

Når forskjellige virkeligheter møtes – en kvalitativ analyse av makt og spenninger i legestudenters allmennmedisinske konsultasjoner

Michael 2025; 22: 246–257.

doi: 10.56175/Michael.12622

Medisinske diskurser gir, ifølge Foucault, rammene for gyldige sannheter. Innenfor disse rammene utøves makt ved kliniske beslutninger og styring av kommunikasjon. Vi har undersøkt hvordan legestudenter reflekterte rundt allmennmedisinske konsultasjoner hvor det hadde oppstått spenninger knyttet til maktforholdene mellom student og pasient.

Vi gjorde en refleksiv tematisk analyse av 31 utvalgte refleksjonsnotater, skrevet av siste års legestudenter ved NTNU, etter fullført praksisperiode ved fastlegekontor.

Tre overordnede temaer beskrives: a) Utfordringer når kart og terreng ikke stemmer, b) Manglende forståelse gir en følelse av avmakt, og c) Erfaringer av forløsning. Studentene opplevde spenninger når deres medisinske forståelsesramme ikke samsvarte med pasientens opplevelse av sykdom. Dette medførte frustrasjon og en følelse av avmakt. Manglende avklaringer førte til misforståelser, mens utfordringer kunne løses gjennom kommunikasjonsferdigheter og en åpen tilnærming.

Studentenes beskrivelser kan tolkes som et uttrykk for at de strevde med å navigere mellom biomedisinske og personsentrerte tilnærminger. Pasientsentrert kommunikasjon kunne avhjulpet flere utfordringer, og virket noen ganger forløsende. Selv om studentene ikke alltid lyktes i konsultasjonene, uttrykte mange en bredere forståelse ved refleksjon i etterkant. Foucaults teorier om makt og diskurser kan bidra til å forstå balansegangen mellom biomedisinske og personsentrerte tilnærminger i klinisk arbeid.

I behandlingssituasjoner vil makt alltid påvirke samspillet og relasjonen mellom lege og pasient (1). Legerollen gir makt til å ta beslutninger, og

allmennlegens portvokterfunksjon kan gi opphav til spenninger i samspillet mellom pasient og lege (2–4). Legen kan også utøve ikke-beslutningsmakt ved interessenemotsetninger – for eksempel ved å styre konsultasjonen (5). Grunnlaget for at pasienten skal følge legens råd bygger på tillit til legens faglige kompetanse, medfølelse, pålitelighet og kommunikasjon, rettet mot legen både som person og som representant for det medisinske faget (6).

Dermed er det nødvendig for legen å skape tillit for å legitimere beslutninger og sin egen maktposisjon.

En mulig tilnærming til å forstå og analysere denne makten er gjennom Foucaults arbeider, hvor han viser hvordan mennesker utvikler omfattende og langvarige sosialt konstruerte diskurser som definerer hva som anses som sannhet (7). Hos Foucault utøves makt ved utforskning og produksjon av denne sannheten.

Kunnskap om sannheten gir makt, og maktforholdene endres i takt med endringer i diskursen (8). I denne forståelsen er makt i ulike former til stede i alle sosiale relasjoner, og ikke begrenset til privilegerte grupper (8).

Helsepersonell utøver makt når de kategoriserer pasientens problemstillinger gjennom diagnoser og journalnotater (9). Samtidig kan legen oppleve avmakt på grunn av usikkerhet om hva som er best for pasienten (1, 10). Medisinsk uforklarte symptomer og pasientens subjektive plager kan utfordre den biomedisinske tradisjonen fordi det oppstår uoverensstemmelse mellom faglige kart og virkelighetens terreng (11). Foucault gir et rammeverk for å forstå slike spenninger som dynamikk mellom medisinske diskurser og motdiskurser (7, 12).

