

# Noter til Almen Medicin vedrørende konsultationsprocessen

## Indledning

### *Arbejdsformen i almen praksis*

Hvor kirurgens arbejde ofte på forhånd er veldefineret, er boldgaden for den praktiserende læge så at sige åben. Det betyder, at praksislægen må været indstillet på at møde mangeartede problemer, hvoraf kun et fåtal umiddelbart vil passe ind i en regelret somatisk referenceramme. Patienter møder op hos lægen med symptomer, hvoraf hovedparten er normale reaktioner på hverdagens tildragelser.

Mennesket er nok en fysisk krop - men også meget mere. Mennesker har et følelsesliv, et religiøst liv etc. De gener, patienten præsenterer, frembyder ikke nogen opdeling i praktiske "kasser". Det somatiske, sociale og psykiske fletter sig sammen til en helhed, som er patientens helt egen.

Patientens opfattelse af elementerne i et sygdomsbillede vil ofte adskille sig betydeligt fra lægens. Lægen må så at sige på opdagelsesrejse for at opklare, hvilken betydning patienten tillægger et symptom. Heraf følger, at den praktiserende læges vigtigste opgave ofte bliver at være *den gode lytter*.

En måde at systematisere de former, sygdom opfattes som - også kaldet **referencerammer**, følger.

**En fysisk/somatisk referenceramme** (patienten: Kan det skyldes, at jeg slog baghovedet i går?)

**En miljømedicinsk referenceramme** (patienten: Der er flere af mine kolleger, der har det ligesådan.)

**En psykosomatisk referenceramme** (patienten: Det kommer altid, når vi har skændtes.)

En anden måde at anskueliggøre lægens og patientens forskellige udgangspunkter er psykologen Erno Metzkes "**patientens model af verden**". Ifølge denne model strukturerer patienten sit verdensbillede ved hjælp af psykologiske forsvar: Generaliseringer/udeladelser/forvridninger. Patienten hører så at sige det, han vil, og overhører det, han ikke ønsker at høre. Eksempelvis konen til manden, der har taget en smuk buket blomster med hjem til hende - "Hvad har du nu lavet af ulykker?".

Patientens forståelse af konsultationen vil være præget af disse mekanismer. Som fagmand må lægen være opmærksom på, hvordan de spiller med i konsultationen.

**Den ideelle** konsultation er derfor struktureret således, at *patientens* oplevelse tidligt bringes i fokus.

**I det efterfølgende vil der først blive gennemgået nogle grundprincipper for samtale og herefter en af de modeller for strukturering af konsultationen, der i dag bruges meget (F-modellen).**

## **Om konsultationssamtalen (kommunikation)**

Vi ved i dag, at en effektiv kommunikation læge/patient imellem er hjørnестenen i et vellykket konsultationsforløb.

Kendskab til grundprincipper for samtale skal sikre, at konsultationen får et hensigtsmæssigt forløb, og at en tidsramme kan overholdes.

## Nogle måder at forbedre kommunikation

Du bør være den, der styrer konsultationens forløb - men ikke den, der "gør arbejdet" - det er patientens opgave. Ud fra din faglige viden, intuition og kendskab til patienten må du *vælge*, hvorhen du vil styre konsultationen.

Du kan gøre brug af mange værktøjer for at styre forløbet derhen, hvor det synes hensigtsmæssigt.

## Nogle værktøjer

### *Aktiv lytning*

At lytte til patienten er et af lægens vigtigste redskaber. Det er vist, at den hyppigste årsag til, at en konsultation ender "uforløst", eller direkte mislykket, er, at lægen ikke har forstået, hvori patientens problem består (læs - ikke formålet at lytte).

Aktiv lytning er en teknik - beskrevet af bl.a. Torben Bendix. Den har det dobbelte formål dels at hjælpe lægen til at blive en god lytter og derigennem forstå, hvad patientens problem er - dels at understøtte patienten i at få talt ud om sit problem.

### *Følgende elementer indgår*

**At overlade initiativet i samtalen til din patient.** Ved kropssprog og afventende holdning at signalere, at du er parat til at lytte.

### *Ikke at afbryde patienten unødigt*

**At understøtte patienten og holde ham på sporet.** F.eks. ved at gentage sidste ord i sætning, hvis patienten går i stå.

### *Ikke at afbryde pauser*

Søge mentalt at indstille dig på en **lyttende, associerende holdning. Læn dig tilbage - hør hvad patienten fortæller.** - Forestil dig, at du er et barn, der får fortalt eventyr - du lever med - men blander dig kun, hvis fortællingen løber af sporet.

## Gensvarsmodeller

Lægen kan ved sine svar påvirke samtalsens videre forløb i en bestemt retning.

### *Konfronterende/tildækkende*

Eksempelvis: "Jeg tænker ofte på, at grunden til at Thomas stadig tisser i sengen, er, at jeg var for hård ved ham, da han var helt lille."

Konfronterende svar: "Fortæl, hvad du gjorde ved ham."

