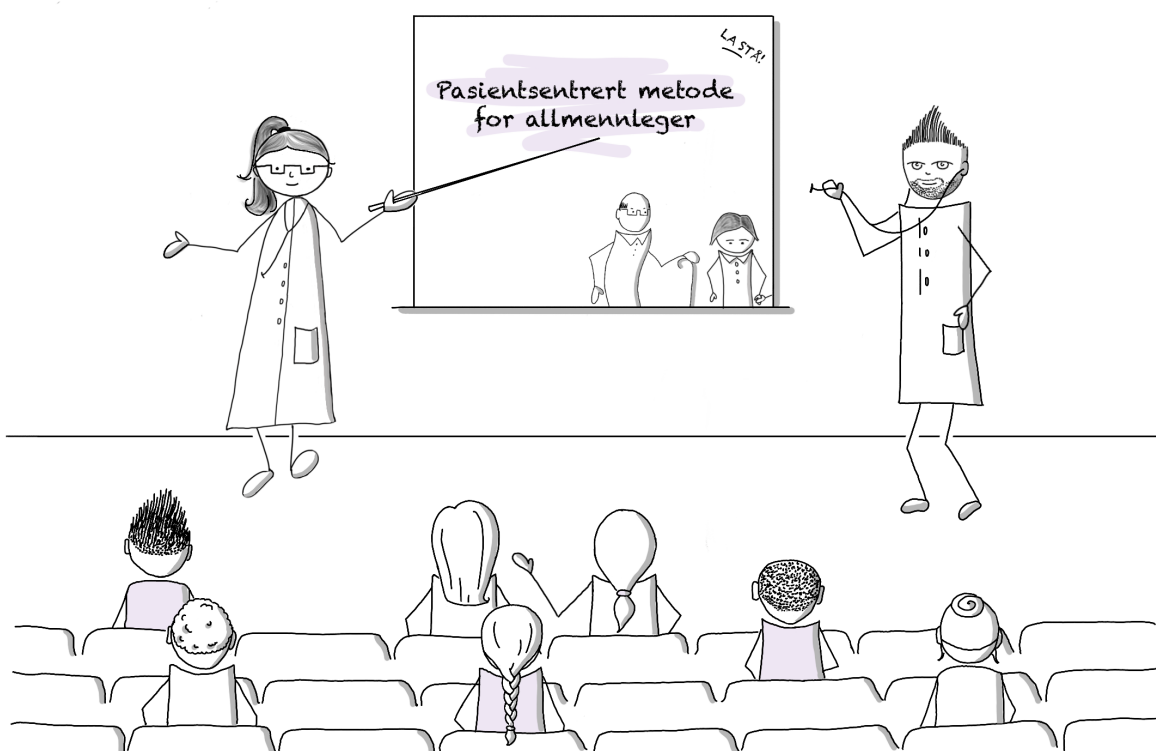

HÅNDBOK I KLINISK KOMMUNIKASJON



MARIT T. MOSENG

Allmennlegebiblioteket



Norsk forening for
allmenntmedisin

DEN NORSKE LEGEFØRENING

INNHOOLD

Forord.....	4
Innledning	5
Hvorfor lære kommunikasjon?	7
Hvordan oppøve bedre kommunikasjonsferdigheter	8
Gruppeøving.....	8
Gi deskriptive og nøytrale tilbakemeldinger	9
Teorien: Hva kjennetegner god kommunikasjon?	10
Kroppsspråk og ikke- verbal kommunikasjon.....	10
Verbal kommunikasjon og utsagnstyper	11
Avgrenset/lukket modus	12
Prosessmodus/åpen modus	12
Emosjoner og hint	13
Veiskilting («Signposting»)	14
Oppsummering.....	15
«Moraliseringsfellen» – og å validere	15
En plan for konsultasjonen.....	16
Calgary Cambridge Guide (CCG).....	17
Pendeltons konsultasjonskart	17
Åpningsfasen	18
Sykehistorien – og de fem F-ene	19
Følger:	19
Forestillinger:	19
Følelser:.....	20
Forventninger:.....	20
Forutsetninger:.....	20
Somatisk undersøkelse.....	21
Informasjon og planlegging	21
Avslutning av konsultasjonen.....	22
Tiden, alle fastlegers knapphetsfaktor	23
Referanser	25
Pasientsentrert metode, kortversjon	27

FORORD

Hvert år gjennomføres ca. 15 millioner konsultasjoner på norske fastlegekontor. Det blir omlag 3000 på hver av oss. Det må være et mål at dette skal være 15 millioner gode og nyttige kliniske samtaler. Norsk Forening for Allmenntmedisin (NFA) sin «Faggruppe for klinisk kommunikasjon» ble startet i 2018. Vi er fastleger fra forskjellige kanter av landet med interesse for denne viktige delen av faget vårt. En av våre hovedoppgaver er å formidle faget til kollegiet. Vi erfarer at et håndbokformat er ofte det som best berger oss i vrømmelen av informasjon og fagkunnskap. Klinisk kommunikasjon er et ferdighetsfag, så man kan også se på håndboken som en slags bruksanvisning.