I møte med pasienter som oppleves som «vanskelige», kan videre kommunikasjon gjøres mer håndterbar ved å vise vilje til å forstå pasienten og årsaken til pasientens væremåte (13). Her er pasientsentrert metode sentralt, med kartlegging av de «fem F-ene»: følger, forestillinger, følelser, forventninger og forutsetninger (13, 14). Pasienten er eksperten på egen livssituasjon, og pasientens bidrag er nødvendig for å komme frem til en felles forståelse og løsning gjennom pasientsentrert metode (15).

Biopsykososiale tilnærminger vektlegges i legeutdanningen (16). Samtidig trenes legestudenter i å klassifisere sykdom basert på symptomer og kliniske funn. På den måten sosialiseres de inn i en tradisjon hvor pasientens sykdomsopplevelse vektlegges mindre enn patofysiologi (17, 18). Likevel lærer medisinstudenter i liten grad å reflektere over hvordan balansen mellom pasientsentrert metode og biomedisinsk forståelse påvirker maktdynamikken i lege–pasient–forholdet (1). Refleksjon rundt utfordringer i kliniske situasjoner vil kunne bidra til profesjonsdannelsen (19) og til å utvikle nødvendige ferdigheter for kloke vurderinger og handlinger (20).

For å forstå de underliggende prosessene bedre og hvordan utdanningen kan forberede studentene, undersøker vi i denne artikkelen hvordan spenninger i allmennmedisinske konsultasjoner kan knyttes til perspektiver på makt. Analysen bygger på refleksjonsnotater fra sjetteårs legestudenter.

Metode

Datagrunnlag

Datagrunnlaget er 110 refleksjonsnotater, skrevet av sjetteårsstudenter ved legeutdanningen ved NTNU høsten 2022, som del av et obligatorisk arbeidskrav. Etter fullført praksis ved fastlegekontor skrev studentene et refleksjonsnotat basert på en situasjon som hadde gjort inntrykk på dem, enten positivt eller negativt.

Analytisk tilnærming

Vi har gjort en refleksiv, tematisk analyse av refleksjonsnotatene, hovedsakelig med en utforskende og induktiv tilnærming (21). Foucaults forståelse av makt og diskurs (7) og begrepene beslutningsmakt og ikke-beslutningsmakt (1), danner teoretisk grunnlag for å identifisere beskrivelser av makt og for å avgrense og analysere materialet.

Førsteforfatteren leste samtlige refleksjonsnotater, og vurderte at 60 notater omhandlet spenninger og makt i en eller annen form. Forskergruppen valgte å avgrense nærmere analyse til de 31 refleksjonsnotatene som omhandlet temaet ikke-beslutningsmakt.

Sammenliknet med legens makt til å ta konkrete beslutninger, virket studentene i mindre grad bevisste på de mer subtile maktforholdene, som ofte kom til uttrykk gjennom følelser og reaksjoner.

Førsteforfatteren gjorde en blanding av semantisk og latent koding (21) ved hjelp av Word og Excel. Kodingen var inspirert av konsultasjonsmodellens fem F-er samt forståelsen av at makt kan utøves gjennom språk og fortolkning. Ved oppstart av analysen gjennomgikk forfatterne fem notater sammen. Øvrige diskusjoner tok utgangspunkt i utvalgene som førsteforfatter hadde gjort. Ved omarbeiding til artikkelformat diskuterte forskergruppen meningsinnholdet i utvalgte sitater, og utarbeidet reviderte temaer i fellesskap. Tre overordnede temaer ble belyst gjennom de sitatene som best representerte de perspektivene vi ønsket å fremme. Foucaults diskursteorier bidro til fortolkning av funnene, særlig mot slutten av analyseprosessen.

Forskergruppens sammensetning og refleksivitet

Denne artikkelen bygger på førsteforfatterens hovedoppgave ved medisinstudiet på NTNU i 2024, med utgangspunkt i notater skrevet av et tidligere

kull (22). Medforfatterne har bakgrunn fra klinikk, undervisning og forskning innen allmennmedisin, samfunnsmedisin og pedagogikk. Vår tilnærming er forankret i en sosialkonstruktivistisk forståelse av kunnskap, der mening skapes i samspill med språk og kontekst. I tråd med Foucaults perspektiv ser vi makt som noe som utøves gjennom relasjoner og diskurser, snarere enn noe som besittes. Medlemmer i gruppen har også bidratt til et kapittel i læreboka Allmennmedisin som berører temaet makt indirekte fra ulike perspektiver (14).

