastlegene selv oppgir å sette pris på. Særlig blir stabilitet og kontinuitet i forholdet til pasienten trukket frem som viktig. Også helhetsansvaret og rollen som portvokter overfor spesialisthelsetjenesten blir sett på som positive elementer.⁴²

³⁸ Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999

³⁹ Forskrift om fastlegeordningen i kommunene, 2012

⁴⁰ Forskrift om pasientrettigheter mv., fastlege, 2012

⁴¹ EY og Vista Analyse, «Evaluering av fastlegeordningen», s. III

⁴² EY og Vista Analyse, «Evaluering av fastlegeordningen», s. III

Å undersøke fastlegenes hverdag og hvilke elementer som er med på å skape tids- og arbeidspress er svært viktig. Kan det tenkes at samfunnets informasjonstilgang også øker pasientenes krav til helsetjenester, mengde oppsøking av helsevesenet eller andre endringer som øker presset hos fastlegene? Må fastlegene bruke mer tid på pasienter som har søkt etter informasjon? Kanskje er informasjonstilgangen og internett i seg selv grunn til økt press? Det må likevel sees i sammenheng med større samfunnsmessige endringer, som for eksempel Samhandlingsreformen og New Public Management.

2.2.3 Endringer i samfunnet og i helsevesenet

For å forstå fastlegefunksjonen, vil det også være nyttig å forstå hvordan helsevesenet som struktur har endret seg. Samhandlingsreformen ble innført i Norge i 2009, og har påvirket fastlegene i stor grad.⁴³ Den ble innført som et ledd i kostnadsbesparelse og en effektiviseringsprosess av helsevesenet, der målet var bedre samhandling mellom kommune- og spesialisthelsetjenesten. Slagordet lød slik: «*rett behandling - på rett sted - til rett tid*». Noen av de større tiltakene var at kommunene skulle få mer økonomisk ansvar for pasientene. Pasienter ble skrevet ut fra sykehusene tidligere enn før og kommunene skulle derfra overta behandlingen, derunder også fastlegene.⁴⁴ Reformen fokuserte også på økt kompetanse i kommunene og fremmet at alle fastleger skulle være spesialister i allmenntilleggsmedisin. Samtidig som de fikk mulighet til spesialisering og kompetanseheving, fikk de også mange flere arbeidsoppgaver. Arbeid som før lå på sykehusenes kappe, ble nå overført til dem.⁴⁵ Ikke minst fikk samhandlingsreformen mye å si for pasientenes påvirkning på helsevesenets struktur og deres myndiggjøring ble høyere prioritert.⁴⁶

New Public Management (NPM) står sentralt i deler av det norske samfunnet og i helsevesenet. Store norske leksikon skriver: «*New Public Management eller NPM er en fellesbetegnelse for en rekke prinsipper og metoder for organisering og styring av offentlig virksomhet*».⁴⁷ I spesialisthelsetjenesten ser man eksempler på NPM ved at sykehusene blant annet får betalt ut ifra hvilke diagnoser de behandler. Denne tankegangen og

⁴³ St. meld. nr. 47 (2008 – 2009)

⁴⁴ Egge, «Kjære kolleger», s. 3

⁴⁵ Normann, «Samhandlingsreformen et steg videre», s. 13

⁴⁶ Normann, «Samhandlingsreformen et steg videre», s. 12

⁴⁷ Store norske leksikon s.v. «New Public Management», av Tore Hansen, 17.09.2018
https://snl.no/New_Public_Management

markedsfilosofien kan også påvirke fastlegene negativt, gjennom økt effektiviseringspress og økt kostnadspress.

Samtidig med samhandlingsreformen og NPM, har vi også fått et sterkere fokus på myndiggjøring av pasienter og på deres autonomi, som vi skal se på nå.

Myndiggjøring og health literacy

At helsevesenet har endret seg til å bli mer markedsrettet inkluderer en myndiggjøring og ansvarliggjøring av pasientene. Ofte omtales dette som *empowerment* og brukes gjerne slik det står, eller oversatt til «myndiggjøring» eller «gjøre sterk». ⁴⁸ Helsedirektoratet omtaler *empowerment* som viktig for å øke pasientens makt og autonomi, med fokus på den enkeltes mulighet til å nyttiggjøre seg informasjonen.

Dette er en ressursfokusert tilnærming som vektlegger å ta utgangspunkt i den enkeltes ressurser, ferdigheter og kompetanse. Tjenestene må bidra til å bevisstgjøre og styrke dette slik at pasient og bruker kan nå sitt potensial. Fagpersonell bidrar med kompetanse og kunnskap slik at pasient og bruker får tilgang til tjenester av god kvalitet. [...] Empowerment handler også om å endre den tradisjonelle maktrelasjonen mellom bruker og tjenesteyter. En slik arbeidsform innebærer å la brukerne definere sine behov og bistå vedkommende i å finne de beste løsningene.»⁴⁹

Å myndiggjøre pasientene vil kunne være kostnadseffektivt for helsevesenet fordi pasientene tar mer ansvar, samtidig som de vil få større autonomi i medisinske avgjørelser, som igjen bedrer utfallet ved eventuelle behandlinger.⁵⁰

Brukermedvirkning er også et viktig begrep, og handler om mye av det samme.

Brukermedvirkning har som mål å skape fokus på pasientens autonomi, og deres plikt til å selv delta aktivt for at samfunnet skal kunne drive et bærekraftig helsevesen.⁵¹ Mange land har svekket tillit til helsevesenet og én måte å løse det på kan være å la pasientene bli mer involvert og få mer ansvar selv. Ikke minst kan pasienters engasjement i egen helse, gjennom

⁴⁸ Helsedirektoratet, «Kapittel 4: Medvirkning, informasjon og kommunikasjon»

⁴⁹ Helsedirektoratet, «Kapittel 4: Medvirkning, informasjon og kommunikasjon»

⁵⁰ Schulz og Nakamoto, «Health Literacy and Patient Empowerment in Health Communication», s. 4

⁵¹ Austvoll-Dahlgren, «Pasientmedvirkning – hvorfor?», s. 1727

informasjonsinnhenting og økt egenansvar, heve kvaliteten og sikkerheten i tjenestene, ettersom det utfordrer helsevesenet til å forholde seg til ny forskning og nye retningslinjer.⁵²

Det er lovfestet at pasienter skal inkluderes og ha medbestemmelse i sin behandling. Pasientene har rett til tilpasset informasjon slik at de får innsikt i sin tilstand eller forløp og ut ifra det kan ta informerte valg.⁵³ Mange har imidlertid problemer med å tilegne seg og nyttiggjøre seg kunnskap om helse. Ifølge Verdens helseorganisasjon (WHO) gjelder dette blant annet eldre, personer med lav sosioøkonomisk status, personer med dårlig helse, gjerne med kroniske sykdommer og personer som på grunn av sykdom ikke kan delta i samfunnet.⁵⁴ Evnen til å forstå og nyttiggjøre seg helseinformasjon, kalles gjerne for *Health Literacy*. Begrepet brukes ofte slik det står, i mangel på en god norsk oversettelse.⁵⁵ WHO definerer health literacy på følgende måte:

*Health literacy is linked to literacy and entails people's knowledge, motivation and competences to access, understand, appraise and apply health information in order to make judgements and take decisions in every-day life concerning health care, disease prevention and health promotion to maintain or improve quality of life during the life course.*⁵⁶

Både informasjon på internett og medisinske råd gitt muntlig kan være vanskelig å forstå for personer med lav health literacy. Nettsider er ofte utformet for å se best mulig ut, rent visuelt, mens bruksegenskapene gjerne er dårligere og kan hemme innholdsforståelsen. Muntlig informasjon er ofte preget av en faglig sjargong med medisinske termer og forklaringer som kan være vanskelige å forstå. Sosiale medier kan ifølge WHO også skape en risiko for informasjonsoverflod for de med lav health literacy. Ettersom informasjonen der sprer seg så enormt raskt, kan feilinformasjon bre seg i befolkningen og skape problemer for de som ikke har evne til å forstå at informasjonen er feil.⁵⁷

⁵² Austvoll-Dahlgren, «Pasientmedvirkning – hvorfor?», s. 1727

⁵³ Lov 02. juli 1999 nr. 63 om pasient- og brukerrettigheter §3-1 (Pasient- og brukerrettighetsloven) https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63#KAPITTEL_3

⁵⁴ Kickbusch et.al., *Health literacy*, s. 15

⁵⁵ Språkrådet, «Literacy»

⁵⁶ Kickbusch et.al., *Health literacy*, s. 4

⁵⁷ Kickbusch et.al., *Health literacy*, s. 51; 65

Å ikke klare å nyttiggjøre seg viktig helseinformasjon kan få store konsekvenser. Personer med lav health literacy har ofte vanskeligheter med å benytte seg ordentlig av helsetjenestene og helsehjelpen som er tilgjengelig. De har høyere sannsynlighet for å innta medikamenter på feil måte og for å ikke forstå hvorfor de må ta dem. Eldre pasienter med lav health literacy har dessuten høyere dødelighet enn de med høy health literacy.⁵⁸

På grunn av informasjonstilgjengeligheten og konsekvensene av lav health literacy, er det viktig å belyse dette. Pasientene som fastlegene i denne studien møter, innehar varierende grad av health literacy, som videre kan påvirke hvordan de forholder seg til informasjonen og hvordan de opptrer overfor fastlegen. Slik sett, kan dette påvirke fastlegenes opplevelser i møtet med internett-informerte pasienter.

2.2.4 Kleinmans modell

Professor i medisinsk antropologi, Arthur Kleinman, gjorde rede for en modell som deler helsesystemet inn i ulike sektorer: *privat* (popular sector), *profesjonell* og *folkelig sektor*.⁵⁹ Disse sektorene er der folk behandles og diagnostiseres, men alle interagerer med og supplerer hverandre. Privat sektor handler i stor grad om omsorgen i hjemmet og i nærmiljøet. Det er her avgjørelsene om man skal oppsøke hjelp i helsevesenet foregår, og som man starter i og går tilbake til etter å ha oppsøkt de andre sektorene, som for eksempel en fastlege. Privat sektor er den største, og er også der man vurderer kvaliteten og tilfredsheten med behandlingen fra de andre sektorene. Kleinman skriver dessuten at å behandle seg selv, eller bli behandlet av familiemedlemmer, er den mest brukte behandlingsformen på tvers av ulike kulturer. Den profesjonelle sektoren er den autoriserte og organiserte helsetjenesten, der biomedisin råder. Det kan være hos legen, på sykehuset eller andre steder. Den folkelige sektoren inneholder på mange måter litt av begge de to foregående sektorene ettersom den inkluderer alternative, religiøse og kulturelle tradisjoner for medisin, som for eksempel bruk av urter, helbredelse ved bønn og er utenfor det profesjonelle medisinske systemet.⁶⁰

Mediene er ikke nevnt i Kleinmans modell, men kan likevel inngå i alle sektorene, ettersom det finnes både i hjemmet og i nærmiljøet, den finnes i den profesjonelle sektoren på legekontoret, og i den folkelige sektoren. Internett kan nærmest sees på som et moderne

⁵⁸ Berkman et.al., «Low Health Literacy and Health Outcomes», s. 97

⁵⁹ Kleinman, *Patients and Healers in the Context of Culture*, s. 50 – 59

⁶⁰ Kleinman, *Patients and Healers in the Context of Culture*, s. 50 – 59

bindeledd mellom de ulike sektorene, og kanskje bringe helsevesenet og helseinformasjon inn i alle deler av helsesystemet. Media vil samtidig kunne være særlig sentralt i den private sektoren, ettersom man kan søke informasjon selv, og selv velge behandling, før man vurderer om man skal oppsøke andre sektorer, som for eksempel en fastlege.

Vi kommer tilbake til Kleinman og flere av hans teorier litt senere i oppgaven, men først skal vi ta for oss flere teoretiske perspektiv. Vi begynner med helsekommunikasjon.

Kapittel 3 Teoretiske perspektiv

I kapittel tre skal jeg presentere de overordnede teoretiske perspektivene som brukes i analysen. Det første vi skal se på er helsekommunikasjon, før vi går inn på teori om internett, medier og helse, rolleteori, selvpresentasjon og tillit.

3.1 Helsekommunikasjon

Helsekommunikasjon som begrep og fagfelt meldte seg på 70-tallet og tok sikte på å bedre kommunikasjonen særlig mellom lege og pasient. I dag er dette en tverrfaglig disiplin og gjelder så vel kommunikasjon med enkeltmennesker som informasjonskampanjer på samfunnsnivå, og det finnes derav mange definisjoner av begrepet. Ordet kommunikasjon stammer fra latin: *communicare*, og betyr «å gjøre felles». Helsekommunikasjon har som mål å informere og myndiggjøre pasienten slik at de kan ta gode helsevalg. Helsekommunikasjon kan også være strategisk informasjonsutveksling til helsepersonell og andre relevante grupper.⁶¹

Kommunikasjon er svært viktig i relasjon mellom lege- og pasient, og har mye å si for hvorvidt pasientene opplever seg tilfreds med hjelpen de får. Ikke minst blir kommunikasjon regnet for å være den viktigste påvirkende faktoren for hvordan pasientene håndterer og følger rådene gitt av legen.⁶² Legene skal tolke og forklare informasjon, tyde pasienters funn, møte deres forventninger relatert til funnene og de må avklare riktig og gal kunnskap.⁶³ Hvordan fastlegene posisjonerer seg med tanke på pasienters søken etter informasjon er derfor utvilsomt viktig i denne sammenhengen.

Nina Sletteland nevner det hun omtaler som *relasjonskompetanse*. Det handler om empatisk forståelse av andre mennesker og er en forutsetning for en god relasjon og samhandling. Den profesjonelle relasjonskompetansen bygges og utvikles gjennom empatiske yrkesferdigheter, erfaring og kunnskap. For å yte god helsekommunikasjon overfor pasientene er det altså nyttig med god relasjonskompetanse og å ha fokus og bevissthet rundt pasientenes health literacy. Informasjonen må tilpasses pasientene og deres evne til å forstå, og slik øke deres myndiggjøring og mulighet til å selv ta informerte valg og ansvar for egen helse.⁶⁴ Dette er

⁶¹ Sletteland, *Helsekommunikasjon og digitale medier*, s. 31 – 34

⁶² Wright, Sparks, og O'Hair, *Health communication in the 21st century*, s. 37 – 38

⁶³ Sletteland, *Helsekommunikasjon og digitale medier*, s. 35

⁶⁴ Sletteland, *Helsekommunikasjon og digitale medier*, s. 35 – 39

særlig interessant når vi senere skal se på fastlegenes håndtering av pasienters søking etter informasjon på internett og funnene de tar med seg til konsultasjonen. Helsekommunikasjon foregår i dag mer og mer på internett, både som et ledd i forebyggende helsearbeid, men også som kampanjer og mer eller mindre tilfeldig informasjon på internett.

3.2 Internett, medier og helse

Det finnes mange måter å drive helsekommunikasjon på, også på internett. Noe av informasjonen er faglig og målrettet, noe er tilfeldig og basert på enkeltindividers erfaringer. I dette avsnittet skal vi ta for oss sammenhengen mellom internett, medier og helse. Vi skal se på hva forskningen forteller oss om internetts innvirkning på helsen og bruken av helsetjenestene. Vi skal blant annet innom Manuel Castells, Briggs og Hallin, samt Arthur Kleinman for å belyse noen av disse perspektivene. Vi begynner med internett og dets funksjoner.

3.2.1 Internett

Internett er en teknologisk samtidsrevolusjon, både på individplan, men også samfunnsmessig. Internett er også svært sentralt i denne oppgaven, som en informasjonskanal for pasientene og fastlegene. Webben består av over 40 milliarder sider og opp mot to tredeler av EUs befolkning brukte internett til daglig i 2014,⁶⁵ mens 93% av den norske befolkningen brukte internett daglig i 2019.⁶⁶ Derfor er det relevant å studere ulike perspektiver ved internett og dets funksjoner.

Terje Rasmussen skriver om internetts fire kommunikasjonsmodeller. De fire er *interaksjon*, *søk*, *distribusjon* og *overvåkning*. Etter opprettelsen av Web 2.0 kan man interagere med hverandre på langt mer kompliserte måter, og gjør det lettere å være sosiale på avstand. I tillegg kan vi gjennom algoritmer og koder nå søke på google og få opp personrelevante treff, basert på tidligere søk. Vi kan distribuere varer og produkter, og gjennom personfokusert reklame nå ut til et relevant publikum.⁶⁷ Ifølge Johnsen,⁶⁸ ble Web 2.0 en start på fremveksten av bruk av internett til helseinformasjon. Fordi samfunnet i dag i større grad er vant til å forholde seg til dialoger over nettet, utfordrer dette den tradisjonelle delingen av

⁶⁵ Rasmussen, *Hva skjer med Internett og web?* s. 9

⁶⁶ Statistisk sentralbyrå, «Bruk av IKT i husholdningene»

⁶⁷ Rasmussen, *Hva skjer med Internett og web?* s. 21 – 22

⁶⁸ Johnsen, Fernandez-Luque, og Hagen, «Kapittel 2 Det sosiale nettet og helse», s. 37

helseinformasjon, som tidligere har vært en enveisprosess. Nå kan brukerne selv velge hvilken informasjonskanal de vil forholde seg til.⁶⁹

Sosiologen Manuel Castells er en av de mest sentrale forskerne når det gjelder nettverkssamfunn og internett som plattform for kommunikasjon. Han beskriver det han kaller «*The Network Society*», som han mener oppstod da samfunnet gikk fra å være et industrisamfunn til å bli et informasjonssamfunn. Det fokuserer ikke lengre på produksjon av materielle varer, men på informasjon og kunnskap. Han mener nettverkssamfunnet er dominert av desentraliserte nettverk av noder, i stedet for slik det vanlige, byråkratiske hierarkiet fungerer: alle i dette nettverket kan kommunisere med alle, uavhengig av tid og sted, ikke basert på plasseringer i hierarkiet.⁷⁰ Han mener at tid ikke lenger er like viktig, ettersom interaksjonen nå er tidløs, randomisert og på mange måter uorganisert. Dette fenomenet kaller han «*timeless time*» og «*space of flow*».⁷¹ Sosiale nettverk er ikke et nytt fenomen, men måten vi nå kan kommunisere med hvem som helst, når som helst, er en del av det nye nettverkssamfunnet.⁷² Hvordan kan så nettverk, medier og medisin henge sammen?

3.2.2 Forholdet mellom medier og medisin

Briggs og Hallin peker i boken, *Making Health Public*, på et uløselig forhold mellom medier og medisin. Dette forklarer de gjennom to begrep som vi her skal ta for oss. Det første begrepet *biocommunicability*, (en forenklet oversettelse kan være *biokommunikasjon*) handler om samfunnets kulturelle modeller for omløpet av kunnskap om medisin og helse: ⁷³ «*Models of biocommunicability are sets of norms and assumptions about how knowledge and information about health and medicine can and should be created and circulated, about what kinds of actors will play specific sorts of roles in this projected flow of information*».⁷⁴ Dette kan vi også forstå i lys av Kleinman, som mener at informasjonsfloden og den medisinske behandlingen foregår i ulike sektorer.⁷⁵ Vi kan også forstå dette gjennom Måseide sine teorier,⁷⁶ som vi kommer inn på i kapittel 3.3.1.

⁶⁹ Sletteland, *Helsekommunikasjon og digitale medier*, s. 58

⁷⁰ Castells, *The Rise of The Network Society*, s. 501 – 509

⁷¹ Castells, *The Rise of The Network Society*, s. 494 – 499

⁷² Castells, *The Rise of The Network Society*, s. xxvii

⁷³ Briggs og Hallin, *Making Health Public*, s. 3

⁷⁴ Hallin, Brandt, og Briggs, «Biomedicalization and the Public Sphere», s. 122

⁷⁵ Kleinman, *Patients and Healers in the Context of Culture*, s. 50 – 59

⁷⁶ Måseide, *Three models for the description of doctor-patient interaction*, s. 13 – 18

Det andre begrepet, *biomediatisering* (biomediatization) er en prosess som skjer gjennom både *mediatisering* og *biomedikalisering*, der mediatisering handler om at media tar en større del i det sosiale livet, mens biomedikalisering blir sett på som en biomedisinsk innflytelse på samfunnet og kulturen hevdes å skje når media tar plass i sykehus og andre helseinstitusjoner, der de sammen skaper måter å forstå biomedisin. Biomedikalisering blir beskrevet på denne måten: «*Medical logics have penetrated other spheres; we have come to think of eating, leisure, sex and education in medical terms*». ⁷⁷ De hevder med dette at media stadig oftere gjennomsyrrer biomedisin, men også at biomedisinen stadig oftere gjennomsyrrer media, i tillegg til alle andre samfunnsarenaer. Den kunnskapen som før hørte til i lege-pasient sfæren (f.eks. konsultasjonene) foregår nå i den offentlige sfære. ⁷⁸ De argumenterer for at medisin og kommunikasjon henger tett sammen og at måten samfunnet prater om og forstår medisin er produsert gjennom media, som er det de kaller *biomediatisering*. De problematiserer også forholdet mellom media og helsepersonell, der medienes presentasjon av medisinsk kunnskap ofte blir anklaget for å være oversimplifiserende og sensasjonsrettet, i stedet for opplysende. Mediene selv mener det er helsepersonells oppgave å opplyse, men anklager samtidig helsevesenet for å være for lite inspirerende og ha en for avansert sjargong til å kommunisere evidensbasert informasjon ut til den generelle befolkningen. ⁷⁹

Internett og medier generelt er en sentral kilde til helseinformasjon og New York Times pleier for eksempel å publisere tre til fem helserelaterte artikler daglig. ⁸⁰ Ifølge Martin Eide er «*Alt helsestoff er godt mediastoff*». ⁸¹ Helsestoff, enten det er politisk, personlig, produkter, behandling eller annet, får uansett stor oppmerksomhet i alle typer medier. TV-serier som *Grey's Anatomy* og *House* er sykehusserier med stor popularitet, ⁸² og som også kan fortelle oss noe om hvor mye oppmerksomhet helse og sykdom skaper, både i underholdningsbransjen, men også i samfunnet forøvrig. Ikke minst er helse svært fremtredende både hos Yahoo og Google, gjennom blogger og nettsider.

NRK-programmet «Hva feiler det deg?» ⁸³ har blitt brukt som eksempel ved innhenting av data til denne oppgaven. I programmet konkurrerer en gruppe leger og en gruppe ikke-

⁷⁷ Briggs og Hallin, *Making Health Public*, s. 10

⁷⁸ Hallin, Brandt, og Briggs, «Biomedicalization and the Public Sphere», s. 121

⁷⁹ Briggs og Hallin, *Making Health Public*, s. 3; 5; 8 – 9; 204 – 207

⁸⁰ Briggs og Hallin, *Making Health Public*, s. 1

⁸¹ Eide, *Død og pine! om massemedia og helsepolitikk*, s. 20

⁸² Briggs og Hallin, *Making Health Public*, s. 3

⁸³ NRK, «Hva feiler det deg»

helsepersonell i å diagnostisere reelle pasienter. Legelaget må bruke kunnskap og erfaring, mens det andre laget får bruke internett til å søke opp symptomer og sykdommer. Dette programmet sier oss noe om hvor stor del internett har fått når det gjelder søking etter helserelaterte spørsmål, og hvor enkelt og vanlig det er for lekfolk å søke kunnskap. Vi får også se at informasjonen vi får fra relativt enkle Google-søk ikke alltid gir riktig på diagnose. Dette handler ofte om uflaks, men også ofte om mangel på bakgrunnskunnskaper, og i hvilken grad søkerne er dyktige og effektive internett-søkere. Mange yngre pasienter i dag tilhører gruppen som gjerne kalles *digital natives*,⁸⁴ altså personer som har vokst opp med internett og aldri opplevd en verden uten. De er vant til en voldsom informasjonsflom og har sannsynligvis aldri eller sjelden vært uten tilgang til blant annet helseinformasjon. Også hverdagen til fastlegene er preget av informasjonstilgjengelighet. Det finnes mange verktøy og kanaler tilgjengelig, både tilpasset fagpersonell, samt vanlige allment tilgjengelige nettsider. Hva denne tilgjengeligheten og overfloden gjør med forholdet mellom legen og pasienten, er det vi skal se på videre i oppgaven. Ikke minst: i hvilken grad blir internett ansett som positivt eller negativt for forholdet mellom legen og pasienten?

3.2.3 Internett som kilde til helseinformasjon: Et gode eller onde?

På nettforumet Quora ble det stilt spørsmål som: «*Why do doctors hate patients researching their symptoms on the Internet?*». Legen Satheesh Kumar svarte at det for ham opplevdes problematisk at pasienter fant informasjon på internett fordi det krevde tid å forklare hvorfor informasjonen ikke var riktig for den aktuelle pasienten:

*I get irritated when patients show up with data from the internet on their symptoms because it costs me extra time to explain it, and sometimes my brain does not retain those clinically irrelevant information (say, a rare side effect or so) that make me look stupid when I have to admit that I don't know.*⁸⁵

Indremedisiner, Nicole van Groningen, svarte på et lignende spørsmål at hun mente pasienter som googlet symptomer var et to-egget sverd der pasientene på den ene siden tydelig var engasjerte i sin egen helse, men på den andre siden diagnostiserte seg selv og allerede hadde bestemt seg for hvilken behandling de skulle ha:

⁸⁴ Dingli og Seychell, *The New Digital Natives*, s. 1 - 3

⁸⁵ Kumar, «*Why do doctors hate patients researching their symptoms on the Internet?*»

*Sometimes, their assessments of their disease and the treatments they propose are spot-on. But more commonly, they've been led astray by something they read on the internet, and in this case, it can be challenging to convince them to partner with you (...).*⁸⁶

Disse utsagnene vitner om en ambivalens og en diskrepans mellom opplevde positive og negative sider med søkende pasienter. Legen kan ikke alltid svare på spørsmålene og det kan være vanskelig å overbevise pasientene om at det de har lest ikke stemmer. Malone et.al.⁸⁷ viste også denne ambivalensen. De fant at på den ene siden så fastleger ut til å oppleve pasienter som diagnostiserte seg selv gjennom internett som kravstore. De kunne være tidkrevende og potensielt villedende konsultasjonen. Pasienter som imidlertid allerede hadde en diagnose og som søkte tilleggskunnskap ble sett på som positivt for forholdet mellom lege og pasient. Dette er nyttig ettersom noen av spørsmålene jeg ønsker å finne ut av handler om de samme temaene. Denne studien ble imidlertid utført i Storbritannia, der helsesystemet er ganske annerledes fra vårt. Ikke minst ble den utført 20 år før min, og det kan det tenkes å ha skjedd store endringer i holdningene ettersom internett nå har en større rolle i hverdagen.

Ekspertpasienter

Joanne Shaw og Mary Baker skrev om begrepet *expert patient* som ble introdusert gjennom et kunnskapsprogram i England. Programmet siktet etter å øke livskvaliteten til pasienter med kroniske sykdommer gjennom å heve kunnskapen deres. *The expert patient* handlet om å drive frem kunnskapsrike pasienter som på egenhånd kunne innhente og nyttiggjøre seg helseinformasjon. Det skapte stor debatt og ble av mange leger sett på som et problematisk program og begrep, blant annet fordi de fryktet en pasientgruppe som ville stille urimelige krav til legene, basert på informasjon (gjerne fra internett). Shaw og Baker skriver:

The suspicion is that for many doctors, the expert patient of the imagination is the one clutching a sheaf of printouts from the internet, demanding a particular treatment that is unproved, manifestly unsuitable, astronomically expensive, or all three. Or, possibly

⁸⁶ Groningen, «*What do doctors think of patients who Google all their symptoms, and think they know better?*»

⁸⁷ Malone et.al., «*Health and the Internet--Changing Boundaries in Primary Care*», s. 190 – 191

*worst of all, a treatment the doctor has never heard of, let alone personally prescribed.*⁸⁸

Svært mange leger mente at disse ekspertpasientene kunne bli dyre for helsetjenesten, at allmennlegene ville få mer å gjøre, og svært få trodde at kunnskapsrike pasienter kom til å forbedre forholdet mellom legen og pasienten. Ekspertpasientene ble sett på som både forlangende, urealistiske og tidkrevende. Forfatterne skriver imidlertid at legene samtidig var klar over at pasientene faktisk var eksperter i sitt eget liv, og at ved å anerkjenne pasientens posisjon, kunne både legen og pasienten komme styrket ut av situasjonen fordi legen da ville være i bedre stand til å komme med gode løsninger.⁸⁹ Er slike *ekspertpasienter* noe fastlegene i Norge frykter eller opplever? Og hvilke konsekvenser får det at pasienter oppsøker helseinformasjon?

Atferd og konsekvenser

Studien til Santana et.al.⁹⁰ viste som nevnt at en økende andel pasienter, både i Norge og i andre land, endret oppførsel relatert til sykdom og helse på bakgrunn av informasjon fra internett. Det kunne være i form av f.eks. inntak av medisiner. I tillegg kunne internettinformasjon føre til at pasienter tok viktige valg knyttet til sin egen helse, uten å ha snakket med helsepersonell først. Slike handlinger kunne potensielt få negative konsekvenser ettersom pasientene ikke nødvendigvis hadde kunnskapen som trengts for å ta slike avgjørelser. De fant også at 17% av pasientene hadde kommet med forslag til behandling eller diagnose overfor helsepersonell basert på internett-søk, som også så ut til å være et økende fenomen. Samtidig pekte de på at pasientene brukte internett til å oppsøke helseinformasjon for egen kunnskaps del og for en form for selv-myndiggjøring, ikke for å stille spørsmål ved medisinske autoriteter og deres kompetanse.

Ahmad et.al.⁹¹ mente at leger ofte var skeptiske og mente at pasienter kunne finne feilinformasjon og deretter feilbehandle seg selv, som også var noe av frykten i Santanas studie nevnt over. Ikke minst kunne bruk av internett til informasjonsinnhenting se ut til å også gjøre pasienter mer engstelige. Wangberg et.al.⁹² fant at 19% av informantene i deres

⁸⁸ Shaw og Baker, «“Expert Patient”—Dream or Nightmare?», s. 723

⁸⁹ Shaw og Baker, «“Expert Patient”—Dream or Nightmare?», s. 724

⁹⁰ Santana et.al., «Informed citizen and empowered citizen in health» s. 10 – 14

⁹¹ Ahmad et.al., «Are Physicians Ready for Patients With Internet-Based Health Information?», s. 3

⁹² Wangberg et.al., «Use of th Internet for Health Purposes», s. 694

studie oppgav å føle seg mer engstelige etter å ha søkt informasjon, mens 36% følte seg lettet eller betrygget. Dilliway og Maudsley⁹³ viste at pasienter i økende grad oppsøkte helsevesenet for irrelevante og upassende undersøkelser og behandlinger, som en konsekvens av informasjon de hadde funnet på internett. Samtidig viste en litteraturstudie utført av Wald, Dube og Anthony⁹⁴ at informasjonssøk tvert imot kunne føre til mer effektive konsultasjoner, gi pasienten mer ansvar og bedre samarbeidet mellom de to partene. De identifiserte en rekke positive og negative utfall når det gjaldt pasienter som hadde søkt på internett: pasientene ble blant annet mer informerte og kunne dermed gjøre bedre nytte av konsultasjonene, i tillegg til at det førte til et mer passende bruk av helsetjenester. Informasjonen gav muligheter for at fastlegen og pasienten kunne fordele ansvar som gjorde det lettere og mer effektivt å kommunisere med hverandre. Når pasientene gav sitt samtykke til valg av tiltak, kunne fastlegene regne samtykket som mer valid, ettersom internett-søkene deres gav mer utfyllende kunnskap. Ikke minst følte ofte pasienter seg mer tilfreds med behandlingsvalgene dersom pasientene selv hadde supplert kunnskapen sin med internettbasert informasjon. Også fastlegene selv brukte internett til å innhente mer kunnskap. De opplevde det som en fin mulighet til å oppdatere seg på nyere forskning og gi råd og behandling av god kvalitet. Problematiske sider ved internettbasert informasjon, kunne være, slik både Ahmad⁹⁵, Wangberg⁹⁶ og Santana⁹⁷ påpekte, at kildene var av variabel kvalitet og kunne potensielt villedde eller feilinformere pasienten. I tillegg mente noen at mengden informasjon kunne virke overveldende på pasientene, uavhengig av kildens kvalitet.⁹⁸

Noen pasienter så ut til å bli mer engstelige av all informasjonen, og økende engstelse knyttet til informasjonssøk på internett, kalles gjerne for *cyberchondria*, eller cyberkondri på norsk. Det kan sies å være en form for hypokondri, men har en annen dimensjon ved seg gjennom at søk på internett øker engstelsen og søketermenes alvorlighetsgrad. De som lider av cyberkondri har gjerne det forskerne kaller intoleranse for usikkerhet knyttet til egen helse.⁹⁹ Disse søkerne starter gjerne med å google ett symptom, for eksempel hodeverk. Videre søker de etter mer og mer alvorlige symptomer, som «hodeverk tumor». Ikke bare blir pasientene økt engstelige, men det er også algoritmiske utfordringer knyttet til søkene ettersom de ofte

⁹³ Dilliway og Maudsley, «Patients Bringing Information to Primary Care Consultations», 546 – 547

⁹⁴ Wald, Dube, og Anthony, «Untangling the Web» s. 219

⁹⁵ Ahmad et.al., «Are Physicians Ready for Patients With Internet-Based Health Information?»

⁹⁶ Wangberg et.al., «Use of th Internet for Health Purposes»

⁹⁷ Santana et.al., «Informed citizen and empowered citizen in health»

⁹⁸ Wald, Dube, og Anthony, «Untangling the Web»

⁹⁹ Fergus, «Cyberchondria and Intolerance of Uncertainty», s. 738

blir sendt i retning mer voldsomme diagnoser, basert på tidligere resultater og klikk. Man er redd for at dette kan føre til unødvendig angst blant søkere, i tillegg til økte kostnader fordi disse pasientene etterpå oppsøker helsevesenet relativt unødig.¹⁰⁰

3.2.4 Strategier i møte med den informerte pasient

Noen forskere identifiserte ulike strategier som fastleger brukte i møtet med søkende pasienter, og som sier oss noe om deres opplevelse av samspill og rolleforhold.