Håndbokens forfattere er fastleger og universitetslektorer ved NTNU, tilknyttet det som kalles Legepasient kurset (LPK). I løpet av de første to årene av studiet innføres studentene både teoretisk og praktisk i det som kalles «pasientsentrert metode». Vi underviser også på flere andre nivåer, både senere i studiet, på Grunnkurs A og andre arenaer, også for andre yrkesgrupper. Vi har jobbet som allmennleger/fastleger i tilsammen 57 år. Det vi med gode resultater lærer 1. års studentene i løpet av sin første høst på studiet bruker vi selv med nytte hver eneste dag. Pasientsentrert metode er på ingen måte et sær- trøndersk fenomen. Det tenkes og formidles nokså likt om klinisk kommunikasjon ved alle universitetene, og vi mener håndboken således har god forankring i norsk allmenntmedisin.

I den nye spesialistutdanningen er det mange læringsmål knyttet til kommunikasjon mellom lege og pasient. Det gjelder blant annet felles kompetansemål 19, 21- 23 og allmenntmedisinske læringsmål 42- 50. For de fleste av disse læringsmål har våre myndigheter anbefalt gruppeveiledning som en læringsaktivitet. Til veiledningsgruppene møteopplegg om kommunikasjon håper vi denne håndboken kan egne seg som, ja nettopp en håndbok. Kanskje den også kan brukes i kollegagruppene?


Underveis har vi fått nyttige og inspirerende innspill fra mange kanter. Vår faggruppe er arnestedet. Uten Institutt for samfunnsmedisin ved NTNU hadde vi ingenting å lære noen om kommunikasjon. Uten studentene der hadde vi ingenting å lære bort om å lære inn. NFA har valgt å løfte fram klinisk kommunikasjon som fag, og vi har fått tilliten til å bidra. Nidarosfondet har støttet oss raust underveis. Sverre Lundevall har hjulpet oss i å tilpasse innholdet til spesialistutdanningen. Vi og lektorkorpset for øvrig står tungt forankret i "Fastlegeordningen 2.0/ Trønderopprøret" . Det er dog de mange tusen pasientene vi har møtt i våre rundt regnet 200. 000 konsultasjoner som har vært og er våre virkelige læremestere. Nevnte vi tålmodige ektefeller? Takk til alle.

Sist men ikke minst vil vi varmt takke vår illustratør Marit Torsethaugen Moseng. Hun snapper raskt opp poengene og visualiserer dem. Gjerne samme ettermiddag. For et inspirerende og artig samarbeid!

Nettversjonen av håndboka finner du på NFAs hjemmeside, under «Faggrupper» – «Faggruppe for klinisk kommunikasjon». Der finner du også forslag til pasientroller samt noen flere konkrete tips når det gjelder rollespillbasert øving, og andre innspill fra oss om faget.

Trondheim – januar – 20

Harald Sundby Har-su2@online.no
Njål Flem Mæland nflem@online.no

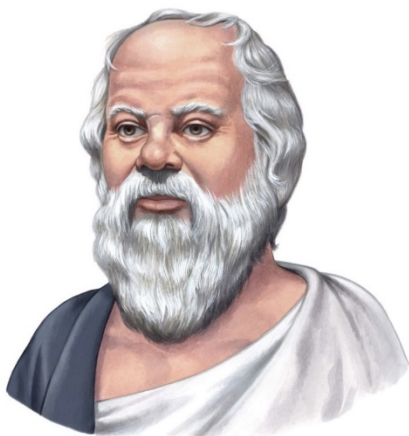


De snakket forbi hverandre,
like fullt følte begge
seg truffet ...

INNLEDNING

La oss først helt kort forankre faget klinisk kommunikasjon historisk, i kortversjon.

Da kommer vi ikke utenom **Sokrates (1)**. Det er drøyt 2400 år siden han døde, men likevel er han dagsaktuell. Han regnes faktisk som både «dialogens far» og en «jordmor for innsikt». Sokrates sin metode i samtale og som lærer er å stille spørsmål, ikke å gi svar. Ved å få samtalepartneren til å lete i seg selv og i sin egen førkunnskap oppstår økt innsikt. Han har altså en genuin og nysgjerrig interesse for andre menneskers tanker. Dette er forutsetningen for å kunne kalle en samtale en dialog. Det er ved slik å være støttende, og ved å stille ikke-ledende spørsmål han kalles «jordmor». Økt innsikt og bevissthet fødes fram. Dette er holdninger som passer helt med moderne idealer om pasientautonomi, veiledning, samarbeid, medbestemmelse og «empowerment». Men livet krever mer av oss enn det krevde av Sokrates. Hans ydmyke postulat var "alt jeg vet er at jeg intet vet" Det slipper ikke vi unna med. Det **vi** vet med sikkerhet er at allmennleger må kunne litt om alt. Ellers skulle det tatt seg ut.