Etiske aspekter og personvern

Prosjektet ble fremlagt for Regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK) (søknadsnummer 601140), men ble vurdert ikke å høre inn under helsetjenesteforskningsloven.

Deretter ble prosjektet meldt til Sikt – Kunnskapssektorens tjenesteleverandør i mars 2023 (referansenummer 158498). Det ble vurdert å ha lovlig grunnlag, såfremt personopplysninger ble behandlet og lagret i tråd med NTNUs retningslinjer.

110 av 123 studenter samtykket til at refleksjonsnotatet ble brukt i forskning. Opplysninger om tredjeparter er samlet inn anonymt innenfor rammene av studentenes taushetsplikt (23), slik at de ikke kan spores tilbake til omtalte personer. Ved presentasjon av resultater har vi ytterligere begrenset informasjonen om pasienten som omtales, blant annet ved å utelate opplysninger om pasientens kjønn, alder og diagnoser.

Resultater

På tvers av datamaterialet fant vi at studentene strevde med å navigere i et landskap der de skal anvende både pasientsentrert metode og biomedisinsk forståelse. Kartet stemte ikke alltid med terrenget. Sykdommene og kontaktårsakene studentene hadde teoretisk kunnskap om, manifesterte seg noen ganger annerledes hos pasientene de møtte i praksis. Dette ga opphav til misforståelser, frustrasjon og avmaktfølelse i konsultasjonen, og en følelse av utilstrekkelighet i møte med pasienten og hens plager:

«Jeg skal tross alt snart arbeide som lege på egenhånd – hvordan skal det gå?» (student 78)

Når studentene strevde med å se pasientens forutsetninger og forståelsesramme for sine plager, ble det vanskelig å oppnå en felles forståelse. Spenninger i lege–pasient-relasjonen kunne likevel løses ved et ønske om å forstå helheten i situasjonen og ved å kommunisere med nysgjerrig interesse.

Utfordringer når kart og terreng ikke stemmer

Mange av refleksjonsnotatene handlet om utfordringer som oppstod når studentenes forventninger til en legerolle, basert på biomedisinsk diagnostikk og behandling, ikke stemte overens med den sammensatte virkeligheten de møtte i praksis.

En student beskrev et møte med en pasient med milde, uspesifikke symptomer. Studenten kartla pasientens problemstilling nøye, blant annet ved å bruke et psykiatrisk kartleggingsskjema.

«Pasienten stusset over at jeg kartla utslitthet, depresjon og angst så nøye, og begynte å forklare hva disse tilstandene er, gi generelle råd mot dette etc. Dette la jeg først merke til etter konsultasjonen. Vi var altså ikke på samme plan.» (student 75)

Mangelen på felles forståelse av problemstillingen gikk både ut over studentens selvtillit i konsultasjonen og pasientens tillit til studenten som hjelper.

Noen pasienter presenterte ikke medisinske problemer slik studentene forventet, ofte ved psykiske plager eller smertetilstander. Enkelte studenter kunne da ha vanskeligheter med å ha medfølelse med pasienten.

«Idet hun viste at hun ikke var så smertepreget som hun skulle ha det til, forsvant empatien.» (student 1)

Her uttrykker studenten indirekte forventninger til hvordan den subjektive smerten pasienten hadde beskrevet, burde komme til uttrykk gjennom observert atferd. Pasientens lidelsesuttrykk stemte ikke med studentens biomedisinske «kart». Dermed hadde studenten vanskeligheter med å se at pasienten likevel led. I tillegg var pasienten diagnostisert med en personlighetsforstyrrelse, noe studenten kunne lese i journalen, men som pasienten ikke virket informert om. Flere studenter reflekterte over at informasjon i pasientens journal eller andres beskrivelser kan bidra til fordommer i pasientmøtet:

«Et annet viktig element å hente læring fra i denne situasjonen er bevissthet i forhold til hva slags tanker man gjør seg på forhånd av en konsultasjon og hva slags forestillinger man bygger opp i hodet sitt basert på hva andre forteller deg eller på tidligere journalhistorikk.» (student 41)

Både pasienter og studenter hadde forventninger til hva og hvem en lege skal være. Noen ganger kunne pasientene, direkte eller indirekte, uttrykke tvil om studentenes kvalifikasjoner som lege. Enkelte ble beskrevet som direkte nedlatende eller frekke:

«[Pasienten utbrøt:] «Er dette et forhør, eller?» Mitt første møte med mann, femti pluss, som fikk alle mine spørsmål til å fremstå som stein i skoen – plagsomme og helt malplacererte.» (student 3)

Også studentene kunne kjenne på at de manglet de riktige forutsetningene i møte med pasientene, på grunn av sin alder, kjønn, eller begrensede erfaring. Flere tvilte i større grad på egen kompetanse, rolle og profesjonalitet i møte med utdannede, ressurssterke pasienter. I andre tilfeller var det kontrasten mellom egen og pasientens livssituasjon som førte til en følelse av utilstrekkelighet hos studenten:

«Jeg følte på en kunstig rolle hvor jeg som ung og uerfaren skulle veilede og gi råd til et menneske som er mye klokere enn meg selv.» (student 50)

Manglende forståelse gir en følelse av avmakt

Studentene reagerte ofte med frustrasjon når de opplevde at de ikke lyktes i konsultasjonene. Språklige barrierer, mange problemstillinger eller manglende avklaring av agenda kunne føre til en opplevelse av kaos i konsultasjonene – med både *«en ansvarsfølelse og motløshet på samme tid»* (student 62). Dersom studenten ikke tok seg tid til å kartlegge pasientens forutsetninger og prioriteringer, manglet grunnlaget for en felles forståelse:

«[Konsultasjonen] gjorde inntrykk ettersom jeg kjente frustrasjon i møte med en pasient som handlet medisinsk irrasjonelt. Frustrasjonen ble ikke lettere å håndtere, når [pasientens] handlinger totalt sett fremstod som rasjonelle.» (student 62)

I denne konsultasjonen hadde studenten lagt vekt på å «ordne opp» i pasientens medisinske plager, men uten å forsøke å forstå hele pasientens situasjon. Studenten følte at hen hadde lyktes med å håndtere en kaotisk konsultasjon, og legge en plan for pasienten – bare for å oppdage at planen ikke passet pasientens behov:

«Umiddelbart ble jeg både skuffet og lei meg. Jeg hadde mobilisert det jeg kunne fra medisinsk ståsted. Jeg hadde stødig manøvrert meg gjennom to målrettede anamneser og kliniske undersøkelser. Selv trodde jeg at vi var i mål, men pasienten hadde ikke fått løst et eneste problem.» (student 62)

Noen studenter beskrev at egne følelser og frustrasjon gjorde det vanskeligere å håndtere pasienters eller pårørendes atferd. En student møtte en beruset pasient og dennes ektefelle. Både pasienten og pårørende ble opprørte og oppførte seg truende da studenten nektet å forskrive vanedannende medisin.

«Samtidig ble pasienten også selv etter hvert oppfarende, og reiste seg fra stolen og lente seg over bordet hvor jeg satt. Jeg ble sittende, delvis på grunn av at jeg frøs litt til, men også fordi jeg ikke ville reagere på hverken ektefelle eller pasientens truende oppførsel.» (student 10)

Studenten forsøkte å roe ned situasjonen, men til slutt stormet både pasient og pårørende ut i affekt. I sin refleksjon understreket studenten at hen hadde et sterkt ønske om å fremstå åpen og ikke være forutinntatt i møte med sårbare pasienter.