Maria Caiata-Zufferey og Peter J. Schultz intervjuet en rekke leger om hvilke kommunikative strategier de hadde i møte med pasienter som hadde søkt informasjon. Ofte fortalte ikke pasientene at de hadde søkt på internett, i frykt for å fornærme legen. De gangene de faktisk sa det, var det ofte tre typer spørsmål som kom opp: 1) Spørsmål rundt funnene, for å kunne forstå informasjonen bedre, 2) spørsmål om hvorvidt legen mente informasjonen kunne relateres til deres situasjon, og 3) pasientene kom selv med forslag til diagnoser eller behandlinger.¹⁰¹

Forskerne poengterte, i likhet med mange andre studier, en ambivalens hos legene når det gjaldt hvordan de opplevde pasienters søk etter helseinformasjon. Legene mente at rollen deres hadde blitt mer komplisert etter at pasientene hadde begynt å søke på internett, fordi de måtte vike fra sine vanlige rutiner og fikk mer arbeid. Noen var åpne for at helseinformasjon kunne være et gode for legen og/eller pasientene, mens andre mente det var skadelig eller risikabelt. Forskerne identifiserte fire strategier som ble brukt i møtet med pasienter som hadde oppsøkt helseinformasjon:

1. Motstand mot informasjonen
2. Reparering av informasjonen
3. Rekonstruering av informasjonen
4. Forbedring av informasjonen

De to første strategiene ble regnet som lege-fokuserte strategier, mens de to siste ble regnet som pasient-fokuserte. I den første strategien nøytraliserte legene den informerte pasienten ved å unngå, undergrave eller ignorere informasjonen pasientene kom med. Den andre

¹⁰⁰ White og Horvitz, «Cyberchondria», s. 8

¹⁰¹ Caiata-Zufferey og Schulz, «Physicians' Communicative Strategies», s. 741

strategien handlet om å korrigere pasientens funn på internett slik at de heller ble enige med legen, gjerne ved å forklare ulempene med internett og at pasientene ikke hadde nok kunnskap og erfaring til å forstå det som stod der.¹⁰² Den tredje strategien handlet om å rekonstruere informasjonen slik at den kunne brukes i pasientens situasjon. Legen brukte da informasjonen som et springbrett til pasientens tanker, og for å starte en diskusjon rundt funnene og situasjonen. Denne strategien var tuftet på dialog der de sammen kom frem til beste løsning. Den siste strategien handler om at fastlegene oppmuntret pasientene og gav dem verktøy til å håndtere internettbasert helseinformasjon i fremtiden. De oppfordret dem gjerne til å oppsøke mer informasjon ved å gi eksempler på kilder av god kvalitet og mydiggjorde dem da samtidig.¹⁰³

I McMullans oversiktsartikkel blir det beskrevet legers reaksjoner på pasienters bruk av internett til helseinformasjon. Hun kategoriserte reaksjonene i tre deler: 1) Legen følte seg truet av informasjonen, og fokuserte på å fremheve sin ekspertmening. 2) Legen og pasienten jobbet sammen for å analysere funnene til pasienten. 3) Legen veiledet pasienten i å finne gode kilder til informasjon på internett.¹⁰⁴ Dette kan tenkes å henge sammen med legenes oppfatning av deres rolle overfor pasienten, som vi kommer inn på i neste delkapittel. Ikke minst kan det si noe om hvordan de opplever maktforholdet mellom pasienten og legen, og hvordan de opplever at det *burde* være.

Den tidligere nevnte artikkelen til Wald, Dube og Anthony¹⁰⁵ sammenlignet en rekke studier for å se hvordan det at pasienter oppsøkte informasjon på internett hadde en påvirkning på forholdet mellom leger og pasienter. De pekte på at flere og flere leger ble sett på som det de kaller «Net friendly clinicians», altså leger som imøtekommer pasientenes tilegnede informasjon på en positiv måte. Noen leger hadde imidlertid vanskeligheter med å tilpasse seg den informerte pasienten, særlig hvis de hadde inntatt en autoritær eller paternalistisk legerolle. Forskerne mente at så lenge pasienten opplevde at informasjonen deres ble tatt på alvor, ville pasienten stort sett bli fornøyd, uavhengig av om legen var enig eller uenig med innholdet i funnene. Dette understreker det vi allerede har snakket om under delkapittelet om

¹⁰² Caiata-Zufferey og Schulz, «Physicians' Communicative Strategies», s. 741 – 745

¹⁰³ Caiata-Zufferey og Schulz, «Physicians' Communicative Strategies», s. 742 – 743

¹⁰⁴ McMullan, «Patients using the Internet to obtain health information», s. 24

¹⁰⁵ Wald, Dube, og Anthony, «Untangling the Web», s. 220 – 221

helsekommunikasjon. I lys av resultatet i studien, presenterte forskerne en liste over strategier for hvordan de mente legene burde møte informerte pasienter:

1. Forsøke å tenke positivt om informasjonen, at den kan være til hjelp i konsultasjonene og gjøre samarbeidet mellom pasient og lege bedre.
2. Respekttere og anerkjenne at pasienten er aktiv og motivert for å ta del i sin egen prosess.
3. Anerkjenne pasientens forklaringsmodell om lidelse.
4. Unngå å fremstå avvisende, i stedet forsøke å forklare hvorfor pasientens funn ikke går overens med legens anbefaling.
5. Anerkjenne pasientens redsel for skumle funn.
6. Oppmuntre til bruk av kvalitetssikre nettsider.¹⁰⁶

Disse punktene stemmer også overens med Caiata-Zufferey og Schulz sin fremheving av at hvis legen på den ene siden møter pasienten og dens funn gjennom diskusjon og dialog, så vil pasienten føle seg sett og myndiggjort. Dersom pasienten på den andre siden blir møtt med at legen nekter å diskutere funnene, så vil pasienten føle seg umyndiggjort og misfornøyd.¹⁰⁷

Disse artiklene er særlig relevant i denne sammenhengen, ettersom forskerne studerte noe av det samme som jeg ønsker å se på. De går i dybden på legenes opplevelser, reaksjoner og strategier, som kan fortelle oss om fastleger opplevelser knyttet til informasjonssøkende pasienter. Disse studiene understreker hvorfor bruk av internett til helseinformasjon og forholdet mellom lege og pasient er viktig å studere, fordi det kan gi viktig kunnskap om hvordan fastleger kan møte pasientene og deres funn på best mulig måte. Ikke minst er det viktig å se på hvordan dette har innvirkning på rollene mellom dem, og for å se hvilke endringer internett-basert informasjon bringer med seg inn i konsultasjonene. For å fullt ut kunne forstå internetts innvirkning på rolleforholdet, skal vi nå ta for oss rollebegrepet og ulike rolleteorier.

3.3 Lege- og pasientrollen

*«Dette er den nye virkeligheten for norsk helsevesen. Den takknemlige pasienten går over til å bli en kunde som stiller krav».*¹⁰⁸

¹⁰⁶ Wald, Dube, og Anthony, «Untangling the Web», s. 220 – 221

¹⁰⁷ Caiata-Zufferey og Schulz, «Physicians' Communicative Strategies», s. 739

¹⁰⁸ Lian, «2. Pasienten som kunde», s 34

Wangberg et.al.¹⁰⁹ mener det har skjedd en endring i pasient-lege-forholdet siden 2000, der pasienter i økende grad så ut til å foreslå diagnoser og behandlinger overfor helsepersonell. Som vi var inne på har pasientrollen tradisjonelt sett inneholdt forventninger om at man som pasient skal være både lydig og takknemlig og gjøre det man blir bedt om av legen. Pasientrollen kan se ut til å ha gått fra å være en passiv, men takknemlig rolle,¹¹⁰ til å bli en slags kunderolle hvor man er opptatt av rettigheter og krav:¹¹¹ «Kombinasjonen av ny informasjonsteknologi og en økende konsumentbevissthet i befolkningen fører til mer krevende pasienter og større utfordring for legene».¹¹² Det kan se ut til at det har skjedd en endring i forholdet mellom lege og pasient og at rolleforventningene er annerledes enn før. I hvilken grad blir dette påvirket av søking og hva kan informasjonsinnhenting ha med de nye rolleforholdene å gjøre?

3.3.1 Rollebegrepet

Denne oppgaven tar sikte på å blant annet studere samspillet mellom to bestemte roller: legerollen og pasientrollen. Det er derfor på sin plass med en generell beskrivelse og definisjon av rollebegrepet, før vi går videre til kjente rolleteoretikere som Erving Goffman, Talcott Parsons, Arthur Kleinman og Per Måseide.

Roller betegnes gjerne som «*sosiale posisjoner med bestemte forventninger knyttet til seg*».¹¹³ Disse posisjonene kan være kjønn, yrke, alder, osv. Hva som ligger i en bestemt rolle, kommer an på hvilke forventninger og *normer* som er knyttet til den. Det kan være nedskrevne, formelle normer som for eksempel lover og regler, eller uformelle normer, som handler om hvilke forventninger flertallet har gjort seg. Være seg å sitte pent ved bordet på restaurant, ikke snakke høyt under forestillinger og lignende.

Roller kan også være formelle og uformelle. En lege vil i kraft av sin profesjon ha en formell rolle og vil ha lover og regler som regulerer seg. Det samme gjelder pasienten. De kan begge også inneha uformelle roller. En rolle kan virke både muliggjørende og begrensende for de som har dem, basert på hvilke forventninger som ligger til grunn. Ikke minst er roller ofte

¹⁰⁹ Wangberg et.al., «Use of the Internet for Health Purposes», s. 695

¹¹⁰ Måseide, *Three models for the description of doctor-patient interactions*, s. 2 – 4

¹¹¹ Lian, «2. Pasienten som kunde», s. 34 – 35

¹¹² Hjortdahl, Nylenna, og Aasland, «Internett og lege-pasient-forholdet - fra «takk» til «hvorfor?»»

¹¹³ Johannessen, Rafoss, og Rasmussen, *Hvordan bruke teori?* s. 219 – 221

knyttet til makt.¹¹⁴ En lege har gjennom sin formelle rolle mye makt over en pasient, både faglig, men også gjennom handlinger som eksempelvis operasjoner, behandlinger og å gi tilgang til ulike velferdsgoder.

Det kan oppstå ulike konflikter knyttet til en rolle. De kalles *intrarollekonflikter* eller *interrollekonflikter*. Intrarollekonflikter handler om hvordan ulike aktører har ulike forventninger til samme rolle. En lege kan for eksempel ha en indre konflikt, hvor han i møte med en informert pasient, må velge mellom å innfri pasientens ønske for å skape eller opprettholde en god relasjon, eller avslå ønsket på bakgrunn av faglige og / eller kostnadseffektive vurderinger. Interrollekonflikter handler i større grad om ulike roller som kolliderer med hverandre. Man knytter ulike forventninger til det å være mor og det å være toppsjef, men man kan like fullt ha begge rollene. Det er forventningene som kolliderer fordi de ikke nødvendigvis passer sammen. I møte med forventninger og rollekonflikter oppstår et forhandlingsrom, der rolleinnhaveren må forhandle i seg selv mellom hvilke forventninger han eller hun skal adlyde og fokusere mest på.¹¹⁵ For en lege kan det eksempelvis være å vurdere om han skal fokusere på det økonomiske og effektive i møte med en pasient (og kanskje på at neste pasient har ventet lenge?), eller om han skal bruke tid på å lytte til pasientens beretninger om opplevelser som kanskje er irrelevante for den medisinske behandlingen, men som er tilsynelatende viktig for pasienten å formidle.

Legens rollespill

Erving Goffman er en av de mest sentrale teoretikerne når det gjelder utøvelse av roller. I hans bok, *Vårt rollespill til daglig*, beskriver han ulike aspekter ved rolleutøvelser fra et dramaturgisk perspektiv, blant annet det han kaller *opptredener*. Goffman mener at man spiller roller, man opptrer i dem, og hvis man opptrer godt, oppleves rollen som troverdig. En lege *opptrer* som lege i jobbsammenheng. Han utfører visse prosedyrer og oppgaver i tråd med sin legerolle, som han ellers ikke ville ha utført hvis han ikke hadde den rollen. De verktøyene som brukes i opptredenen kaller Goffman for *fasade*. Fasader er de verktøyene, den masken eller de midler vi bruker for å spille ut rollen. I denne sammenheng kan vi si at fasaden er et stetoskop, frakk eller utstyr som han bruker for å opptre i sin legerolle. I tillegg beskriver han det han kaller *kulisser*, altså omgivelsene som utfyller rolleutøvelsen enda mer

¹¹⁴ Johannessen, Rafoss, og Rasmussen, *Hvordan bruke teori?* s. 222

¹¹⁵ Johannessen, Rafoss, og Rasmussen, *Hvordan bruke teori?* s. 227 – 230

og som i seg selv også er med på å uttrykke rollen.¹¹⁶ Kulissene i denne sammenheng kan være et legekontor.

To av Goffmans mest sentrale begrep er *frontstage* og *backstage*. Frontstage (eller fasadeområdet på norsk) er der publikum er involvert, for eksempel på jobben, mens backstage (bakside-området) er det området som gjerne er skjult for publikum, for eksempel hjemme. Man spiller rollene ulikt basert på om man befinner seg frontstage og backstage, avhengig av om relevant publikum observerer eller ikke.¹¹⁷ En fastlege vil i en slik forståelse opptre frontstage i møte pasientene. Da er pasientene legens «relevante publikum», og observerer og vurderer hvordan legen opptrer. Backstage kan være hjemme eller på vaktrommet sammen med kollegaene, der pasientene ikke lenger er publikum. Samtidig kan frontstage også være i kommunikasjon med kolleger, for eksempel på visitt med sykepleieren eller i en akuttsituasjon. Pasienter vil også opptre i sin rolle som pasient, der gjerne legen eller andre helsepersonell er publikum. I hvilken grad pasienten klarer å spille denne rollen godt, kan dermed tenkes å avgjøre i hvilken grad de blir tatt alvorlig eller opplevd troverdig. Vi skal litt senere se på Måseide sin modell for sykdomsatferd, som belyser noe av dette.

Begrepene til Goffman er nyttige når vi senere skal se på hvordan fastlegene opptrer foran pasientene, hvordan de presenterer seg selv, og hvordan de opplever seg selv i møte med den informerte pasienten.

Selvpresentasjon i konsultasjonene

Selvrepresentasjon blir ofte forbundet med Goffman, men i denne sammenhengen skal vi forholde oss til Brown og hans fem strategier for hva vi ønsker å oppnå i våre selvpresentasjoner. Selvpresentasjon er all adferd som har som intensjon å skape et bestemt inntrykk av oss. Det beskrives som en måte å lykkes på, gjennom å presentere seg selv på en bestemt måte. Som vi skal se på senere, er dette tema som kommer frem i intervjuene med legene og er særlig viktig i forståelsen av deres egen rolleforhandling. Ulik selvpresentasjon kan ha ulike motiver. Det kan for eksempel være å unngå konflikter, fremme gode kvaliteter, fremstå som en god leder, like seg selv bedre osv.¹¹⁸

¹¹⁶ Goffman, *Vårt rollespill til daglig*, s. 24 – 28

¹¹⁷ Goffman, *Vårt rollespill til daglig*, s. 97 – 99

¹¹⁸ Brown, *The Self*, s. 160 – 163

Jonathon D. Brown viser til fem selvpresentasjonsstrategier som forklarer hvorfor vi ønsker å presentere oss selv på bestemte måter:

1. Å forsøke å få folk til å like oss, gjerne gjennom komplimenter eller tjenester.
2. Selvpromotering, der vi forsøker å overbevise publikum om våre kunnskaper og ferdigheter, f.eks. gjennom å fremsnakke seg selv.
3. Å forsøke å få folk til å respektere oss eller få dem til å bli redde oss eksempelvis gjennom trusler eller røffhet.
4. Eksemplifisering, hvor vi prøver å skape et inntrykk av oss selv som moralske og dydige.
5. Bønn (supplication), der vi fokuserer på egen inkompetanse for å få det vi vil. Det kan f.eks. være å spille dum.¹¹⁹

Som vi skal se i analysekapittelet, kan flere av disse strategiene skimtes i fastlegenes fortelling om møtet med den informerte pasienten, både fra fastlegens side, men også som de identifiserer i pasienten.

Vi har nå sett på roller og selvpresentasjon, som henger tett sammen med hverandre. Videre skal vi se på sykerollen og pasientrollen, som også til en viss grad handler om hvordan man presenterer seg selv og ønsker å fremstå. Ikke minst sier det noe om pasienten sitt perspektiv og hvordan sykdom og sykdomsfølelse kan påvirke dynamikken mellom lege og pasient, også sammen med internett.

Å være dårlig og å være syk

Talcott Parsons har skrevet mye om *pasient- og sykerollen*, og er en av de mest kjente teoretikerne innenfor dette feltet. Disse rollene har begge forskjellige krav og konnotasjoner ved seg,¹²⁰ og han deler sykerollen inn i fire dimensjoner: Den første dimensjonen handler om hvilke *forventninger* som knyttes til en syk person: Har du feber, kan du ikke gå på skolen. Hvis du er syk, vil du til en viss grad bli *fratatt ansvaret* for egen helse og sykdom, ifølge den andre dimensjonen. Enten må kroppen ordne opp på egenhånd, eller så må han eller hun bli kurert. I en legitim sykerolle vil aldri den syke bare kunne «ta seg sammen» og bli frisk. Sykerollen handler om en viss form for *isolasjon*, og inngår i den tredje dimensjonen. Å være

¹¹⁹ Brown, *The Self*, s. 170

¹²⁰ Parsons, «Illness and the Role of the Physician», s. 455 – 457

syk er noe uønsket, og sosialt sett er det ikke særlig ønskelig eller lukrativt å innta den sykes posisjon om man ikke faktisk er syk. Den siste dimensjonen handler om at det å være syk også betyr å være i en posisjon hvor man *trenger hjelp*. Man går her fra å ikke bare være syk, men man går også inn i pasientrollen. Ved å tre inn i pasientrollen kommer en slags bekreftelse på at man er syk, samtidig som den inneholder noen forventninger. Det kan for eksempel være at man skal samarbeide med det profesjonelle helsepersonellet for å bli frisk igjen. Pasientrollen kan også innebære en ikke så attraktiv sårbarhet, hvor man risikerer å bli påført skam eller skamfølelse.¹²¹

Kanskje kan det tenkes at denne forståelsen av sykerollen er i endring, og at normene knyttet til den endrer seg i takt med samfunnets syn på sykdom? Hva med Giddens¹²² og Beck¹²³ sin forståelse av samfunnet som risikosamfunn? Vil vårt fokus på å unngå eller uskadeliggjøre trusler eller farer, gjøre noe med forståelsen av en sykerolle? Hvis man stadig fokuserer på å forhindre og forebygge, er det relevant å stille spørsmål ved om grensen for når en inntar en sykerolle også flytter seg. Og hva med internett og informasjonssamfunnet? Vi oppsøker informasjon om symptomer og diagnoser, og overvurderer eller overdriper milde symptomer (jf. cyberkondri¹²⁴). Vil det kunne flytte normene knyttet til sykerollen? Kanskje er også å få en overgang til en pasientrolle blitt viktigere nå enn før, sett i lys av samfunnsendringene i retning markedsorientering og kostnadseffektivisering. Å tre inn i pasientrollen vil kunne gi rettigheter, samtidig som det vil bli tatt som legitim årsak til for eksempel sykefravær eller lignende. Parsons beskriver en form for uønsket tilværelse med sykdom. Han beskriver fire dimensjoner som kan argumenteres for at står i strid med folks søken etter informasjon. Hvorfor søker vi informasjon i så stor grad, hvis det ikke er lukrativt å være syk? Eller er vi så engstelige for å være syke, at vi glemmer eller ser bort fra ulempene sykdom medfører? Kanskje er lidelsestoleransen blitt så lav at vi ikke lenger tåler milde symptomer? Eller er det rett og slett sånn at informasjonsbehovet blitt større, i takt med informasjonstilgjengeligheten?

Arthur Kleinman skriver om pasienters og helsepersonells opplevelse av sykdom.¹²⁵ Dette kaller han *Explanatory Models* eller forklaringsmodeller. Disse forklaringsmodellene gjelder alle som er involvert i den kliniske prosessen rundt pasienten og dens sykdom: «*The study of*

¹²¹ Parsons, «Illness and the Role of the Physician», s. 455 – 457

¹²² Giddens, *Modernity and Self-Identity*, s. 109

¹²³ Beck, *Risk society: Towards a new modernity*, s. 22

¹²⁴ Fergus, «Cyberchondria and Intolerance of Uncertainty» s. 738

¹²⁵ Kleinman, *Patients and Healers in the Context of Culture*

*practitioner EMs [explanatory models] tells us something about how practitioners understand and treat sickness».*¹²⁶ Disse opplevelsene bygger både på kulturelle og sosiale konstruksjoner og kontekster og påvirker forholdet mellom helsepersonell og pasient.

Der Parsons skiller mellom pasient- og sykerolle, skiller Kleinman mellom begrepene *illness* og *disease*. Disse begrepene lar seg ikke godt oversette til norsk, ettersom de ulike engelske termene stort sett faller inn under det norske ordet sykdom.¹²⁷ *Illness* er pasientenes subjektive opplevelser av symptomer, mens *disease* er objektive opplevelser av sykdom. Altså setter Kleinman et skille mellom pasientens opplevelser, og behandlerens forklaring på sykdom og symptomer. Disse to begrepene består av to forskjellige forklaringsmodeller og oppfattes derfor ulikt. En pasient kan føle seg syk, uten at opplevelsene anerkjennes som sykdom av behandleren. En pasient kan også bli gitt diagnoser uten å føle seg syk, for eksempel ved tidlig oppdagede krefttilfeller. Kleinman presenterer også begrepet *sickness*, hvor hans forståelse av begrepet handler om hvordan samfunnet forøvrig forholder seg til tilstander og sykdommer.¹²⁸

Professor i sosiologi, Per Måseide belyser rollebegrepet i boken *Medisinsk sosiologi*. Her hevder han, i likhet med Parsons, at samme person eller aktør kan ha mange forskjellige roller og hver av disse rollene har kulturelle og sosiale krav som det forventes av samfunnet at man utfører. Samtidig kan man være i en rolle og drive den på sin personlige måte. En kan ha en pasientrolle, men alle pasienter er også individer som håndterer det å være pasient på forskjellige måter.¹²⁹ Når man får helsehjelp går man inn i en pasientrolle. Den er menneskeskapt og er i stadig endring.¹³⁰

Wald, Dube og Anthony skriver at internettbasert informasjon kan for mange pasienter være deres primære forklaringsmodeller for lidelse (*illness*), mens det for legene kan oppleves som utfordrende når pasientene kommer med forespørsler og forslag fra internett.¹³¹ Pasienter som oppsøker helseinformasjon på internett kan ha andre forklaringsmodeller og opplevelser av symptomene sine enn det fastlegen har. Mens fastlegen besitter mer eller mindre samme

¹²⁶ Kleinman, *Patients and Healers in the Context of Culture*, s. 105

¹²⁷ Hofmann og Wilkinson, «Mange betegnelser for sykdom»

¹²⁸ Kleinman, *Patients and Healers in the Context of Culture*, s. 72 – 73

¹²⁹ Måseide, *Medisinsk sosiologi*, s. 29

¹³⁰ Liam, «Pasienten som kunde», s. 35

¹³¹ Wald, Dube, og Anthony, «Untangling the Web», s. 221

kunnskap med eller uten internett, er pasientene nå oftere informerte om ulike sykdommer og symptomer, som kanskje kan tenkes å forme deres opplevelser. Informasjonen kan være farget av venner og familie eller ukjente mennesker på internett. Det kan også være oppdatert fagkunnskap, men uansett vil informasjonen de finner kunne prege deres oppfattelse av sykdom.

Modeller for sykdomsatferd

Måseide legger frem en modell han kaller *rasjonell-aktør-modellen*, som beskriver en sykdomsatferd der pasienter ideelt sett kun oppsøker helsevesenet dersom de faktisk er ordentlig syke. Pasienten er da en «rasjonell aktør», med kunnskap nok til å selv vurdere når han eller hun burde oppsøke helsehjelp. Realiteten er at pasientene ikke nødvendigvis har denne kunnskapen og vi vet at mange pasienter ikke oppsøker helsehjelp selv om de har alvorlige plager eller sykdommer. Noen pasienter oppsøker dessuten helsevesenet selv om de ikke har klinisk sykdom. Ikke minst finnes det andre sosiale faktorer som spiller inn når man skal vurdere om man er syk eller ikke. En modell som inkluderer slike faktorer, kaller Måseide en *sosiologisk modell for sykdomsatferd* (se tabell 1), og tar for seg faktorer som avgjør hvilken sykdomsatferd vedkommende har:¹³²

Tabell 1: Måseides sosiologiske modell for sykdomsatferd

a. Helsetilstand	Hva som foregår i disse tre, skaper sykdomsatferd.
b. Opplevd helsetilstand	
c. Hjelpsøkningsprosedyrer	Avgjør om pasienten får pasientstatus.
	d. pasientstatus

De tre første faktorene i modellen overfor er de som avgjør sykdomsatferd. Altså hvordan helsetilstanden manifesterer seg, rent fysisk (a), hvordan helsetilstanden oppleves rent subjektivt (b), og hvordan man oppsøker hjelp (c). Disse tre elementene avgjør hvorvidt pasienten går inn i d. og får pasientstatus. I den tidligere nevnte modellen, *rasjonell aktør*, ville pasienten gått fra a til d, uten de andre elementene. Pasienten ville objektivt kunne vurdere egne symptomer og deretter på legitimt grunnlag fått pasientstatus. Måseide argumenterer altså for at det finnes flere komponenter som virker inn, som opplevelsen av

¹³² Måseide, *Medisinsk sosiologi*, s. 52 – 54

helsetilstanden og hvordan og i hvilken grad man søker hjelp. For noen kan det være å søke råd på internett eller kontakte helsepersonell via digitale plattformer.

Denne modellen kan sammenlignes med Kleinmans modell av helsesektorene, særlig den private, hvor han forklarer at man i et sykdomstilfelle går igjennom ulike stadier: Man får og opplever symptomer, evaluerer og vurderer sykdommen, inntar en bestemt sykerolle, vurderer hvorvidt man skal oppsøke helsehjelp, får behandling og til sist evaluerer effekten av behandlingen man har fått fra en av de andre helsesektorene.¹³³ Også her vil internett kunne komme inn som en faktor som for eksempel avgjør om man oppsøker helsehjelp eller ikke, slik vi har sett gjennom studien til Santana et.al..¹³⁴

Måseide definerer også syv andre faktorer som han mener er viktige for menneskers sykdomsattferd. De er: 1) innholdet i symptomene, 2) hvordan den syke uttrykker symptomene, 3) hvor alvorlig en regner symptomene, 4) i hvilken grad symptomene er aktivitetshemmende, 5) toleranseterskel, 6) motstand mot å akseptere symptomene, 7) behandlingsorganisasjonene (geografisk avstand til helsehjelp, ventetid etc.).¹³⁵

Verken Måseide eller Kleinman nevner internett i modellene sine, men flere av de nevnte faktorene kan tenkes å påvirkes av informasjon fra mediene. Det kan være hvordan vi opplever, tolererer eller gjør motstand mot diverse symptomer basert på andres beskrivelser av de samme symptomene, eller gjennom informasjonssider eller nyhetsartikler. En nettside kan for eksempel fortelle oss om måter å håndtere bestemte symptomer eller sykdomstilfeller på egenhånd, og eksempelvis hjelpe oss å avgjøre om vi skal ta kontakt med den profesjonelle helsesektoren¹³⁶ eller ikke. Og når vi først oppsøker helsevesenet, mener Måseide at det finnes tre ulike forklaringsmodeller på lege-pasient-relasjonen.

Tre forklaringsmodeller på lege-pasient-relasjonen

Måseide har utviklet tre modeller som beskriver relasjonen mellom pasient og lege. Den første kaller han *ekspertmodellen* (the expert model), der legen sitter i en mektig posisjon hvor han har all kompetanse til å kurere sykdom, mens pasienten blir sett på som en passiv

¹³³ Kleinman, *Patients and Healers in the Context of Culture*, s. 51 – 52

¹³⁴ Santana et.al., «Informed citizen and empowered citizen in health», s. 12

¹³⁵ Måseide, *Medisinsk sosiologi*, s. 56 – 62

¹³⁶ Kleinman, *Patients and Healers in the Context of Culture*, s. 53 – 60

mottaker av behandlingen. Den andre modellen, *samarbeidsmodellen*, (the cooperative model) er en mer samhandlende modell som anerkjenner at legen har for mye makt, og der man forstår at pasienten har sosialt liv og et sjeleliv, som begge påvirker håndteringen av sykdom. Man fokuserer på kommunikasjon og forstår viktigheten god samhandling mellom lege og pasient. Denne modellen har mange likhetstrekk med begrepet myndiggjøring, som ble belyst tidligere. Den siste modellen, *disiplinærmodellen* (the disciplinary model)¹³⁷ handler om balansen i maktforholdet mellom lege og pasient. Denne modellen er en form for kritikk av og alternativ til de andre modellene, hvor den forsøker å forstå medisinsk arbeid. I møtet med en lege, vil man bli en pasient og en kropp som blir underlagt medisinsk makt og kunnskap. Denne prosessen havner inn under legens bruk av det han kaller *disiplinærmakt*, (disciplinary power), og er en form for makt og dominans som kreves for at legen skal kunne gjøre jobben sin. Det vil alltid være et kontrollerende element i interaksjonen mellom pasienten og legen, enten det blir brukt bevisst eller ubevisst. Denne makten oppstår fordi det er tre former for uoverensstemmelser eller *inkongruens* i relasjonen mellom pasienten og legen, og som må håndteres av legen. Disse tre uoverensstemmelsene er: Inkongruens om *kompetanse*, om *interesse* og om *forventninger*, og kan ikke løses uten at legen bruker disiplinærmakt.¹³⁸

Den første, inkongruens om *kompetanse*, handler om at legen på den ene siden skal være den med ekspertise og kompetanse på det helsefaglige og medisinske feltet. Sosialt sett er dette både akseptert og forventet, men legen skal også, ut ifra samarbeidsmodellen, samarbeide og samhandle med pasienten slik at han eller hun ansvarliggjøres og tar aktiv del i sin behandling. Pasientens synspunkter skal tas hensyn til og lyttes til, men er ikke nødvendigvis relevante for den medisinske behandlingen. *Inkongruens om interesse* handler om at legen og pasienten kan ha forskjellige interesser. Pasienten har interesse av å oppnå noe, eller å få noe ut av en konsultasjon, være seg sykemelding, en type behandling eller annet, mens legen må handle ut ifra pasientens beste og ut ifra samfunnets beste, både sosialt og økonomisk. Pasienten kan i denne sammenheng ha lest på internett om en type utredning, og ønsker å gjennomgå den selv, mens legen på sin side ikke ser gevinsten i det, verken økonomisk eller helsemessig. Det siste dilemmaet, *inkongruens om forventninger* handler om at noen pasienter

¹³⁷ Måseide, *Three models for the description of doctor-patient interactions*, s. 2 – 18

¹³⁸ Måseide, *Three models for the description of doctor-patient interaction*, s 13

ønsker og forventer at det er legen som skal ta de vanskelige avgjørelsene, mens pasienten selv ikke ønsker å ta del i dem.¹³⁹

Dimensjonene som Måseide nevner har mange likhetstrekk med Emanuel og Emanuel sine fire modeller av lege-pasientrollen.¹⁴⁰ Den første kalles *paternalistisk modell* og blir gjerne regnet som den tradisjonelle modellen der legen er advokaten og pasienten er klienten. Den baserer seg på at legen fremmer velferd basert på det som blir oppfattet som objektive verdier, uten at pasienten blir inkludert i avgjørelsene. *Den forhandlende modellen* handler i større grad om enighet mellom pasienten og legen, der avgjørelsene kan endres og at pasienten skal være med i dialogen. I *den informative modellen* er legens rolle å informere pasienten tilstrekkelig til at pasienten selv er i stand til å ta avgjørelser. *Den fortolkende modellen* bygger i enda større grad på samarbeid. Den sikter etter å ivareta pasientens autonomi, samtidig som hans eller hennes forståelse er uferdig og må kartlegges. Hvilke tiltak som velges er avhengig av pasientens forståelse av situasjonen.

Vi har nå sett at både leger og pasienter innehar forskjellige roller, både alene og i relasjon til hverandre. Vi ser også at forståelsen av disse rollene er i stadig endring. Ikke minst har flere av teoriene vi har gjennomgått, hatt et særlig fokus på maktforholdet mellom legen og pasienten. Noen av modellene har fokuset på å opprettholde legens makt, mens andre ønsker å myndiggjøre pasienten i større grad. For å få en dypere forståelse av hvordan dette henger sammen, skal vi nå se på teorier knyttet til maktbegrepet.

3.3.2 Makt

Fredrik Engelstad forklarer maktbegrepet på denne måten: «*Som minimum oppfatter vi «makt» som evnen til å få noe til å skje i samfunnet, altså frembringe sosial endring i liten eller stor målestokk. Sett på denne måten er det utvilsomt at makt finnes overalt i samfunnet.*»¹⁴¹ Han siterer Max Webers definisjon av makt, der makt ble sett på som «*ett eller flere menneskers sjanse til å sette gjennom sin vilje i det sosiale samkvem, og det selv om andre deltakere i det kollektive liv skulle gjøre motstand*».¹⁴² Her handler makten om en relasjon mellom de som har makten og de som blir utført makt overfor. Som vi så under

¹³⁹ Måseide, *Three models for the description of doctor-patient interaction*, s. 13 – 18

¹⁴⁰ Emanuel og Emanuel, «Four Models of the Physician-Patient Relationship», s. 2221 – 2222

¹⁴¹ Engelstad, *Hva er makt*, s. 16

¹⁴² Engelstad, *Hva er makt*, s. 26

rollekapittelet, handler lege-pasientrollen i stor grad om fordeling av makt. Pasienten har gått fra å ha lite eller ingen makt, til å i dag ha mye mer makt og myndighet, mens legen har motsatt gått fra å ha mye makt, til å ha om ikke mistet – så i alle fall omorganisert makten sin overfor pasienten.

Roar Stokken¹⁴³ skriver om fem typer lege-pasient-relasjoner som alle handler om roller og om maktfordeling. I disse relasjonstypene ligger det også en kunnskapsdimensjon, med en forståelse av at kunnskap er makt, som i varierende grad kommer til uttrykk i de ulike relasjonene. Den første relasjonen kaller han *den klassiske* og beror seg på at pasienten er maktesløs mens helsearbeideren er trygg. Pasienten må stole på helsearbeideren fordi han selv ikke har kompetanse om situasjonen. Den andre relasjonen, *den moderne*, handler om at pasientene blir sett på som både konsumenter og produsenter av helsetjenestene. Pasienten er mer delaktig, både gjennom å bli tildelt makt, men også gjennom å måtte ta ansvar. En tredje relasjon, *maktkampen*, handler om at både pasient og helsearbeider har kunnskap, og står på hver sin side med ulike meninger om hva som er riktig. Legen har sin erfaring og medisinske kompetanse, mens pasienten har erfaring fra å kjenne sin egen kropp og kanskje sykdom. Stokken beskriver også *den omsnudde pasienten*, altså når pasienten har mer kunnskap enn helsearbeideren. I dette tilfellet kan pasienten *miste* tilliten til helsearbeideren, fordi pasienten kan oppdage at helsearbeideren ikke forvalter riktig kunnskap. Den siste relasjonen kaller han, *maktesløysa*. Her er både pasienten og helsearbeideren maktesløse, men pasienten avslører helsearbeiderens maktesløshet, som videre kan skape mistillit mellom de to partene.¹⁴⁴ Alle disse relasjonene har likhetstrekk med Måseide¹⁴⁵ sine nevnte rollemodeller, som på mange måter også handler om makt og maktfordeling.