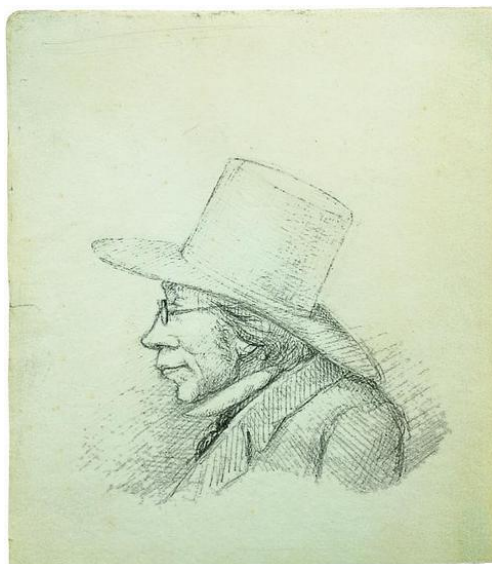
Vi gjør et langt hopp, til ca. 1850, og københavneren **Søren Kierkegaard, 1813- 1855 (2)**. Han var en dansk teolog og filosof. Han regnes som en klok mann. Hans poeng er at det ikke er hjelperens, men den som skal hjelpes sin verden som er sentral. Hva tenker, føler og opplever den hjelpetrequende om problemet? Kierkegaards tekst «Om hjelpekunsten» er kjernepensum for alle i hjelperoller. Vi gir dere kortversjonen, men et søk på nettet vil gjøre dere enda klokere.

«At man, når det i sannhet skal lykkes en å føre et menneske til et bestemt sted, først og fremst må passe på å finne ham der hvor han er og begynne der.

Dette er hemmeligheten i all hjelpekunst. Enhver der ikke kan det, er selv i innbilning, når han mener å kunne hjelpe andre.

For i sannhet å kunne hjelpe en annen, må jeg forstå mer enn ham – men dog vel først og fremst forstå det han forstår.

Når jeg ikke gjør det, så hjelper min merforståelse ham slett ikke. Vil jeg allikevel gjøre min merforståelse gjeldende, så er det fordi jeg er forfengelig eller stolt, slik at jeg i grunnen, i stedet for å hjelpe ham, egentlig vil beundres av ham.



Men all sann hjelp begynner med en ydmykelse; hjelperen må først ydmyke seg under den han vil hjelpe, og herved forstå at det å hjelpe, er ikke det å herske, men det å tjene, at det å hjelpe ikke er å være den mest herskesyke, men den mest tålmodige, at det å hjelpe er villighet til, inntil videre, å finne seg i å ha urett, og i ikke å forstå hva den andre forstår.»

Så gjør vi et sprang fram til vår tid og to sentrale kolleger som var med å utvikle pasientsentrert metode som klinisk fag.

McWhinney (1989) beskrev at legen har sin agenda, med opptak av en tradisjonell medisinsk historie («medisinsk journal»), men at det også finnes et pasientperspektiv som det er like viktig for legen å kartlegge (3). Altså en overgang fra «lege-sentrert» til «pasient-sentrert» medisin. Vi ser på dette som nær opp til et paradigmeskifte. I denne modellen skal legen kartlegge *begge* aspekter og integrere dem i en felles forståelse. Vi mer enn aner røttene tilbake til Sokrates og Kierkegaard.

HVORDAN KAN PASIENTEN VÆRE I SENTRUM
NÅR DET ALLEREDE ER EN HELSEARBEIDER DER?



MARIT T. MOSENG

De to perspektivene er systematisert i det som er kjent som *Pendeltons konsultasjonskart* (4) (Pendelton et al 1984, 2003). Dette gir en klinikknær, detaljert og strukturert oppskrift på hvilken informasjon legen har som oppgave å innhente i løpet av konsultasjonen, i særlig grad pasientperspektivet. I dag benytter de fleste av de allmennt medisinske fagmiljøene en videreutviklet og mer omfattende modell, *Calgary Cambridge Guide (CCG)*. Fordelen med denne er at den prøver å være en komplett guide til alle kommunikasjons-utfordringer, ulempen er at den er noe omfattende. På NTNU tar vi utgangspunkt i CCG, men i kombinasjon med Pendeltons enkle veiviser.

Forvirrende? Vi kommer tilbake til saken.

LITTERATURTIPS:

Mest omfattende: Silverman, Kurts, Draper: «Skills for communicating with patients»

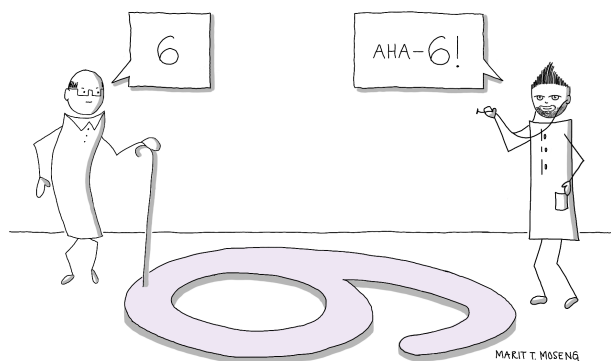
Mer lettest og tilpasset norske forhold: Edvin Schei: «Lytt»

Kortfattet og effektivt: Lærebokkapittel om klinisk kommunikasjon i «Allmennt medisin», også skrevet av Edvin Schei.