Erfaringer av forløsning

En student følte på avmakt i møte med en pasient som manglet tiltro til helsetjenesten, på grunn av tidligere erfaringer. Gjentatte oppsummeringer for å sjekke egen forståelse, og rådføring med veileder underveis, gjorde at det ble noe lettere å styre konsultasjonen. Det som imidlertid virket mest forløsende, var da studenten direkte adresserte pasientens frustrasjon:

«Jeg opplevde at da jeg senere spurte pasienten direkte om hennes følelse av frustrasjon og sinne virket det avvæpnende overfor oss begge. Hun brøt ut i tårer og det ble noen roligere minutter med utlufing.» (student 106)

Tillit er avgjørende i lege-pasient-relasjonen. En pasient hadde akseptert intensivt diabetesbehandling etter tett oppfølging gjennom studentens praksisperiode. Pasienten hadde avsluttet behandlingen på grunn av mistanke om at studenten stod bak en bekymringsmelding til hjemmesykepleien. Studenten uttrykte lettelse over at pasienten delte sine mistanker og reaksjoner, og over at tilliten kunne gjenoppbygges.

«Ikke bare sier dette noe om hvor raskt en relasjon mellom lege og pasient kan ødelegges, men også hvor utrolig raskt en relasjon kan bygges.» (student 29)

Til studentens overraskelse kunne noen pasientmøter ende med en fornøyd pasient og felles forståelse, selv om studenten ikke kunne gjøre noe konkret med pasientens helseplager.

«Pasient kom med pårørende og krevde hjelp. Jeg gjorde «ingenting» og var nervøs for at pasienten ville være misfornøyd. Pasient og pårørende var svært fornøyd.» (student 35)

Materialet inneholder flere eksempler på at studenten først etter konsultasjonen innser at det å snakke sammen, slik at pasienten får satt ord på problemet og opplever å bli lyttet til, kan være til stor hjelp.

Diskusjon

I denne studien av makt og spenninger i lege-pasient-forholdet har vi valgt å tematisere situasjoner der studentene beskrev følelser av frustrasjon, avmakt eller forløsning.

Vi har sett at spenninger mellom student og pasient blant annet oppstod i konsultasjoner hvor studentens faglige «kart» ikke passet med «terrenget» de møtte hos pasientene. Selv om studentene hadde fått undervisning i en biopsykososal forståelsesmodell, strevde studentene med å se og forstå pasientens situasjon og hvordan hen forstod symptomene sine. Diskrepansen mellom sykdomslære og sykdommens uttrykk førte dermed til at studentene opplevde en følelse av avmakt. Noen av studentene erfarte hvordan det å

sette ord på frustrasjonene kunne virke forløsende, og at pasientenes forventninger ikke alltid samsvarte med studentenes antakelser.

Medisinsk diskurs

Mange studenter beskrev hvordan de vektla objektive funn i medisinske vurderinger, og det ble opplevd som et dilemma dersom funnene ikke samsvarte med pasientens beskrivelser. I boka *Klinikkens fødsel*, først utgitt i 1963, analyserte Foucault hvordan medisinsk diskurs definerer hva som er sannhet, og dermed hva som er sykdom (7). Foucault beskrev hvordan leger innenfor den moderne medisinske diskursen, basert på patologisk anatomi og naturvitenskapelig metode, ofte objektiverer kropp og sykdom gjennom det såkalte «medisinske blikket», uten å ta inn over seg pasientens subjektive opplevelser og beskrivelser av sine plager. Da student 1 trakk slutninger om pasientens smertenivå basert på sine observasjoner, kan det tolkes som et uttrykk for et slikt medisinsk blikk. Legens tolkning og medisinske definisjon av pasientens symptomer gir dermed opphav til en form for makt (7). At ingen studenter reflekterte eksplisitt over denne makten, tyder på at dette perspektivet er lite integrert i undervisningen.