I boken *Digitale pasienter*, skriver Johnsen et.al.¹⁴⁶ at internett ble ut ifra den tradisjonelle maktforståelsen, antatt å enten styrke legens makt over pasienten, eller svekke den. Internett kan i teorien styrke pasientens egen forståelse av sykdom og dermed styrke deres posisjon i møte med legen, mens legens posisjon blir svekket. Samtidig kan den svekke pasientens posisjon, dersom legens holdninger mot internettinformasjon er dårlig, eller det kan føre både

¹⁴³ Stokken, «Den kunnskapsrike pasienten», s. 57 – 61

¹⁴⁴ Stokken, «Den kunnskapsrike pasienten», s. 62 – 64

¹⁴⁵ Måseide, *Three models for the description of doctor-patient interactions*, s. 2 – 18

¹⁴⁶ Johnsen, Fernandez-Luque, og Hagen, «Kapittel 2 Det sosiale nettet og helse», s. 34

pasient og lege på uriktig spor av en diagnose. Dette lar seg ikke besvare fullt ut i denne oppgaven, men vi skal likevel forsiktig nærme oss temaet både i analysen, og under.

Mektige media?

Hva så med medias makt over publikum? Hvor stor påvirkningskraft har egentlig internett og media på sitt publikum? Dette er en stadig diskusjon både blant samfunnsforskere og medievitere, men disse spørsmålene er komplekse og er ikke entydige.¹⁴⁷ Jostein Gripsrud skriver at publikum ikke bare er passive mottakere av medietekster, men «*aktive meningsprodusenter i sine møter med tekster av ulikt slag*». Han beskriver forholdet mellom mediene og publikum som et komplisert samspill bestående av mange faktorer.¹⁴⁸

I begrepet *påvirkning* ligger det en tanke om å endre noe, være seg noens holdninger eller oppfatninger. Disse lar seg ikke enkelt endre, men hvis det skjer, skjer det over tid og gjennom en lengre og komplisert prosess. Påvirkning fra internett eller media skjer ikke nødvendigvis gjennom enkle *stimulus-respons-reaksjoner*, der media gir en stimulus (f.eks. reklamerer for en tannkrem) og så responderer publikum direkte (ved å f.eks. gå ut og kjøpe tannkremen). Det er mange ulike måter å tenke mediepåvirkning på. Det kan være virkningen av voldelige dataspill eller TV-serier, hvorvidt innhold får deg til å endre holdning eller atferd, emosjonell påvirkning, osv.¹⁴⁹ Kultivasjonsteorien forteller oss at mediene *kan* påvirke vår oppfatning av verden, hvis det samme budskapet blir gjentatt mange nok ganger over tid.¹⁵⁰ I denne oppgaven er imidlertid fokuset på helseinformasjon på internett og i hvilken grad fastlegene opplever at den har innvirkning på konsultasjonene og rollene mellom pasienten og fastlegen.

I stortingsmelding nr. 17 fra 2004 – 2005¹⁵¹ om makt og demokrati, står det blant annet at ny teknologi gjør at enkelte samfunnsmedlemmer ikke får tilgang til informasjon og kommunikasjon, fordi de ikke har kompetanse eller adgang til den. Det kan skape en splittet offentlighet. I samme melding viser regjeringen til medias funksjon som kanalvoktere. Mediene bestemmer hva som skal ut i offentligheten og har mye å si for vår oppfattelse av informasjonen de gir ut gjennom vinklinger, valg av kilder etc. Det er gjerne media som setter

¹⁴⁷ Gentikow og Østbye, «Kartlegging av et felt», s. 24 – 26

¹⁴⁸ Gripsrud, *Mediekultur, mediesamfunn*, s. 69 – 73

¹⁴⁹ Gentikow og Østbye, «Kartlegging av et felt», s. 24 – 26

¹⁵⁰ Mosharafa, «All You Need to Know About: The Cultivation Theory», s. 23

¹⁵¹ St.meld. nr. 17 (2004 – 2005), s. 124 – 125

dagsorden og bestemmer hva vi skal bry oss om. Mediene skal videre være en arena for meningsutveksling og informasjonsformidling. Martin Eide skriver i boken *Død og pine*,¹⁵² at media kan beskrive to like saker med to ulike vinklinger og frembringe to ulike reaksjoner fra publikum. Han nevner en sak som ble publisert i både VG og Dagbladet, der den i én avis ble fremstilt som en positiv sak i den forstand at teknologi og nyvinning reddet situasjonen, mens den i en annen avis viste til systemfeil.

Eide mener at hvem som presenteres sammen i avisene, avgjør ofte hva sakene handler om. Saker om lege og pasient handler ofte om enten feil og tabber, eller mirakler der noen er blitt reddet fra katastrofen. Når sakene handler om lege og pårørende handler det gjerne om pårørende som takker legen, eller pårørende som mener at legen har «ødelagt» pasienten. Eide skriver at «Alt helsestoff er godt mediastoff», men særlig konflikter gir mye oppmerksomhet og engasjement.¹⁵³ Media har mulighet og makt til å vinkle en sak slik de ønsker for å skape mest mulig engasjement. De velger også ut relevante kilder. Kildearbeidet når det gjelder helsesaker er imidlertid ikke alltid like enkelt ettersom helsepersonell har taushetsplikt og sjelden uttaler seg om enkeltsaker. Sakene kan dermed bli ensidige og kan i verste fall sette hele eller deler av helsevesenet i dårlig lys og videre skape mistillit i befolkningen. I ytterste tenkte konsekvens kan det resultere i at pasienter stoler mer på informasjon av dårlig kvalitet eller ikke-empirisk data fra kommersielle kilder.

Når det gjelder holdningsendring som følge av media, står det i den nevnte stortingsmeldingen at medias påvirkning på folks holdninger er kompleks. Holdninger lar seg ikke nødvendigvis endre direkte, men det er likevel grunn til å tro at mediene spiller en rolle, sammen med en rekke andre faktorer:

Det er grunn til å tro at mediene påvirker befolkningens holdninger. Samtidig er det klart at den offentlige meningsdannelsen skjer i et komplisert samspill mellom mange aktører – et spill som verken mediene eller de andre aktørene i samfunnsdebatten har full kontroll over. Dessuten vil publikum ikke motta medieinntrykk passivt, men bearbeide disse aktivt på bakgrunn av personlige erfaringer, kunnskaper og verdier.¹⁵⁴

¹⁵² Eide, *Død og pine! om massemedia og helsepolitikk*, s. 132 – 133

¹⁵³ Eide, *Død og pine! om massemedia og helsepolitikk*, s. 135; 20 – 21

¹⁵⁴ Stortingsmelding nr. 17 (2004 – 2005), s. 128

For at mediene skal ha en påvirkning på oss, er det ikke fjernt å tenke at det også trengs en viss grad av tillit til innholdet eller til budskapetets sender. Vi skal nå se på ulike perspektiver knyttet til tillitsbegrepet, og før vi diskuterer tillit til media, skal vi se på tillit mellom lege og pasient.

3.4 Tillit mellom lege og pasient

Tillit er for allmennpraksis som blod er for kroppen. Som blod gjør det mulig for organene å fungere, gjør tillit det mulig for allmennpraktikeren å fungere som personlig lege, som nær-livet-lege, som portvakt til medisinsens babelske tårn. Tillit er allmenn-medisinsens oksygen. Uten tillit vil fagets vitale funksjoner svikte.¹⁵⁵

Tillit er en grunnstein i relasjonen mellom fastlege og pasient. Tillit må være tilstede for at forholdet mellom dem skal fungere optimalt. Uten tillit, vil verken leger, sykepleiere eller andre kunne gjøre jobben sin eller utføre profesjonens oppgaver. Den kommer til syne i alt som vi tar for gitt, alt er avhengig av tillit, uten at det kan forklares.¹⁵⁶

Å gi noen tillit, vil kunne gjøre en sårbar fordi man kan bli utsatt for maktmisbruk. Ved å gi helsepersonell tillit, må man ha tillit til deres *hensikter*, til deres *kompetanse* og til *teknologien*. For eksempel ved en operasjon i narkose, må pasienten legge all kontroll i hendene til de på operasjonsstua og han må stole på deres kompetanse, at de har gode hensikter og at teknologien fungerer. Å stole på at noen andre har kompetanse, kaller Nortvedt og Grimen *epistemisk asymmetri*, altså at noen har kompetanse mens den andre parten ikke har det, som skaper en ubalanse i maktforholdet der kompetanseinnehaveren er den som har makten.¹⁵⁷ Et lege-pasient-forhold der pasienten har lite health literacy eller lite helsekompetanse, vil kunne være av epistemisk asymmetri.

For at en pasient skal ha tillit til helsevesenet, skriver Nortvedt og Grimen om fire faktorer som synes å være viktige: 1) det å ytes god kommunikasjon, 2) personellet må fremstå som at

¹⁵⁵ Fugelli, «Tillit», s. 3622

¹⁵⁶ Nortvedt og Grimen, *Sensibilitet og refleksjon*, s. 98 – 99

¹⁵⁷ Nortvedt og Grimen, *Sensibilitet og refleksjon*, s. 109

de har kompetanse, 3) de må vise villighet til oppfølging og 4) det må være mulighet til å velge bort helsearbeidere man ikke har tillit til.¹⁵⁸

Det er nyttig å diskutere hvorvidt de fire tillitsfaktorene er gjeldende i fastlegenes hverdag. For en fastlege vil kommunikasjon og kompetanse være to svært viktige faktorer, både for å oppnå ønsket effekt hos pasienten, men også for egen del. Det samme gjelder villighet til oppfølging, som jo er grunnsteinen i selve tankegangen bak fastlegeordningen: at man skal ha én person å forholde seg til, og dermed oppnå kontinuitet og samtidig kunne fange opp sykdommer tidlig.¹⁵⁹ Dette kan vi også se i lys av Goffmans rollespillteori.¹⁶⁰ En lege må opptre troverdig for å oppnå tillit. Det kan de gjøre gjennom å fremstå som kompetente og ved å kommunisere godt med pasienten. Per Fugelli argumenterer dessuten for at tilliten forsvinner dersom pasienten opplever at legen opptrer med for stor forskjell mellom frontstage og backstage. Han skriver: «*På medisinsens frontscene spiller legene universets herrer, naturens beseirere, de suksessrike bekjempere av sykdom, lidelse og død. På medisinsens bakscene skjelver vi av mangel på kunnskap og konfronteres kontinuerlig med vår egen litenhet.*»¹⁶¹ Ved for stor ulikhet mellom de to opptredenene vil legen fremstå som lite troverdig, og tilliten til ham vil forsvinne. Fugelli mener imidlertid at hvis allmennpraktikeren er ærlig og holder løftene han gir, så vil gapet mellom scenene bli mindre, og legen vil oppnå tillit hos pasienten. Kanskje kan vi dessuten (for)tolke Fugellis utsagt i retning av at dersom legene konfronteres med sin uvitenhet, for eksempel gjennom pasientenes medbrakte internett-informasjon, så vil de «skjelve av mangel på kunnskap», og føle seg usikre, jamfør Roar Stokken sin beretning om «den omsnudde pasienten», som vi har vært inne på.¹⁶² Slike spørsmål kommer vi nærmere inn på i analysen.

Tillit til helsepersonell handler i stor grad om å få pasientene til å faktisk oppsøke helsehjelp ved behov. Ikke minst handler det om «*compliance*» - å få pasientene til å følge de medisinske rådene helsepersonellet har gitt dem. «*Non-compliance*» er når pasienten ikke følger legens råd, blant annet på grunn av manglende tillit. Nortvedt og Grimen hevder at pasienters tillit til helsevesenet er i ferd med å synke i vestlige land.¹⁶³ Hvis vi skal se disse

¹⁵⁸ Nortvedt og Grimen, *Sensibilitet og refleksjon*, s. 99 – 100

¹⁵⁹ Forskrift om fastlegeordningen i kommunene, 2012

¹⁶⁰ Goffman, *Vårt rollespill til daglig*, s. 24 – 28

¹⁶¹ Fugelli, «Tillit», s. 3623

¹⁶² Stokken, «Den kunnskapsrike pasienten», s. 62 – 64

¹⁶³ Nortvedt og Grimen, *Sensibilitet og refleksjon*, s. 99 – 100; 112

faktorene i lys av denne oppgavens tematikk, bør vi stille spørsmål ved om internett kan ha en innvirkning, ikke nødvendigvis alene, men sammen med andre faktorer. Også om kanskje tilliten til legens formelle rolle, kan ha blitt redusert sammen med pasienters økte myndighet? Jeg ønsker å studere fastlegenes opplevelser med pasientenes tillit til legens informasjon, versus informasjon fra internett, hvorvidt pasientene fremstår skeptiske overfor legen eller internett og generelt hvordan legene opplever tillitsforholdet i forhold til internett.

3.4.1 Tillit til internett

Ifølge en Nederlandsk studie¹⁶⁴ utført på pasienter med smerteproblematikk, ble internett flittig brukt til helseinformasjon i samme forbindelse. Mange av pasientene hevdet å stole på informasjonen de fant, selv om ikke kvaliteten nødvendigvis var god. Ifølge Wald, Dube og Anthony, opplevde pasienter å stole mer på internettbasert informasjon dersom en lege hadde anbefalt den.¹⁶⁵ En annen, noe eldre studie, fant at pasienter så ut til å nettopp *ikke* ha tillit til helseinformasjon fra internett,¹⁶⁶ mens en studie utført av Chen et.al¹⁶⁷ hevdet at personer med lav health literacy har høyere sannsynlighet for å ikke stole på legens informasjon, men heller ha tillit til helseinformasjon fra TV, sosiale medier, blogger etc. Dette kan være bekymringsverdig ettersom kvaliteten på informasjonen fra disse kildene kan variere, og de med lav health literacy heller ikke nødvendigvis har mulighet til å skille ut fakta.

Tillit til informasjonen man finner på internett ser ut til å bero seg på folks intuisjon overfor den nettsiden man besøker, enn på faktiske kildekritiske kriterier.¹⁶⁸ Det kan også se ut til at folk har økende tillit til andres beretninger om erfaringer fra personlige nettsider og lignende,¹⁶⁹ ikke helt fjernt fra det vi vet om opinionsledere og deres effekt på holdninger og meninger. Ifølge teorien til Lazarsfeld, er det gjerne kunnskapsrike og interesserte folk som blir opinionslederne.¹⁷⁰ Også Kleinman beskriver en form for opinionsleder. Det er gjerne en person innad i familien eller i den sykes nære krets, som ofte er med på å ta avgjørelser knyttet til den sykes helseatferd,¹⁷¹ som for eksempel å vurdere om den syke skal ta kontakt med helseapparatet. Denne personen kan tenkes å ha fått informasjon fra internett, eller den

¹⁶⁴ de Boer, Versteegen, og van Wijhe, «Patients' use of the Internet for pain-related medical information», s. 91

¹⁶⁵ Wald, Dube, og Anthony, «Untangling the Web», s. 222

¹⁶⁶ Huntington et.al., «Consumer Trust in Health Information on the Web», s. 373

¹⁶⁷ Chen et.al., «Health Literacy and Use and Trust in Health Information», s. 724

¹⁶⁸ Solli, *Handling Socio-Scientific Controversy*, s. 36

¹⁶⁹ Sillence et.al., «Going Online for Health Advice», s. 403

¹⁷⁰ Hagen, *Medias publikum*, s. 31

¹⁷¹ Kleinman, *Patients and Healers in the Context of Culture*, s. 25

syke og dens familie kan søke på internett sammen. Pasienten kan i denne sammenheng bli stående mellom to opinionsledere. De kan ha fått informasjon fra en person på internett, som kanskje har førstehåndserfaring, men ikke nødvendigvis fagkunnskap. I andre enden står legen eller helsearbeideren, med sin medisinske kompetanse og erfaring, og som man kanskje også stoler på, basert på tidligere legebesøk. Jeg er særlig nysgjerrig på hva som skjer dersom informasjonen mellom disse er motstridende, og er noe av det vi skal se på i analysen.

Kapittel 4: Metode

Jeg vil i dette kapittelet gjennomgå metodisk teori, prosessen knyttet til rekruttering av informanter, hvilket utvalg som er inkludert og hvorfor. Vi skal se på ulike perspektiver knyttet til utførelsen av intervjuene, hvordan analysen ble utført og ulike refleksjoner og etiske hensyn som ble tatt underveis. Aller først skal vi se på hvorfor jeg valgte akkurat kvalitativ metode til dette prosjektet.

4.1 Kvalitativ metode

For å svare på problemstillingen, har jeg valgt å bruke kvalitativ metode og intervju som verktøy. Kvale og Brinkmann skriver: «*Det kvalitative forskningsintervjuet søker å forstå verden sett fra intervjupersonenes side*». ¹⁷² Kvantitativ metode vil ikke kunne fange tanker og opplevelser i like stor grad og åpner ikke for oppfølgingsspørsmål på samme måte som ved kvalitative intervju. Jeg ønsket å gå i dybden på fastlegenes opplevelser og erfaringer ¹⁷³, noe som krever samtale der det er mulig å fange opp ambivalenser og sosiale koder. Det ble utført ni individuelle intervju og ett gruppeintervju.

Denne studien kan kalles en casestudie ved at den går i dybden på en bestemt situasjon og samler informasjon om ett avgrenset tematisk område. En casestudie kan være å gå i dybden på en gruppe mennesker, et individ, situasjoner eller fenomener, ¹⁷⁴ og i denne sammenhengen gjelder det fastleger som gruppe og deres opplevelser knyttet til en bestemt situasjon.

4.1.1 Semistrukturert intervju og traktmetode

For å samle data til studien ble det brukt semistrukturerte eller halvstruktureerte informantintervju. Intervjuguiden ble brukt som en veileder der spørsmålene kunne justeres, droppes eller flyttes på, avhengig av mine valg og informantens svar. Underveis i intervjuene var det mange av informantene som besvarte flere av spørsmålene allerede før spørsmålet ble stilt, som kan illustrere fordelene med denne intervjutypen. Semistrukturerte intervju er den mest vanlige formen for ansikt- til-ansikt-intervju og som etter Barbara Gentikows ¹⁷⁵ skjønn, er av høy validitet. Hun mener at nærværet mellom intervjuer og informant gjør det lettere å

¹⁷² Kvale og Brinkmann, *Det kvalitative forskningsintervju*, s. 21

¹⁷³ Kvale og Brinkmann, *Det kvalitative forskningsintervju*, s. 21

¹⁷⁴ Bryman, *Social research methods*, s. 60 – 64

¹⁷⁵ Gentikow, *Hvordan utforsker man medieerfaringer?* s. 83 – 84

forstå hverandre gjennom både verbal informasjon og non-verbal informasjon som kroppsspråk og lignende.

Jeg brukte traktmetode eller traktintervju som intervjumetode, som kjennetegnes ved at man nærmer seg kjernen av temaet litt etter litt. Spørsmålene som ble stilt var først veldig generelle og handlet om arbeidshverdagen generelt og endringer rundt den. Etter hvert jobbet vi oss gradvis mer inn mot kjernen av temaet og deres tanker rundt pasientens bruk av internett til helseinformasjon. I et traktintervju skal informanten helst vite lite om prosjektet og temaet på forhånd.¹⁷⁶ Mine informanter hadde imidlertid fått vite tema og problemstilling gjennom informasjonsskrivet. Dette kan ha ledet dem inn i spesifikke tankerekker og resonnement, men var nødvendig for å be dem om samtykke til deltakelse. Fordi mange fastleger er svært travle, er det sannsynlig at noen hadde latt være å delta dersom de ikke visste om temaet.

4.1.2 Fokusgruppe

Det ble holdt ett gruppeintervju i denne studien. Fokusgruppeintervju består ofte av mellom fire til ti informanter,^{177 178} men i denne studien var det kun én gruppe med tre informanter. At det kun var én gruppe gjør at man ikke får noe sammenligningsgrunnlag med andre grupper, slik målet ofte er i slike studier.¹⁷⁹ Den type sammenligning var ikke et mål her og gruppeintervjuet var snarere et resultat av en tilfeldighet, som jeg kommer nærmere inn på litt senere.

Et fokusgruppeintervju består ofte av en gruppe mennesker som gjerne kjenner hverandre fra før eller som på en eller annen måte har et felles holdepunkt og dermed kan gi relevant informasjon knyttet til et bestemt tema. Denne intervjumetoden kan ofte fremstå mer avslappet enn individuelle intervju fordi intervjueren er mindre autoritær og samtalen gjerne går litt mer naturlig. Gentikow skriver at emosjonelle reaksjoner kommer lettere frem og at deltakerne i slike intervjuer får mulighet til å reagere på hverandres kommentarer.¹⁸⁰

¹⁷⁶ Kvale og Brinkmann, *Det kvalitative forskningsintervju*, s. 89

¹⁷⁷ Kvale og Brinkmann, *Det kvalitative forskningsintervju*, s. 162

¹⁷⁸ Gentikow, *Hvordan utforsker man medieerfaringer?* s. 85

¹⁷⁹ Gentikow, *Hvordan utforsker man medieerfaringer?* s. 86

¹⁸⁰ Gentikow, *Hvordan utforsker man medieerfaringer?* s. 85 – 86

Gruppeintervju kan i mange tilfeller være mer krevende enn enkeltintervju fordi det er flere folk samlet og man da skal lede en gruppe i stedet for én person.¹⁸¹ Det er lett for at samtalen resulterer i at deltakerne prater i munnen på hverandre og det kan være vanskelig å tolke hvem som er hvem.¹⁸² Det utgjorde ingen store problemer i dette tilfellet.

4.2 Utvalg

I denne oppgaven har jeg valgt å intervju fastleger for å gjøre en casestudie¹⁸³ der jeg undersøker hvordan de opplever at pasienter oppsøker helseinformasjon. Jeg valgte fastleger for å kunne få et innblikk i hvordan deler av helsevesenet blir påvirket av informasjonstilgjengeligheten, eller kanskje riktigere: informasjonsoverfloden. Det er, som vi så på i kapittel to, gjort mye forskning på pasienter og deres bruk av internett til helseinformasjon, men lite om hvordan fastlegene opplever dette, særlig i nyere tid i Norge.

Jeg valgte å ikke inkludere annet helsepersonell som for eksempel sykepleiere, fordi man som lege og sykepleier har forskjellige roller overfor pasientene. I tillegg er det gjerne legene som må besvare de største, faglige og diagnostiske spørsmålene. Dersom jeg skulle inkludert annet helsepersonell, ville det vært naturlig å heller fokusere på sykehusavdelinger eller lignende, ettersom det ved legekantor er fastlegene som har mest kontakt med pasientene. Jeg ønsket å undersøke fastlegenes opplevelser med pasienters søking for å belyse temaet fra innsiden av helsevesenet og valgte derfor å ekskludere pasienters egne opplevelser med internett-søk. Det kunne gitt mye spennende informasjon om deres opplevelse av blant annet rollene, makt- og tillitsforholdet, men er på grunn av plassmangel innhold for en annen oppgave.

Jeg ønsket å intervju fastleger i alle aldersgrupper, både menn og kvinner, fra ulike steder i landet, som hadde minimum syv års erfaring som fastlege. Erfaringskriteriet ble satt for å kunne fange opp om de opplevde noen endringer når det gjaldt pasienters søkeatferd og dens påvirkning på dynamikken mellom pasienten og fastlegen. Dette ble senere endret ettersom det ble vanskelig å rekruttere i denne gruppen. Jeg valgte derfor å redusere arbeidsår til minimum to år. Likevel hadde alle informantene i studien mer enn seks års erfaring.

¹⁸¹ Gentikow, *Hvordan utforsker man medieerfaringer?* s. 87

¹⁸² Gentikow, *Hvordan utforsker man medieerfaringer?* s. 87

¹⁸³ Bryman, *Social research methods*, s. 60 – 64

Gentikow anbefaler et antall på mellom 10 og 20 deltakere i intervjustudier. Noen ganger kan det være hensiktsmessig med færre, ut fra hva og hvem man vil studere, som for eksempel ved intervju av ekspertgrupper.¹⁸⁴ Mine informanter kan kalles en ekspertgruppe og slike intervju kalles gjerne for eliteintervju. Kvale og Brinkmann definerer eliteintervju som: «*Intervju med personer som er ledere eller eksperter, som regel personer i innflytelsesrike posisjoner*». I denne type intervjuer blir gjerne maktforholdet snudd på hodet ved at det er informanten og ikke forskeren som har mest autoritet.¹⁸⁵ Refleksjoner rundt dette kommer jeg tilbake til i siste del av kapittelet.

Jeg forventet fra start at det kom til å bli utfordrende å rekruttere fastleger og valgte derfor å sikte meg inn på 10 informanter og to pilotinformanter, altså 12 til sammen. Mellom september og desember 2019 intervjuet jeg 12 fastleger fra forskjellige steder på Vestlandet. Det kan tenkes at jeg ville fått mer data og kanskje flere nyttige aspekt dersom jeg hadde hatt flere informanter, men mot slutten av intervjufasen opplevde jeg også at det var mye av den samme informasjonen som kom igjen. Repstad¹⁸⁶ kaller dette metningspunkt, altså at man som forsker opplever å ha fått nok informasjon, og gjerne opplever at informasjonen en nå får er gjentakende.

Tabell 1 er en skjematisk presentasjon av informantenes alder, antall pasienter på listen (alle tall hentet fra legelisten.no), antall år som fastlege og om de bor i by, bygd eller tettsted. Det er viktig å understreke at alle informantene har fått fiktive navn.

¹⁸⁴ Gentikow, *Hvordan utforsker man medieerfaringer?* s. 76 – 77

¹⁸⁵ Kvale og Brinkmann, *Det kvalitative forskningsintervju*, s. 322

¹⁸⁶ Repstad, *Mellom nærhet og distanse kvalitative metoder i samfunnsfag*, s. 83

Tabell 2: Informantutvalg

<i>NAVN</i>	<i>Alder</i>	<i>Antall år som fastlege</i>	<i>Arbeidssted</i>
<i>Anne</i>	Mellom 40 – 50	Over 10 år	Bygd
<i>Bernard</i>	Mellom 30 – 40	Over 10 år	Bygd
<i>Conrad</i>	Mellom 60 – 70	Over 30 år	Bygd
<i>Ellen</i>	Mellom 30 – 40	Under 10 år	Bygd
<i>Endre</i>	Mellom 60 – 70	Over 10 år	Bygd
<i>Espen</i>	Mellom 60 – 70	Over 30 år	By
<i>Kine</i>	Mellom 50 – 60	Under 10 år	By
<i>Jens</i>	Mellom 60 – 70	Over 30 år	Bygd
<i>Ronny</i>	Mellom 40 – 50	Over 10 år	Bygd
<i>Thomas</i>	Mellom 60 – 70	Over 20 år	By
<i>Tom</i>	Mellom 50 – 60	Over 10 år	Bygd
<i>Torleif</i>	Mellom 50 – 60	Over 20 år	By

4.2.1 Pilotintervju

I forkant av intervjuene holdt jeg to pilotintervju. Dette var nyttig for å luke unna feil og mangler ved intervjuguiden og for å slippe å gjøre grove feil i selve forskningssituasjonen. Å holde pilotintervju kan dessuten skape ideer til nye spørsmål og vil kunne si noe om hvordan tidsplanen fungerer. Det vil også kunne forberede en på ulike utfordringer som kan dukke opp underveis. Pilotstudier er viktige og bør teste både setting, informantgruppen og intervjuguiden. Den bør også kunne teste analysen ved å se på om man faktisk utforsker det man ønsker. Det er også anbefalt å øve seg på kollegaer eller medstudenter i forkant av disse.¹⁸⁷ Jeg testet intervjuguiden på en av mine nære, som arbeidet som fastlegevikar. Det var nyttig å øve på å stille spørsmålene høyt og samtidig få et førsteinntrykk av hvordan pilotintervjuet ville gå for seg. Håpet var at pilotintervjuene skulle inkluderes i selve studien fordi jeg regnet med at jeg ikke skulle klare å rekruttere så mange informanter. Dette kan selvsagt ha påvirket intervjuene i negativ retning, men ingen av de fremstod så ulike fra de andre, at de ikke kunne brukes.

¹⁸⁷ Gentikow, *Hvordan utforsker man medieerfaringer?* s. 81 – 82

Det viste seg etter første test å være noen større strukturelle mangler ved intervjuguiden. Noen spørsmål var for lange og et spørsmål ble stilt to ganger, bare på to forskjellige måter. Etter å ha endret litt på spørsmålene og strukturen, ble det holdt to pilotintervju. I etterkant av disse ble det gjort noen mindre strukturelle endringer i spørsmålsstillingen, men begge intervjuene ble inkludert. På grunn av den semistrukturerte guiden, ble hvert intervju ulikt og alle fikk ulike oppfølgingsspørsmål. Begge informantene var informert om at de deltok i pilotintervju som sannsynligvis skulle inkluderes i studien.

4.3 Rekruttering

For å rekruttere informanter, brukte jeg *snøballmetoden* ved å rekruttere informanter via folk i eget nettverk og venner av venner og bekjente.¹⁸⁸ Siden jeg selv arbeider i helsevesenet, har jeg et nokså stort nettverk i helsevesenet og hadde dermed muligheten til å rekruttere informanter via dem.

Fastleger er en svært travel yrkesgruppe, og jeg forventet derfor lite eller ingen svar fra majoriteten av de jeg kontaktet. Jeg sendte mail til ulike fastlegekontor rundt om i landet. Å kontakte individuelle fastleger eller fastlegekontor viste seg imidlertid å være utfordrende ettersom de færreste fastlegekontor har en offentlig epostadresse. I tillegg er det stort sett helsesekretærer eller andre som besvarer mail. Det skapte en ekstra barriere mellom fastlegen og meg.

Jeg hadde også et møte med Etat for helsetjenester, som har ansvar for fastlegeordningen i Bergen kommune.¹⁸⁹ Møtet ble avholdt i oktober, hvor vi hadde en samtale om prosjektet og der de på vegne av meg sendte ut mailer til fastleger de mente var relevante. Fra dette møtet ble det avtalt ett intervju, samt en oppfordring til å kontakte en navngitt fastlege som senere tok initiativ til et gruppeintervju.

Jeg forsøkte også å rekruttere fastleger via Facebook gjennom å dele en rekrutteringsflyer (se vedlegg 3) offentlig via min profil. Flyeren ble delt videre på diverse Facebook-grupper for

¹⁸⁸ Gentikow, *Hvordan utforsker man medieerfaringer?* s. 80

¹⁸⁹ Bergen kommune, «Informasjon til fastleger: Om oss»

leger, alle med flere tusen medlemmer. Noen av gruppene krevde HPR-nummer¹⁹⁰ for å verifisere at man faktisk er lege. I disse gruppene fikk jeg hjelp fra kolleger, venner og bekjente til å dele flyeren. Jeg postet også på LinkedIn (se vedlegg 5) og la til emneknagger for å nå ut til relevante folk. Dette innlegget nådde ut til 470 mennesker per 08. oktober 2019. Jeg leverte også flyers på ett legekantor, samt at det ble hengt opp flyers på Haukeland Universitetssykehus. Jeg forventet ikke å komme i kontakt med mange fastleger derfra, men håpet å kanskje nå ut til noen som kjente noen.

Ingen av de sistnevnte strategiene viste seg å være effektive, og alle rekrutteringene skjedde gjennom mail direkte til fastlegene eller gjennom snøballmetode.

4.4 Utførelse

4.4.1 Etske krav

Det finnes noen etiske krav når man driver kvalitativ forskning: informert samtykke, konfidensialitet og lojalitet.¹⁹¹ For at et samtykke skal være gyldig, skal informanten være informert om hva forskeren undersøker. Informanten skal også samtykke til å gi fra seg informasjon om temaet og være innforstått med at han eller hun kan trekke seg fra studien når som helst. For å kunne utføre intervjuer i henhold til disse etiske kravene og til norske retningslinjer for personvern, må all forskning på andre mennesker registreres hos Norsk senter for forskningsdata (NSD). De «vurderer om forskningsprosjekt som skal behandle personopplysninger innfrir kravene i personvernlovgivningen, og tilbyr rådgiving og kurs om personvern til forskere og studenter.»¹⁹² Søknaden til NSD ble sendt 27. september 2019 og ble godkjent 30. september 2019. For å innhente informantenes samtykke til deltakelse, ble NSD sin mal¹⁹³ for informasjonsskriv tatt i bruk (se vedlegg 6). Der ble det informert om informantenes anonymitet, studiens mål, rettigheten til å trekke seg, og at jeg ikke ønsket pasientinformasjon. De ble også informert muntlig om retten til å trekke seg, og om lydopptak.

¹⁹⁰ Et nummer man får tildelt i helsepersonellregisteret når du får autorisasjon eller lisens som helsepersonell, f.eks. lege eller sykepleier. <https://register.helsedirektoratet.no/hpr>

¹⁹¹ Gentikow, *Hvordan utforsker man medieerfaringer?* s. 64 – 66

¹⁹² Norsk senter for forskningsdata. «Om NSD»

¹⁹³ Norsk senter for forskningsdata. «Hva må jeg informere om?»

Informantene skal ikke kunne gjenkjennes, i henhold til kravet om *konfidensialitet*.¹⁹⁴ I dette tilfellet skulle heller ikke pasienter kunne gjenkjennes. Informantene selv har taushetsplikt overfor pasientene, men alt av innsamlet data vurderes av meg for å sikre at ingen konfidensielle opplysninger kommer på avveie, verken om pasienter eller fastleger. Vi kommer tilbake til taushetsplikt litt senere. Det ble ikke inkludert gjenkjennbare opplysninger om pasienter eller informantene, eller informasjon som kunne føre til at pasienter gjenkjente fastlegene sine, verken i oppgaven eller i transkripsjonen. Lydopptakene ble tatt med min telefon, og oppbevart under en mangesifret kode og under falskt navn. Opptakene slettes når oppgaven leveres.

4.4.2 Setting

Å holde intervju i informantenes hjem kan være verdifullt fordi man kan få innblikk i informantens miljø.¹⁹⁵ Jeg valgte derfor å holde de fleste intervjuene i fastlegenes kjente omgivelser, enten hjemme eller på arbeidsplassen deres. Tre av fastlegene ble derfor intervjuet i deres hjem, mens resten ble intervjuet på legekantoret. To av informantene intervjuet meg i arbeidstiden, mens resten ble intervjuet på fritiden eller i administrasjonstiden. Jeg ønsket også at intervjuene ble holdt ansikt- til ansikt selv om informantene bodde langt unna, for å skape en mest mulig naturlig setting og for å kunne plukke opp non-verbal kommunikasjon.

4.4.3 Å utføre gruppeintervju

Planen var i utgangspunktet å holde individuelle intervju, men i midten av november fikk jeg mulighet til å bli med på et møte med fem fastleger. Alle allmennspesialister må gjennom et antall kurs og møter i løpet av et år og legene anså det som nyttig å diskutere «den informerte pasienten» i ett av disse møtene. Gruppen jeg møtte skulle opprinnelig være fem fastleger fra ulike steder i Bergensområdet, men to av dem meldte avbud. De som var tilstede hadde møtt hverandre mange ganger før og kjente hverandre godt. Dette gjorde at dynamikken i samtalen ble nokså fri og naturlig. Dette kan være positivt fordi det kan ha gjort det enklere å prate fritt. Det kan også ha hatt motsatt effekt: at informantene ikke ønsket å motsi eller diskutere med en av de andre fordi de kjente hverandre.

¹⁹⁴ Gentikow, *Hvordan utforsker man medieerfaringer?* s. 65

¹⁹⁵ Gentikow, *Hvordan utforsker man medieerfaringer?* s. 84

Å komme utenfra og skulle lede samtalen i en gruppe som kjenner hverandre godt kan være utfordrende. Samtalen bar preg av mange temaer som var utenfor studiens hovedtema, og det var vanskelig å peile den inn på riktig spor igjen. Ettersom dette møtet ble tilbudt og avtalt nokså spontant var det heller ikke rom for særlig øvelse i denne type intervju.