HVORFOR LÆRE KOMMUNIKASJON?

God kommunikasjon er en essensiell del av god klinisk medisin (5). Kommunikasjon er en nødvendig ferdighet på linje med undersøkelsesferdigheter, medisinske kunnskaper og klinisk resonnement. Kommunikasjon er et viktig FAG for alle klinkere, spesielt for allmennlegen med sine mange og sammensatte pasientmøter.

Vi har et potensiale for å bli bedre. Smarte folk har forsket på det. Omtrent halvparten av pasientens bekymringer oversees av legen (6). I omtrent halvparten av konsultasjoner er ikke legen og pasienten enige om hva som er hovedproblemet (7). Legen avbryter ofte pasienten så tidlig at viktig informasjon ikke blir avdekket (8). Det er langt vanligere at legen overser enn fanger opp hint som pasienten gir (9). En studie av onkologer og thoraxkirurgers møter med lungekreftpasienter viser at legene mister 90 % av muligheter til å vise empati (10,11).



Det er entydig vist at god kommunikasjon

- gir en mer effektiv konsultasjon for både pasient og lege (13)
- øker nøyaktighet og effektivitet i diagnostikk (14,15)
- øker legens og pasientens fornøydhet (16,17,18)
- gir en bedre terapeutisk relasjon (17, 18)
- gir pasienten bedre helse (19)
- øker pasientens etterlevelse av foreslått behandling (20,21,22)
- forebygger klagesaker (23,24)

Noen eksempler fra studier: Bedring i kronisk hodepine er mer relatert til pasientens følelse av å ha fått diskutert sitt problem helt ut, enn av diagnose, undersøkelse, medikamenter og henvisninger. Faktisk er selve samtalen nesten fire ganger så viktig for at pasienten skal bli kvitt sin hodepine, som noen annen faktor (25). Ved behandling av sår hals gir fornøydhet med samtalen hos legen kortere sykeforløp (!) (26). Høy empatiscore hos allmennleger gir lavere forekomst av diabetiske komplikasjoner hos pasientene (27). Dersom legen spør om pasientens forventninger, synker sannsynligheten for foreskrivning av antibiotika (28). Et kurs i kommunikasjonstrening hos behandlerne forkortet sykehus-oppholdet med 50 % etter ortopedisk protesekirurgi (29).

Det er også godt dokumentert at ren erfaring er en dårlig lærer (30). Vi har en tendens til repetere vårt kommunikasjonsmønster gjennom karrieren, uavhengig av situasjon, pasient, tid, tilgjengelighet og eget erfaringsnivå. Samtidig er det vist at spesifikk øving bedrer legens evne til kommunikasjon, både på studentnivå og i etterutdanning, og både i allmennpraksis og i spesialisthelsetjenesten, inkludert i psykiatri (31,32). Kort sagt: Vi har behov for og nytte av å trene opp kommunikasjonsferdigheter. Det gir bedre helse for våre pasienter – og for oss selv (33).

HVORDAN OPPØVE BEDRE KOMMUNIKASJONSFERDIGHETER

Klinisk kommunikasjon er ikke en evne som noen leger har og andre ikke har. Et foredrag om svømmekunsten vil ikke kunne sette deg i stand til å svømme, og like lite vil en forelesning eller å lese en håndbok forandre de kliniske kommunikasjonsevnene dine nevneverdig. Det er en klinisk ferdighet som kan og må øves inn slik som andre ferdigheter. Rollespill er en egnet arena for den øvingen. Vi erfarer at man raskt blir vant til formatet og at det byr på gjenkjennbarhet og god overføringsverdi. Og mye nyttig og artig læring i fellesskap.

Det fins gode studier også på hvordan kommunikasjon best læres. Først kortfattet:

- Bruk en liten, interaktiv gruppe. 3 deltakere er mulig men i snaueste laget, mer enn 10 -12 kan gi eksponeringsutfordringer og er mer utfordrende å styre.
- Oftest er det lurt å identifisere, konkret og i fellesskap de ferdighetene man vil øve på.
- Sett opp et rollespill der resten av gruppen observerer den som skal lære kommunikasjon.
- Gruppen gir vennlig og konkret tilbakemelding.
- Ferdighetene kan så eventuelt repeteres og øves mer på.
- Et alternativ til rollespill er videofilmede konsultasjoner, som gruppen kan ha med seg fra egen praksis.