Selv om patofysiologi utgjør grunnlaget for medisinsk forståelse av sykdom, har pasientsentrert metode og kommunikasjon fått en sentral plass de siste årene (24), særlig innenfor allmennmedisin. Studentene har trent på å kartlegge de fem F-ene som verktøy for å sette seg inn i pasientens situasjon og anerkjenne pasientens bekymringer og smerte (13). Mange reflekterte over at de ikke utnyttet denne kompetansen godt nok. Selv om noen teoretikere vektlegger pasientens rolle som ekspert ut fra kunnskap om egen livssituasjon og sykdom (15), kan en biomedisinsk diagnostisk tankegang ha bidratt til å usynliggjøre relevansen av individuelle erfaringer (14, 17).

Personsentrert medisin går enda lenger i retning av årsaksmessig kompleksitet ved å legge vekt på pasientens verdisyn og et meningsfullt liv ved valg av tiltak (14). Student 62 beskrev pasientens handlinger som medisinsk irrasjonelle, men likevel totalt sett rasjonelle. Dette illustrerer en spenning mellom diskurs og motdiskurs – mellom en biomedisinsk og en personsentrert tilnærming.

Sannhet og makt

Flere studenter uttrykte bevissthet om hvordan informasjon fra journal eller annet helsepersonell kunne prege deres forventninger og tolkninger. Dette illustrerer hvordan helsepersonells tolkninger kan bli oppfattet som objektiv sannhet av andre (7, 9). At diagnosen personlighetsforstyrrelse var jour-

nalført, men ikke delt med pasienten, skapte en særlig utfordrende ubalanse mellom medisinstudenten og pasienten, noe student 41 reflekterte rundt. I tillegg til manglende mulighet for medvirkning, kunne fortolkningen av pasientens fremstilling farges av diagnosen uten at pasienten har mulighet til å imøtegå eller nyansere dette.

Samtidig som den medisinske diskursen tillater legen definisjonsmakt, utgjør den også en forståelsesramme som studentene arbeider innenfor. Unødvendig kartlegging av diagnostiske kriterier fremfor å møte pasientens opplevelse (student 75), kan tolkes som et uttrykk for at studentene også kan bli fanget av en biomedisinsk forståelse av sykdom. Mange studenter beskrev en følelse av avmakt når løsningsstrategiene deres ikke fungerte.

Studentene beskrev frustrasjon når de ikke kunne løse «alt» i løpet av én konsultasjon, selv om de ikke beskrev at pasienter uttrykte slike forventninger. Både trinnsvis diagnostisk arbeid og tid som hjelpemiddel er veletablert i allmennpraksis (14), men er en annen tilnærming enn studentene møter i spesialisthelsetjenesten. Legerollen innebærer teknisk makt (1). Selv om ingen uttrykte det eksplisitt, kan det tenkes at studentene forventet – eller ønsket – større teknisk makt til å rette opp i andres liv.

Tillit

Som student 3 viser, innebærer ikke tillit til medisin faget automatisk tillit til legen som person (6), og studentene måtte opparbeide seg tillit gjennom faglig kunnskap og kommunikasjonsferdigheter. Manglende avklaringer, og dermed dårlig tilpassede tiltak, svekket pasientens tillit til den medisinske vurderingen (student 62). Student 29 eksemplifiserer hvordan et tillitsbrudd kan føre til manglende etterlevelse av behandling. Mistillit til studenten som person kan ha svekket tilliten til deres faglige kompetanse, eller vært et uttrykk for pasientens behov for kontroll.

Å adressere spenningen og frustrasjonen som oppstod i relasjonen mellom student og pasient, kunne virke forløsende. Student 106 illustrerer dette i en beskrivelse av empatisk speiling. I situasjoner hvor studenten stolte på egne kommunikasjonsferdigheter, kunne konsultasjonen landes uten konkrete løsninger på pasientens helseproblem (student 35). Ved å utforske pasientens sannhet ved hjelp av de fem F-ene og ta pasientens perspektiver med i videre samtale og vurdering, kunne en felles enighet utkrystalliseres, til tross for at studenten ikke imøtekom alle pasientens krav eller behov.