Tildækkende svar: "Alle forældre er jo ind imellem hårde overfor deres børn."

### *Udvidende/afgrænsende*

Eksempelvis: "Der er så mange ting, som jeg ikke orker mere."

Udvidende svar: "Prøv at fortælle om det fra en ende af."

Afgrænsende svar: "Hvad, synes du, er det største problem?"

### *Åbnende/lukkende*

Eksempelvis: "Det gør ofte ondt i hovedet."

Åbnende: "Fortæl lidt mere om det."

Lukkende: "Hvorhenne i hovedet gør det ondt?"

### *Affektive/kognitive*

Patienten: "Jeg har det ofte sådan, at det knuger ved brystet."

Affektivt: "Prøv at fortæl, hvordan du har det, når det kommer."

Kognitivt: "Hvad tænker du, det kan skyldes?"

## **Transaktionsanalyse**

En model (Berne) for hvordan parterne i en samtale ubevidst indtager "positioner".

Disse kan skematiseres som:

**forælder** (en autoritær, one-up position)

**barn** (en hjælpeløs, one-down position)

**voksen** (en kompetent position hverken over eller under samtalepartneren)

Kort kan det udtrykkes, at samtalens forløb vil være meget afhængig af, hvilke positioner deltagerne undervejs indtager. Forestil dig eksempelvis, at du taler med din gamle regnelærer eller en politibetjent/ en ligeværdig samtale med din medstuderende/en patient, der hele tiden henviser til, at du må da vide bedst som doktor.

Ved at være bevidst om, hvor du selv befinder dig (lægen), og hvilken position din patient indtager, har du et redskab til at påvirke kommunikationen.

## **Metakommunikation**

Metakommunikation er en samtaleteknisk finesse der kan bringes i anvendelse, hvor du kan se en fordel i at få patienten til - så at sige - se sit problem ovenfra.

Eksempelvis prøv at forstille dig, at du selv var læge nu, hvad ville du så svare til en med det problem?

## Konsultationsprocessen

### Indledning

Når vi taler om konsultationen i almen praksis forstår vi et formaliseret møde mellem læge og patient omkring et helbredsmæssigt problem. Formålet er klart at afhjælpe patientens problem.

De specielle forhold, der knytter sig til almen praksis, betinger, at konsultationen for at nå dette mål følger nogle bestemte veje, som er forskellige fra de, der f.eks. følges inden for andre lægelige specialer. Vi søger at tilpasse konsultationens form til de mål, vi ønsker at nå.

Konsultationsprocessen er en samlet betegnelse for det forløb, der udspiller sig mellem læge og patient. Det indbefatter således **en proces orienteret synsmåde** på både håndteringen af den rent faglige/lægelige side og på samspillet læge - patient.

I det følgende vil vi beskrive den systematik, der i dag anvendes omkring konsultationen, og nogle af de overvejelser, der ligger til grund for, at det netop gøres sådan.

Udgangspunktet er en pædagogisk strukturering og idealisering af konsultationen som gennemgås i det følgende.

Modellen er selvsagt teoretisk - ikke alle elementer skal eller bør indgå i enhver konsultation. Omvendt bør du kende modellen så godt, at du i hvert enkelt tilfælde overvejer, hvilke dele du bør inddrage.

### Patientdel

#### 1. fase: Før konsultationen

Hvad bringer patienten til lægen? - Og hvorfor netop i dag? Hvor længe har det været galt - hvad har patienten selv gjort for at afhjælpe problemet? Hvordan har forløbet været til nu? Måske har lægen allerede oplysningerne fra tidligere konsultation, ellers må det uddybes først i samtalen. Et vellykket forløb af konsultationen forudsætter, at lægen først i konsultationen gør sig klart, hvad patienten kommer for - og den hyppigste årsag til, at det går galt, er, at han ikke gør det. Ofte vil patienten i første sætning formulere essensen af sit problem. Nogle læger vælger ligefrem at nedskrive den første sætning for at støtte hukommelsen.

#### 2. fase: Lad patienten komme til orde

En konsultation foregår i en sammenhæng. *Din* tidsmargin, dit stressniveau, dit forudgående kendskab til patienten danner en ramme. *Patientens* tidligere erfaring med dig, hans forestilling om, hvor travlt du har (hvor mange, der sidder i venteværelset).

Din travlhed/anspændthed og manglende koncentration er signaler, som uvægerligt vil opfattes af patienten som en bremsende faktor. Måske vil patienten få den opfattelse, at du er ham/hende uvenligt stemt. Du kan søge at indstille dig på, hvad du vil stille op til - hvis der er god tid - at lytte. Er der dårlig tid - at afgrænse. I denne fase bør det afklares, om patienten forventer behandling af flere problemer i konsultationen.

#### *Etableringen af kontakt - de første ord*

Din fremmeste opgave til en start er at få patienten til at føle sig tilpas. Mange læger vælger at give hånd til goddag. Er du for sent på den, undskyldes dette. Dit kropssprog er af stor betydning for det videre forløb (en positiv attitude giver patienten tillid til, at du vil lytte til hans problem). Det er også tilladt for dig at være menneske, måske har du brug for i en kort sætning at nævne, at du

er træt efter vagt, men alligevel i stand til at lytte.