4.5 Analyse av dataene

I denne delen vil jeg ta for meg hvordan jeg har gått frem for å analysere dataene fra intervjuene. Jeg vil gjøre rede for transkripsjonsmetoden og hvordan jeg har tolket og lest dataene.

Det finnes en rekke viktige punkter for analyse av datamateriale i kvalitative studier. En analyse skal knyttes til problemstillingen og de teoretiske perspektivene som ligger til grunn for oppgaven. Analysen bør være systematisk slik at de relevante dataene kommer frem og gir oss innblikk i informantenes opplevelser, tanker og refleksjoner. Dataene må organiseres og kodes slik at de «snakker til leseren» gjennom en systematisk sortering av hva som er viktige og relevante elementer.¹⁹⁶

Det finnes mange måter å analysere kvalitativ data på, og man kan kombinere flere metoder.¹⁹⁷ Jeg valgte å forholde meg til tematisk analyse, eller temasentrert analyse, som kan beskrives slik: «*En temasentrert analyse sammenligner alle informanternes utsagn i forhold til bestemte tematiske enheter*».¹⁹⁸ Jeg valgte å kode dataene i ulike kategorier og temaer, ut ifra problemstillingen og det teoretiske rammeverket jeg anså som relevant. Det ble notert stikkord fra hver informant og utført en form for meningskoding¹⁹⁹ av dataene. Jeg ønsket å finne likheter og forskjeller mellom informantene, uten mål om å verken kvantifisere funnene eller generalisere funnene til å gjelde alle fastleger. Gjennom meningskoding ønsket jeg å finne svar på de ulike spørsmålene som problemstillingen førte med seg og utførte en meningskondensering ved å redusere lange setninger til kortere stikkord om hva informanten mente eller sa om et bestemt tema.²⁰⁰ Dette gjorde at jeg fikk oversikt og lettere kunne finne frem i dataene i etterkant.

¹⁹⁶ Østbye et.al., *Metodebok for medievitenskap*, s. 123

¹⁹⁷ Kvale og Brinkmann, *Det kvalitative forskningsintervju*, s. 239

¹⁹⁸ Gentikow, *Hvordan utforsker man medieerfaringer*, s. 136

¹⁹⁹ Kvale og Brinkmann, *Det kvalitative forskningsintervju*, s. 208 – 209

²⁰⁰ Tanggaard og Brinkmann, *Kapittel 1 Intervjuet*, s. 39

4.5.1 Transkripsjon

Intervjuene i seg selv utgjorde til sammen i underkant av ni timer. Transkripsjonene utgjorde 68647 ord og i underkant av 161 A4-sider. For å transkribere dataene brukte jeg programmet InterviewScribe,²⁰¹ som er designet for transkripsjoner av konversasjoner og intervjuer.

Jeg valgte å transkribere hvert intervju relativt raskt etter at de var ferdige for å ha situasjonen og eventuelle nonverbale hendelser og poenger friskt i minnet. Flere av intervjuene ble transkribert eller påbegynt samme dag, men ettersom noen av intervjuene ble holdt nokså tett, lot det seg ikke alltid gjøre. Jeg noterte ned stikkord underveis og like etter intervjuet, for å huske viktige refleksjoner som ikke ville komme frem i lydfilen eller transkripsjonen. Alle intervjuene ble holdt i perioden september til desember og intervjuene var ferdig transkribert i begynnelsen av januar.

En transkripsjon vil alltid være en tolkning av det som blir sagt, selv om man skriver ned det man opplever som en ordrett gjengivelse. Det var ikke alltid like enkelt å tolke når en setning begynte eller sluttet, og om enkelte steder skulle ha komma eller punktum. Slike fortolkninger kan ha påvirkning på både meningen og reliabiliteten i intervjuet, ettersom den skriftlige teksten kan tolkes annerledes enn den muntlige. Jeg valgte å transkribere det slik jeg oppfattet det, for å forsøke å opprettholde en følelse av at «intervjuene er levende samtaler», ikke bare transkripsjoner.²⁰² Intervjuene ble transkribert på bokmål, både for å gjøre det mer leservennlig, men også for å unngå at eventuelle dialektord kunne identifisere informanten.

Tidvis kunne det være vanskelig å tyde hva intervjuobjektet sa. Dette ble markert slik: [usikker tale], eller det jeg tolket setningen som, satt i klammeform, etterfulgt av et spørsmålsteget. Jeg inkluderte latter og andre lyder som «hm», «eh» og lignende for å få frem at informanten tenkte seg om eller var usikker. Noen ganger lot jeg være å ta med gjentakelser av ord, f.eks. hvis informanten stammet eller sa det samme ordet to ganger like etter hverandre. Dette ble gjort for å gjøre lesingen enklere og mer litterær.²⁰³ Jeg lot også være å transkribere enkelte pasientrelaterte eksempler der pasienten i verste fall kunne gjenkjennes. I tillegg lot jeg være å transkribere enkelte sekvenser fra gruppeintervjuet som havnet langt utenfor temaet. Dette ble markert i transkripsjonen og jeg skreiv ned stikkord om hva denne

²⁰¹ Apple «Interviewscribe»

²⁰² Kvale og Brinkmann, *Det kvalitative forskningsintervju*, s. 192 – 193; 200

²⁰³ Kvale og Brinkmann, *Det kvalitative forskningsintervju*, s. 194 – 195

sekvensen handlet om. Ellers fjernet jeg aldri ord eller setninger av annen art. Jeg inkluderte lengre pauser i transkripsjonen gjennom å oppføre det i klammeform, for å vise at informanten tenkte seg om eller var usikker. Eksempel: Bernard: «*[Lang pause] Nja. Det er mulig at jeg blir, det er mulig at jeg tenker feil, men jeg kan tenke meg at folk gjerne er litt mer opplyste faktisk, nå enn før.*»

4.6 Refleksjoner og etiske hensyn

Å intervju mennesker vil alltid kunne by på større eller mindre etiske utfordringer. Fastlegene som ble intervjuet utleverte sensitiv informasjon i form av egne tanker, opplevelser og erfaringer, både når det gjaldt deres egen arbeidshverdag, men også når det gjaldt deres syn på og tanker om pasienter. Generelt er det viktig å holde høy etisk bevissthet når man driver kvalitativ forskning²⁰⁴ og dette prosjektet krevde stor varsomhet både fra meg som intervjuer og fra dem som informanter.

Når man gjennomfører et forskningsintervju, bør man være bevisst sin posisjon og rolle som forsker. Maktbalansen vil ikke være likeverdig og forskeren er den som kontrollerer temaet og det blir i litteraturen ofte lagt vekt på at forskeren er den som er i størst maktposisjon. Det er flere forhold i et forskningsintervju som kan skape en form for asymmetri.²⁰⁵ Et poeng er at samtalen for det meste er enveis og nokså mekanisk fordi den i seg selv har et mål. Den er på mange måter ikke en ren samhandling mellom to personer. Mine intervju kan imidlertid regnes som eliteintervju,²⁰⁶ der jeg befant meg i et omvendt maktforhold, hvor legene var de som hadde mest makt. De var både eldre, hadde mer erfaring og høyere utdanning enn meg. Som sykepleier er jeg også automatisk underlagt legen i profesjonshierarkiet. Dessuten var det fastlegene som satt på den kunnskapen og erfaringene som krevdes for at studien i det hele tatt skulle kunne gjennomføres. Ikke minst hadde legene gjennom sin profesjonelle rolle, automatisk en form for autoritet. Dermed opplevdes maktforholdet som snudd på hodet, der jeg var den underlegne og uvitende, gjerne i motsetning til andre typer intervju. Likevel vil jeg påpeke at min utdanning som sykepleier også kan ha styrket min posisjon som rekrutterende forsker ettersom vi tross alt snakker et nokså likt språk rent faglig. Det kan også tenkes at det hadde vært vanskeligere å få tak i interesserte fastleger dersom sykepleierutdanningen ikke lå i bunn.

²⁰⁴ Gentikow, *Hvordan utforsker man medieerfaringer?* s. 64

²⁰⁵ Kvale og Brinkmann, *Det kvalitative forskningsintervju*, s. 23; 52 – 53

²⁰⁶ Kvale og Brinkmann, *Det kvalitative forskningsintervju*, s. 322

Selv om dette kan kategoriseres som eliteintervju, står man som forsker i en posisjon hvor man kan manipulere samtalen. I dette tilfellet kunne det eksempelvis være å skaffe pasientinformasjon eller utlevere en fastlege og dens tanker om pasientene. Dette ansvaret var jeg meg svært bevisst. Intervjuene må også tolkes og analyseres i etterkant, og hvert intervju kunne i teorien ha blitt fortolket i en bestemt retning. Jeg gjorde det tydelig i informasjonskrivet at all deltakelse kan trekkes og at informantene har mulighet til å lese transkripsjonen til sitt intervju. Det kan ikke utelukkes at noen av fastlegene holdt tilbake tanker eller holdninger i redsel for hvilken hensikt jeg hadde med informasjonen.²⁰⁷

Det er viktig å være bevisst på at intervju ikke nødvendigvis bringer frem en allmenngyldig sannhet. Kvalitativ metode har ikke som mål å generalisere resultatene, noe som også gjelder mine data. Likevel kan det gi en pekepinn på hvordan enkelte oppfatter situasjonen. Informantutvalget er dessuten ikke representativt for hele fastlegebefolkningen i Norge.

4.6.1 Refleksjoner rundt utvalg

Når det gjelder informantutvalget, var det utilsiktet få kvinner med i studien. Det ble intervjuet ni menn og tre kvinner. Dette ble i første omgang vurdert som en konsekvens av en teori om at det generelt var flere mannlige fastleger. Ifølge helsedirektoratets statistikk²⁰⁸ fra 2018 stemmer imidlertid ikke dette og det var i 2018, 43,5% kvinnelige fastleger²⁰⁹. Kanskje er årsaken tilfeldig gjennom at snøballmetoden gav flest mannlige fastleger fordi venner og bekjente kjente flest mannlige fastleger. Kanskje er kvinner litt mer restriktive med å si ja til å drive med arbeidsrelaterte oppgaver utenfor arbeidstiden. Dette er det ikke mulig å vite noe om og man kan bare spekulere i årsakene. Det kan likevel ha noe å si for dataene som er innsamlet. Man bør ha i mente at pasienter kan oppføre seg forskjellig, eller tar opp andre ting med kvinnelige leger enn med menn. Den ene fastlegen, Kine, poengterte også at hun av og til skulle ønske hun var eldre og var mann fordi hun tror det hadde gitt henne mer respekt som fastlege. Det er imidlertid ikke mulig gjennom mitt datamateriale å si noe om forskjeller knyttet til kjønn.

²⁰⁷ Kvale og Brinkmann, *Det kvalitative forskningsintervju*, s. 53

²⁰⁸ Helsedirektoratet. «Fastlegestatistikk»

²⁰⁹ Helsedirektoratet. «Styringsdata for fastlegeordningen»

Alle informantene hadde arbeidssted på Vestlandet. Det må tas med i betraktningen at situasjonen kan være annerledes andre steder i landet. Ideelt sett burde det vært lik fordeling i alder og kjønn når det gjelder informantene fra by og bygd. Utvalget har flest informanter fra små og store bygder og kommuner på Vestlandet. Kun fire av informantene er fastlege i by. Dette kan ha innvirkning på resultatene og det kan tenkes at fastleger som arbeider i by har flere yngre pasienter (studenter og lignende) enn fastlegene som jobber på bygda (der de unge gjerne flytter *fra*). Det ble ikke spurt om aldersgruppe på pasientlistene til fastlegene, noe som i retrospekt sannsynligvis burde blitt gjort. Kun Kine påpekte at hun har en nokså ung pasientliste, som hun selv mente kunne farge hennes syn på «den informerte pasienten».

To av informantene er født og oppvokst i utlandet. Dette bør nevnes ettersom begge kan ha vært utdannet i en kultur som har andre forventninger til rollene og dynamikken mellom lege og pasient, enn det som var vanlig for leger som er oppvokst Norge. Samtidig hadde begge mange års erfaring som leger her i landet og hadde kun tatt medisinstudiet og turnustjenesten i hjemlandet. Ut ifra resultatene var det heller ingen større forskjeller mellom opplevelsene deres og de andre legene. Begge snakket flytende norsk. Dersom disse skulle blitt utelukket fra studien, kan det tenkes at også norske fastleger med medisnutdanning fra utlandet burde ekskluderes. Jeg har ingen data på hvor de andre fastlegene utdannet seg.

Når det gjelder aldersgruppe var variasjonen i utvalget nokså stort. Fire informanter var over 60 år, tre informanter i 50-årene, to i 40-årene og to i 30-årene. At det var flest informanter i den høyere alderskategorien kan ha sammenheng med at jeg i begynnelsen søkte etter informanter med minimum syv års erfaring. De hadde i tillegg hatt flere år på seg til å skaffe et stort nettverk, som økte sannsynligheten for at snøballmetoden traff dem. Yngre leger kan også tenkes å bruke mer tid på jobben enn eldre og mer erfarne leger, og dermed ikke ønsket å bruke *mer* tid på arbeidsrelaterte tema.

4.6.2 Informasjonens validitet

Et kvalitativt intervju vil alltid kunne stå i fare for å lede informanten i en bestemt retning.²¹⁰ Flere av spørsmålene i intervjuguiden min var åpne, slik at legen skulle kunne prate litt generelt før vi beveget oss nærmere inn på temaet. Alle informantene var imidlertid informerte om prosjektets formål og problemstilling og kan dermed ha blitt påvirket til å svare

²¹⁰ Gentikow, *Hvordan utforsker man medieerfaringer?* s. 48 – 50

i bestemt retning allerede fra start. Noen av informantene var svært fokuserte på deler av overskriften i informasjonsskrivet: «den informerte pasienten», uten at det trengte å bety informert via internett, som var det jeg primært ønsket å studere. Noen kan dermed ha tolket ordet «informert» som kunnskapsrik gjennom utdanning, bøker, eller andre medier.

Det er dessuten vanskelig å vite om refleksjonene som ble gjort underveis i intervjuet var refleksjoner de faktisk har gjort i konsultasjonene, eller om de ble oppmerksomme på temaet gjennom intervjuet. Man kan heller ikke vite om de svarte ærlig. De fleste ønsker å bli fremstilt i et godt lys, og gjerne som både kompetente og reflekterte mennesker og fagpersoner, jamfør Browns selvpresentasjonsstrategier.²¹¹ Man kan ikke vite om informanter holder eventuelle negative sider tilbake og man kan ikke vite om de refleksjonene som kommer frem i et intervju gjenspeiler virkeligheten, eller om det er sånn fastlegene opplever det eller de tenker de *burde* oppleve det. Det er dessuten ikke usannsynlig at de fastlegene som takket ja til å være med i prosjektet også er særlig engasjerte i akkurat dette temaet, være seg på den positive eller den negative siden.

Noen av fastlegene ble intervjuet etter en lang arbeidsdag. Dette kan ha påvirket evnen til refleksjoner underveis fordi de var slitne og trøtte. Samtidig kan være at de fortsatt var i et slags jobbmodus og dermed i god stand til å reflektere over hvordan arbeidshverdagen var og kanskje også hadde ferske eksempler i minnet.

Noen av intervjuene ble holdt på kveldstid, mange timers kjøring unna Bergen. Det kan tenkes å ha påvirket min evne til å være en god intervjuer og kanskje evnen til å følge opp med spørsmål underveis. To intervjuer ble dessuten holdt like etter hverandre med bare noen minutters mellomrom. Også dette kan ha påvirket kvaliteten til særlig det siste intervjuet, som også var kortere enn det første. Det kan ha vært tilfeldig, men det kan også tenkes å reflektere at jeg ikke hadde evne til å stille like mange oppfølgingsspørsmål fordi den mentale kapasiteten ikke var like stor som på det første. Det er verdt å nevne at begge disse intervjuene ble holdt tidlig på morgenen etter en nokså lang kjøretur.

En av informantene holdt til et lengre stykke unna Bergen. Informanten tilbød overnatting som jeg også takket ja til. Et slikt personlig møte med en informant kan tenkes å komme i

²¹¹ Brown, *The Self*, s. 170

konflikt med objektiviteten som bør være mellom informant og intervjuer. Det må derfor understrekes at jeg ikke kjente informanten fra før og at intervjuet ble holdt raskt etter ankomst for å ikke påvirke det i en bestemt retning.

4.6.3 Taushetsplikt

En fastlege behandler store mengder personinformasjon i løpet av en dag og står i en posisjon hvor de innehar mange intime og personlige detaljer om enkeltpersoner. Fastleger har taushetsplikt²¹² og skal dermed ikke utlevere informasjon som direkte eller indirekte kan spores tilbake til pasienter. Dette er noe jeg har tatt sterkt hensyn til i arbeidet med denne oppgaven. For å unngå at intervjuobjektene tilfeldig eller uheldig bryter taushetsplikten, har jeg vært svært bevisst på hvilke spørsmål jeg stiller. Jeg understreket både ved rekruttering, samt i starten av intervjuet og i informasjonsskrivet at jeg ikke ønsket pasientinformasjon. Jeg understreket også at prosjektet kun handlet om fastlegenes opplevelser, og ikke om pasientene direkte. For å ytterligere sikre personvern inkluderte jeg aldri informasjon om legen som kunne spores tilbake, verken av pasienter eller andre. Jeg har ekskludert detaljer om hvor legen arbeidet, alder og navn. Det ble kun inkludert aldergruppe, om fastlegen arbeidet i by eller bygd og om legen var mann eller kvinne. Informantene ble også gitt fiktive navn. Jeg ekskluderte informasjon fra transkripsjonene som kunne være av taushetsbelagt art.

²¹²Helsedirektoratet, «Taushetsplikt og samtykke»

Kapittel 5: Analyse

I dette kapittelet vil jeg presentere og analysere datamaterialet, i lys av tidligere gjennomgått teori og forskning. Strukturen i denne delen vil følge rekkefølgen til underproblemstillingene og svare på hovedproblemstillingen i sin helhet underveis.

Hvem er det fastlegene mener at søker informasjon på internett, og hvor mye søker de? Hva opplever de som årsaker til søkingen og hvordan opplever fastlegene dette? Er det slik at disse pasientene opplever å ha andre forventninger til legen enn pasienter som ikke har søkt og hvordan håndterer i så fall legene dette? Vi skal se på om rolleforholdet opplever å bli påvirket av informerte pasienter, sammen med tillits- og maktforhold. Svarene på disse spørsmålene vil presenteres og diskuteres sammen med teoretiske perspektiver fra kapittel to og tre.

5.1 Den søkende pasienten

I dette kapittelet skal vi se på hvem fastlegene mente at søkte helseinformasjon, og hvem de opplevde at søkte oftest eller mest. Vi skal se på oppfatninger av alder, status og kjønn, samt se på hvilke pasientgrupper de mente var mest representerte. Målet med å studere dette var å kunne danne et helhetlig bilde av deres opplevelse av de søkende pasientene. Det vil kunne gi oss en dypere forståelse av fastlegenes opplevelser av selve søkingen og dens opplevde betydning for samspillet.

5.1.1 Hvem er det som søker?

Fastlegenes opplevelse av hvem den søkende pasienten var kan i korte trekk oppsummeres med at den ofte ble oppfattet som ung (opp til rundt 40 år), hadde høyere utdanning og var ofte kvinne. Hun hadde gjerne kronisk sykdom, eller nyoppståtte, mindre alvorlige symptomer. Vi skal nå dykke litt dypere i disse opplevelsene.

Alder

Det var to ting som utpekte seg blant informantene, når det gjaldt oppfattelsen av den søkende pasientens alder. Flertallet så ut til å mene at det var flest unge søkere, og mange mente at de unge hadde mest erfaring med internett og derfor også var de flittigste søkerne. Samtidig påpekte noen at det ikke nødvendigvis var så stor forskjell, ettersom mange pasienter i pensjonsalder har måttet forholde seg til internett i arbeidslivet og dermed gjerne også hadde

erfaring med søking etter ulik informasjon på internett. Det var også noen som hevdet at eldre ofte hadde andre informasjonskilder enn yngre. De kom gjerne med utklipp fra magasiner og aviser, og klarte ikke alltid å skille forskning fra reklame. Dette er i tråd med Medietilsynets rapport fra 2019, hvor de viser at de under 30 år er de som oftest bruker ulike digitale plattformer som Facebook, Youtube blogger etc.,²¹³ mens de over 60 år oftere bruker papiraviser og magasiner.²¹⁴

Status og utdanning

Ellen opplevde at det ikke nødvendigvis var alder som skilte de som søkte fra de som ikke gjorde det, men at sosioøkonomisk status spilte en viktigere rolle:

«De ressurssterke søker masse. Jeg synes de søker mye mer. [...] Og selvfølgelig en viss aldersvariant. At det er færre av de eldste da som har søkt noe på forhånd. Men det er ikke, altså det er på en måte de eldste, altså tenker det er de som er passert pensjonsalder det er færre av. Jeg synes ikke det er færre sekstiåringer som søker enn tredveåringer. Kanskje vel så mye, kanskje nesten mer. Eller, det tror jeg er mer individbasert enn aldersbasert da. Men jeg har inntrykk av at det ofte er de som er ressurssterk og kanskje friskest selv.»

- Ellen

Flere av fastlegene oppgav at høy sosioøkonomisk status gikk igjen som et trekk blant de søkende pasientene. Det var ofte de med utdanning som søkte mest, deriblant ble særlig lærere og sykepleiere ofte nevnt. Dette er i tråd med noe av det vi har sett på av tidligere forskning, fra både Andreassen et.al.²¹⁵ og Baker et.al.²¹⁶.

Kjønn

Når det gjelder opplevelse av om kjønn var en faktor, varierte det om informantene mente at kvinner var overrepresenterte søkere eller ikke. Noen trakk frem at det ofte var unge kvinner som søkte, mens noen mente det ikke var særlig forskjell mellom kjønn. Sistnevnte er i tråd

²¹³ Medietilsynet, «Kritisk medieforståelse i den norske befolkningen», s. 7

²¹⁴ Medietilsynet, «Kritisk medieforståelse i den norske befolkningen», s. 6

²¹⁵ Andreassen et.al., «Helserelatert bruk av Internett i den norske befolkningen», s. 2950

²¹⁶ Baker et.al., «Use of the Internet and E-Mail for Health Care Information», s. 2403

med Baker et.al.²¹⁷ sine funn. Anne var en av dem som ikke opplevde noen klar forskjell mellom kjønn i bygda hun jobbet i, bortsett fra at hun mente at eldre menn *ikke* søkte:

Eldre menn i bygda søker ikke informasjon. De kommer ofte til lege når kona har bestilt time. Det er faktisk ikke tull. Hvis de ikke har fått time fra og ikke har vært utsatt for noe alvorlig hendelse type hjerteinfarkt/hjerneinfarkt, sånn at de på en måte kommer i systemet, så tåler eldre menn mye før de først tar kontakt. I alle fall sånn der jeg jobber.

- Anne

Pasientgrupper

Jeg var også nysgjerrig på hvilke pasientgrupper de opplevde at hadde oppsøkt mest helseinformasjon på internett. Svarene her pekte stort sett i to retninger: Noen mente det var de med kroniske sykdommer som søkte mest fordi de gjerne hadde god tid til å søke. Andre mente det var nyoppståtte symptomer som fikk mest oppmerksomhet, nettopp fordi det var nytt. Ellen var en av dem, og pekte på at det gjerne var mindre akutte symptomer som fikk dem til å søke, og da ofte for å avgjøre om de skulle gå til lege:

Et nytt symptom, men ikke så plutselig at de har kommet til lege i løpet av en dag eller to, men de som gjerne har gått med noe i sånn to uker og lurt på om de skulle bestille en legetime eller ikke. Sant, de har ofte søkt. Kanskje for å finne ut om de burde bestille legetime eller ikke.

- Ellen

Noen fremhevet kreftpasienter som en gruppe pasienter som søkte mye, noen nevnte også mødre. Pasienter med såkalte «mups», *eller medisinsk uforklarlige plager eller symptomer*²¹⁸, ble også av flere fremhevet som flittige søkere. Dette kan stemme med det Baker et.al.²¹⁹ fant i sin studie, av at det ofte var personer med selvopplevd dårlig helse som oppsøkte helseinformasjon. Ronny mente at de med kroniske tilstander søkte *minst* fordi de allerede hadde mye kunnskap, og det virket som om de hadde forstått at det ikke var poeng i å lete etter mer:

²¹⁷ Baker et.al., «Use of the Internet and E-Mail for Health Care Information», s. 2403

²¹⁸ Den Norske legeforeningen, «Medisinsk uforklarlige plager og symptomer»

²¹⁹ Baker et.al., «Use of the Internet and E-Mail for Health Care Information», s. 2402

Mens de som er, altså de kronisk syke, jeg lurer på om de har skjønt at ikke det er noe svar å finne der. Det er absolutt noen få kronikere som gjentatte ganger kommer med nye forslag som de har funnet på nettet, absolutt, men de er veldig få, synes jeg. Nei, jeg tror at de fleste kronikere skjønner at det er ikke der, det er ikke noe svar. De fleste kronikere har jo komplekse ting. Altså ikke éndimensjonale ett-problemsutfordringer. Og hvordan skal du klare å søke på det, det er liksom det da. Ja. Men de gjør det sikkert uten at jeg vet det.

- Ronny

Kanskje kan denne pasienttypen havne inn under det Roar Stokken kaller *maktesløysa*, der både pasienten og legen er klar over sin egen kompetansemangel, hvor det også kan oppstå mistillit mellom de to partene ettersom det blir forventet at legen skal kunne gi svar på spørsmålene.²²⁰ Det kan forklare de pasientene som stadig kommer med nye forslag, samtidig som vi ikke kan vite i hvilken grad de har mistillit til legen. Vi vet heller ikke i hvilken grad det faktisk er snakk om kompetansemangel, eller bare mangel på fungerende behandling.

Det var altså en del spredning i fastlegenes opplevelser av hvem søkerne var, selv om noen variabler gikk igjen. Søkerne så ut til å være menn og kvinner, unge og eldre, kronisk syke eller ha nyoppståtte symptomer. Fastlegenes klareste fellesnevner var at pasientene ble opplevd å ha høy sosioøkonomisk status. At de opplevde så ulike svar, kan si noe om at søkerne generelt sett er et speilbilde av befolkningen ellers, der de fleste har tilgang på informasjon på internett og kan søke helseinformasjon hvis de ønsker og trenger.

5.1.2 Mengde søk i et kvalitativt perspektiv

Det var utfordrende å bedømme fastlegenes oppfatninger av i hvor stor grad pasientene søkte ettersom alle hadde forskjellig forståelse av «ofte». Målet var som nevnt ikke å komme frem til et kvantifiserbart antall, men å undersøke fastlegenes tanker knyttet til om de opplevde det som påtrengende vanlig eller ikke, og videre hvorvidt dette hadde noen virkning på dynamikken i konsultasjonen eller på arbeidshverdagen.

²²⁰ Stokken, «Den kunnskapsrike pasienten», s. 62 – 64

De fleste fastlegene hadde en opplevelse av at pasienter generelt søker mye og flere oppgav at de daglig møtte pasienter som hadde tilegnet seg informasjon. Noen oppgav at de opplevde søkende pasienter daglig og anså dette som ofte. Noen mente det skjedde ukentlig, og anså det som ofte. Hva de regnet som mye, så ut til å handle om i hvilken grad de opplevde en økning i antall søkende pasienter.

Espen hadde en formening om at omlag 10% av pasientene hadde oppsøkt helseinformasjon i forkant av konsultasjonen. Samtidig var det også noen som oppgav at det var mange som kom med blanke ark. Bernard fortalte at han nærmest gikk ut ifra at pasientene hadde søkt, frem til det motsatte var bevist. Han spurte gjerne pasientene direkte hva de hadde lest på forhånd for å skape en dialog om deres kunnskapsgrunnlag. Jens, mente derimot at det var en myte at pasientene søkte mye informasjon på internett, og at det tvert imot gjaldt ganske få:

Nei, altså, jeg tror det er en slags myte ute og går om at pasientene googler tusen ting og en voldsom liste over all verdens ting som de mener doktoren bør forholde seg til. Det er ikke min erfaring. Det, min erfaring er noen er selvsagt sånn, men det er veldig få. De fleste, de kommer med blanke ark. De har ikke gått inn i problemstillingen på forhånd noe særlig i det hele tatt. De har rett og slett bare fått et symptom og derfor oppsøker de lege.

- Jens

Også Tom mente at det var mange som ikke hadde lest seg opp på forhånd. Han oppgav at pasientene gjerne kom med en forventning om at han skulle ordne alt, nærmest uten at de ville ta ansvar selv:

Altså sånn, jeg vil nesten konkludere med at det er overraskende mange som IKKE har lest seg opp på det det kan være, eller at de har fått en diagnose og så har de egentlig informert seg ganske dårlig om, for en selv, og så kommer de litt sånn med en forventning om at jeg skal snekre en sånn plan for de, hva de kan gjøre nå. Jeg kan ikke si at det er sånn fifty-fifty, men, noen synes jeg har lest seg opp ganske dårlig.

- Tom

De feste informantene hadde en opplevelse av at mange søkte på forhånd, bortsett fra Tom og Jens som mente det var nokså få. Hva som er årsaken til at de opplevde det annerledes er vanskelig å si, men flere oppgav at mange pasienter ikke sa direkte at de hadde søkt. Dermed

kan det tenkes at en del søkende pasienter ikke har blitt lagt merke til, uten at det er en konklusjon det er mulig å dra basert på mine funn. Det kan også være at opplevelsen av mengde oppleves forskjellig. Det kan selvsagt også være mulig at disse fastlegene rett og slett har færre pasienter som søker.

5.1.3 Motiver

Det kan være mange grunner til å oppsøke helseinformasjon på internett. Noen mente at pasienter søkte fordi de fikk et nytt symptom som gjorde dem engstelige og usikre for egen helse. Noen mente pasientene forsøkte å slå ihjel tid, eller å stagge et informasjonsbehov. Også økt tilgjengelighet ble trukket fram som motiv for søkingen.

Engstelse og usikkerhet knyttet til egen helse var den årsaken til søking som flest fremhevet. Torleif var en av dem som mente dette, og begrunnet engstelsen med mangel på kunnskap. Pasientene visste ikke nødvendigvis hva et symptom kunne være, og ble derfor redde og oppsøkte helseinformasjon:

Hvis naboen slår deg på kjeften, så får du vondt. Det er en smerte som du kan forstå, men hvis du plutselig får vondt i kjeven uten at du har slått deg, så blir du redd. Du kan si, det første tilfellet så er du redd før det skjer. I det andre tilfellet har du ingen forklaring på.

- Torleif

Kine mente at pasientene ofte hadde helseangst og dødsangst og at det å søke informasjon på internett dreide seg ofte om å forsikre seg om at de ikke skulle dø, eller forberede seg på hvordan forløpet ville bli:

Og så litt noen som har helseangst. Og har dødsangst egentlig, det er det det bunner i, de synes det er veldig skummelt med det og alt som venter de. Har lyst til å være mest mulig forberedt på hvordan det skal skje. Og så videre. Bare ha en forsikring om at det ikke kommer til å skje.

- Kine

Kine mente også at enkelte pasienter søkte etter informasjon om sykdom og symptomer fordi de ikke hadde noe annet å gjøre på, og brukte det som en måte å slå ihjel tid. Hun mente det særlig gjaldt pasienter som var ute av jobb og som gjerne bekymret seg en del.

I forbindelse med pasientenes angivelige økte engstelse, kan vi drøfte hvorvidt *risikosamfunnet* er en del av denne utviklingen. Etter Giddens²²¹ og Beck²²² sin forståelse, fokuserer vi i økende grad på framtiden og potensielle trusler og farer, som ikke er usannsynlig at gjenspeiles i pasientenes søkeatferd. Det er heller ikke utenkelig at internett spiller en rolle her, ettersom vi der kan studere alle mulige sykdommer og symptomer, og det gjerne *i tilfellet* vi skulle ha dem.

Internett som kilde til helseinformasjon erstattet ifølge Torleif storfamiliens kunnskaper som gjerne hadde gått i arv i generasjoner. Før kunne kunnskapen komme fra en omreisende jordmor eller en bestemor. Informasjonsbehovet hadde alltid vært der, men ble nå tilfredsstilt på en annen måte. Espen mente i forlengelsen av dette at Google hadde erstattet den rådgivende bestemoren som nå heller var på ferie på Gran Canaria.

På bygda i gamle dager, så gikk man til sine foreldre, når ikke foreldrene hadde svar, så gikk man til den kloke konen, eller jordmoren. Noen bygder hadde en jordmor, en hjelpejordmor eller en som tok imot barn hvis ikke doktoren og jordmoren kom. [...] Google er i dag erstatningen for den egenomsorgen som da nærmest ble borte i, hva jeg skal si, oppveksten av distriktslegen og oppbyggingen av kommunelegen og senere fastlegen. Så jeg tenkte at Google er da den erstatningen i et samfunn hvor vi ikke lever i storfamilien lenger. Hvor informasjonen går fra munn til munn, fra generasjon til generasjon, den henter vi på internett.

- Torleif

Dette indikerer ikke bare en endring som internett har tatt med seg, men også en større, samfunnsmessig endring i familieforholdene, der internett oppleves å ha erstattet kunnskapen til bygdenes allvitende koner. Kanskje har internett på mange måter erstattet, eller i det minste blitt et supplement til den private sektoren i Kleinmans modell av helsesektoren, der pasientene gjerne vurderer og diskuterer med andre i familien hvorvidt de skal oppsøke

²²¹ Giddens, *Modernity and Self-Identity*

²²² Beck, *Risk Society*

helsevesenet eller ikke.²²³ Bruken av internett som erstatning for bestemors gamle kunnskaper, kan også fortelle oss om hvor viktig internett har blitt i hverdagen, og hvor stort informasjonsbehovet vårt er. Kanskje spør vi dessuten internett heller enn bestemor, fordi vi stoler mer på informasjon fra internett enn på bestemor? Kanskje er det som før ble sett på som kloke koner ikke lenger like store opinionsledere ved helsespørsmål? Kanskje er vi blitt så vant til å ha informasjon så tilgjengelig at det er enklere å google enn å spørre henne. Ikke minst: kanskje er vi så fokuserte på diagnoser og medisinske detaljer at bestemor ikke lenger er god nok som informasjonskanal? Igjen kan vi skimte teorien om risikosamfunnet.²²⁴ Dette er spørsmål jeg bare kan spekulere i i denne oppgaven, men som likefullt er interessante og relevante spørsmål.

Espen fremhevet at bestemor ikke var like tilgjengelig for deling av sin kunnskap fordi hun nå var på ferie. Tilgjengelighet var en nøkkelfaktor som mange så ut til å anse som en årsak til søking. Tilgjengeligheten på all verdens informasjon gjør at man raskt og enkelt kan finne det man lurert på, også helserelaterte spørsmål. Der bestemor ikke lenger har mulighet til å svare, kan Google nå svare ved bare noen tastetrykk. Conrad mente i den forbindelse at økt tilgjengelighet av helsetjenester også økte bruken av dem:

Og tilgjengeligheten øker selvfølgelig også forbruket. Det er ikke noe tvil om at jo mer tilgjengelig folk er, jo mer går folk til lege. Jo flere pol det er, jo mer drikker folk. Jo mer, jo billigere snop er, jo mer spiser vi. Alt dette henger jo helt klart sammen.