Metodologiske betraktninger

Denne studien gir et unikt innblikk i hvordan kommende leger håndterte spenninger i lege–pasient-forholdet. Refleksjonsnotatene representerer ikke situasjoner som nødvendigvis oppstår hyppig, men viser situasjoner studentene kan oppleve som spesielt strevsomme. Studien tok utgangspunkt i studentenes beskrivelser og tolkninger av det som skjedde i konsultasjonen. Pasientenes syn er bare indirekte representert og fremstilt, basert på studentenes tolkninger.

Forskergruppens interesse for temaer som personsentrert medisin, kommunikasjon og betydningen av livserfaringer kan ha gjort oss spesielt oppmerksomme på mønstre av konflikt mellom en reduksjonistisk biomedisinsk tilnærming og personsentrert medisin. Mens førsteforfatteren startet kodingen med begrenset kunnskap om maktteorier, har denne teoretiske rammen vært kjent for medforfatterne. Dermed har omarbeiding av resultater og tekst i økende grad blitt inspirert av teorier om diskurser og motdiskurser.

Konklusjon og implikasjoner

Vår analyse viste at diskrepans mellom ulike medisinske diskurser førte til emosjonelle og kognitive spenninger hos legestudenter. Dette førte til en opplevelse av avmakt hos studentene, mens gode kommunikasjonsferdigheter og bedre forberedelse til de ulike diskursene kunne bidra til mestring av balansegangen mellom biomedisinske og personsentrerte tilnærminger.

Aktiv bruk av refleksjon i utdanningen kan fremme profesjonell utvikling og styrke studentenes evne til selvinnsikt. Å integrere ulike diskurser i klinisk praksis vil kreve modning og erfaring som studenter ikke kan forventes å ha. Gjennom undervisning og veiledning kan studenter likevel få et grunnlag for å gjenkjenne og tolke situasjoner hvor de opplever å stå midt i spenninger mellom ulike diskurser og fagtradisjoner.

Litteratur

1. Schei E. *Makt i lege-pasientforholdet. Makt og medisin*. Oslo: Makt- og demokratiutredning 1998–2003, i samarbeid med Unipub forlag 2003; 57: 133–156.
2. Nilsen S. *Allmennlevers erfaringer som portvakt – utfordringer, håndtering og konsekvenser*. Doktorgradsavhandling. Bergen: Universitetet i Bergen, 2018.
3. Johnsen TM, Norberg BL, Krogh FH, Sigurdsson JA, Getz LO. Komplekse problemstillinger i allmennpraksis – en prevalensstudie. *Tidsskrift for Den norske legeforening* 2020; 140.
4. Breivold J, Rø KI, Hjörleifsson S. Conditions for gatekeeping when GPs consider patient requests unreasonable: a focus group study. *Family Practice* 2021; 39(1): 125–129.
5. Lukes S. *Power – A radical view*. 2 ed. New York: Palgrave Macmillan, 2005.