GRUPPEØVING

En gruppe som øver på kommunikasjon kan gjerne følge oppsettet under. I vår terminologi kaller vi ofte gruppeveilederen for «fasilitator» (å fasilitere = gjøre noe mulig). Når gruppen blir litt mer vant med formatet, kan man gjerne bytte på å ha fasilitatoroppgaven. Her følger vår lille bruksanvisning i rollespill som metode:

- Fasilitator har et hovedansvar for å lede gruppen gjennom og skape dynamikk og struktur.
- Sett gruppen, dvs. gjennomfør en presentasjonsrunde og gi informasjon. En viktig utfordring er å skape trygghet. Erfaringen med rollespill er varierende. «Avsløringsangst» er vanlig, særlig i starten. Den må på bordet og snakkes ned. Humor er kardinalveien ut av unødvendig gravalvor. En annen oppgave er å bestemme øktas varighet. Hvor langt tid til rollespillet? Hvor lang tid til refleksjonen? Tidsstyringen underveis kan kanskje en annen i gruppen ta ansvar for?
- Pasientroller kan sattes opp på forskjellige måter. Erfaringsmessig fungerer det godt hvis deltakerne velger seg en egnet pasient fra egen praksis som de kan rollespille, eller ha som «utkast» til en rolle. På NFAs hjemmeside, under «Faggrupper» – «Faggruppe for klinisk kommunikasjon» har vi dessuten lagt ut forslag / utkast til roller.
- Velg ut en deltaker som skal i ilden, altså møte pasienten. Hva er vedkommende sitt læringsmål? Hva ønskes å øve spesielt på? Hva ønskes tilbakemelding om? Er man uøvet i rollespill kan jo et relevant læringsmål være: «Å øve på rollespill.»
- De andre i gruppen kan med fordel tildeles oppgaver. «Du, Eva tar et hovedfokus på åpningen. Noter et av Ottars grep som fungerte godt, og et som var suboptimalt. Hva kunne du tenke deg å holde øye med, Svein? Hva med hvordan Ottar setter struktur?»
- Konsultasjonen eller deler av den gjennomføres. Et rollespill tilbyr stor fleksibilitet. Ikke minst kan man legge inn «time out», der legen eller fasilitator stopper rollespillet for å analysere en spesifikk sekvens. Særlig fungerer det konstruktivt hvis legen ber om pause for hjelp og innspill når konsultasjonen oppleves krevende. Og hvis konsultasjonen føles vanskelig er det sannsynligvis fordi den ER vanskelig. Og ville vært det for de fleste. Så hvis

du føler deg malt inn i et kommunikasjons hjørne: Be gruppen hjelpe deg ut! Det er et ypperlig utgangspunkt for læring.

- Gå gjennom konsultasjonen under ledelse av fasilitator. Start gjerne med legens egen opplevelse. Hva fungerte, hva var vanskelig? For de fleste av oss, til og med de tilsynelatende godt mestrende er rollespill sårbare eksponering. Vennlig aksept av legens opplevelse og følelser er viktig, men de fleste av oss ønsker også å bli utfordret.
- Se gjerne igjen på hva som er intervjuer sitt mål: Hva er det legen forsøker å oppnå i en gitt del av konsultasjonen? Hvilke grep er smarte for å få det til?
- Gi gjerne konkret tilbakemelding fra flest mulig i gruppen. Spill inn forslag om strategier og ferdigheter. Etterhvert kan dette forankres i teoristoffet i håndboken: «At du veiskiltet akkurat der fungerte veldig bra ...»
- Be om rapport fra «pasienten». Vår erfaring er at de fleste går så helhjertet inn i den rollen at man kan gi uvurderlige, autentiske tilbakemeldinger. Og pasientens opplevelser trumfer vel alle andre analyser?
- Øv gjerne på etablerte forslag. For eksempel: «Forsøk igjen, men nå uten å avbryte når pasienten forteller om mors dødsfall. Så ser vi hvordan det slår ut ...»
- Generaliser og etabler læring, trekk som sagt gjerne inn teori.
- Avslutt gjerne med en felles oppsummering: «Hva tar vi med oss fra dette?»
- Ingen, heller ikke fasilitator, må fortvile eller la seg stresse om tiden går fort og man ikke kommer gjennom alle punktene: Det er HELT normalt. Oftest et tegn på engasjement. Som med all øving, også øving i å samarbeide om kommunikasjonslæring: med erfaring blir det lettere og artigere. Null stress.
- Vår anbefaling er likevel at man holder tidsskjemaet litt strengt. Om refleksjonen er aldri så dynamisk, sikre noen minutter til oppsummering og la neste lege slippe til i tide. Ikke sjelden innebærer det brutal avbrytelse. Noter dere heller den aktuelle problemstillingen og kom eventuelt tilbake til den. Hvis fasilitator er smart, plukker han ut en av de andre til å varsle når det er 2-3 minutter igjen.

GI DESKRIPTIVE OG NØYTRALE TILBAKEMELDINGER

Tilbakemeldingene er det sentrale i læreprosessen. De skal helst være deskriptive (beskrivende, konkrete) og nøytrale, altså verken rosende eller kritiserende. De skal være balanserte, og gjerne beskrive hva som fungerte og hva som ikke fungerte. Når man kommer fram til forslag som vurderes som gode, kan man gjerne prøve på nytt.