- Conrad

Tilgjengelighet på informasjon og på helsetjenester kan tenkes å øke bruken av dem. Samtidig har vi sett at mange fastleger så ut til å tenke at søkingen også førte til økt engstelse. Vi har også vært inne på at pasienters søk ofte eskalerer i alvorlighetsgrad, og kan dermed potensielt føre til større eller mindre grad av cyberkondri.²²⁵ Samtidig er tilgjengelighet og søking også viktig for folks opplevelse av myndiggjøring.²²⁶

²²³ Kleinman, *Patients and Healers in the Context of Culture*, s. 50

²²⁴ Giddens, *Modernity and Self-Identity*; Beck, *Risk Society*

²²⁵ White og Horvitz, «Cyberchondria»

²²⁶ Wald, Dube og Anthony, ««Untangling the Web», s. 220

Et spørsmål som gjorde seg gjeldende, var hvorvidt fastlegene hadde en formening om pasientene kontaktet lege på bakgrunn av noe de mer eller mindre tilfeldig hadde lest, eller om de først hadde fått et symptom som gjorde at de søkte informasjon, og deretter oppsøkte lege. Informantene var nokså enige i at de fleste pasientene så ut til å ha kjent på symptomer som gjorde at de søkte informasjon på nettet. Ytterst få kom til legen fordi de hadde lest noe tilfeldig, selv om noen påpekte at det også hendte. Kine var en av dem som hadde opplevd det:

De som ikke har så mye annet å krydre livet med, og ikke er så.. Kanskje de er ute av jobb eller har litt tid til å slå ihjel, sitter gjerne og søker på ting og så begynner de å bekymre seg for noe for da begynner de å gjenkjenne ting. Typisk stoffskiftesykdom. Eller B12-mangel. Det er sånne ting som mange kan kjenne seg igjen i, uten at de kanskje har det.

- Kine

De fleste så altså ut til å oppleve at pasientene søkte når de hadde symptomer på noe, for deretter å oppsøke legen. Flere fortalte at det så ut til at pasientene søkte for å prøve å finne ut av symptomene på egenhånd, for deretter å bekrefte eller avkrefte funnene med legen. Anne mente at det var positivt at pasientene søkte fordi det betydde at de tok kontakt hvis informasjonen fortalte dem at de burde det, slik at hun kunne hjelpe dem å avgjøre om symptomene var alvorlige eller ikke. Også Endre var inne på dette:

[...]så er det jo noen som har helt konkrete problemer[...]og kanskje det søket gjør at de faktisk søker lege, altså at de på en måte ser at de bør ta kontakt med lege[...].

- Endre

Ingen av fastlegene oppgav erfaringer med at pasientene søkte for å kontrollere eller kvalitetssjekke legen. Santana²²⁷ skreiv som tidligere nevnt i sin artikkel at pasienter ikke søkte informasjon fordi de var kritiske til legen, men for å skaffe kunnskap av egen interesse. Dette kan vi også se tegn til i min studie. I tillegg kan vi skimte det Malone²²⁸ fant i sin studie, at fastlegene opplevde informasjonssøk som positivt så fremt det ble brukt for pasientens egen del, som en måte å opplyse seg selv på. Dersom det ble brukt med formål å diagnostisere seg selv, kunne det imidlertid by på utfordringer ettersom det å overbevise dem om at det ikke

²²⁷ Santana et.al., «Informed citizen and empowered citizen in health»

²²⁸ Malone et.al., «Health and the Internet – Changing boundaries in Primary Care»

stemte, kunne være vanskelig. Kanskje kan det tenkes at pasientenes søking på bakgrunn av egen interesse handler om at de ønsker å fremstå kompetente overfor legen? Kanskje er det et ønske om å opptre som en ansvarsfull pasient, i den forståelse at de tolker forventningene til sin egen rolle dithen. Kanskje kan søkingen være en del av den myndiggjorte pasientens fasade, ettersom det blir mer og mer forventet at man tar ansvar på egenhånd?

5.1.4 Hvor søker de?

Noen av fastlegene hadde fått inntrykk av hvor pasientene søkte informasjon, gitt at pasientene oppgav at de faktisk hadde søkt. Enkelte mente at pasienter generelt var nokså kildekritiske og valgte ut kvalitetskilder fra internett, som Norsk helseinformatikk (NHI) eller Helsedirektoratet. Noen mente de brukte kilder fra pasient- og brukerorganisasjoner, eller fra ulike forum. Ifølge Anne hadde ofte eldre med avisutklipp, eller artikler fra «Hjemmet» eller «Vi over 60», som de ønsket at hun skulle ta stilling til. Hun fortalte at pasientene så ut til å bli særlig påvirket av reklame og livsstilsmagasiner, og var ofte opptatt av de som hadde «gjort det enkle grepet» for å bli friske eller få bedre helse. En annen informant fortalte at de hadde måttet fjerne denne type magasiner fra venteværelset fordi mange pasienter ikke klarte å skille annonser fra fakta. Det er viktig å adressere pasienters bruk av internett til helseinformasjon, og belyse deres evne og mulighet til å vurdere kildene, ellers kan det oppstå en «*digital divide*», der noen får tilgang på informasjon, og har mulighet til å forstå den, mens andre ikke har det.²²⁹ Kine mente at pasienter ofte ikke var kritiske til informasjon fra internett, og ikke visste hvordan de skulle skille fakta fra fake news. Bernard mente imidlertid at mange av pasientene faktisk var nokså kildekritiske, og helst spurte ham hva han tenkte om det de hadde funnet. Han mente at de ofte så ut til å vurdere kildene sine ut ifra hvilke de anså som mest «stuerene» å bruke:

[...] jeg tror jeg har et inntrykk av at folk, de starter ofte med denne her «en skal ikke tro på alt en leser, men det jeg har gjort er at jeg har funnet sånn og sånn». Så det gir meg jo en tanke om at de i alle fall er klare over at de bør være kritiske. Og de tenker nok at jeg mener de skal være det i alle fall. Siden de begynner med den alltid. Og jeg har inntrykk av at de selv kan, mange pasienter på en måte graderer validiteten til informasjonen sin ut ifra hvor de har funnet det, ja, jeg har faktisk inntrykk av det. At hvis de har funnet det på et forum, så sier de gjerne «det er jo så mangt der», men folk

²²⁹ Baym, *Personal connections in the digital age*, s. 20 – 21

sier som regel «men kan det være noe i det?» så de graderer det litt som dårligere evidens enn hvis de har funnet en avisartikkel eller til og med en forskningsartikkel ikke sant. Da er de gjerne litt mer sånn, «vis meg, hva betyr dette i min situasjon» ikke sant.

- Bernard

Noen av fastlegene forklarte at det var et skille mellom hvem som var *velinformerte* og hvem som var *feilinformerte*. De opplevde at de feilinformerte gjerne var blant de yngste og de eldste der de unge kunne være overivrige i søkingen og ikke alltid klarte å sortere ut kvalitetskilder. Eldre så ut til å ikke alltid klare å skille hva som var reklame fra hva som var nyhetssaker. Dette stemmer overens med Medietilsynets undersøkelse, som viste at mange over 65 har problemer med å skille annonser fra nyhetssaker, og at de unge og de eldre (< 30 og >60 år) har lav kritisk medieforståelse.²³⁰

5.2 Fastlegenes bruk av internett

Fastlegene brukte også internett i løpet av en arbeidsdag. Ved å spørre dem om deres bruk, ønsket jeg å få et innblikk i holdningene til internett generelt, for å se om de hadde en annen holdning til- eller opplevelse av egen bruk enn til pasientenes.

Leger har i mange år brukt mye tid på å lete opp helseinformasjon.²³¹ De aller fleste informantene oppgav å ha søkt etter informasjon både før, under og etter konsultasjonene. Ofte søkte de informasjon i anerkjente kilder og i anerkjente oppslagsverk som for eksempel Norsk elektronisk legehåndbok²³² og felleskatalogen²³³. Det hendte også at fastlegene brukte Google eller andre søkemotorer. Fellesnevneren for deres bruk av internett til informasjonssøk var imidlertid stort sett at det fungerte som supplement til kunnskap de allerede hadde, som for eksempel hvilken antibiotika som skulle gis til ulike typer infeksjoner. Noen oppgav at de brukte Google hvis pasientene kom med navn på utenlandske medisinerpreparater. Ronny fortalte at han googlet ved spørsmål om kompliserte hudsykdommer for å kunne sammenligne bilder. Han opplevde likevel at han måtte konferere

²³⁰ Medietilsynet, «Kritisk medieforståelse i den norske befolkningen», s. 9; 44

²³¹ Nylenna, Hjortdal, og Aasland, «Internett-bruk blant norske leger».

²³² «Norsk Elektronisk Legehåndbok (NEL) er et medisinsk oppslagsverk for leger og annet helsepersonell» <https://legehandboka.no/>

²³³ «Felleskatalogen er en oversikt over alle legemidler markedsført i Norge» <https://sml.sn.no/Felleskatalogen>

med kollegaer fordi hudtilstander sjelden stemte overens med bildene på nettet. Ellen brukte Google hvis det dukket opp noe hun ikke hadde hørt om før:

Men det er av og til hvis de kommer med noe veldig rart, noe jeg aldri har hørt om før, så sier jeg jo bare det og så googler jeg det. Eller hvis det kommer utenlandske pasienter eller pasienter som har fått medisiner i utlandet, bruker jeg veldig masse google for å prøve å finne ut hva er dette for noe.

- Ellen

De fleste mente at internett og Google var uvurderlige verktøy som var helt nødvendige i arbeidshverdagen. Men det var også to som *ikke* brukte det. Endre og Jens søkte ikke noe særlig underveis i konsultasjonene. Endre oppgav at han heller ønsket å søke i etterkant, mens Jens forsøkte å la være fordi han ikke klarte å ha fokus på både internett og pasienten samtidig:

[...] noen har evne til å gjøre tusen ting samtidig, altså både snakke med folk og samtidig sitte og kommunisere med en skjerm mer eller mindre samtidig. Og det har jeg ikke evne til. Og det som jeg også opplever er at hvis jeg gjør det, for eksempel søker på nettet, under konsultasjonen, så går det tre sekunder og så begynner pasienten likevel å snakke. For, og det, så jeg føler det er bedre å være helt til stede sammen med pasienten, ha blikk-kontakt med pasienten og sitte og snakke og undersøke eventuelt pasienten der og da, og så får all min kommunikasjon med en skjerm den foregår når pasienten er ute av rommet.

- Jens

Her ser vi også at Jens påpeker en medmenneskelig faktor, som å ha blikk-kontakt med pasientene. Han ønsket å være tilstede og lytte aktivt, og oppgav at han ikke klarte det hvis han i tillegg skulle fokusere på skjermen. De legene som aktivt brukte internett underveis i konsultasjonen, fremstod imidlertid som om de også ønsket å fokusere på det mellommenneskelige møtet. I tillegg hadde de fokus på å kvalitetssikre seg selv gjennom internett.

Jens og Endre var to av de eldste av informantene i studien, som kan være en påvirkende faktor ved at de ikke var like ivrige i bruken av internett underveis i konsultasjonene. Erfaring

og alder kan tenkes å være underliggende årsak, samt at de ikke var like vant til eller komfortable med å bruke internett slik yngre leger kanskje er. Samtidig har de jobbet så lenge i allmennpraksis at de kanskje også føler seg faglig tryggere enn yngre fastleger.

Å søke etter informasjon mens pasienten var til stede, kunne for enkelte oppleves som problematisk. De ønsket ikke å fremstå som inkompetente og noen hadde derfor strategier for å håndtere kunnskapshullet, gjerne ved å sende pasienten ut for en blodprøve mens legen fant informasjonen som trengtes. Bernard forklarte denne redselen slik:

[...] det jeg er litt redd for å gjøre er å få det til å se ut som jeg faktisk googler noe fordi jeg ikke vet svaret. Og jeg bare ser, fare for å se hva slags tilfeldig svar jeg får, men det hend - og da tenker de sikkert «men det der kunne jo jeg også gjort». Liksom, jeg trykker på første svaret.

- Bernard

Flere nevnte at de forklarte pasienten at de måtte dobbeltsjekke på nettet for å være på den sikre siden og at pasientene da stort sett så ut til å betrygges av denne kvalitetssjekken. Noen av informantene ønsket også å søke *sammen med* pasientene. Conrad fortalte at han hadde fått en egen type skjerm til kontoret som gjorde det enklere for både ham og pasienten å se hva som foregikk. Da kunne de søke sammen og pasienten kunne følge med på hva han gjorde. Han satte forklaring og kommunikasjon høyt og så ut til å anse det som viktig for samhandlingen med pasientene. Bernard søkte også en del sammen med pasienten, særlig hvis de kunne oppgi kilde på det de allerede hadde funnet. Dette bevitner kanskje det vi kommer inn på litt senere, om demokratisering av pasientrollen og fastlegens pedagogiske rolle.

I disse avsnittene kan vi skimte Browns strategier knyttet til *selvpresentasjon*. Flere av fastlegene så ut til å være redde for at søkingen kunne ødelegge for tilliten, og hadde strategier med å enten skjule at de søkte, eller legitimere det ved å kalle det kvalitetssjekk. Dette kan vi kjenne igjen i både punkt én og to av Browns strategier for selvpresentasjon, hvor man 1) forsøker å få folk til å like oss og 2) forsøker å overbevise publikum om våre kunnskaper.²³⁴ At noen av fastlegene ønsket å søke sammen med pasientene, kan vi også knytte til Måseide sin samarbeidsmodell,²³⁵ eller Emanuel og Emanuel sin fortolkende

²³⁴ Brown, *The Self*, s. 170

²³⁵ Måseide, *Three models for the description of doctor-patient interactions*, s. 2 – 10

modell,²³⁶ som vi var inne på i kapittel tre. Begge modellene handler om samarbeid, som ser ut til å være viktig for flere av fastlegene her.

Fastlegenes bruk av internett og synet på internett som et uvurderlig verktøy kom særlig frem da informantene ble spurt hva de syntes om NRK-programmet «Hva feiler det deg».²³⁷ Conrad svarte at han var imponert over legenes kunnskap uten å bruke oppslagsverk:

Altså vi sitter jo kontinuerlig med oppslagsverk, og medisinen er så komplisert at er totalt umulig å huske alle ting. Hvis ikke jeg bruker oppslagsverk i vertfall på halvparten av konsultasjonene mine, så hadde jeg ikke klart å gjøre jobben min. Det må bare til.

- Conrad

Conrad fremhevet her hvor viktig det er for mange fastleger å ha tilgang til oppslagsverk og til informasjon. Flere påpekte at NRK-programmet var nokså virkelighetsfjernt nettopp på grunn av mangel på tilgjengelig informasjon. Det kan si oss noe om hvor viktig internett har blitt i hverdagen, både for pasienter og for leger. Ronny uttalte at Google og internett gjerne var til større nytte for ham, som lege, enn for en pasient uten medisinsk kompetanse fordi han ville kunne ha et større grunnlag for å forstå informasjonen, og sortere det irrelevante fra det relevante.

5.3 Pasienters søking og dens innvirkning på konsultasjonene

Ofte sa ikke pasientene at de hadde søkt. I stedet bekreftet de på slutten av konsultasjonen at det var det de hadde hørt eller lest, uten at det fikk noen konsekvenser for verken dynamikken eller samspillet i konsultasjonen. De fleste mente at det stort sett ikke utgjorde noen forskjell i selve konsultasjonen dersom pasientene hadde søkt etter informasjon. Enkelte påpekte at de faktisk satte pris på den informerte pasienten, både fordi de var engasjerte i egen situasjon, samtidig som de slapp å forklare dem elementær kroppslig kunnskap. Disse pasientene kan tolkes å være det Wald, Dube og Anthony ville kalt «Net friendly clinicians».²³⁸

²³⁶ Emanuel og Emanuel, «Four Models of the Physician-Patient Relationship», s. 2221 – 2222

²³⁷ NRK, «Hva feiler det deg»

²³⁸ Wald, Dube, og Anthony, «Untangling the Web», s. 220 – 221

Noen ganger kunne imidlertid pasienters informasjonssøk oppleves problematisk eller utfordrende. Det kunne være hvis pasientene i utgangspunktet hadde helseangst og ble enda reddere, eller de gangene fastlegen ikke kunne innfri pasientens forventninger. Det manifesterte seg noen punkter som så ut til å karakterisere fastlegenes opplevelser med konsultasjoner med informerte pasienter. Disse kunne oppleves både positive og negative:

- 1) Flere konsultasjoner
- 2) Økt engstelse blant pasienter
- 3) Enklere konsultasjoner
- 4) Kortere eller lengre konsultasjoner
- 5) Høyere forventninger til utredning og behandling

5.3.1 Flere konsultasjoner og engstelige pasienter

Mange mente at oppslag i aviser og media generelt var en årsak til at folk oppsøkte lege. Dersom det hadde vært et avisoppslag om en sykdom eller lignende, mente flere av fastlegene at det kom en del pasienter for å sjekke seg for akkurat dette i perioden etterpå. Thomas fortalte i gruppeintervjuet at det hadde vært en del flere henvendelser om gentester i det siste, som han mente sannsynligvis kom av diverse nylige medieoppslag. Ellen hevdet også dette og mente at det ikke nødvendigvis var fordi de aktivt hadde søkt etter noe spesifikt, men at overskriftene så ut til å skremme pasientene til å tro at de hadde fått den samme sykdommen som mediene skreiv om:

[...] det er en sånn klassisk sånn mediating, sant, det står i VG om at du mangler sikkert jod og så begynner folk å bekymre seg for det og så vil de ha det testet. Så det er en del som får litt sånn forventninger, kanskje mest det, knyttet til helt spesifikke tester, undersøkelser, ting de vil at skal gjøres. Og dette er ofte mest knyttet til helsesjekk også, dette er stort sett de friske, sant, de som ikke har noen symptomer eller plager og bare kommer for å få en slags bekræftelse på at de er friske. [...]Jog det handler ikke så mye om at de søker på spesifikke ting, som at de sikkert blir påvirket generelt av media, sant. Vi ser jo litt de der trendene om at når det er mye borreliose i avisene så kommer det spørsmålet oftere i konsultasjonene. Sant at det henger jo litt sammen.

- Ellen

Fra et medievitenskaplig perspektiv, er imidlertid ikke nødvendigvis mediepåvirkningen så direkte eller akutt som det fremstår her. At mediene sier «sjekk deg» betyr ikke at publikum

løper for å bli sjekket. Som vi var inne på i teorikapittelet handler påvirkning om et stort samspill av faktorer.²³⁹ Det kan også være at pasientene som blir påvirket av disse rådene, kanskje ikke har den nødvendige kunnskapen for å skille ut hva som er annonser og reklame fra hva som er forskningsbasert informasjon. Samtidig bør vi også ha i mente det Briggs og Hallin mente om det uløselige forholdet mellom medier og medisin, og mediernes gjennomsyring av medisinsk innhold og omvendt.²⁴⁰ Mediene og medisinen er over alt, og det er i utgangspunktet ikke utenkelig at dette vil kunne skape engstelse blant enkelte i publikum.

Flere av fastlegene mente at søking etter helseinformasjon generelt kunne føre til flere konsultasjoner. De mente det ofte hang sammen med engstelse og at pasientene gjerne kom for å avklare funnene sine. Conrad var en av dem som mente at folk generelt er mer engstelige for symptomer i dag. Han begrunnet det med den informasjonsflyten og at informasjonstilgjengeligheten gjorde folk mer engstelige.

Eh, men det er langt flere folk i dag som er engstelige for at symptomene er uttrykk for alvorlig sykdom, enn det det var tidligere. Og det tror jeg har med informasjonsflyten å gjøre. Men jeg har jo ingen tro på at man skal begrense folks tilgjengelighet til informasjon. Eh, snarere tvert imot, det må folk styre selv altså.

- Conrad

Flere mente at pasientene oppsøkte helsetjenestene for mindre alvorlige symptomer nå enn tidligere, og at terskelen for å oppsøke helsevesenet var blitt lavere. Om det er på grunn av media, internett, eller på grunn av tilgjengelighet eller andre samfunnsendringer er imidlertid vanskelig å avgjøre, og må eventuelt drøftes ytterligere i andre studier. Kanskje kan det også være en del av Giddens²⁴¹ og Becks²⁴² risikosamfunn, i den forstand at fastlegene opplever pasientene i dag som mer engstelige og derav risikoorienterte. Det kan tenkes at økt engstelse generelt er en konsekvens av det risikoorienterte samfunnet, hvor vi stadig må sikre oss og beskytte oss mot farer og trusler.²⁴³ Som vi kommer inn på om litt, nevner også Conrad det han kaller «for sikkerhets skyld-medisin», hvor vi oppsøker helsevesenet *i tilfellet* vi har

²³⁹ Gentikow og Østbye, «Kartlegging av et felt», s. 24 – 26

²⁴⁰ Briggs og Hallin, *Making Health Public*

²⁴¹ Giddens, *Modernity and Self-Identity*, s. 109

²⁴² Beck, *Risk society: Towards a new modernity*, s. 22

²⁴³ Trondsen, «Risikofokus på barn med psykisk syke foreldre», s. 119

sykdommer vi ikke enda har oppdaget, da gjerne basert på informasjon fra internett eller avisoverskrifter.

Endre fortalte at han hadde en opplevelse av at årsakene til kontakt med legekantoret gjerne handlet om impulsivitet og utålmodighet, både på bakgrunn av tilgjengelighet, men også fordi de ble overveldet av skremmende informasjon:

Terskelen for å ringe legekantoret kan hos noen bli lav eller kanskje ha et preg av en impulsivitet da. Fordi at man blir litt overveldet kanskje av det man leser da hvis man står på bussholdeplassen hvis man leser og så ringer man legekantoret med en gang og bestiller en time. Det kan jeg vel få inntrykk av noen ganger. Og at de på en måte ikke har den tålmodigheten til å stå litt i det da og se om ting går over av seg selv og bruker litt tiden på det og så er det ikke alltid at pasienten blir så høyt prioritert at de får så raskt time og da kan jo ting klinge over av seg selv ikke sant, og så går du til legen og så sier de nærmest det, ja, «Jeg vet jo ikke helt hvorfor jeg er her i dag» fordi ting har gått over og, det er jo en ærlig sak det, det er det.

- Endre

Samtidig mente noen at når pasienter søkte informasjon, kunne det også informere pasienten om faresignal for alvorlig sykdom. Det kunne videre hjelpe pasientene med å skille farlig fra ufarlig sykdom og kunne derfor være viktig ved et sykdomstilfelle:

Jeg tenker: hvorfor skal ikke de lese på nett hva som er av faresignaler ved en vanlig forkjølelse mot en sepsis [244] eller noe sånt.

- Tom

Conrad var imidlertid inne på noe av det samme som Endre, at tilgjengeligheten skaper både utrygghet og utålmodighet overfor sykdom:

Jeg tror den [mobiltelefonen] skaper mye mer utrygghet og mye mer spørsmål, for det merker vi på folk at de kommer jo med enklere ting. Og mer spørsmål enn det de gjorde

²⁴⁴ Sepsis er det vi gjerne kaller blodforgiftning og er en dødelig tilstand hvor en infeksjon har forverret seg til å bli en betennelsestilstand i blod og organer.

<https://nhi.no/sykdommer/infeksjoner/bakteriesykdommer/blodforgiftning-sepsis/>

tidligere. Og noe av det tror jeg er at man bombarderes altså med masse informasjon som man ikke alltid klarer å sette i sammenheng. [...] Jeg opplever nok kanskje at på 80-tallet da jeg startet, så var aksepten for at livet medbrakte noen plager større enn det er per i dag. Eh folk ønsker veldig mye svar på enkle ting som de ikke brydde seg om tidligere, eller som de vertfall ikke tok kontakt med doktoren om tidligere. Konsultasjonsraten har jo økt dramatisk. [...]. Det er bare å lese avisene. Hovedoppslaget i VG og Dagbladet er jo hver dag en eller annen helseproblemstilling om ting som KAN gå galt eller er galt eller ting som ikke funker eller et eller annet sånn. Det er ikke noe rart de fort blir engstelige. Altså, så er det veldig mye sånn, eh, «for sikkerhets skylds-medisin», har det blitt i forhold til det det var tidligere.

- Conrad

Her peker han på flere ting. Pasienter kommer til fastlegen for mindre symptomer og folk går generelt oftere til legen. Han peker også på at dette kanskje ikke er så rart, tatt i betraktning hvilket fokus avisene har på sykdom og helse. Dette var Dilliway og Maudsley²⁴⁵ også inne på i sin artikkel, der de fant at pasienter – på grunn av informasjonsinnhenting – oppsøkte helsevesenet for mindre alvorlige symptomer og plager. Kanskje har man i dag blitt så redd for sykdomstegn, at man ikke lenger har tålmodighet eller toleranse for å holde ut forbigående sykdomsperioder? I gruppeintervjuet kom det dessuten frem at pasienter ofte kom til legen med helt elementære problemstillinger som gjerne handlet om mat, søvn og hvile. Mange så ut til å være så opptatt av diagnoser og detaljer i et sykdomsbilde at de nærmest glemte de elementære elementene som er nødvendige for god helse:

Altså jeg ser jo at vi har et overforbruk av helsetjenester. Jeg ser stadig at det som jeg startet litt med, de mest elementære ting som søvn, fysisk aktivitet, kosthold, nok vitaminer eh, er fraværende i veldig mange forsåvidt både høyt utdanna mennesker som, altså de har lært alt annet, men de ikke lært seg å kle på seg og kle av seg og sove og hvile hjernen. Så hvis du tenker på folkehelsen, altså på den ene siden – okey, vi blir ikke arbeidsledig, - men jeg skulle jo faktisk ønske at folk hadde litt mer egenomsorg altså evne til å ivareta enkle ting som en forkjølelse.

- Torleif

²⁴⁵ Dilliway og Maudsley, «Patients Bringing Information to Primary Care Consultations»

Torleif uttrykket i intervjuet en slags diskrepans mellom det å oppsøke helseinformasjon, altså engasjere seg i sin egen situasjon, og det å reflektere over elementær helsefremmende atferd. Kanskje har vi et så stort fokus på sykdom og diagnostikk, at grunnleggende helsekunnskap forsvinner i mengden av detaljer?

5.3.2 Enklere, kortere eller lengre konsultasjoner?

Søkende pasienter kunne for mange være tidkrevende fordi de trengte en helt annen tilnærming og forklaring, særlig hvis legen ikke kunne innfri forventningene deres. På den andre siden, var det flere som mente det motsatte, at de søkende pasientene var mindre tidkrevende fordi fastlegene slapp å forklare basale ting om kropp og helse.

Tom var en av dem som mente at pasientene som hadde klare forventninger til diagnose eller behandling, kunne oppleves som mer tidkrevende enn andre. Han mente det kom helt an på hvor bekymret de var og mente det var legitimt å bruke mer tid i en slik situasjon:

Altså, så klart, man er mer utfordret når noen kommer med helt klare forestillinger eller vet om sykdom og behandlingsmuligheter. Så vil det kreve litt mer tid, men det synes jeg er helt greit.

- Tom

Endre mente også at det krevde en del tid å avklare forventningene som oppstod. Samtidig påpekte han at han satte pris på at de var bevisste og utfordret ham.

Det kan bli veldig mye fokus på å gå igjennom det som pasientene har gått igjennom på forhånd. At du må på en måte bruke en god del av konsultasjonen på å kanskje å ja, klargjøre litt hva som pasienten har oppfattet og tolket og klargjøre hva pasientens forventninger er og ønsker er, og så klargjøre litt hva på en måte som er, hvilken kilde pasienten har og hva de bygger på [...].

- Endre

Selv om enkelte fastleger så ut til å oppleve at konsultasjonene kunne ta noe lengre tid, var det også to av informantene som hevdet at pasientene faktisk kunne hjelpe dem på vei i riktig retning av en diagnose:

Og rett som det er så synes jeg pasientene kan gi meg, sette meg på sporet av noe. Eh. Det har hendt flere ganger det at pasienten har selv googlet seg frem til det som viser seg å være det rette svaret egentlig.

- Bernard

Også Kine hevdet noe av det samme:

Det er noen som kommer og er velinformerte. Og hjelper meg faktisk og innimellom. Det har skjedd det. Så da sier jeg «tusen takk. Dette hadde jeg ikke greid å finne uten deg.» Faktisk. Men det er ikke flertallet da. Men det er gjerne folk som ikke, folk som faktisk har litt kanskje helsebakgrunn, tror jeg. Eller har vertfall litt, eller er oppegående da.

- Kine

Kine pekte på at det var de velinformerte pasientene som hjalp henne, og da gjerne pasienter med høy *health literacy*,²⁴⁶ eksempelvis de med helsebakgrunn. Jens mente på sin side at søkende pasienter var enklere å forholde seg til fordi de hadde gjort seg opp en mening om hva som var i veien. Omvendt mente han at de som ikke hadde søkt også var de mest krevende:

Og da er det lettere å forholde seg til folk enn på en måte å snakke med folk som er blanke, altså de har ikke skaffet seg noe kunnskap, har ikke peiling på noe. Alt er nytt for dem. DET er de vanskeligste pasientene. De som ikke kan noe, ikke vil kunne noe, som ikke, som sier at de ikke har noen mening om noe og som sier at det er du som får tenke for meg og det er du får mene for meg og det er du som får... De er de vanskelige pasientene. De enkle, det er de som har en mening selv om hva ting er og som kommer ikke bare med en problemstilling, men også en oppfatning om problemstillingen.

- Jens

Jens peker her på en opplevelse av pasienters rolleforventning, ved at legen blir forventet å ta de viktige avgjørelsene, mens pasienten ønsker å være en passiv mottaker av behandling. Dette er ikke helt fjernt fra det vi har sett i Måseides *diciplinary model*,²⁴⁷ hvor han nevner

²⁴⁶ Kickbusch et.al., *Health literacy*, s. 4

²⁴⁷ Måseide, *Three models for the description of doctor-patient interaction*, s. 10

inkongruens om forventninger,²⁴⁸ der det er en uoverensstemmelse mellom pasientens ønske om å ikke ta ansvar, og legens ønske om at pasienten tar større del i behandlingen.

Vi har nå sett at noen av fastlegene opplevde at det kunne være tidkrevende med søkende pasienter, blant annet fordi forventninger måtte avklares. Forventninger stod sentralt i alle intervjuene, med ulike opplevelser knyttet til dem. Disse skal vi se nærmere på nå.

5.3.3 Forventninger

Informerte pasienter kunne for noen fastleger bety at pasientene samtidig kom med økte krav og forventninger til behandling og utredning. Andre påpekte at informasjonssøk ikke så ut til å ha særlig mye å si for forventningene til pasientene. De sistnevnte mente at det alltid hadde vært en andel pasienter som stilte høye krav, og at dette ikke nødvendigvis hadde endret seg i den ene eller andre retningen. Likevel var det noen opplevelser av forventninger som så ut til å være gjentakende blant fastlegene: Enkelte søkende pasienter hadde 1) flere og høyere krav til helsehjelp, 2) forventning om raskere helsehjelp og 3) høyere forventninger til å bli frisk. Vi skal nå gjennomgå hver enkelt.

Høye krav og forventninger

Den første og viktigste forventningen som presenterte seg var at noen av pasientene som hadde søkt ble ofte oppfattet å ha høyere krav enn de som ikke hadde det. De fleste var tydelige på at det sjelden utgjorde noe problem, men at enkelte kom med bestillinger på behandlinger og undersøkelser basert på informasjon de hadde funnet på internett (og i andre medier). Det kunne eksempelvis være krav om å bli henvist til MR for smerter i knærne, eller i forbindelse med attester til forsikringer og annet. Kine var en av dem som så ut til å merke dette særlig godt. Hun uttrykket frustrasjon og mente at pasientpopulasjonen generelt hadde blitt mer kravstore og vågale. Pasientene så ikke lenger på henne som en autoritet, men som en som skulle hjelpe dem når de følte de trengte det:

De synes kanskje nesten det er unødvendig å komme innom meg en gang fordi de vet hva de vil ha og de har lest og trenger og noen har helseforsikring og de vil bare at jeg skal skrive en henvisning eller et eller annet. [...] og de lurere på om jeg, eller noen

²⁴⁸ Måseide, *Three models for the description of doctor-patient interaction*, s. 18

lurer ikke en gang, de bare sier at de tror de har sånn og sånn for de har lest sånn og sånn og det passer veldig godt og hvorfor jeg ikke har tenkt på det.

- Kine

Kine mente at pasientene ofte kom med bestillinger i beste hensikt, gjerne for å hjelpe henne med å komme frem til det de tenkte var riktig svar ut ifra hva de hadde lest. Ikke minst kunne dette være nokså utfordrende fordi hennes jobb var å systematisk finne ut av hva som feilte pasienten, mens pasienten gjerne kom med en ferdig konklusjon. Disse forhandlingene som oppstod mellom dem tok ofte mye tid og innimellom måtte hun be dem komme tilbake fordi konsultasjonstiden hadde gått fra dem. Det Kine her uttrykker er i tråd med det vi har sett fra Malone et.al.²⁴⁹ angående at leger ser ut til å oppleve selvdiagnostiserende pasienter som kravstore. En slik selvdiagnostisering stemmer dessuten ikke overens med normen og forventningene til legens rolleopptreden,²⁵⁰ der det er legen som skal drive diagnostiseringen, ikke pasienten. Det oppstår en inkongruens om forventninger²⁵¹ og kompetanse,²⁵² der Kine skal være eksperten, men sliter med samarbeidet med pasienten fordi pasienten allerede har bestemt seg. Når hun blir utsatt for krav på denne måten, kan det dessuten stride med et ønske om å fremstå²⁵³ kompetent og dyktig. Hun må derfor bruke det Måseide betegner som *disciplinary power*,²⁵⁴ for å kunne gjøre jobben sin ordentlig, altså en underliggende makt eller kontroll som finnes på bakgrunn av det faktum at hun er lege og dermed automatisk besitter makt overfor pasienten.

Jens fortalte om noenlunde samme opplevelse som Kine, men han opplevde det som en fordel, fordi det gav ham en mulighet for diskusjon og samtale mellom ham og pasienten:

[...] de har flere bestillinger og de er mer frimodige med å fortelle hva de vil og oppfører seg i den forstand annerledes enn før. Og det er bare en fordel at det er sånn.

- Jens

²⁴⁹ Malone et.al., «Health and the Internet--Changing Boundaries in Primary Care»

²⁵⁰ Goffman, *Vårt rollespill til daglig*, s. 24

²⁵¹ Måseide, *Three models for the description of doctor-patient interaction*, s. 16 – 17

²⁵² Måseide, *Three models for the description of doctor-patient interaction*, s. 13 – 15

²⁵³ Brown, *The Self*, s. 170

²⁵⁴ Måseide, *Three models for the description of doctor-patient interaction*, s 13

At Jens opplever det som positivt, kan være fordi det gir ham en mulighet til å kommunisere med dem på et høyere faglig nivå. Det gir ham mulighet til å selv fremstå kompetent²⁵⁵ og det kan derfor oppleves givende for ham.