6. Pearson SD, Raeke LH. Patients' trust in physicians: many theories, few measures, and little data. *Journal of General Internal Medicine* 2000; 15(7): 509–513.
7. Foucault M. The Birth of the Clinic an Archaeology of Medical Perception. Translated From the French by A.M. Sheridan Smith. Pantheon Books, 1973.
8. Polifroni EC. Power, Right, and Truth: Foucault's Triangle as a Model for Clinical Power. *Nursing Science Quarterly* 2009; 23(1): 8–12.
9. Soby W. Språk er makt. *Fontene*, 2023.
10. Yon K, Nettleton S, Walters K, Lamahewa K, Buszewicz M. Junior doctors' experiences of managing patients with medically unexplained symptoms: a qualitative study. *BMJ Open* 2015; 5(12): e009593.
11. Woivalin T, Krantz G, Mäntyranta T, Ringsberg KC. Medically unexplained symptoms: perceptions of physicians in primary health care. *Family Practice* 2004; 21(2): 199–203.
12. Moreno-Mulet C, Valdivielso-Navarro J, Miró-Bonet M, Carrero-Planells A, Gastaldo D. Transgressive Acts: Michel Foucault's Lessons on Resistance for Nurses. *Nursing Philosophy* 2025; 26(1): e70008.
13. Schei E. Den kliniske samtalen. I: Hunsbør S, red. *Allmennmedisin*. 4 ed. Gyldendal Norsk Forlag, 2023: 82–103.
14. Getz LO, Mjølstad BP. Livserfaringer, helse og sykdom. I: Hunsbør S, red. *Allmennmedisin*. 4 ed. Gyldendal Norsk Forlag 2023: 131–140.
15. Blakar RM. *Medisin, kommunikasjon, språk og (av)makt. Makt og medisin*. Oslo: Makt- og demokratiutredning 1998–2003, i samarbeid med Unipub forlag 2003: 156–173.
16. Stewart M, Brown JB, Weston WW, Freeman T, Ryan BL, McWilliam CL et al. Patient-Centered Medicine. *Transforming the Clinical Method* (4th ed.). CRC Press, 2024.
17. Carel H, Kidd IJ. Epistemic injustice in healthcare: a philosophical analysis. *Medical Health Care Philosophy* 2014; 17(4): 529–540.
18. Haidet P, Dains JE, Paterniti DA, Hechtel L, Chang T, Tseng E et al. Medical student attitudes toward the doctor-patient relationship. *Medical Education* 2002; 36(6): 568–574.
19. Peterson WJ, House JB, Sozener CB, Santen SA. Understanding the Struggles to Be a Medical Provider: View Through Medical Student Essays. *Journal of Emergency Medicine* 2018; 54(1): 102–108.
20. Kvernenes M, Schei E. *Legers læring*. 1 ed: Fagbokforlaget, 2022.
21. Braun V, Clarke V. *Thematic analysis: A practical guide*. 1 ed. London: Sage, 2021.
22. Mikkelsen ME. *Når forskjellige virkeligheter møtes – tolkningsmakt og dialog i legestudenters allmennmedisinske konsultasjoner*. NTNU, 2024.
23. *Lov om helsepersonell m.v.*. Helse- og omsorgsdepartementet. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64> (12.7.2025)
24. Freeman T, McWhinney IR. *McWhinney's textbook of family medicine*. Oxford: Oxford University Press, 2016. <https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&scope=sitre&db=nlebk&db=nlabk&AN=1133061> (12.7.2025)
25. Wald HS, Borkan JM, Taylor JS, Anthony D, Reis SP. Fostering and evaluating reflective capacity in medical education: developing the REFLECT rubric for assessing reflective writing. *Academic Medicine* 2012; 87(1): 41–50.

*Maja Elisabeth Mikkelsen
majaelisabeth@icloud.com
Fakultet for medisin og helsevitenskap*

Maja Elisabeth Mikkelsen er nyutdannet lege fra NTNU

*Linn Okkenhaug Getz,
linn.getz@ntnu.no
Institutt for samfunnsmedisin og sykepleie*

*Linn Okkenhaug Getz er lege, professor i medisinske atferdsfag og leder for
Allmennmedisinsk forskningsenhet ved NTNU*

*Bente Prytz Mjølstad
bente.mjolstad@ntnu.no
Institutt for samfunnsmedisin og sykepleie*

*Bente Prytz Mjølstad er fastlege ved Saksvik legekontor og førsteamanuensis
i allmennmedisin ved NTNU*

*Hilde Grimstad
hilde.grimstad@ntnu.no
Institutt for samfunnsmedisin og sykepleie*

*Hilde Grimstad er lege, professor i allmenn- og atferdsmedisin og leder av
PLUS (Senter for pedagogikk, læring og undervisning) ved NTNU*

*Patric Wallin
patric.wallin@ntnu.no
Institutt for pedagogikk og livslang læring*

Patric Wallin er professor i universitetspedagogikk ved NTNU

*Gunnhild Åberge Vie
gunnhild.vie@ntnu.no
Institutt for samfunnsmedisin og sykepleie*

*Gunnhild Åberge Vie er lege og førsteamanuensis i primærmedisinsk helse-
tjenesteforskning ved NTNU*

Artikkelen er fagfellevurdert