Eksempler på tilbakemeldinger:

- | | |
|------------------|---|
| Ikke-deskriptiv: | «Starten var dårlig, du virket helt uinteressert.» |
| Deskriptiv: | «I begynnelsen så jeg at du så i motsatt retning av pasienten, og at du bladde i papirene du hadde foran deg. Jeg kunne ikke se at dere fikk blikkontakt før etter 45 sekunder.» |
| Ikke deskriptiv: | «Begynnelsen var super, du er flink til å få kontakt.» |
| Deskriptiv: | «I begynnelsen var du rolig, så på henne, nikket med hodet mens hun snakket, og ansiktet ditt viste med uttrykk at du fulgte med i det hun sa. Du var stille og lot henne snakke ferdig.» |
| Ikke deskriptiv: | «Jeg synes denne pasienten var utflytende, men det greidde du fint» |
| Deskriptiv: | «Måten du veiskiltet avbrytelse, der du sa «et øyeblikk», med hendene opp vendt mot ham og et smil skapte faktisk både struktur og munter stemning!» |

TEORIEN: HVA KJENNETEGNER GOD KOMMUNIKASJON?

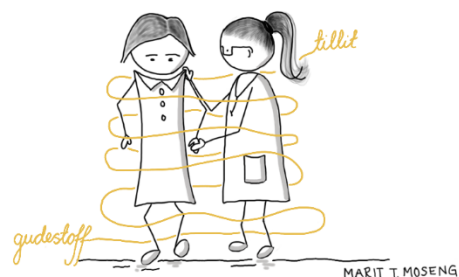
Vi går nå over til «kommunikasjonologisk» teori og systematikk. Vi trenger begreper som gjør at vi kan snakke om samtalen, og ord for ferdigheter som vi vet er nyttige. Vi starter med to grunnsteiner blant begrepene: relasjon og tillit.

Relasjon, definisjon: forhold, forbindelse, samhörighet

Relasjonen til pasienten kan være ett enkelt og kort møte, typisk: legevakt, eller det kan bestå av en serie møter, lange og korte, over mange år, typisk: fastlegen. Det er uansett viktig for nøyaktig og effektiv kommunikasjon at relasjonen er god. God relasjon til terapeuten fremmer helbredelse, og det forebygger konflikter og misforståelser. Beroligende beskjed med og uten god relasjon vil ha helt forskjellig effekt. Det å bygge en god relasjon kan kanskje omformuleres til «det å bygge tillit».

Formuleringsmester Per Fugelli definerer tillit slik:

«Tillit er menneskets følelse av at andres godhet, ærlighet og dyktighet er å stole på. Tillit medfører ofte en overføring av makt til en person eller til et system, makt til å handle på mine vegne, til mitt beste.» På slagferdige vis sier han videre: «Tillit er helsetjenestens «Gudestoff» – det prinsipp som holder pasienter og behandlere sammen og det stoff nysgjerrighet er laget av.» En tillitsfull relasjon etableres gjennom kommunikasjon. Så, i all ydmykhet: hvordan bygge dette «gudestoffet»? Vi begynner med det mange mener er det viktigste: Kroppsspråket.



KROPPSSPRÅK OG IKKE- VERBAL KOMMUNIKASJON



Når verbal og ikke verbal kommunikasjon motsier hverandre foreligger dobbelt-kommunikasjon. Da er grunnlaget lagt for forvirring og misforståelser. Forskingen viser at da har ikke-verbal kommunikasjon en tendens til å trumfe verbal kommunikasjon (37,38). Dersom legen sier «Det vil jeg gjerne høre mer om», men samtidig er urolig i kroppen, skriver på tastaturet og ser på skjermen vil pasienten korrekt tenke og merke at i dag har ikke legen tid til å høre på meg. Uten en oppøvd bevissthet rundt ikke-verbal kommunikasjon gir det derfor liten mening å jobbe med valg av ord. Det er vist at dårlig blikk-kontakt alene kan være nok til å hindre åpen kommunikasjon. Det tolkes fort av pasienten som manglende interesse (34,35,36).

Kroppsspråk består av: Stilling, grad av fysisk nærhet, fysisk berøring, bevegelse, ansiktsuttrykk, blikk-kontakt, lyder (tonefall, tempo etc.), men også fysisk ytre (klær) og ytre miljø (møblering, farger, temperatur etc.). Stillhet og et godt blikk, gjerne et smil kan alene fremme god kommunikasjon, som et signal om ro, tilgjengelighet, interesse, og en oppmuntring til pasienten om å snakke videre. En viktig ferdighet er å øve opp sin toleranse for stillhet. Altså ikke avbryte. Også en ikke tilsiktet tenkepause («Hva skal jeg si eller gjøre nå?») kan være forløsende. Pasienten snakker videre og konsultasjonen tar en ny vending.