Forventningene pasientene hadde til behandling og utredning, passet ikke alltid sammen med det legen opplevde som nyttig eller verdt det i klinisk sammenheng, og det oppstod en motsetning rundt interesse og forventning.²⁵⁶ Legen hadde på den ene siden interesse av å gjøre det som var faglig og økonomisk riktig, mens pasientens interesser var å få spesifikke behandlinger eller utredninger. Dette samsvarte ikke alltid og det kunne oppstå en uoverensstemmelse mellom dem. Enkelte behandlinger eller utredninger kunne også være direkte skadelige for pasienten, og legene måtte hele tiden vurdere nytte versus kostnad (økonomisk kostnad, og kostnad i form av skaderisiko). Conrad var en av dem som kom med et slikt eksempel:

Vi får i mye større grad digitale dialoger som sier «henvis meg til en billedundersøkelse sånn og sånn, jeg har vondt i foten». Mens vi ønsker å se på den foten og putte dette inn i en klinisk sammenheng og vurdere: Er det nødvendig å påføre folk røntgenstråler for å få behandling eller diagnose på dette her?

- Conrad

Endre påpekte viktigheten av å klargjøre forventningene til pasienten underveis i konsultasjonen. Han mente nemlig at det samtidig førte til at han måtte skjerpe seg og kanskje være litt ekstra oppmerksom, som han videre opplevde som givende.

[...] det er en sånn møtepunkt da, i forhold til min verden, med min utdanning og min forståelse av problemet og tolkning av det og løsninger. Så det er mange ganger et, en spenning der ja, mellom pasientens forventninger og det jeg, hvordan jeg tolker det og hva jeg kan tilby. Det er nok den, så det kan berøre en god del konsultasjoner, det har jeg flere eksempler på i.. senest i dag. Men det er på.. også både positivt, altså at det å ha bevisste pasienter, synes jeg er veldig bra. Og det, jeg tenker jo at det, det er utfordrende, men også givende og det på en måte gjør jo at jeg må selvfølgelig at jeg må skjerpe meg.»

²⁵⁵ Brown, *The Self*, s. 170

²⁵⁶ Måseide, *Three models for the description of doctor-patient interaction*, s. 16 – 17

Endre skildrer her hvordan han opplever et møtepunkt eller en motsetning mellom pasientens forklaringsmodell og hans egen.²⁵⁷ Han beskriver hvordan det av og til kan opplevdes vanskelig dersom pasientene har andre forventninger enn det han kan tilby pasienten, og det oppstår en uoverensstemmelse²⁵⁸ som han må håndtere. Strategier for hvordan pasientene håndterer uoverensstemmelsene kommer vi tilbake til.

Forventning om raskere hjelp

Den andre typen forventning som presenterte seg, var at enkelte pasienter så ut til å forvente raskere helsehjelp enn før. Dette handlet ikke nødvendigvis bare om internett, men om en teknologisk og digital utvikling der tjenestene hadde blitt mer tilgjengelige. Pasientene sendte gjerne inn E-konsultasjon på natten og forventet legetime neste dag. Eller de sendte elektronisk forespørsel om fornyelse av resept, for deretter en halvtime senere ringe fra apoteket og lure på hvorfor den ikke var registrert. Tom sammenlignet det med et bilverksted, hvor man kan bestille time og forvente å få time nokså raskt, eller at du kan bestille flybillett midt på natten:

Så jeg tror nok forventningsnivået er høyt ja. Og klart, det er flott hvis jeg kan bestille en time hos et bilverksted eller et eller annet neste dag eller når jeg plutselig finner ut at nå skal jeg reise med fly og kan fikse det der og da før jeg legger meg halv ett om natten sant. Det er litt sånn der vi er i dag og jeg synes det er forsåvidt, det er greit, altså hvis tilbudet finnes, hvorfor skal ikke folk bruke det. Hvorfor skal ikke folk før de legger seg, bestille sine blodtrykksmedisiner?

- Tom

Ellen problematiserte pasientens forventninger om raskere helsehjelp. Hun opplevde det ikke som et stort problem i det daglige, men hun mente likevel at det var en liten økning i andel pasienter som forventet raskere hjelp, og av og til kunne det by på problemer, ettersom enkelte pasienter så ut til å ikke helt forstå at det ofte kan være ventetid på konsultasjonene:

²⁵⁷ Kleinman, *Patients and Healers in the Context of Culture*, s. 105

²⁵⁸ Måseide, *Three models for the description of doctor-patient interaction*, s. 16 – 18

[...] jeg tror de har forventninger om at ting skal gå fortere enn før. Jeg opplever vertfall det. At jeg må ofte forklare, jeg prøver jo å lære dem litt disse, for eksempel disse digitale verktøyene, så er det ganske ofte at jeg er nødt til å skrive til en pasient som har kommet med et spørsmål som jeg synes egentlig haster litt, at det er faktisk fem dagers svartid på en e-konsultasjon. Det er ikke en chattetjeneste i en nettbank som er bemannet. Sant, det er noe som jeg gjør i tillegg til den fulle arbeidsuken min som jeg ellers har.

- Ellen

Kanskje kan det at pasientene så ut til å ønske raskere hjelp, også ha en sammenheng med at de ønsker å bli fortere friske, som vi skal se på nå.

Forventning om å bli frisk

Den siste typen forventning fastlegene tok opp, var en forventning om å bli frisk. Conrad var en av dem som hevdet dette og mente at mediene hadde en viktig rolle gjennom at overskriftene skapte engstelse hos publikum.

Jeg tror forventningene til å bli frisk er større. Altså forventningene til behandling og forventningene og kravene til ikke å skulle ha symptomer og plager, eh, er noe høyere nå enn det var tidligere.

- Conrad

Kanskje henger dette også sammen med det økte fokuset på pasientenes autonomi, deres rettigheter og markedstankegangen som vi ser mer og mer av i helsevesenet. Pasientene hadde ifølge flere av fastlegene nå mer kunnskap om sine rettigheter og mange var særlig opptatt av dette. Kanskje kan et slikt fokus også gi en økt forventning om hjelp, også til mindre plager. Ole Thyssen beskriver i *Det diagnostiske livet*²⁵⁹ hvordan han mener velferdsstaten kan være med på å skape slike forventninger. Han mener at velferdsstaten har skapt en *kravsinflasjon*, der menneskene i den stiller uoverkommelige krav til staten. Kravene er ikke preget av glede eller takknemlighet, men av utilfredshet og kritikk.²⁶⁰ Denne utilfredsheten kan dessuten tenkes å bunne i våre generelle forventninger til helsehjelp og fokuset på å unngå – eller

²⁵⁹ Thyssen, «Jens Vejmans om rettigheter», s. 102 – 103

²⁶⁰ Thyssen, «Jens Vejmans om rettigheter», s. 103

redsel for – sykdom og uhelse, jamfør risikosamfunnet.²⁶¹ Kanskje er fokuset på god helse og forebyggende helsearbeid så stort i dag, at vi ikke er like godt rustet i møtet med mindre plager og symptomer?

I møtet med disse forventningene vi nå har vært igjennom, pekte det seg ut noen strategier som fastlegene tok i bruk for å håndtere de søkende pasientene.

5.4 Strategier for å håndtere pasientenes søking

I tråd med Måseides inkongruens-modell,²⁶² må fastlegene håndtere pasientenes søking og deres forventninger knyttet til det. Fastlegene så ut til å håndtere dette på ulike måter, som vi kan kategorisere i to hovedstrategier: en *legefokusert*, og en *pasientfokusert* håndtering. Den legefokuserte håndteringen så ut til å ha bakgrunn i fastlegenes interesser eller ønske om å fremstå (eller ikke fremstå) på en bestemt måte. De aktuelle interessene kunne være å komme videre i en sak der de mente at pasienten brukte tiden destruktivt. Det kunne også være dersom pasientene kom med forventninger som fastlegen ikke var enig i, og ville komme seg bort fra. Dette så ut til å kunne bunne i en usikkerhet i egen legerolle, som vi kommer inn på etter hvert. Den pasientfokuserte håndteringen så ut til å være rettet mot å gjøre pasientenes opplevelser så positive som mulig, både medisinsk sett, men også for å gjøre dem trygge og for å skape tillit. Flere så ut til å være bevisste sin egen maktposisjon, og hadde et stort fokus på å inkludere pasienten i denne maktutøvelsen, der de blant annet fikk være med å ta avgjørelser. Innenfor den pasientrettede kategorien ble det identifisert tre strategier:

1. Åpenhet: Legene oppgav å møte pasientene og funnene deres med åpenhet og nysgjerrighet.
2. Veiledning: Fastlegene oppgav å veilede dem i funnene pasientene kom med, eller veilede dem med å finne ny og/eller bedre informasjon, eller veiledet dem ved å søke sammen med pasienten i konsultasjonen.
3. Forhandling: Fastlegene måtte i møtet med rollekonflikter forhandle med pasientene.

Vi skal nå ta for oss de ulike håndteringene og vi begynner med de legeorienterte strategiene motstand og reparering.

²⁶¹ Giddens, *Modernity and Self-Identity*; Beck, *Risk Society*.

²⁶² Måseide, *Three models for the description of doctor-patient interaction*, s. 13

5.4.1 Legeorienterte strategier

Motstand og reparering

Det var få som så ut til å aktivt bruke legeorienterte strategier for å håndtere pasientene. Enkelte viste likevel av og til tegn til å enten bruke det, eller ha lyst til å bruke dem. Kine hentydet så vidt at hun av og til forsøkte å jobbe seg bort fra pasientenes beretninger rundt det de hadde funnet på internett. Dette mente hun var fordi hun var nødt til å systematisk gå gjennom symptomer for å utelukke sykdommer og peile seg inn på riktig spor, mens pasientene gjerne kom med en ferdig konklusjon. Det handlet dermed mer om å endre retning i konsultasjonen, og ikke nødvendigvis om motstand mot selve innholdet. Det kan likevel minne om motstands-kategorien til Caiata-Zufferey og Schulz,²⁶³ som vi var inne på i kapittel tre.

Fastlegene så stort sett ut til å oppleve det som spennende eller uproblematisk at pasientene søkte informasjon, og fremstod å møte disse pasientene med åpenhet. Espen fortalte at han tidligere hadde møtt søkende pasienter med motstand og kritikk, men nå ønsket å tilnærme seg funnene deres med nysgjerrighet:

Men altså før så husker jeg at det irriterte meg når de kom og hadde googlet. Da hisset jeg meg litt opp og så... Hvilke forutsetninger har du egentlig for å vurdere dette her? Altså, jeg tok den der dumme tilnærmingen.

- Espen

Han pekte på at pasienten ikke hadde forutsetning for å vurdere informasjonen han eller hun hadde funnet, som setter relasjonen deres i en form for *maktkamp*, der pasienten også hadde tilegnet seg en viss kunnskap – riktig eller ei. Kanskje satte han seg i den posisjonen tidligere, fordi han var vant til et klassisk maktforhold,²⁶⁴ der pasienten var passiv, mens han skulle være den med makt og kunnskap. Dette så ut til å ha endret seg og Espen forsøkte nå å - i stedet for å hisse seg opp - be pasientene fortelle om funnene sine, slik at de åpent kunne diskutere dem. Han fortalte at han nå forsøkte å møte pasienter som likeverdige mennesker og på en måte han selv ville ha blitt behandlet i en sårbar posisjon. Samtidig påpekte han litt

²⁶³ Caiata-Zufferey og Schulz, «Physicians' Communicative Strategies», s. 741

²⁶⁴ Stokken, «Den kunnskapsrike pasienten», s. 59 – 64

senere i intervjuet at han fortsatt kunne bli irritert på de søkende pasientene. Da forsøkte han å løse det med å bruke humor:

Hvis jeg blir av og til blir litt irritert på en pasient, så sier jeg «nå skal vi gjøre sånn og sånn. Og hvis du fortsatt lever i neste uke, så kommer du tilbake». Da klapper de igjen.

[Ler]

- Espen

Ifølge ham selv var dette en effektiv måte å løse en konflikt på, og han fikk da bestemme over hva som skulle gjøres videre. Den første og sistnevnte tilnærmingen til Espen kan minne om de to strategiene motstand og reparering fra Caiata-Zufferey og Scultz sin studie.²⁶⁵ Likevel var det få tegn til at dette var særlig utbredt blant fastlegene. Noen så ut til å ha et ønske om å fortelle pasientene direkte at de tok feil, men fordi de samtidig ønsket å fremstå som åpne og profesjonelle, fokuserte de heller på det som kan minne om en rekonstruering av informasjonen,²⁶⁶ der de forklarte hvorfor funnene ikke passet inn i pasientens situasjon. Thomas fortalte at han av og til hadde måttet ta seg veldig sammen for ikke å fremstå som en besserwisher foran pasienter som hadde innhentet informasjon. Han mente at de gjerne hadde hentet informasjon som ikke nødvendigvis var relevant for hans arbeid, og kunne oppleves problematisk:

Vi har jo ikke tid i vår hverdag til å sitte og google alt mulig slags affærer som vi i bunn og grunn kan en del om. Og spesielt sammenhengen og sannsynlighet og sånne ting som ikke nødvendigvis står like tydelig på Google. Sånn at da måtte man ta seg i nakken på en måte for ikke å bli seende ut som en sånn arrogant drittsekk da i anførselstegn, ikke sant.

- Thomas

Her ser vi tydelige spor av selvpresentasjon,²⁶⁷ der Thomas er svært bevisste hvordan han opptrer foran pasienten, og ytrer at han *ikke* ønsker å fremstå på en negativ måte. Kanskje er det fordi det i dag forventes mer omsorg av legerollen enn man kanskje gjorde da det var normen at legerollen ble opptrådt på en mer autoritær måte.

²⁶⁵ Caiata-Zufferey og Schulz, «Physicians' Communicative Strategies», s. 741 – 742

²⁶⁶ Caiata-Zufferey og Schulz, «Physicians' Communicative Strategies», s. 743

²⁶⁷ Brown, *The Self*

I gruppeintervjuet snakket informantene om at de tidligere hadde opptrådt avvisende overfor pasienter oftere enn det de gjorde nå, hvis pasientene kom med krav basert på informasjon fra nettet. At pasientene søkte informasjon og deretter kom med krav til legen kunne for noen oppleves som om pasientene forsøkte å fortelle dem hvordan de skulle gjøre jobben sin, når pasientene egentlig var usikre og trengte å bli betrygget. Torleif mente at avvisingen bunnet i en form for angst for å ikke være god nok som lege.

«[...] det er nok ikke intensjonen å virke, hva jeg skal si, sette seg på den høye hest, men det ofte kolleger gjør når de ikke kan svare, eller ikke har et godt svar, det er å bli avvisende. Og den avvisningen - i stedet for å gå inn i den dialogen, og det tenker jeg - det er noe som man må på en måte, man må reflektere selv og se: Hva var det som skjedde når jeg nå ble irritert? Hva- hvorfor ble jeg irritert? Jeg sitter jo her for å hjelpe. Så hvorfor ble jeg sur på pasienten? Jo, det jeg både har observert og som jeg selv også har vært inni, det er at når jeg blir irritert så er det fordi jeg på et eller annet vis blir satt ut. Oftest så er det fordi at det kommer en påstand som jeg ikke kan svare på.»

- Torleif

Kanskje reagerer legene på denne måten fordi det kolliderer med deres mål gjennom sin opptreden eller selvpresentasjon,²⁶⁸ om å fremstå som en kompetent lege? I flere av intervjuene kan det se ut til at fastlegene hadde tatt et aktivt standpunkt og reflektert over at de ikke ønsket å avvise pasientene, og det selv om de opplevde å bli frustrerte over kravene deres etter de hadde funnet informasjon. De fleste anerkjente viktigheten av å ha en god, likeverdig dialog med pasientene og så på det som verdifullt med godt samarbeid:

Det er nok litt annerledes kommunikasjon nå enn for bare for tyve år siden. Men likeverdig dialog er jo det viktigste. [...] Det med folks erfaringskompetanse møter helsepersonell med sin fagkompetanse - og får man til en likeverdig dialog så tror jeg resultatet blir bedre enn hvis man får sånn ubalansert, sånn «hør nå her, det er jeg som vet, nå må du bare skjønne at...». Ikke sant, den fører aldri noe sted. Og er du veldig heldig så trekker folk selv en konklusjon om den kunnskapen som de har lest seg opp om. Og da får du ofte det beste behandlingsresultatet også.

²⁶⁸ Brown, *The Self*, s. 160 – 163

Conrad peker her på at legen og pasienten har ulike forklaringsmodeller²⁶⁹ som ideelt sett må kunne veves sammen til et likeverdig samarbeid, som er et viktig poeng for en god relasjon mellom pasient og lege. Dette så vi bli poengtert av Wald, Dube og Anthony²⁷⁰ tidligere i oppgaven. Det så altså ut til at de fleste fastlegene som før oppgav å ha hatt en legeorientert tilnærming til pasienter som søker, nå hadde gått over til – eller i det minste *ønsket* å benytte – en mer pasientorientert tilnærming.

5.4.2 Pasientorienterte strategier

Som nevnt ovenfor, mente flere av fastlegene at kommunikasjon og samhandling var svært viktig i relasjonen mellom pasienten og legen. Mange så ut til å være bevisste sin maktposisjon og ønsket å fordele makten mer likeverdig mellom legen og pasienten. Vi kan i lys av dette skimte en måte å kommunisere med pasientene, som er i tråd med det vi var inne på under kapittelet om roller: Legene ser ikke ut til å være autoritære og paternalistiske jf. Måseides «expert model»²⁷¹, og pasientene opplevdes ikke lenger som passive mottakere av helsehjelp. De opplevdes i stor grad som myndiggjorte pasienter som tok ansvar for egen helse, og dermed ser vi også flest eksempler på strategiene rekonstruering og forbedring.²⁷² Reparering og motstand kan se ut til å tilhøre en eldre håndtering av lege- og pasientrollen, med fokus på legenes selvpresentasjon²⁷³ i stedet for samhandling og tillit. Kommunikasjon med- og håndteringen av søkende pasienter vil kunne ha innvirkning på relasjonen, i tillegg til søkingen alene.

Åpenhet og nysgjerrighet

Der Espen før sa at han gjerne ble sur når pasienter kom med informasjon, ønsket han nå å møte dem med en mer positiv tilnærming, der han inviterte til dialog og rekonstruering av funnene deres:

Nå sier jeg mer «interessant, ja, hva fant du? Hva tenker du om det? Ja? Mhm, ja, men det er jo bare en promille ifølge statistikk.

²⁶⁹ Kleinman, *Patients and Healers in the Context of Culture*, s. 105

²⁷⁰ Wald, Dube, og Anthony, «Untangling the Web», s. 220 – 221

²⁷¹ Måseide, *Three models for the description of doctor-patient interactions*, s. 2 – 4

²⁷² Caiata-Zufferey og Schulz, «Physicians' Communicative Strategies», s. 741 – 742

²⁷³ Brown, *The Self*, s. 170

Han tok nå imot informasjonen mer åpent og tilpasset den til pasientens situasjon, slik Caiata-Zufferey og Scultz også forklarer i strategien om rekonstruering.²⁷⁴ Dette var det flere som pekte på, og Bernard var en av dem. Han gikk stort sett ut ifra at pasientene hadde oppsøkt informasjon på forhånd og ønsket å ufarliggjøre det, ettersom mange så ut til å presentere at det var noe man ikke skulle gjøre. Han ville unngå at pasienten følte seg mistenkeliggjort, og ville derfor møte informasjonen med åpenhet. Denne strategien kan sees på som en form for imøtekommenhet, eller en strategi for å være i forkant slik at pasientene slipper å måtte nærmest innrømme at de har lest.

Torleif fortalte at han som lege ønsket å lykkes, som innebar å samarbeide godt med pasienten. Det krevde lytting, god kommunikasjon og god formidling av kunnskap, tilpasset pasienten. Ikke minst innebar det, ifølge Torleif å få pasienten til å forstå at legen har hørt ham:

[...] vi ønsker å lykkes i det vi gjør, og for å lykkes så må vi ha pasienten med på laget. Det hjelper så utrolig lite at vi vet og kan alt hvis ikke pasienten forstår at vi har hørt de. Når vi har forstått det så er den store oppgaven og faktisk den største utfordringen som fastlege- og den eneste utfordringen, fordi medisin er stort sett matematikk - det er å formidle tilbake hva vi har forstått, med tillegg av videre utredning, en diagnose, en behandling og hvordan de selv kan bidra til at hvordan vi skal kunne klare å hjelpe de.

- Torleif

Dette kan minne om en forbedringsstrategi,²⁷⁵ der fastlegene imøtekommer informasjonen og forsøker å myndiggjøre pasientene og gi dem verktøy til å håndtere informasjon. Torleif peker dessuten på at kommunikasjon er et viktig redskap i kontakten med pasientene. Dette så vi også under delkapittelet om helsekommunikasjon. Tilpasset kommunikasjon og relasjonskompetanse²⁷⁶ er to viktige faktorer i for god samhandling med pasientene, men kan også være krevende, slik Torleif påpeker. Ikke minst er god kommunikasjon særlig viktig for

²⁷⁴ Caiata-Zufferey og Schulz, «Physicians' Communicative Strategies», s. 742

²⁷⁵ Caiata-Zufferey og Schulz, «Physicians' Communicative Strategies», s. 742 – 743

²⁷⁶ Sletteland, *Helsekommunikasjon og digitale medier*, s. 39

tillitsforholdet mellom dem, i tillegg til at tilliten til legens kompetanse er viktig for relasjonen.²⁷⁷

Forbedring og veiledning

Som vi var inne på, fortalte flere av fastlegene at de ønsket å veilede pasienten i forbindelse deres informasjonssøk. Jeg identifiserte tre måter fastlegene så ut til å veilede pasientene på: 1) De veiledet dem gjennom informasjonen pasientene hadde funnet, 2) de veilede dem ved å foreslå kvalitetssikre kilder, eller 3) de veiledet dem ved å søke sammen med dem i konsultasjonene.

Anne fortalte at hun forsøkte å speile informasjonen som pasientene hadde funnet og deretter forklare dem hvordan de skulle forholde seg til den. Hun så på det som en viktig del av jobben sin å veilede pasientene gjennom all informasjonen:

Prøver å dele det litt opp og speile tilbake hvorfor de kjente seg igjen i det stoffet. Og om det er informasjon om dem som jeg ikke har fra før, på en måte, at jeg ikke har spurt om noe plager, eller at det ikke kom frem spontant. Men hvis det ikke passer [informasjonen, med deres situasjon, red.anm.] så sier jeg liksom det at, ut ifra min kompetanse og min forståelse av saken, så er det neppe noe for deg, eller at det forklarer dine plager.

- Anne

Hun peker her på et poeng, der hun ikke bare har en pasientrettet håndtering, men hun er også orientert i retning av å forbedre sin egen jobb gjennom å spør seg selv om hun hadde gått glipp av noe i utredningen, som vi kan anta at var i beste mening overfor pasienten. Hun pekte videre på at hun samtidig var ærlig og sa ifra dersom informasjonen ikke passet, uten videre utdyping av den formidlingen.

Flere av fastlegene forsøkte å oppmuntre pasientene som søkte etter informasjon fordi de opplevde at mange så ut til å skamme seg over å ha søkt. Disse fastlegene mente imidlertid det var positivt at pasientene søkte, fordi det betød at de tok ansvar for egen helse. Flere

²⁷⁷ Nortvedt og Grimen, *Sensibilitet og refleksjon*, s. 99 – 100

fastleger oppgav å veilede pasientene inn på ulike kilder av god, faglig kvalitet, slik at de kunne stole mest mulig på informasjonen de fant.

Det var sjelden fastlegene anbefalte pasienter å *ikke* oppsøke informasjon på internett. Hvis de gjorde det, var det fordi pasientene lett ble - eller allerede var engstelige for egen helse og det så ut til å handle mer om å beskytte pasientene, enn at fastlegene eksempelvis opplevde internett som en trussel. Kine oppgav et ønske om at pasientene ikke skulle søke på internett, og svarte slik da hun ble spurt om hun anbefalte pasientene å søke på internett: hun:

Nei, det, der vil jeg si kanskje motsatt. Du skal ikke søke. For all del ikke google. Jeg pleier ikke si det, for da gjør folk det, skjønner du? Men det er det jeg egentlig mener da, jeg vil helst ikke at de skal det.

- Kine

Dette så ut til å handle om å unngå å gjøre pasientene mer engstelige fordi de ikke nødvendigvis hadde kompetansen til å vurdere informasjonen:

Nei, de får så mange griller i hodet og eh, blander, de har liksom ikke sånn kompetansen, den faglige bakgrunnen for å tolke dette på en grei måte ofte. Så de blir mer redd. I rasjonalitet og frykt, mye lettere å komme opp i overflaten da, synes jeg da. Hvis de hører bare litt drypp da, så hvis man ser en skrekkfilm og holder seg litt for øynene, så er det mye verre enn hvis man bare ser skrekkfilmen. Altså, hvis man ikke vet hvordan man skal fortolke ting eller hva som egentlig er sannheten, så er lettere å bli redd da.

- Kine

Bernard sa han aldri ba folk om å ikke lese seg opp, men han ba dem gjerne være litt forsiktige, særlig hvis pasientene var spesielt sårbare. Han nevnte kreftpasienter fordi informasjonen rettet mot dem raskt kunne bli villedende ettersom all kreftbehandling er individuelt tilpasset. Ellen fortalte at hun rett som det var anbefalte pasientene å søke informasjon, men ba dem samtidig være kildekritiske:

[...] det er jo ikke helt sjelden at jeg sier at dette kan du finne informasjon om på nett. Og det er ikke alltid jeg gir spesifikke nettstedet og sånn sant. Noen ganger sier jeg

bare at hvis du søker om dette, så finner du masse nyttig informasjon. Men da pleier jeg også å si noe om «men tenk over hvem informasjonen kommer fra», sant at jeg rett og slett oppfordrer de litt til å vite at informasjon som du finner på helsenorge og helsedirektoratet sine sider og NHI.no og sånt, at det er kvalitetssikret informasjon, mens hvis du stort sett finner det på mammaforum, så er det mer noen sin mening. Som kan være riktig, men som kan være feil.

- Ellen

Det så altså ut til at flere av fastlegene gjerne ønsket at pasientene søkte informasjon, men at de samtidig ønsket at de skulle være bevisste at informasjonen kunne være av variabel kvalitet.

En annen strategi som ble tatt opp, var at noen av fastlegene så ut til å ønske å søke *sammen med* pasientene. Én av dem hadde i den sammenheng skaffet seg en dataskjerm som gjorde at pasienten hele tiden kunne se hva som foregikk når han skreiv og søkte selv, og inkluderte samtidig pasienten i det arbeidet. Bernard fortalte også at han ønsket å søke sammen med pasientene, slik at han kunne forstå hva de hadde funnet:

Så da er jeg ikke redd for å vise at nå går jeg inn her og så finner vi frem retningslinjene. Det tror jeg også er en trygghet for pasienten. De ser at jeg henter retningslinjene fra en pålitelig kilde. Og jeg sier gjerne «her nå er jeg inne på» ja «veileder for fødselshjelp fra gynekologiforeningen. De sier at når det er sånn så bør vi gjøre dette, så det synes jeg vi skal gjøre nå», ikke sant? Så da viser jeg dem aktivt hvordan jeg bruker nettet i min jobb også. Jeg, ja, bruker mye mine egne verktøy underveis i konsultasjonen også. Det tror jeg nok på en måte støtter opp under mine tanker på en måte og mine meninger om hva de skal ha som behandling og gir det litt cred på en måte sånn at de stoler på det.

- Bernard

Forhandling

Noen av fastlegene gikk inn i en forhandling med pasientene dersom det oppstod en rollekonflikt. Denne strategien kan på mange måter kalles både legeorientert og pasientorientert, ettersom fastlegene måtte forholde seg til begge sider. Strategien gikk ut på at fastlegene inngikk i en slags forhandling der de måtte ta imot pasientenes egne funn og

krav, og forhandle med dem for å gjøre pasienten fornøyd og samtidig holde seg innenfor faglige retningslinjer. Forhandlingen var ikke av en autoritær eller paternalistisk karakter der de fortalte pasienten hva de skulle gjøre, jf. Måseide sin expert model,²⁷⁸ men forhandlet i stedet med pasientene gjennom en likeverdig dialog, der makten ble fordelt mellom de to partene.²⁷⁹

Anne fortalte at hun kunne gi etter for krav som hun i utgangspunktet ikke var enig med eller så hensikten i, for å kjøpe tillit hos pasienten. Dette var særlig hvis pasient- og legeforholdet dem imellom var i startfasen, eller at hun hadde opplevd at hun kom til kort ved tidligere konsultasjoner. Også Ronny snakket om at han av og til måtte se bort fra retningslinjer for å kjøpe tillit. Han fortalte at han innimellom gav pasienter antibiotika selv om de ikke nødvendigvis trengte det, fordi kampen mot pasientenes forventninger kunne bli for tid- og energikrevende. Dette gjaldt også henvisninger. Av og til så han bort fra de faglige retningslinjene for å gjøre pasienten fornøyd og for å oppnå tillit og kontinuitet.

Anne og Ronny forhandlet gjerne med pasientene fordi det oppstod en rollekonflikt mellom faglige retningslinjer og godt samspill med pasienten. Fastlegene måtte ikke bare forhandle med pasienten, men også med seg selv og sine faglige prinsipper, i en interrollekonflikt.²⁸⁰ Dette handlet like fullt om at pasienten skulle få en følelse av å bli hørt og tatt på alvor, og var en måte for dem å vise velvilje og vinne tillit. Å skrive en henvisning de kanskje ikke var helt enig i kunne videre gi dem tillit, slik at relasjonen dem imellom kunne styrkes. Som vi var inne på, vil det å gjøre pasienten fornøyd ved at de føler seg sett og hørt, kunne bedre behandlingsutfallet og gjøre at de håndhever rådene som blir gitt.²⁸¹

Flere av disse strategiene kan både gjenkjennes i Caiata-Zufferey og Shulz²⁸² sin studie, men også fra McMullan sin studie, der hun kategoriserte legenes reaksjoner på pasienters internett-søk i tre deler: at legene følte seg truet, at de hjalp pasienten med å finne og analysere informasjonen eller at de hjelper pasientene å finne nettsider av god kvalitet.²⁸³ Fastlegene ser ut til å veilede pasientene til å finne

²⁷⁸ Måseide, *Three models for the description of doctor-patient interactions*, s. 2 – 4

²⁷⁹ Stokken, «Den kunnskapsrike pasienten», s. 60

²⁸⁰ Johannessen, Rafoss, og Rasmussen, *Hvordan bruke teori?* s. 228

²⁸¹ Wright, Sparks, og O'Hair, *Health communication in the 21st century*, s. 37 – 38

²⁸² Caiata-Zufferey og Schulz, «Physicians' Communicative Strategies»

²⁸³ McMullan, «Patients using the Internet to obtain health information», s. 24

gode kilder på egenhånd, som videre kan det gjøre det lettere for pasienten når han eller hun går fra den profesjonelle sektoren og tilbake til den private og skal navigere videre i informasjonshavet.²⁸⁴

Mye av det vi har sett til nå henger også sammen med rolleforholdet mellom lege og pasient, og har likheter med flere av rollene vi skal se på senere. Ikke minst handler mye av dette om hvordan tillitsforholdet mellom lege og pasienten utspiller seg, og hvorvidt legen er fokusert på å skape et godt tillitsforhold til pasienten. Dette skal vi se nærmere på nå.

Tillit som grunnlag for pasientrettet håndtering

Et godt tillitsforhold og god kommunikasjon ble fremhevet som viktig for å kunne møte pasientenes forventning på en ærlig måte, og samtidig være faglig korrekt. Dersom legene måtte avvise eller avkrefte pasientens Google-funn, pekte de på at det var særlig viktig med et godt tillitsforhold. De fleste mente at det sjelden oppstod problemer dersom de måtte avvise pasientenes forventning om behandling eller utredning. Ronny var en av dem, og forklarte at pasientene sjelden hang fast ved sine forestillinger dersom han fortalte dem at det ikke stemte med deres individuelle situasjon. Han mente at pasientene i svært liten grad brukte funnene sine imot ham i negativ forstand. Dette begrunnet han med at hvis tillitsforholdet dem imellom var godt, ville pasienten ha mer tillit til ham enn til Google. Han mente at de oppsøkte lege først og fremst for å få en bekreftelse på funnene sine, som i og for seg også var et tillitstegn:

[...] jeg synes de bruker google en del, ja, og skaper seg kanskje da noen forestillinger om hva som feiler dem, men jeg opplever ikke det negativt fordi at i det øyeblikket det eventuelt er feil, så opplever jeg sjelden eller aldri at det blir noe diskusjon på hvem det - hvilket svar de skal velge[...] Men det er klart, det er jo ikke helt uvanlig at pasienter EGENTLIG har diagnostisert seg selv. [...]Og så kommer de kanskje mer for å få en bekreftelse på det. Men det er ikke problematisk, egentlig, fordi at for det første så gjelder det de enkle tingene. Og for det andre så er det sjelden jeg opplever at de bruker det på en måte, negativt. Hvis du skjønner. Det er nesten litt sånn at etter, det er mer sånn at hvis jeg sier hva jeg tror det er, så sier de kanskje «ja, det tror jeg også at det var, fordi at det googlet jeg». Så jeg opplever veldig sjelden at de bruker det at jeg skal bekrefte noe som går på bekostning av min faglighet da.

²⁸⁴ Kleinman, *Patients and Healers in the Context of Culture*, s. 50 – 59

Dette var flere av fastlegene inne på, og svært få hevdet å oppleve at avkrefteelse av pasientenes funn førte til dårligere relasjon mellom dem og pasienten. De mente at så lenge de kommuniserte åpent og forklarte hvorfor funnene ikke var relevante eller riktige, så opplevde de oftest at pasientene tok det fint.

5.5 Søking og relasjon

Søking på internett kan i mitt materiale se ut til å oppleves å ha en viss innvirkning på relasjonen mellom lege og pasient. Flere av fastlegene så ut til å sette pris på den informerte pasienten fordi de opplevde at det var lettere for dem, som akademikere, å prate med pasienter som hadde kunnskap fra før. De så ut til å oppleve informerte pasienter som stimulerende rent intellektuelt, fordi de kunne ha dypere og kanskje mer likesinnede samtaler med pasienten uten å måtte forklare dem basale ting om kropp og helse. Kommunikasjonen mellom dem startet dermed på et annet punkt og kunne fortone seg annerledes, slik vi også kan anta at også relasjonen vil gjøre.

5.5.1 Rolleforholdet mellom lege og pasient

Søking etter informasjon på internett kan se ut til å oppleves å ha en viss innvirkning på rolleforholdet mellom lege og pasient. Særlig noen trekk gjorde seg gjeldende. Fastlegene så ut til å oppleve å ha fått en mer pedagogisk rolle overfor pasientene, mens pasientrollen ble sett på som mer demokratisert og / eller kundeorientert. Vi begynner med den pedagogiske.