Indgangen til en konsultation er ofte en bemærkning fra lægen. Ordene skal vigtigst signalere åbenhed overfor, hvad patienten vil fremføre (f.eks.: hvad bringer dig hid i dag?).

Mange vil vælge slet ikke at sige noget, men med en gestus at vise patienten, at ordet er hans.

### **3. fase: Forestillinger, forventninger og frygt**

Patientens problem bliver måske formuleret først i samtalen. Ellers er det opgaven at få det belyst nu. Ikke sjældent vil patienten have behov for indledende samtale, før han nærmer sig der, hvor skoen egentlig trykker. Ofte er der en årsag til, at patienten kommer til lægen netop i dag. Patienten har måske hørt, læst eller mærket noget, der har fået problemet op til overfladen. Din fremmeste opgave i denne del af konsultationen er at holde patienten på sporet. At lade ham fordybe sig i sin "historie", at tillade dig selv at lytte med. Opgaven er at få uddybet, hvilke tanker patienten har gjort sig om sit symptom. Hvilke forventninger han har til dig som læge. Hvad hans frygt/bekymring går ud på.

Det fritager dig selvfølgelig ikke for at disponere tiden og eventuelt udskyde nogle emner til en senere konsultation.

## **Lægedel**

### **4. fase: Resumé af hvad patienten sagde og hvad det betyder for patienten**

Det er vigtigt, at du på tidspunkter i samtalen (her) stopper op og resumerer, hvad der er sagt - som *du* har forstået det. Det tjener et dobbelt formål. At sikre, at du har forstået patienten rigtigt - og at vise patienten, at du har forstået hans/hendes problem. Du "checker af" med patienten og justerer om nødvendigt i et nyt resume på baggrund af patientens selvforståelse.

### **5. fase: uddybning af anamnese, undersøgelse og forklaring**

Det faglige. I denne fase af konsultationen inddrager lægen sin faglighed. Undersøger patienten. Foretager lab. undersøgelser m.m. Udspørger om relevante symptomer. Giver på baggrund heraf en faglig vurdering.

## **Fællesdel**

### **6. fase: Forhandling om løsning af helbredsproblemet**

Nu er opgaven at nå til en fælles forståelse. Lægen må først opsummere, hvad han har fået at vide af patienten (i den udstrækning det er nødvendigt udover 4 fase). Patienten forventer nu en "faglig" vurdering af sit problem. Erfaringer viser, at patienten, når han går til læge, typisk ønsker svar på disse spørgsmål. Hvad fejler jeg? Er det noget farligt? Hvorfor kommer det lige nu? Hvad sker der, hvis jeg ikke gør noget ved det? I sin forhandling må lægen tage højde for disse - patientens overvejelser.

Uanset om der fundet en løsning på patientens problem eller ej, bør lægen konkludere på konsultationen til nu. Konklusionen indebærer, at lægen kan runde den del af konsultationen af, der handler om opklaring og afgrænsning af en problemstilling, og fremkomme med sin vurdering/ behandlingsforslag.

Konklusionen bør indbefatte en opsummering af både det faktuelle problem, men også af elementer i konsultationsprocessen hvor, lægen mener, disse er af betydning. Har lægen eksempelvis oplevet, at et emne har været vanskeligt at komme omkring for ham selv eller

patienten, bør det inddrages.

### **7. fase: Fra konsultationen til patientens dagligdag**

Nu er det patientens tur til at komme på banen. Køber han din udmelding? Måske - måske ikke. Det er ikke nødvendigvis enten eller. Du må være åben overfor, hvad der kan medvirke til, at patienten ikke køber dit råd. Er der jokere med i spillet? Økonomi, andre holdninger i familien? Du må afsøge dette område i en dialog med patienten og om muligt intervenere.

### **8. fase: Opfølgning**

Nogle konsultationer vil oplagt være afsluttet i en seance. Andre vil lige så oplagt skulle følges op af en eller flere konsultationer. For lægen bør der altid ligge en overvejelse bag, om en konsultation skal følges op - specielt i de tilfælde, hvor det ikke giver sig selv.

Hvad taler for: Hvor lægen har udskudt eller afgrænset emner i konsultationen. Hvor lægen oplever konsultationen som "uforløst". Hvor lægen opfatter, at der er sat en proces i gang hos patienten. Hvor lægen har brug for at tænke sig om.

En god tommelfingerregel er det, at hvis man er i tvivl - da at aftale et nyt møde. Hvis det er overflødigt, vil patienten selv ofte aflyse konsultationen.

### **9. fase: Farvel**

Goddag og afskedsritualer praktiseres ikke meget i et moderne samfund. For en læge er det en god idé at holde fast på dem. Det farvel, der følges op af et håndtryk og kort blik kontakt med patienten, giver lægen et om end kort så alligevel værdifuldt kondensat af den forudgående kontakt.