Den bratteste læringskurven når kommunikasjonsferdigheter skal øves inn ser vi ofte rundt bevisstgjøringen av eget kroppsspråk og hvordan det innvirker på samtalen. Den bevisstgjøringen er det resten av gruppen som må fasilitere. Dessuten har videoopptak spesielt egnet i den læreprosessen. Et budskap er at vi ikke må gjøre dette for komplisert. Den beste måten å kommunisere eksempelvis tilstedeværelse er at man faktisk ER tilstede i situasjonen. Da faller det lettere på plass av seg selv, enten man sitter slik eller slik. Og hva befordre tilstedeværelse? Klinisk nysgjerrighet. Kombinert med en tidsramme som er til å leve med.

Legen må selvsagt også være bevisst på *pasientens* kroppsspråk – mer om det under kapitlet om hint.

VERBAL KOMMUNIKASJON OG UTSAGNSTYPER

Vi skal nå analysere og systematisere den *verbale* responsen fra legen i kommunikasjonen (39).

Den viktige første hovedinndelingen er at vi definerer verbal respons i to typer, eller «modi»: (modus = måte, metode):

- avgrenset eller lukket modus
- prosess- eller åpen modus

Innenfor hver av disse modi fins forskjellige undergrupper av spørsmål og teknikker. Her er det er ikke slik at det ene er bedre enn det andre. Vi trenger å bruke spørsmål fra hver modus avhengig av hva vi er ute etter. Det kan være viktig å finne rekkefølgen i hvordan pasientens plager oppsto – det er vanskelig å finne ut uten å bruke avgrenset modus. Om du ønsker å oppmuntre pasienten til å snakke fritt – velg gjerne prosessmodus. Det er et mål å variere sine utsagnstyper, både mellom disse to modi, men også innenfor hvert av dem. Vi erfarer at de fleste leger vil ha størst behov for å utvide sitt repertoar og bevisstgjøre seg innenfor prosessmodus. Virker dette litt diffust? Da er det på tide med konkretisering:

Vi starter med en oversikt over utsagnstyper, eller gjensvar fra legen, illustrert med et eksempel. Vi gjør det enkelt og tenker oss en pasient som sier: «Jeg har lenge gått og hatt vondt i magen», selv om det i noen av eksemplene kan virke litt søkt. Oversikten er ikke en komplett klassifikasjon av alle typer utsagn, og som i mange klassifikasjoner er det overlapping. Ikke la deg overvelde, det er en liste man kan plukke fra etter ønske. Over tid kan man bevisstgjøres og øve inn et stadig rikere repertoar av utsagnstyper fra listen.

AVGRENSET/LUKKET MODUS

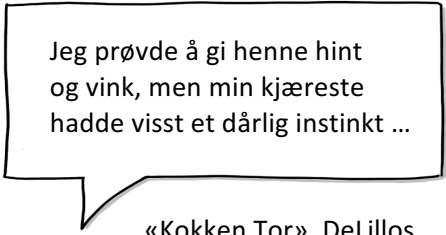
1. **Spesifikke** spørsmål (Ja/Nei): «Har du vondt i magen hele tiden?»
2. **Orienterende** spørsmål (hvor, når, tid/rom, hva betyr osv.): «Hvor i magen har du vondt?», «Når startet det?», «Hvor sterk er smerten?»

PROSESSMODUS/ÅPEN MODUS

Omhandler oftest det følelsesmessige (affekter), tankeverden (kognisjon) og det mellommenneskelige (relasjoner).

1. **Stimulerende uttrykk**
 - a. Stillhet
 - b. Kroppsspråk (Ser på pasienten, nikker, smiler, en utstrakt hånd = «fortsett» etc.)
 - c. Ja ..., si mer ..., mmm ..., fortsett, fortell mer ... si mer om ...
2. **Åpne spørsmål** (hva og hvordan om tanker, følelser og relasjoner): «Hva tenker du om at du har vondt i magen?», «Hvordan var det å være deg da ...»
3. **Beskrivende utsagn** (utdyper det mest ladde):
 - a. **Refleksjon/parafisering** (parafisering def. «omskrivning»): Legen prøver å gripe de essensielle elementene i det pasienten uttrykker og reflekterer dette innholdet tilbake: «Ikke til å holde ut, sier du?»
 - b. **Reformulering**: «Du har fortalt at du lenge har hatt smerter og at disse bekymrer deg ...»
 - c. **Klargjøring** (uklart blir klart, langt blir kort): «Du har nå fortalt meg om svigermors besøk, og om hvordan du har det, og at det er mange forskjellige ting som plager deg. Spesielt er du bekymret for magesmertene.»
4. **Speiling** (formidling av emosjoner pasienten ikke selv er bevisst): «Du ser bekymret ut.»
5. **Anerkjennelse/validering** av pasientens følelser og tanker (uten dermed nødvendigvis å vise enighet): «Etter det som skjedde med din bror forstår jeg godt at du har tanker om kreft ...»
6. **Empati** (utsagn med et jeg og et du): «Jeg skjønner at det blir vanskelig for deg når dette har vart så lenge ...»
7. **Samarbeid** (utsagn som formidler ønske om å hjelpe, partnerskap, sensitivitet): «Jeg blir bekymret når jeg tenker på at du skal fortsette å være så plaget», «Dette skal jeg undersøke nøye», «Dette må vi forsøke å finne ut av sammen», «Jeg beklager at det blir vondt når jeg nå skal undersøke magen din, men jeg skal gjøre det så raskt og skånsomt som mulig.»
8. **Dele undring**: «Du fortalte meg i stad at du har økt mye i vekt i det siste. Hva tenker du om det i forhold til at du har hatt magesmerter?»
9. **Personlig ytring**: «Jeg vet at dette har vært vanskelig å snakke om for deg. Det er bra du nå er så åpen.»
10. **Konfrontasjon**: «Du sa nettopp at du alltid får vondt når svigermor kommer på besøk. Kan det være noen sammenheng her?»
11. **Tolkning**, forslag til forståelse: «Det var jo i magen din far brukte å slå deg da du var liten. For meg virker det naturlig at du kjenner smerter akkurat her.»
12. **Høyttenking**: «La meg tenke litt høyt om det du sa akkurat nå ...»