Fastlegens pedagogiske rolle

Fastlegene oppgav å oftere måtte veilede og hjelpe pasienten til å sortere informasjonen de hadde funnet. De mente at det for mange kunne være vanskelig å luke ut hva som var reklame og hva som var gjengivelse av empirisk forskning. Mange pasienter hadde heller ikke grunnlag for å forstå det de fant, som gjorde at fastlegene måtte forklare funnene deres basert på situasjonen til den enkelte:

Noen ganger så er det helt åpenbart at eh de på en måte ikke forstår det eller bare forstår fragmenter av det og er, og henger seg opp, kanskje de misforstår eller at det er bagateller eller som på en måte de blåser veldig opp da. Og ikke klarer å se helt en

sammenheng, og det er klart at veldig mange pasienter innrømmer jo det, og tenker at de er, ja, har ikke den bakgrunnen og forutsetningen for å, den samme forutsetningen da for å tolke det og er jo åpen om det da. Mens noen har jo veldig fastlåste meninger og er litt, nesten litt urokkelige til å bli ja, korrigerer eller, forholder seg til andre tolkninger da.

- Endre

Endre forklarte at han måtte veilede pasientene gjennom funnene sine, som ikke alltid var like enkelt, hvis pasientene allerede hadde bestemt seg for noe annet. Dette så vi også flere eksempler på under kapittel 5.4, hvor vi snakket om legenes strategier for å håndtere søkende pasienter. Én av strategiene viste at fastlegene forsøkte å være åpne og lyttende til pasientens beretninger og funn, og at de gjerne forklarte dem hvordan de skulle søke informasjon på best mulig måte. Noen av fastlegene anbefalte også pasientene å oppsøke spesifikke kilder. Anne var en av dem:

Anbefaler dem ofte å sjekke sidene til diverse foreninger, ikke sant. For å se etter hjelpemidler som kan brukes eller informasjon, flere i samme situasjon, si stoffskifteforening, hjerneslagforening, kan du si [...]. Og så er det mye god informasjon på Helsenorge nå. Det er en fin plattform å starte. Også de som skal kanskje til elektiv kirurgi sånn at de finner ut hvor de vil være henvist hvis det er sånn at vi ikke har lokalsykehuset ikke har det tilbudet [...].

- Anne

Denne pedagogiske rollen så forøvrig ikke ut til å nødvendigvis være ny. Flere påpekte at de hadde pasienter som var analfabeter eller hadde andre vanskeligheter med lesing og skriving. De oppsøkte sjelden eller aldri helseinformasjon og legene måtte da forklare dem og undervise dem i basale kroppslige funksjoner. Å måtte forklare og opplyse pasienter har lenge vært en del av legerollen, men har fått mer fokus sammen med fagdisiplinen *helsekommunikasjon*,²⁸⁵ som vi var inne på i kapittel tre.

Pasienten som kunde

Noen fremhevet også en oppfatning av at pasientrollen hadde blitt *kundeorientert*. De mente at pasientene kjøpte helsetjenester og dermed hadde rett til å kreve tjenester av helsevesenet.

²⁸⁵ Sletteland, *Helsekommunikasjon og digitale medier*, s. 35

Anne fortalte at hun særlig i starten av sin praksis, opplevde et press i forbindelse med at pasientene betalte for konsultasjonene. Å ta opp mer enn én problemstilling hos legen kan kreve mer tid enn de femten minuttene konsultasjonen er gitt i timeboken, og dermed ønsker mange leger at man holde seg til kun én problemstilling per konsultasjon. Anne følte imidlertid at pasientene burde få ytre flere problemstillinger fordi de betalte for konsultasjonen. Det økonomiske aspektet var også til dels en viktig del av det å gi pasienten medbestemmelse, samtidig som det signaliserer en kundeorientert tankegang.

Flere tok opp at Bent Høies utsagn om «pasientens helsetjeneste»²⁸⁶, kunne være med på å understreke den kundeorienterte rollen. Ronny var en av dem, og mente det ikke nødvendigvis var sånn at det var Google og internettnettsøk som skapte disse forventningene, men politiske kampanjer i media og i samfunnet forøvrig:

Det [forventninger om å bli henvist] er blitt betydelig mer krevende og det tror jeg handler om, på en måte en slags politisk holdning om på en måte «pasientens helsetjeneste» og mer sånn, altså, det er betraktelig mer sånn kundestyrte. Men jeg tror ikke det kommer fra google, jeg tror det kommer fra media, politiske signaler, offentlige kampanjer. Det ser jeg har veldig stor innvirkning på pasienter.

- Ronny

Vi har altså sett på fastlegenes opplevelser av endringer i rolleforholdet mellom dem og pasientene, som kan se ut til å delvis komme av informasjonsinnhenting. Uten informasjon ville ikke pasientene kunne komme med informerte krav til fastlegene, men om informasjonen kom fra media eller via bekjentskaper er imidlertid vanskelig å vite sikkert fra mitt materiale. Ikke minst kan vi se endringer i det opplevde maktforholdet, der fastlegene beskriver det Stokken²⁸⁷ var inne på, om *den moderne lege-pasient-relasjonen*, der pasienten tar større del i avgjørelsene som blir tatt. Vi kan uansett se tegn på visse samfunnsendringer, der rollene til helsepersonell og pasienter fremstår i forandring. Kanskje kan det komme av generell samfunnsendring, av politisk endring eller av mediene og informasjonstilgangen der. Uavhengig av informasjonskilde, kan vi skimte en fellesnevner for hvorvidt endringen oppleves problematisk eller ikke: nemlig tillit.

²⁸⁶ Helse og omsorgsdepartementet, «Pasientenes helsetjeneste»

²⁸⁷ Stokken, «Den kunnskapsrike pasienten», s. 60

Demokratisering av rolleforholdene

Helsevesenet har, som vi har vært inne på, stort fokus på å styrke pasientenes myndiggjøring og brukermedvirkning. Det ble også gitt uttrykk for at pasientrollen hadde endret seg i retning av at pasientene på mange måter forhandlet med legene. Noen av informantene påpekte også dette ved å vise til at pasientene hadde flere meninger om behandling og diagnose. De kom gjerne med bestillinger og hadde allerede gjort seg opp en mening om hva legen burde gjøre. Jens beskrev utviklingen av lege- pasientforholdet, og mente at pasientrollen var blitt *demokratisert*:

Jeg pleier å si at det jeg opplever det er at lege-pasient-rollen er blitt demokratisert. Og det vil si at pasienten blander seg inn, har en mening om, både hva vi skal snakke om og hva en skal konkludere. For eksempel om en diagnose.

Da jeg spurte om han kunne forklare hvordan det var før, i forhold til nå, så svarte han:

[...] typisk, tidligere når jeg spurte pasienten: Ja, hva tror du du selv, hva tenker du nå selv om dette? Så pleide pasienten å si at «Jeg vet ikke jeg, det er du som er doktoren», sa ofte da pasienten. Det sier de mye sjeldnere. Nå er det, har folk en mening selv, de kommer med den, og de, selv om de av og til holder de kortet tett til brystet, så kommer de ofte med den. Og de er mer, som sagt de er mer frimodige og blander seg mer inn i den lege-pasient-relasjonen. Og også i forventningen om hva de forventer du som doktor skal gjøre.

- Jens

Jens beskrev altså en endring der pasientene har gått fra å være passive mottakere, til å bli aktive og mer myndiggjorte i konsultasjonene. Disse beskrivelsene har likhetstrekk med flere av Måseide sine modeller.²⁸⁸ Vi kan se likhetstrekk med *samarbeidsmodellen*, der pasientene får eller tar en større og viktigere rolle i behandlingen og i avgjørelsene, hvor han også beskriver rollen som demokratisert. Samtidig beskriver han at da han tidligere forsøkte å åpne for at pasientene skulle kunne si og ha sin mening, ønsket ikke pasientene selv å ta del i denne prosessen, slik også Måseide beskriver i *diciplinary model*. Det oppstår inkongruens mellom

²⁸⁸ Måseide, *Three models for the description of doctor-patient interactions*, s. 4 – 10; 18

forventningene og legen blir forventet å ta de faglige og vanskelige avgjørelsene, mens pasienten ønsker å passivt ta imot.

Fastlegene fortalte at de tolket informasjonssøkingen som at pasientene var engasjerte og aktive i sin prosess. De så på dette som positivt fordi det da betydde at pasientene hadde et ønske om å ta del i sin behandling og gjøre de tiltakene som krevdes for å få det bedre. Pasienter satte seg inn i sin egen situasjon, hadde generelt bedre prognose enn de som ikke ville ta ansvar, ifølge Thomas:

Å lykkes og forstå og innrette seg etter råd, eh og hvorfor, det har med forståelsen å gjøre, ikke sant, så jeg tror at de deres prognose tilsvarende situasjoner for noen som er opplyste er bedre.

- Thomas

Dette er i tråd med det vi har sett på tidligere, om viktigheten av tilpasset helsekommunikasjon.²⁸⁹ I tillegg til at prognosene for pasienter som er opplyste og som får tilpasset informasjon er bedre enn for de som ikke er eller får det.²⁹⁰

I motsetning til de som fremstod positive til demokratiseringen av pasientrollen, fortalte Kine at hun trodde pasientene hadde misforstått det å ha medbestemmelse med det å *bestemme*, basert på de høye kravene de stilte. Det kunne se ut til at hun mente at pasientene rett og slett hadde fått for mye medbestemmelse, og mente det kunne ta opp mye tid i konsultasjoner å forklare pasienter hvorfor de ikke kunne få akkurat det de ba om. Samtidig, var det også mange som opplevde at pasientene ofte lot være å fortelle eller unnskyldte seg dersom de hadde søkt etter informasjon, og dermed ikke inntok rollen som myndiggjort. Ellen var en av dem som nevnte at pasientene ofte var flau og nærmest kom med en bekjennelse hvis de hadde søkt:

[...] Og også en del, særlig de som kjenner meg godt eller som jeg opplever at jeg har en god relasjon til, de innrømmer det nesten litt sånn, de er nesten litt sånn flau og sier det at «ja, jeg har jo leitet litt, men jeg vet jo at jeg ikke bør stole helt på det jeg finner på internett». Kommer med nesten litt sånn en bekjennelse.

²⁸⁹ Wright, Sparks, og O’Hair, *Health communication in the 21st century*, s. 37 – 38

²⁹⁰ Schulz og Nakamoto, «Health Literacy and Patient Empowerment in Health Communication»

- Ellen

Tom og Bernard påpekte begge at pasientene unnskyldte seg for at de hadde søkt etter informasjon:

«[...]ofte så er de kritiske selv og unnskylder seg nesten, liksom «unnskyld, men jeg har googlet litt, jeg vet jeg ikke skal gjøre det», sier de. «Nei, tvert imot», sier jeg da.»

- Bernard

«[...] noen tenker kanskje at det er et tillitsbrudd at de kommer til deg med noe og du skal finne ut av det og du skal på en måte å gi de en anbefaling og hvis de selv har lest om det på forhånd så tenker de kanskje at de går bak ryggen på deg eller noe sånt. Sant, det tror jeg noen tenker. Men jeg sier og, jeg inviterer folk til å diskutere med meg hva de tenker og mener.»

- Tom

Både Ellen, Bernard og Tom pekte på at de gjerne inviterer pasientene til samtale om funnene sine. Bernard poengterte flere ganger at han gjerne oppmuntret dem til å lese på internett og det samme gjorde Ellen. Tom ønsket også å skape en dialog rundt funnene og alle så ut til å oppleve denne type dialog som en måte å både skaffe tillit, men også for å forstå hvordan pasientene opplevde sin egen situasjon.

Disse fastlegene opplevde at pasientene hadde et behov for å unnskyldte seg, og de tolket det som at pasientene hadde en generell tanke om at å google sykdommer var noe man ikke burde gjøre. Det kan se ut til å være en form for diskrepans mellom hva pasientene tror legene mener og det fastlegene faktisk mener om bruk av internett til helseinformasjon. Fastlegene så ut til å se på deres engasjement i egen sykdom som positivt, og slett ikke som tillitsbrudd, faktisk tvert imot. Kanskje ønsket pasienten at fastlegen skulle like ham, og dermed ikke ønsket å ytre noe som kunne tolkes fornærmende, jf. Browns selvpresentasjonsstrategier.²⁹¹ Kanskje kan det være at disse antatte forestillingene til pasientene er en opplevelse av legen som en autoritær skikkelse, som man ikke skal stille spørsmål ved eller fremstå betvilende overfor. Disse funnene kan være med på å indikere en endring i kommunikasjonen med- og

²⁹¹ Brown, *The Self*, s. 160 – 163

rolleforventningene mellom fastlege og pasienten. Der det tidligere lå en forventning om at pasienten skulle være en passiv mottaker og legen en autoritet, kan det nå tenkes at fastlegen heller har tatt til seg og akseptert den pedagogiske rollen de må innta for å veilede pasientene gjennom informasjonshavet. Det kan også være at de har akseptert pasientenes myndiggjorte rolle, mens pasienten selv ikke har oppdaget den.

5.5.2 Tillit mellom internett, lege og pasient

Tillit har vi sett til nå at har vært et underliggende element i mange av temaene. Alle fastlegene så ut til å ønske å ha et godt tillitsforhold med pasientene sine, og hadde ulike tanker knyttet til det.

Fastlegene så ut til å stort sett oppleve at pasientene hadde større tillit til dem enn til internett og opplevde at pasientene kom til dem for råd etter å ha søkt informasjon på nettet eller andre steder. De trengte hjelp til å sortere ut irrelevant informasjon, noe som kan indikere at pasientene hadde større tillit til legen sin enn til informasjonen de fant. Ronny mente at pasientene kom til ham selv om de hadde søkt etter informasjon og kanskje hadde funnet svaret på egenhånd, som han mente tydet på en form for tillit. At pasientene faktisk *fortalte* at de hadde søkt på internett, ble sett på som en form for tillit, som vi også har vært inne på. Flere påpekte at pasientene så ut til å ha tillit til at legen sannsynligvis hadde mer kunnskap om feltet og dermed kunne luke ut irrelevant informasjon eller feilinformasjon.

Dette stemmer også overens med at internett ble rangert *under* både familie, venner og helsepersonell når det gjaldt viktigheten av informasjonskildene, der pasientene anså helsepersonell som en tryggere kilde enn internett alene.²⁹² Anne mente at enkelte pasienter kom til henne for en *second opinion* etter å ha lest på internett. Hun fortalte at pasienter gjerne hadde lest noe, eller snakket med helsepersonell gjennom en eller annen plattform på internett, men likevel ønsket å prate med henne. I tillegg opplevde hun at pasientene kom for å høre om informasjonen de hadde funnet var av god eller dårlig kvalitet og mente selv at det var et tegn på tillit at pasienten spurte om råd angående informasjonen de hadde funnet. Torleif opplevde at pasientene oftere var kritiske til funnene sine nå enn før:

²⁹² Wangberg et.al., «Use of the Internet for Health Purposes», s. 693

[...] historisk har det endret seg. Det er helt tydelig på de siste ti årene. For ti år siden så hadde jeg en større opplevelse av at pasientene hadde en større tro på det de hadde lest på nettet enn i dag. I dag er de mye mer kritiske til det de googler, faktisk. Det synes jeg er en tydelig trend.

- Torleif

Kine hevdet, i motsetning til de andre, at pasientene tvert imot så ut til å få stadig større tillit til internett enn til legen. Hun påpekte at det kunne ha noe med at hun var kvinne, og at hun så nokså ung ut og dermed ble tatt for å være en uerfaren lege.

[...] de tviler litt, de tviler nok litt mer på legen sin enn før. Og nå er jo jeg kvinne og, det kan godt være jeg ser litt ung ut, jeg er ikke så ung som jeg ser ut, jeg har mer erfaring enn det kanskje ser ut som, sånn ved første øyekast. Med mindre de blir kjent med meg, så kjenner jeg litt på at hadde jeg vært mann og litt grå i håret og litt sånn, så hadde det kanskje vært litt annerledes. Ja. Så jeg opplever litt mer at det er en kamp om å at de skal ha tiltro og tillit til meg sånn med en gang vertfall. Og det hjelper ikke med alt som de har lest på forhånd da. Hvis jeg er uenig, da må jeg kanskje kjempe dobbelt så mye for å, at de skal tro på meg da.

- Kine

Som vi har vært inne på, kan det se ut til at tilliten til helsevesenet er synkende i vestlige land.²⁹³ Dermed er det ekstra viktig å følge med på i hvilken grad internett erstatter det forholdet som kanskje tidligere har vært der.

Kine presenterer en form for *kamp* for å bli trodd og for å bli hørt, og kanskje stemmer det hun sier, at hun ville blitt trodd og tatt mer alvorlig dersom hun var mann og hadde sett eldre ut. Det hun beskriver, kan også sammenlignes med det Stokken²⁹⁴ skriver om *maktkampen*, der legen og pasienten må forhandle om hva som er riktig løsning på situasjonen og begge mener at de har rett. Det kan forøvrig tenkes at pasienten hadde liknende opplevelse i andre enden, om å ikke føle seg hørt og å måtte kjempe for å bli trodd. Som vi har vært inne på, ble god kommunikasjon med pasientene presentert som den viktigste enkeltårsaken til at

²⁹³ Nortvedt og Grimen, *Sensibilitet og refleksjon*, s. 112

²⁹⁴ Stokken, «Den kunnskapsrike pasienten», s. 61

pasientene fulgte legens råd.²⁹⁵ Dersom ikke tilliten var på plass i utgangspunktet, for eksempel på bakgrunn av manglende kommunikasjon (som også var en av faktorene som ble trukket frem av Nortvedt og Grimen som viktige for tillitsforholdet²⁹⁶), kan det tenkes å være en medvirkende faktor til at legen opplevde å måtte kjempe for å bli trodd. Dersom det er tilfellet, vil pasienten kunne sees på som en *omsnudd* pasient,²⁹⁷ etter Stokkens begrep, der pasienten har mistet tilliten til legen, fordi pasienten opplever å ha mer kunnskap enn legen. Dette kan uansett bare spekuleres i, basert på teori og opplevelsene til de andre fastlegene.

Som vi har vært inne på mente flere av fastlegene at så lenge relasjonen var god mellom lege og pasient, så ville pasientene i de fleste tilfeller ha høyere tillit til dem enn til Google. Ronny mente at siden han hadde kjent pasientene over lengre tid, så ville deres gode relasjon trumfe tilliten til Google, både gjennom kontinuitet og åpenhet:

Og jeg tror at den relasjonen vi har bygget opp og den tilliten jeg tror ofte er der, som er kommet der fordi vi har kjent hverandre så lenge, at den ofte på en måte overstyrer google da. Og jeg tror at det er litt av grunnen til at jeg ikke merker så stor forskjell. Fordi at når jeg begynte så var jeg fersk og vi ikke kjente hverandre, og det gjør noe med pasientenes adferd. Men etterhvert, altså, endringen vi står med er at pasienten har fått mye mer tilgang til annen informasjon, men de er også blitt bedre kjent med meg. Sånn at, jeg tror at tillit til fastlegen trumfer, altså hvis du har tillit til fastlegen, så trumfer det google, tror jeg.

- Ronny

Goffman²⁹⁸ mente at hvis man opptre i en rolle eller spiller den ordentlig, så fremstår rollen som troverdig. I denne sammenhengen kan det tenkes at for å gjøre opptreden som lege troverdig, trengs det blant annet tillit. For å skape tillit trengs det som nevnt god kommunikasjon, kompetanse, villighet til oppfølging og mulighet til å velge bort helsearbeidere de ikke har tillit til.²⁹⁹ Kommunikasjon står særlig sentralt her. Det ser ut til at alle fastlegene opptre med et sterkt fokus på kommunikasjon med pasientene og ønsket å ha en dialog med dem om deres funn og tanker rundt dem. Conrad mente at å være åpne for hva

²⁹⁵ Wright, Sparks, og O’Hair, *Health communication in the 21st century*, s. 37 – 38

²⁹⁶ Nortvedt og Grimen, *Sensibilitet og refleksjon*, s. 99 – 100

²⁹⁷ Stokken, «Den kunnskapsrike pasienten», s. 63 – 64

²⁹⁸ Goffman, *Vårt rollespill til daglig*, s. 24

²⁹⁹ Nortvedt og Grimen, *Sensibilitet og refleksjon*, s. 99 – 100

pasientene visste og trodde de visste, var svært viktig for tillitsforholdet. Han spurte alltid pasientene hva de tenkte på og hvorfor de tenkte sånn. Dersom han derimot låste seg i en konklusjon før han hadde hørt på pasientenes tanker og funn, kunne dette være ødeleggende for tillitsforholdet, ifølge ham selv. Enkelte fastleger pekte på at de kunne oppleve det som utfordrende å håndtere pasienter som kom med krav etter å ha søkt etter informasjon, men at de likevel ønsket å lytte til det pasienten hadde å si for å opprettholde tilliten dem imellom. Relasjonen ble sett på som svært viktig for både behandling og videre samhandling.

Tillit står, som vi har sett, sentralt gjennom hele studien, og er en grunnstein i forholdet mellom fastlegene og pasientene. De fleste fastlegene oppgir at hvis de har pasientens tillit, vil det også være uproblematisk at pasientene søker. Da vil pasientene tvert imot bruke tilliten til å oppsøke hjelp når de trenger det, også hvis det gjelder informasjon fra internett. Selv om tillit og relasjon ble sett på som svært viktig for både fastlegen og pasienten, så det likevel ut til at legene tenkte at andre legekolleger ikke hadde samme refleksjoner eller holdninger omkring dette.

5.6 Fastlegenes tanker om kollegers holdninger

Et funn som også gjorde seg gjeldende, var at fastlegene så ut til å tro at andre leger var mer negative til søkende pasienter enn det de selv var. Etter intervjuene påpekte flere informanter at de trodde jeg kom til å få mange ulike svar og mange hevdet også at de selv gjerne «*så på pasienters bruk av Google litt annerledes enn andre*». Dette kan indikere flere ting. Det kan indikere en endring i legers holdninger til pasienters bruk av internett, at leger nå er mer positive enn tidligere. Samtidig så vi tidligere at fastleger lenge har vært positive til at pasientene søker informasjon. Kanskje opplever noen av fastlegene seg som særlig progressive på det digitale feltet og glemmer at andre fastleger kanskje er like progressive. Igjen kan det være at den gamle forståelsen av legerollen som paternalistisk og autoritær henger igjen, gjennom at fastlegene har en oppfattelse av at mange andre fastleger fortsatt opptrer i den rollen, og dermed ser på søking som et onde for konsultasjonene. Det kan også være en del av fastlegenes behov for å presentere seg selv som dyktige leger, gjennom å eksemplifisere³⁰⁰ at andre leger gjerne ikke er like dyktige på dette feltet, eller ved å promotere seg selv³⁰¹ som ekstra åpen og kunnskapsrik.

³⁰⁰ Brown, *The Self*, s. 170

³⁰¹ Brown, *The Self*, s. 170

Kapittel 6: Avslutning og konklusjon

I denne intervjustudien har vi i møte med tolv fastleger og studert deres opplevelser med pasienters søking etter helseinformasjon på internett. Vi har sett at opplevelsene av endringer i samspillet mellom lege og pasient er flerdimensjonale, og at de må sees i en kontekst av større samfunnsendringer. Vi har sett at dimensjoner knyttet til rolle, makt, tillit og kommunikasjon, henger alle sammen med dette samspillet. Ikke minst ser det ut til at samspillet på mange måter også kan henge sammen med bruken av internett til helseinformasjon.

Problemstillingen vi har fulgt og dens underproblemstillinger er:

Hvordan opplever fastleger at pasienters søken etter helseinformasjon på internett påvirker samspillet mellom lege og pasient?

- I hvilken grad opplever fastleger at søking er vanlig, hvem som søker og hvilke motiv mener de ligger bak?
- Hvilken innvirkning opplever fastlegene at søking har på konsultasjonene?
- Hvilke strategier bruker fastlegene for å håndtere at pasientene har søkt etter helseinformasjon?
- Mener fastlegene at søkingen endrer rolleforholdet mellom legen og pasienten, og i så fall på hvilken måte?

Mange av fastlegene hadde oppfatninger av at pasienter ofte søkte informasjon om egen helse og sykdom, og bestod særlig av yngre pasienter med høy utdanning eller status. Søkingen ble for det meste opplevd som positiv for samspillet i konsultasjonene ettersom pasientenes kunnskap gjorde det lettere og mer stimulerende å kommunisere. De oppfattet at disse pasientene ønsket å ta ansvar for egen helse og bedring. At pasientene ville dele med fastlegene at de hadde søkt ble dessuten tolket som et tillitstegn, det samme gjorde det faktum at pasientene ønsket å diskutere funnene sine med dem. Ved at pasientene ønsket å ta ansvar, presenterte det seg også en oppfatning av at lege- og pasientrollen var blitt demokratisert. Pasientene så i økende grad ut til å ha en mening- eller forventning om forløp og behandling, i kontrast til Måseides ekspertmodell, der pasienten var passiv og legen hadde all makt. I tillegg så fastlegene ut til å oppleve at rolleforholdet mellom dem og pasienten hadde endret seg i retning av at de nå måtte innta en mer pedagogisk rolle. De måtte veilede pasienten gjennom funn, i å finne informasjon eller ved å søke sammen med dem.

Noen poeng ble også trukket frem som problematiske i møte med den søkende pasienten. Enkelte pasienter ble oppfattet som mer engstelige på bakgrunn av informasjonen de hadde funnet. I tillegg kunne de i relativt sjeldne tilfeller oppleves å ha høyere forventninger i form av høyere krav til legen, forventninger om raskere helsehjelp og høyere krav til å bli friske. For å håndtere dette, i tillegg til generell håndtering av pasienters medbrakte informasjon, ble det identifisert en rekke strategier, både legeorienterte og pasientorienterte. De legeorienterte så ikke ut til å være særlig uttalte, men enkelte viste tegn til motstand mot pasientenes informasjon, eller å korrigere funnene deres. Noen mente disse strategiene handlet om legenes egen usikkerhet, der internett truet deres posisjon som kunnskapsrike. Å avvise pasientenes informasjon kunne dermed være et ønske om å fremstå mer kompetent enn pasienten, sett i lys av Browns teori om selvpresentasjonsstrategier.

Internett kan på mange måter tenkes å ha utfordret eller fornyet helsevesenets struktur, sett fra Kleinmans perspektiv. Internett har – som vi også har sett fra Hallin og Briggs – gjennomsyret samfunnet og de ulike sfærene i så måte at den private sektoren kanskje ikke lenger er så privat. Det som før foregikk på legekontoret foregår nå gjerne over internett, på forum eller på Google. Vi ser ut til å spør Google før vi spør bestemor, og vi rådfører oss med internett om hvorvidt vi bør oppsøke helsevesenet, der vi tidligere ville spurt noen i familien. Kanskje må internett inkluderes også i Måseides modell for sykdomsatferd, gjennom å ta plass i den subjektive opplevelsen av helsetilstanden og i hvordan man oppsøker hjelp.

Bruken av internett til helseinformasjon ser også ut til å kunne være en del av det Giddens og Beck kaller risikosamfunnet. Fastlegene mente at mange ble engstelige av å søke, men at de likevel søkte for å stagge et informasjonsbehov. Informasjonsbehovet kan tenkes å handle om redsel for fremtiden, for sykdom og lidelse, og flere pekte på at denne redselen så ut til å stadig øke. Kanskje bør vi også spørre om det er bedre å leve i engstelse enn å leve i uvitenhet? Og i så tilfelle, burde forskingen da åpne øynene for langsiktige konsekvenser, som økt mengde cyberkondri i befolkningen?

Vi kan dessuten tenke oss at internett har vært med i skapelsen av en ansvarsbevisst pasient, der deres oppfattelse av forventninger til egen rolle handler om at de selv må ta ansvar for behandling og prognose. Dermed kan den informerte pasientens møte med fastlegen fremstå som en del av en selvpresentasjonsprosess, der pasienten ønsker å fremstå som kunnskapsrik. I andre enden står fastlegen, som kanskje har samme ønske. Dermed kan det oppstå en

inkongruens (jf. Måseide) eller maktkamp (jf. Stokken) mellom dem, som fastlegen blir nødt til å håndtere gjennom det Måseide ville kalt disciplinary power. Det kan i denne sammenheng være fastlegenes strategier, hvor de må velge å enten møte pasientene og deres informasjon med åpenhet og velvilje, eller ved å motsette seg informasjonen og forklare dem at de tar feil.

For at pasientene skal ha tillit til legen, er det, som vi har sett, viktig at legen utviser kompetanse og god kommunikasjon. Dersom legen i nevnte situasjon motsier seg pasientens informasjon eller fremstår uvitende, vil det kunne få følger i form av non-compliance, der pasienten ikke gjennomfører tiltak for å bedre eller forhindre sykdom.

Hvorvidt internett er årsak til endringene vi har sett, er vanskelig å si ut ifra mitt materiale, men internett vil uansett ikke stå som årsak alene. Samtidig er det ikke utenkelig at internett spiller en viktig rolle både når det gjelder endringer i rolleforholdene og i konsultasjonene, ettersom internett, media og medisin har inntatt en så gjennomtrengelig og altoverskuende plassering i samfunnet. Internett vil likevel ikke være en deterministisk årsak og endringene må ses i lys av andre samfunnsstrukturelle faktorer.

Vi kan ikke basert på mine funn, konkludere med at de gjennomgåtte opplevelsene og perspektivene er allmenngyldige for alle fastleger eller pasienter. Min studie er ikke gjenstand for generalisering, men den kan fortelle oss om hvor vi bør rette søkelyset videre.

6.1 Veien videre

Selv om vi har fått et innblikk i fastlegers opplevelser med informerte pasienter, kreves det mer forskning. Noe er gjort, men mye gjenstår. Samfunnet og hvordan vi forholder oss til informasjon forandrer seg raskt i takt med den digitale utviklingen. Fra et slikt perspektiv er det viktig at forskningen holder oss oppdatert på internetts innvirkning på helsevesenet, både kvalitativt og kvantitativt. Fastleger og annet helsepersonell er dessuten under sterkt press, noe som kan understreke viktigheten ytterligere.

Videre forskning bør i tillegg til å fokusere på fastleger, også se på andre legespesialisters- og annet helsepersonells opplevelser med internett-informerte pasienter. Dette kan gi oss et tydeligere bilde av hvordan situasjonen faktisk er, og hvorvidt internett er av betydning for deres hverdag og for samspillet mellom lege og pasient.

Referanser

- Ahmad, Farah, Pamela L Hudak, Kim Bercovitz, Elisa Hollenberg, og Wendy Levinson. «Are Physicians Ready for Patients With Internet-Based Health Information?» *Journal of Medical Internet Research* 8, nr. 3 (29. september 2006).
<https://doi.org/10.2196/jmir.8.3.e22>
- Andreassen, Hege K., Silje C. Wangberg, Rolf Wynn, Tove Sørensen, og Per Hjortdahl. «Helserelatert bruk av Internett i den norske befolkningen». *Tidsskrift for Den norske lægeforening*, 16. november 2006. <https://tidsskriftet.no/2006/11/aktuelt/helserelatert-bruk-av-internett-i-den-norske-befolkningen>
- Apple. «InterviewScribe», YANASE inc., 8. juni 2020.
<https://apps.apple.com/us/app/interviewscribe/id566512676?mt=12>
- Austvoll-Dahlgren, Astrid. «Pasientmedvirkning – hvorfor?» *Tidsskrift for Den norske lægeforening* 133, nr. 16 (2013): 1726–28. <https://doi.org/10.4045/tidsskr.13.0533>
- Baker, Laurence, Todd H. Wagner, Sara Singer, og M. Kate Bundorf. «Use of the Internet and E-Mail for Health Care Information: Results From a National Survey». *JAMA* 289, nr. 18 (14. mai 2003): 2400–2406. <https://doi.org/10.1001/jama.289.18.2400>
- Basch, Corey H., Sarah A. MacLean, Rachele-Ann Romero, og Danna Ethan. «Health Information Seeking Behavior Among College Students». *Journal of Community Health* 43, nr. 6 (desember 2018): 1094–99. <https://doi.org/10.1007/s10900-018-0526-9>
- Baym, Nancy K. *Personal connections in the digital age*. Second edition. Malden, MA: Polity Press, 2015
- Beck, Ulrich. *Risk Society: Towards a New Modernity*. Theory, Culture & Society. London; Newbury Park, Calif: Sage Publications, 1992
- Bergen kommune. «Informasjon til fastleger. Om oss» 12.09.2018.
<https://www.bergen.kommune.no/hvaskjer/informasjon-til-fastleger/10052>
- Berkman, Nancy D., Stacey L. Sheridan, Katrina E. Donahue, David J. Halpern, og Karen Crotty. «Low Health Literacy and Health Outcomes: An Updated Systematic Review». *Annals of Internal Medicine* 155, nr. 2 (19. juli 2011): 97. <https://doi.org/10.7326/0003-4819-155-2-201107190-00005>
- Boer, Maaïke J. de, Gerbrig J. Versteegen, og Marten van Wijhe. «Patients' use of the Internet for pain-related medical information». *Patient Education and Counseling* 68, nr. 1 (1. september 2007): 86–97. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2007.05.012>

- Bordvik, Målfrid. «Legevakten i Bergen ringes ned med spørsmål om korona». 28. februar 2020. <https://www.bt.no/article/bt-Wb1z9L.html>
- Briggs, Charles L, og Daniel C Hallin. *Making Health Public: How News Coverage Is Remaking Media, Medicine, and Contemporary Life*. London: Routledge, Taylor & Francis Group, 2016. <http://site.ebrary.com/id/11213646>
- Brinkmann, Svend. «1. Patologiseringstesen: Diagnoser og patologier før og nå». I *Det diagnostiserte livet*, redigert av Svend Brinkmann, s. 17 – 33. Bergen: Fagbokforlaget, 2015
- Brown, Jonathon D. *The Self*. New York: Routledge, Taylor & Francis Group, 1998
- Bryman, Alan. *Social research methods*. Fifth Edition. New York: Oxford University Press, 2016
- Caiata-Zufferey, Maria, og Peter J. Schulz. «Physicians' Communicative Strategies in Interacting With Internet-Informed Patients: Results From a Qualitative Study». *Health Communication* 27, nr. 8 (november 2012): 738–49
<https://doi.org/10.1080/10410236.2011.636478>
- Castells, Manuel. *The rise of the network society*. 2nd ed., with A new pref. The information age: economy, society, and culture, v. 1. Chichester, West Sussex ; Malden, MA: Wiley-Blackwell, 2010
- Chen, Xuewei, Jennifer L. Hay, Erika A. Waters, Marc T. Kiviniemi, Caitlin Biddle, Elizabeth Schofield, Yuelin Li, Kimberly Kaphingst, og Heather Orom. «Health Literacy and Use and Trust in Health Information». *Journal of Health Communication* 23, nr. 8 (3. august 2018): 724–34. <https://doi.org/10.1080/10810730.2018.1511658>
- Curran, James, Natalie Fenton, og Des Freedman. *Misunderstanding the Internet*. Communication and society. London New York: Routledge, 2012
- Den norske legeforeningen. «Medisinsk uforklarlige symptomer og plager (MUPS)» 5. juli 2018 <https://www.legeforeningen.no/foreningsledd/fagmed/norsk-forening-for-allmenmedisin/faggrupper/medisinsk-uforklarte-plager-og-symptomer-mups/>
- Dilliway, Greg, og Gillian Maudsley. «Patients Bringing Information to Primary Care Consultations: A Cross-Sectional (Questionnaire) Study of Doctors' and Nurses' Views of Its Impact». *Journal of Evaluation in Clinical Practice* 14, nr. 4 (2008): 545–47.
<https://doi.org/10.1111/j.1365-2753.2007.00911.x>
- Dingli, Alexiei, og Dylan Seychell. *The New Digital Natives: Cutting the Chord*. Heidelberg: Springer, 2015

- Egge, Arild. «Kjære kolleger». *Overlegen*, 2 (2016): s. 3
https://www.legeforeningen.no/contentassets/ae0a95f8a9a44284ad8235e676010ad8/overlegen-2_2016.pdf
- Eide, Martin. *Død og pine! om massemedia og helsepolitikk*. Oslo: Fagbevegelsens senter for forskning, utbedring og dokumentasjon, 1987
- Emanuel, E, og Linda Emanuel. «Four Models of the Physician-Patient Relationship». *JAMA: the journal of the American Medical Association* 267 (16. september 1992): 2221–26.
<https://doi.org/10.1001/jama.267.16.2221>
- Engelstad, Fredrik. *Hva er makt*. Oslo: Universitetsforlaget, 2005
- EY og Vista Analyse. «Evaluering av fastlegeordningen». Evaluering. Helse- og omsorgsdepartementet, 4. september 2019
<https://www.regjeringen.no/no/aktuelt/fastlegeordningen-er-evaluert/id2667485/>
- Fergus, Thomas A. «Cyberchondria and Intolerance of Uncertainty: Examining When Individuals Experience Health Anxiety in Response to Internet Searches for Medical Information». *Cyberpsychology, Behavior and Social Networking* 16, nr. 10 (oktober 2013): 735–39. <https://doi.org/10.1089/cyber.2012.0671>
- Forskrift om fastlegeordning i kommunene: *Forskrift om fastlegeordning i kommunene*. Fastsatt ved kgl.res. 29.august.2012 nr. 842 med hjemmel i lov 24. juni 2011 nr. 30 om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (helse- og omsorgstjenesteloven) § 3-2 tredje ledd og lov 2. juli 1999 nr. 64 om helsepersonell m.v. (helsepersonelloven) § 14. <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2012-08-29-842/>
- Forskrift om pasientrettigheter mv., fastlege: *Forskrift om pasient- og brukerrettigheter i fastlegeordningen*. Fastsatt ved kgl.res. 29.august 2012 nr. 843 med hjemmel i lov 07. februar.1999 nr. 63 Pasient- og brukerrettighetsloven.
<https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2012-08-29-843>
- Fugelli, Per. «Tillit». *Tidsskrift for Den norske legeforening* 121, nr. 30 (10. desember 2001): 3621–24 <https://tidsskriftet.no/2001/12/kronikk/tillit>
- Gentikow, Barbara. *Hvordan utforsker man medieerfaringer? Kvalitativ metode*. Kristiansand: IJ forlaget, 2005
- Gentikow, Barbara og Østbye, Helge. «Kapittel 1. Kartlegging av et felt». I *Medievitenskap Bind 3: Mediebruk*. Redigert av Barbara Gentikow, 13 – 28. Bergen: Fagbokforlaget, 2009

- Giddens, Anthony. *Modernity and Self-Identity: Self and Society in the Late Modern Age*. Chichester, United Kingdom: Polity Press, 1991
<http://ebookcentral.proquest.com/lib/bergen-ebooks/detail.action?docID=1272676>
- Giddens, Anthony, og Chris Pierson. *Conversations with Anthony Giddens - Making Sense of Modernity*. Hoboken: Wiley, 2013.
<https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&scope=site&db=nlebk&db=nlabk&AN=925850>
- Goffman, Erving. *Vårt rollespill til daglig. En studie i hverdagslivets dramatik*. Oslo: Pax, 1992
- Gripsrud, Jostein. *Mediekultur, mediesamfunn*. Oslo: Universitetsforlaget, 2011
- Groningen, Nicole Van, «What do doctors think of patients who Google all their symptoms, and think they know better?» Forum. Quora. 2. august 2017.
https://www.quora.com/What-do-doctors-think-of-patients-who-Google-all-their-symptoms-and-think-they-know-better?no_redirect=1
- Hagen, Ingunn. *Medias publikum: frå mottakar til brukar?* Oslo: Ad Notam Gyldendal, 2006.
- Hallin, Daniel C., Marisa Brandt, og Charles L. Briggs. «Biomedicalization and the Public Sphere: Newspaper Coverage of Health and Medicine, 1960s–2000s». *Social Science & Medicine* 96 (november 2013): 121–28. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2013.07.030>
- Hauge, Caroline Bækkelund, Ida Gjellerud, og Cecilie Valentine Brekke. «‘Google-panikk’ hos legevakta». *NRK*, 15. januar 2020. <https://www.nrk.no/osloogviken/legevakta-ma-daglig-roe-ned-pasienter-som-har-googlet-seg-frem-til-sykdommer-de-ikke-har-1.14859961>.
- Helsedirektoratet. «Fastlegestatistikk» 30. april 2019
<https://www.helsedirektoratet.no/statistikk/statistikk/fastlegestatistikk>
- Helsedirektoratet. «Kapittel 4: Medvirkning, informasjon og kommunikasjon. I: *Rehabilitering, habilitering, individuell plan og koordinator*, Nasjonal veileder.
<https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/rehabilitering-habilitering-individuell-plan-og-koordinator/medvirkning-informasjon-og-kommunikasjon>
- Helsedirektoratet. «Styringsdata for fastlegeordningen, 4. kvartal 2018» 8. juni 2020.
https://www.helsedirektoratet.no/statistikk/fastlegestatistikk/hovedtallsrapport%20fastlegeordningen%20landstall%202018-4.pdf/_attachment/inline/5e62c78c-940f-4cc4-9cdb-7e9aff4574db:964f551b55123a431c888a4c9285742c62713bb4/hovedtallsrapport%20fastlegeordningen%20landstall%202018-4.pdf

Helsedirektoratet. «Taushetsplikt og samtykke» 21.mai 2020

<https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/taushetsplikt-og-opplysningsplikt/taushetsplikt-og-samtykke>

Helse og omsorgsdepartementet. «Pasientenes helsetjeneste». Bent Høie, 2014.

<https://www.regjeringen.no/no/aktuelt/pasientens-helsetjeneste/id748854/>

Hjortdahl, Per, Magne Nylenna, og Olaf G. Aasland. «Internett og lege-pasient-forholdet - fra «takke» til «hvorfor?»» *Tidsskrift for Den norske legeförening*, nr. 29 (1999): 4339–41

Hofmann, Björn, og Simon Wilkinson. «Mange betegnelser for sykdom». *Tidsskrift for Den norske legeförening* 136, nr. 12/13 (2016): 1125–26.

<https://doi.org/10.4045/tidsskr.16.0316>

Huntington, Paul, David Nicholas, Barrie Gunter, Chris Russell, Richard Withey, og Panayiota Polydorotou. «Consumer Trust in Health Information on the Web». *Aslib Proceedings* 56, nr. 6 (desember 2004): 373–82.

<https://doi.org/10.1108/00012530410570417>

Johannessen, Lars E.F, Tore Witsø Rafoss, og Erik Børve Rasmussen. *Hvordan bruke teori? nyttige verktøy i kvalitativ analyse*. Oslo: Universitetsforlaget, 2018

Johnsen, Elin, Fernandez-Luque, Luis, Hagen, Roar. «Kapittel 2. Det sosiale nettet og helse». I *Digitale pasienter*, redigert av Aksel Tjora og Anne-Grete Sandaunet, 26 – 64. Oslo: Gyldendal norsk forlag, 2010

Kickbusch, Ilona, Jürgen M. Pelikan, Franklin Apfel, Agis D. Tsouros, og World Health Organization, red. *Health literacy: the solid facts*. The solid facts. Copenhagen: World Health Organization Regional Office for Europe, 2013

Kleinman, Arthur. *Patients and Healers in the Context of Culture: An Exploration of the Borderland between Anthropology, Medicine, and Psychiatry*. Berkeley: University of California Press, 1981

Kvale, Steinar, og Svend Brinkmann. *Det kvalitative forskningsintervju*. Oversatt av Johan Rygge og Tone Margaret Anderssen. Oslo: Gyldendal akademisk, 2009

Kumar, Sathesh, «Why do doctors hate patients researching their symptoms on the Internet?» Forum. Quora. 19. juli 2018 <https://www.quora.com/Why-do-doctors-hate-patients-researching-their-symptoms-on-the-Internet>

Lian, S. Olaug. «2. Pasienten som kunde». I *Den moderne pasienten*, redigert av Aksel Tjora, 34 – 56. Oslo: Gyldendal Akademisk, 2008

LinkedIn. «About.» 07.oktober 2019. <https://about.linkedin.com>

- Malone, M., Ruth Harris, Richard Hooker, Tina Tucker, Nuttan Tanna, og Sasha Honnor. «Health and the Internet--Changing Boundaries in Primary Care». *Family Practice* 21, nr. 2 (1. april 2004): 189–91. <https://doi.org/10.1093/fampra/cmh215>
- McMullan, Miriam. «Patients using the Internet to obtain health information: How this affects the patient–health professional relationship». *Patient Education and Counseling* 63, nr. 1 (1. oktober 2006): 24–28. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2005.10.006>
- Medietilsynet. «Kritisk medieforståelse i den norske befolkningen. En undersøkelse fra medietilsynet». Rapport. Medietilsynet, 2019. https://medietilsynet.no/mediebildet/kritisk_medieforstaelse/#anchor_8136
- Mosharafa, Eman. «All You Need to Know About: The Cultivation Theory». *Global Journal of HUMAN-SOCIAL SCIENCE: A Arts & Humanities - Psychology* 15, nr. 8 (2015): 22–38
- Måseide, Per. *Medisinsk sosiologi noen sosiologiske perspektiv på sykdom og behandling*. Oslo: TANO, 1990 <https://www.nb.no/items/9c1c47b49cbe13c005a87a6480c3bfa8?page=0> 20.11.2010
- Måseide, Per. *Three Models for the Description of Doctor-Patient Interaction*. 010089. Universitetet i Bergen: Sosiologisk institutt: Universitetet i Bergen, 1989
- Normann, Lisbeth. «Samhandlingsreformen et steg videre». *Overlegen*, 2 (2016): s. 12 – 13 https://www.legeforeningen.no/contentassets/ae0a95f8a9a44284ad8235e676010ad8/overlegen-2_2016.pdf
- Norsk senter for forskningsdata. «Om NSD». Åpnet 10. desember 2019. <https://nsd.no/om/>
- Norsk senter for forskningsdata. «Hva må jeg informere om?» Åpnet 10. desember 2019 https://nsd.no/personvernombud/hjelp/informere_om.html
- Nortvedt, Per, og Harald Grimen. *Sensibilitet og refleksjon filosofi og vitenskapsteori for helsefag*. Oslo: Gyldendal akademisk, 2004
- NRK. «Hva feiler det deg». Video. Underholdningsserie. 16. mars 2016 – 2019. <https://tv.nrk.no/serie/hva-feiler-det-dege>
- Nylenna, M., P. Hjortdal, og O. G. Aasland. «Internett-bruk blant norske leger / The use of Internet among Norwegian physicians». *119* 29 (30. november 1999). [https://legeforeningen.no/Legeforeningens-forskningsinstitutt/Publikasjoner/1999/internett-bruk-blant-norske-leger-the-use-of-internet-among-norwegian-physicians-/](https://legeforeningen.no/Legeforeningens-forskningsinstitutt/Publikasjoner/1999/internett-bruk-blant-norske-leger-the-use-of-internet-among-norwegian-physicians/)

- Parsons, Talcott. «Illness and the Role of the Physician: A Sociological Perspective.» *American Journal of Orthopsychiatry* 21, nr. 3 (juli 1951): 452–60
<https://doi.org/10.1111/j.1939-0025.1951.tb00003.x>
- Pasient- og brukerrettighetsloven. *Lov om pasient- og brukerrettigheter m.v. av 02.07.1999* nr. 63 01.01.2001
- Rasmussen, Terje. *Hva skjer med Internett og web?* Oslo: Cappelen Damm akademisk, 2016
- Repstad, Pål. *Mellom nærhet og distanse kvalitative metoder i samfunnsfag*. Oslo: Universitetsforlaget, 2007
- Santana, Silvina, Berthold Lausen, Maria Bujnowska-Fedak, Catherine E. Chronaki, Hans-Ulrich Prokosch, og Rolf Wynn. «Informed citizen and empowered citizen in health: results from an European survey». *BMC Family Practice* 12, nr. 1 (16. april 2011): 20.
<https://doi.org/10.1186/1471-2296-12-20>
- Schulz, Peter J., og Kent Nakamoto. «Health Literacy and Patient Empowerment in Health Communication: The Importance of Separating Conjoined Twins». *Patient Education and Counseling* 90, nr. 1 (januar 2013): 4–11. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2012.09.006>
- Schwebs, Ture, og Helge Østbye. *Media i samfunnet*. Oslo: Samlaget, 2013
- Shaw, Joanne, og Mary Baker. «“Expert Patient”—Dream or Nightmare?» *BMJ* 328, nr. 7442 (27. mars 2004): 723–24. <https://doi.org/10.1136/bmj.328.7442.723>
- Sillence, Elizabeth, Pam Briggs, Peter Harris, og Lesley Fishwick. «Going Online for Health Advice: Changes in Usage and Trust Practices over the Last Five Years». *Interacting with Computers* 19, nr. 3 (1. mai 2007): 397–406.
<https://doi.org/10.1016/j.intcom.2006.10.002>
- Sletteland, Nina. *Helsekommunikasjon og digitale medier*. Oslo: Gyldendal akademisk, 2014.
- Solli, Anne. *Handling Socio-Scientific Controversy: Students' Reasoning through Digital Inquiry*. Gothenburg Studies in Educational Sciences 427. Göteborg: University of Gothenburg, Acta Universitatis Gothoburgensis, 2019
- Språkrådet. «Literacy». Åpnet 1. mai 2020. <http://www.sprakradet.no/svardatabase/sporsmal-og-svar/literacy/>
- Statistisk sentralbyrå, «Bruk av IKT i husholdningene. 11124: Hyppighet på internett- og PC-bruk siste 12 måneder (prosent), etter kjønn, alder, statistikkvariabel og år», 29. august 2019, <https://www.ssb.no/ikthus/> /
<https://www.ssb.no/statbank/table/11124/tableViewLayout1/>
- Stokken, Roar. «3. Den kunnskapsrike pasienten». I: *Den moderne pasienten*, redigert av Aksel Tjora, 57 – 75. Oslo: Gyldendal Akademisk, 2008

- St. meld. nr. 17 (2004 – 2005) *Makt og demokrati*. Oslo: Regjeringen
<https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/stmeld-nr-17-2004-2005-/id406399/?ch=1>
- St. meld. nr. 47 (2008 – 2009). *Samhandlingsreformen. Rett behandling – på rett sted – til rett tid*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.
<https://www.regjeringen.no/contentassets/d4f0e16ad32e4bbd8d8ab5c21445a5dc/no/pdfs/stm200820090047000dddpdfs.pdf>
- Tanggaard, Lene og Svend Brinkmann. «Kapittel 1: Intervjuet». I *Kvalitative metoder empiri og teoriutvikling*. Redigert av Lene Tanggaard og Svend Brinkmann. Oslo: Gyldendal akademisk, 2012
- Thyssen, Ole. «Jens Vejmand om rettigheter». I *Det diagnostiserte livet*, redigert av Svend Brinkmann, s. 98 – 115. Bergen: Fagbokforlaget, 2015
- Trondsen, Marianne. «Risikofokus på barn med psykisk syke foreldre». I *Helsesosiologi. Analyser av helse, sykdom og behandling*, redigert av Aksel Tjora, s. 117 – 133. Oslo: Gyldendal akademisk, 2012
- Wald, Hedy S., Catherine E. Dube, og David C. Anthony. «Untangling the Web—The Impact of Internet Use on Health Care and the Physician–Patient Relationship». *Patient Education and Counseling* 68, nr. 3 (november 2007): 218–24.
<https://doi.org/10.1016/j.pec.2007.05.016>
- Wangberg, Silje, Hege Andreassen, Per Kummervold, Rolf Wynn, og Tove Sørensen. «Use of the Internet for Health Purposes: Trends in Norway 2000-2010». *Scandinavian Journal of Caring Sciences* 23, nr. 4 (desember 2009): 691–96. <https://doi.org/10.1111/j.1471-6712.2008.00662.x>
- White, Ryan W., og Eric Horvitz. «Cyberchondria: Studies of the Escalation of Medical Concerns in Web Search». *ACM Transactions on Information Systems* 27, nr. 4 (november 2009): 1–37. <https://doi.org/10.1145/1629096.1629101>
- Wright, Kevin B., Lisa Sparks, og Dan O’Hair. *Health communication in the 21st century*. Malden, MA; Oxford: Blackwell Pub, 2008
- Østbye, Helge, Knut Helland, Karl Knapskog, og Leif Ove Larsen. *Metodebok for medievitenskap*. 3. utg. Bergen: Fagbokforlaget, 2007

Vedlegg 1: Intervjuguide individuelle intervju

Innledende spørsmål

I. Kan du fortelle litt om hvor lenge du har arbeidet som fastlege?

- 1. Har du arbeidet andre steder innimellom?*
- 2. Når ble du ferdig med studiet?*

INTERVJU

2.0 Hva opplever du som de største forskjellene i arbeidshverdagen din som fastlege, fra da du begynte som fastlege?

2.1 Opplever du endringer i arbeidsdagen generelt?

Hvorfor har den endret seg?

Endringer i arbeidshverdagen knyttet til digitale utviklingen og den enorme informasjonstilgangen?

Endringer knyttet til at pasienter søker etter helseinformasjon på internett? Endret konsultasjonene?

Påvirkning på pasientrelasjonene?

2.2 Oppfører pasientene seg annerledes i dag enn tidligere?

Hvordan?

Endringer i forberedelser før konsultasjoner?

Har de andre forventninger?

Reagerer de annerledes på rådene du har gitt? Hvordan går samtalen – opplevelse av dynamikken. Hvordan handler de etter de de gitte rådene?

2.3 Tenker du at du selv oppfører deg annerledes med pasientene dine nå enn før?

Forbereder du deg annerledes? Andre forventninger til pasientene?

Reagerer du annerledes nå enn før hvis pasientene har forberedt seg? Hvordan går samtalen, opplevelse av dynamikk

Gir du andre råd nå enn før? Andre grunner enn fagutvikling og nye retningslinjer som gjør at du gir andre råd?

3.0 Hvilken rolle spiller pasientenes tilgang og bruk av helseinformasjon på nettet - enten dette er googling, lesing i forum, Facebook - og så videre - i forbindelse med konsultasjonene på samhandlingen eller dynamikken mellom dere?

Forstyrrende element? Problematisk? Positivt?

Muligheter?

Feilinformerte / Velinformerte?

3.2 Hvordan opplever du det når pasientene søker etter helseinformasjon på internett i forkant av en legetime?

Hvorfor søker de?

3.3 Er det noen skiller mellom ulike grupper pasienter når det gjelder hvem som søker etter helseinformasjon og ikke? Opplever du at det finnes et mønster?

Kroniske vs. akutte?

Noen mer kritiske til din informasjon vs. internett? Omvendt? Forskjeller blant eldre pasienter? Har de endret seg? Hvordan håndtere søkeatferden?

Kommuniserer med de som søker på en bestemt måte?

3.4 Opplever du at folk lar være å fortelle om at de har søkt informasjon på internett?

Årsaker?

3.5 anbefaler du pasientene dine å lese på internett om diverse helseinformasjon?

Hvorfor / hvorfor ikke? Hvilken type informasjon? Bestemte nettsider?

3.6 Tror du at det at alle nå har tilgang på mobiltelefon har noe å si for pasienters søkeatferd?

Spiller mobilen og dens inntog i hverdagen en rolle for hvordan pasienter bruker helseinformasjon?

Avslutning:

4.0 Har du sett TV- programmet «Hva feiler det deg?» Hva er dine tanker om programmet?

5.0 Er det andre tanker du har gjort deg underveis, angående temaet pasienter og søking etter helseinformasjon?

Takk

Vedlegg 2 Intervjuguide gruppeintervju

INNLEDNING

- I. Kan dere aller først si litt om hvor lenge dere har arbeidet som fastleger?

INTERVJU

1. Opplever dere ofte at pasienter søker informasjon i forkant av legetimene, og hvordan tenker dere dette spiller inn på samspillet med pasienten i konsultasjonen?
 - a. Må dere kommunisere annerledes?
 - b. Har de andre forventninger enn de som ikke har søkt?
 - i. Hvis pasienten er feilinformert – hvordan går dere frem og hvordan reagerer pasientene?
 - c. I hvilken grad har pasientene tillit til dere versus tillit til internett?
 - d. Hvorfor søker de?
2. Opplever dere at det har skjedd endringer i hvorvidt pasienter søker etter informasjon?
 - a. Før vs. nå?
3. Er det noen skiller mellom ulike grupper pasienter når det gjelder hvem som søker etter helseinformasjon og ikke?
 - a. Kroniske vs. akutte?
 - b. Forskjeller mellom de som er velinformerte vs. feilinformerte?
 - c. Har de eldre pasientene endret seg når det gjelder søkevaner?
 - d. Kildekritikk: Endring, forskjell i grupper?
4. Er det andre tanker dere har gjort deg underveis, angående temaet pasienter og søking etter helseinformasjon?

Takk

Vedlegg 3: Flyer til rekruttering

HEI

Er du fastlege?

Som del av mitt masterprosjekt ønsker jeg å
intervjue fastleger om deres opplevelser med
pasienter som oppsøker helseinformasjon på internett

Høres dette interessant ut?
Da ønsker jeg å høre fra deg!



Ta kontakt for mer info:
vilde.fagerland@student.uib.no
Tlf. 928 25 778

Vedlegg 4: Vurdering fra NSD



NSD sin vurdering

Prosjekttittel

Når pasienten googler: Fastlegens opplevelse av den informerte pasient

Referansenummer

894112

Registrert

27.09.2019 av Vilde Fagerland - Vilde.Fagerland@student.uib.no

Behandlingsansvarlig institusjon

Universitetet i Bergen / Det samfunnsvitenskapelige fakultet / Institutt for informasjons- og medievitenskap

Prosjektansvarlig (vitenskapelig ansatt/veileder eller stipendiat)

Jan Fredrik Hovden, Jan.Hovden@uib.no, tlf: 55584135

Type prosjekt

Studentprosjekt, masterstudium

Kontaktinformasjon, student

Vilde Fagerland, vildefagerland@hotmail.com, tlf: 92825778

Prosjektperiode

12.08.2019 - 01.06.2020

Status

30.09.2019 - Vurdert

Vurdering (1)

30.09.2019 - Vurdert

Det er vår vurdering at behandlingen av personopplysninger i prosjektet vil være i samsvar med personvernlovgivningen så fremt den gjennomføres i tråd med det som er dokumentert i meldeskjemaet

med vedlegg den 30.09.2019, samt i meldingsdialogen mellom innmelder og NSD. Behandlingen kan starte.

MELD VESENTLIGE ENDRINGER

Dersom det skjer vesentlige endringer i behandlingen av personopplysninger, kan det være nødvendig å melde dette til NSD ved å oppdatere meldeskjemaet. Før du melder inn en endring, oppfordrer vi deg til å lese om hvilke type endringer det er nødvendig å melde:

https://nsd.no/personvernombud/meld_prosjekt/meld_endringer.html

Du må vente på svar fra NSD før endringen gjennomføres.

TYPE OPPLYSNINGER OG VARIGHET

Prosjektet vil behandle alminnelige kategorier av personopplysninger frem til 01.06.2020.

LOVLIG GRUNNLAG

Prosjektet vil innhente samtykke fra de registrerte til behandlingen av personopplysninger. Vår vurdering er at prosjektet legger opp til et samtykke i samsvar med kravene i art. 4 og 7, ved at det er en frivillig, spesifikk, informert og utvetydig bekreftelse som kan dokumenteres, og som den registrerte kan trekke tilbake. Lovlig grunnlag for behandlingen vil dermed være den registrertes samtykke, jf. personvernforordningen art. 6 nr. 1 bokstav a.

TAUSHETSPLIKT

Informantene i prosjektet har taushetsplikt. Det er viktig at intervjuene gjennomføres slik at det ikke samles inn opplysninger som kan identifisere enkeltpersoner eller avsløre annen taushetsbelagt informasjon.

PERSONVERNPRINSIPPER

NSD vurderer at den planlagte behandlingen av personopplysninger vil følge prinsippene i personvernforordningen om:

- lovlighet, rettferdighet og åpenhet (art. 5.1 a), ved at de registrerte får tilfredsstillende informasjon om og samtykker til behandlingen
- formålsbegrensning (art. 5.1 b), ved at personopplysninger samles inn for spesifikke, uttrykkelig angitte og berettigede formål, og ikke behandles til nye, uforenlige formål
- dataminimering (art. 5.1 c), ved at det kun behandles opplysninger som er adekvate, relevante og nødvendige for formålet med prosjektet
- lagringsbegrensning (art. 5.1 e), ved at personopplysningene ikke lagres lengre enn nødvendig for å oppfylle formålet

DE REGISTRERTES RETTIGHETER

Så lenge de registrerte kan identifiseres i datamaterialet vil de ha følgende rettigheter: åpenhet (art. 12), informasjon (art. 13), innsyn (art. 15), retting (art. 16), sletting (art. 17), begrensning (art. 18), underretning (art. 19), dataportabilitet (art. 20).

NSD vurderer at informasjonen om behandlingen som de registrerte vil motta oppfyller lovens krav til form og innhold, jf. art. 12.1 og art. 13.

Vi minner om at hvis en registrert tar kontakt om sine rettigheter, har behandlingsansvarlig institusjon

plikt til å svare innen en måned.

FØLG DIN INSTITUSJONS RETNINGSLINJER

NSD legger til grunn at behandlingen oppfyller kravene i personvernforordningen om riktighet (art. 5.1 d), integritet og konfidensialitet (art. 5.1. f) og sikkerhet (art. 32).

For å forsikre dere om at kravene oppfylles, må dere følge interne retningslinjer og/eller rådføre dere med behandlingsansvarlig institusjon.

OPPFØLGING AV PROSJEKTET

NSD vil følge opp ved planlagt avslutning for å avklare om behandlingen av personopplysningene er avsluttet.

Lykke til med prosjektet!

Tlf. Personverntjenester: 55 58 21 17 (tast 1)

Vedlegg 5: LinkedIn-post

in

Startside Mitt nettverk Stillinger Meldinger Varsler Meg Arbeid Aktiver Premium på nytt gratis

Vilde Fagerland
Seminarleder i Universitetet i Bergen (UiB)
4d • Alle

Kjære LinkedIn!

Jeg skriver for tiden masteroppgave i medievitenskap og er i den forbindelse på leit etter fastleger å intervju. Prosjektet handler om fastlegens opplevelser med pasienters søking etter helseinformasjon på Internett.

Informasjonen vil anonymiseres og jeg vil understreke at jeg ikke ønsker pasientinformasjon.

Jeg søker etter leger som helst har jobbet i over 7 år som fastleger, gjerne på kommunale legekantor.

Høres dette interessant ut, eller kjenner du noen i målgruppen? Ta gjerne kontakt!

Vennlig hilsen,

Vilde
vilde.fagerland@student.uib.no
Tlf. 928 25 778

[#fastlege](#) [#lege](#) [#allmennpraksis](#) [#allmennlege](#) [#doktor](#) [#legekantor](#) [#fastlegekantor](#) [#allmennpraktiker](#)

HEI
Er du fastlege?

Som del av mitt masterprosjekt ønsker jeg å intervju fastleger om deres opplevelser med pasienter som oppsøker helseinformasjon på Internett

Høres dette interessant ut?
Da ønsker jeg å høre fra deg!

Ta kontakt for mer info:
vilde.fagerland@student.uib.no
Tlf. 928 25 778

7 • 4 kommentarer

Your dream job is closer than you think
See jobs
LinkedIn

Vedlegg 6: Informasjonsskriv

Vil du delta i forskningsprosjektet:

«Når pasienten googler: Fastlegens opplevelse av møtet med den informerte pasient»?

Dette er et spørsmål til deg som fastlege om å delta i et mastergradsprosjekt hvor formålet er å kartlegge fastlegers opplevelse med pasienter som googler helseinformasjon i forbindelse med konsultasjoner. Dette skrevet inneholder informasjon om målene for prosjektet og hva deltakelse vil innebære for deg.

Mitt navn er Vilde Fagerland. Jeg er masterstudent i medievitenskap ved Universitetet i Bergen og er i tillegg utdannet sykepleier. Jeg jobber nå som sykepleier ved siden av masterstudiene og har en brennende interesse for både mediefag og helsefag. I denne studien ønsker jeg å kombinere disse feltene for å kunne si noe om medienes påvirkning på deres hverdag som fastlege.

Formål

Målet med masteroppgaven er å belyse hva søking etter helseinformasjon på internett gjør med fastlegers hverdag og opplevelse av dynamikk mellom lege og pasient. Jeg ønsker å finne ut om det at den enorme tilgangen til informasjon på internett har gjort noe med pasientrollen og fastlegerollen, sett fra fastlegens perspektiv.

Med dette prosjektet har jeg et håp om å kunne tilføre noe nytt til den norske forskningen på fastlegers hverdag og på søkeatferd blant pasienter. Det er viktig å være oppdatert på hvordan hverdagen i helsevesenet fungerer for å kunne forbedre og utnytte potensialet som er der. Dere er under sterkt press, og det trengs tiltak for å bedre arbeidshverdagen. Ikke minst er fastleger i en posisjon hvor dere har et enormt ansvar alene for en stor mengde mennesker. Derfor anser jeg det som svært viktig å undersøke hvordan ulike elementer i deres arbeidshverdag fungerer eller ikke fungerer.

Problemstillingen i oppgaven min er:

Hvilke opplevelser har fastleger når det gjelder pasienter som søker etter helseinformasjon på internett i forbindelse med en konsultasjon og hva gjør denne søken etter informasjon med dynamikken mellom pasient og lege?

Hvem er ansvarlig for forskningsprosjektet?

Universitetet i Bergen, ved institutt for informasjons- og medievitenskap er ansvarlig for prosjektet.

Hvorfor får du spørsmål om å delta?

Jeg ønsker å intervju om lag ti personer som har jobbet som fastleger i noen år, primært ved kommunale fastlegekontor. Jeg har kontaktet deg fordi du er innenfor denne målgruppen.

Hva innebærer det for deg å delta?

I denne studien ønsker jeg å invitere deg til et én-til-én-intervju. Hvis du ønsker å delta kommer jeg til å stille deg spørsmål om dine opplevelser med pasienter som googler sykdommer eller symptomer før de oppsøker deg som fastlege. Jeg vil aldri stille deg spørsmål som gjør at du kan eller må bryte taushetsplikten, og jeg ønsker ikke pasientinformasjon fra deg. Denne studien fokuserer på *dine* opplevelser og erfaringer og all informasjon vil behandles konfidensielt. Ingenting av det du sier vil kunne spores tilbake til deg eller til pasientene dine. Informasjonen som - hvis du deltar - blir delt om deg, er at du er en mannlig eller kvinnelig fastlege, aldersgruppe, og om du arbeider i bygd eller by i Sør, - Øst, - Nord- eller Vest-Norge. Du vil bli gitt fiktivt navn. Eksempel: «Ola», jobber som fastlege i en by på Østlandet, i aldersgruppen 40 – 50 år.

Intervjuet vil vare i omtrent en time.

Det er frivillig å delta

Det er frivillig å delta i prosjektet. Hvis du velger å delta, kan du når som helst trekke samtykke tilbake uten å oppgi noen grunn. Alle opplysninger om deg vil da bli anonymisert og slettet. Det vil ikke ha noen negative konsekvenser for deg hvis du ikke vil delta eller senere velger å trekke deg.

Ditt personvern – hvordan vi oppbevarer og bruker dine opplysninger

Vi vil bare bruke opplysningene om deg til formålene vi har fortalt om i dette skrevet. Vi behandler opplysningene konfidensielt og i samsvar med personvernregelverket.

- Det er kun meg, Vilde Fagerland, som har tilgang til informasjonen. Det kan bli aktuelt at min veileder, Professor i Medievitenskap, Jan Fredrik Hovden får innsyn i deler av intervjuet ved behov for veiledning, men personopplysninger vil aldri deles med noen.
- Navnet og kontaktopplysningene dine vil jeg erstatte med en kode som lagres på egen navneliste adskilt fra øvrige data. Jeg vil lagre datamaterialet i en egen, låst mappe på min private datamaskin, hvor kun jeg har tilgang.

Ingenting av det du sier vil kunne spores tilbake til deg eller til pasientene dine.

Hva skjer med opplysningene dine når vi avslutter forskningsprosjektet?

Prosjektet skal etter planen avsluttes 01. juni 2020. All informasjon om og fra deg vil bli slettet etter at masteroppgaven er levert. Lydopptaket og eventuelle notater og opplysninger om deg vil bli lagret i passordbeskyttet mappe på min Mac og vil aldri bli delt med noen andre. Alle opplysninger vil bli slettet etter innlevering av masteroppgaven. Skulle prosjektet avlyses, vil dataene slettes umiddelbart.

Dine rettigheter

Så lenge du kan identifiseres i datamaterialet, har du rett til:

- innsyn i hvilke personopplysninger som er registrert om deg,
- å få rettet personopplysninger om deg,
- få slettet personopplysninger om deg,
- få utlevert en kopi av dine personopplysninger (dataportabilitet), og
- å sende klage til personvernombudet eller Datatilsynet om behandlingen av dine personopplysninger.

Hva gir oss rett til å behandle personopplysninger om deg?

Vi behandler opplysninger om deg basert på ditt samtykke.

På oppdrag fra Universitetet i Bergen har NSD – Norsk senter for forskningsdata AS vurdert at behandlingen av personopplysninger i dette prosjektet er i samsvar med personvernregelverket.

Hvor kan jeg finne ut mer?

Det er frivillig å delta og du kan når som helst trekke ditt samtykke tilbake. Dersom du har spørsmål om studien, eller ønsker å benytte deg av dine rettigheter, ta kontakt med:

- Vilde Fagerland, masterstudent i medievitenskap ved Universitetet i Bergen, på epost: vilde.fagerland@student.uib.no eller telefon: 928 25 778
- Jan Fredrik Hovden, Professor i medievitenskap ved Institutt for informasjons- og medievitenskap, Universitet i Bergen, og veileder for masterprosjektet på epost: jan.hovden@uib.no
- NSD – Norsk senter for forskningsdata AS, på epost (personverntjenester@nsd.no) eller telefon: 55 58 21 17.

Med vennlig hilsen,

Vilde Fagerland

Masterstudent i medievitenskap ved Universitetet i Bergen

Samtykkeerklæring

Jeg har mottatt og forstått informasjon om prosjektet, «*Når pasienten googler: Fastlegens opplevelse av møtet den informerte pasient*»? og har fått anledning til å stille spørsmål. Jeg samtykker til:

å delta i intervju

Jeg samtykker til at mine opplysninger behandles frem til prosjektet er avsluttet, ca. 1. juli 2020

(Signert av prosjektdeltaker, dato)