Som sagt: se på dette som en liste over muligheter. Klinisk kommunikasjon er et bevisstgjøringsfag, og bevisstgjøring er blant annet å sette mest mulig presise ord på det vi driver med. I all kommunikasjon ligger gjerne djevelen i detaljene.



Jeg prøvde å gi henne hint
og vink, men min kjæreste
hadde visst et dårlig instinkt ...

«Kokken Tor», DeLillos

Først: La oss se på emosjoner og følelser som helt overlappende begreper. Felles for begge er at de styrer mye av vår adferd. Gjerne mer enn vi er klar over. Vi kan ha gode argumenter for det vi gjør, mens det egentlig er følelser som driver oss når vi står overfor et valg. Vi snakker fornuftsmessig om hendelser, opplevelser og årsaker, mens følelsene som koker i oss kan forbli usagte. Det samme gjelder for tanker vi har: Vi kan ha rasjonelle argumenter, men overser eller er ikke bevisst de egentlige og irrasjonelle tankerekken som styrer oss. Som de fleste av oss har erfart, gjelder dette ikke minst når man går til legen. Folk drives ikke nødvendigvis til legen etter bare rasjonelle avveininger. Ofte går man til legen når man fylles av skremmende tanker og bekymringer over sine symptomer. Likevel: Det er ikke dette man umiddelbart forteller til legen. Følelser og «de innerste» tanker forblir i første omgang ofte fordekte. Det er sårbare, uoversiktlige og kanskje skambelagte deler av ens indre liv. Kort sagt vanskelig å snakke om. Desto viktigere er det å få tak i dette. Ofte skjer det når vi jobber i prosessmodus, for det kan være vanskelig med lukkede spørsmål å fram hva pasienten «egentlig» tenker og føler. Ikke så sjelden er pasienten selv heller ikke helt sikker eller bevisst på det.

Ytterligere hjelp kan man få ved å fange opp *hint*. Med hint menes signaler pasienten gir som peker på noe underliggende og betydningsfullt som pasienten ikke direkte setter ord på. Et flertall av konsultasjoner inneholder hint, men blir ofte oversett. I enkelte studier som nevnt 90% av dem. Hint kan skjule sentrale tanker og følelser som kan være nøkkelen til en felles dypere forståelse av pasientens problemer. Det er dessuten vist at det å fange opp hint skaper mer effektive og faktisk kortere konsultasjoner. Om elefanten i rommet ikke identifiseres kan det skape mange unødige innsatser. Det er vår jobb. Men vi erfarer at selv når man har bevissthet om hint, er de lett å overse. Kanskje tenker vi for hardt på hva vi skal si? Andre ganger overser vi, eller unngår, bevisst eller ubevisst forhold vi selv synes er vanskelig å snakke om, eller problemer vi tenker på som uløselige. Og noen ganger, særlig når tiden er knapp, er det riktig å la hint ligge. Noterer du det i journalen kan du ta det opp neste gang. «Rolf, jeg har tenkt litt mer på det du sa forrige gang ...» Det kan det bli tillit av! (40,41,42)

Her følger noen eksempler på dialoger med hint. I skrevne dialoger mistes kroppsspråk, og det er selvsagt en vesentlig begrensning.

Pasienten (P): «Sjefen hang over meg. Jeg følte meg som en liten jente (ser ned). Han vet at jeg ligger nede, og så angriper han meg.»

(... samtalen forløper videre om den aktuelle hendelsen med sjefen ...)

Legen (L): «Du sa for litt siden at du følte deg som en liten jente. Hvordan var det for deg å være en liten jente?»

P: (Begynner å gråte.)

L: «Bare ta den tiden du trenger. Fortsett når du er klar for det.» (venter)

P: «Jeg var bare 9 år gammel ...»

Når hint oversees lukkes samtalen unødvendig, og det kan til og med oppleves som avvisning
Her en utfordring: Tenk ut tilsvar til pasienten som bedre fanger opp hintet og følelsene bak:

P: «Jeg har hatt vondt i magen så lenge – det ender vel med at jeg må på sykehuset.»

L: «Hvor har du vondt?»

P: «Jeg føler meg så ekkel!»

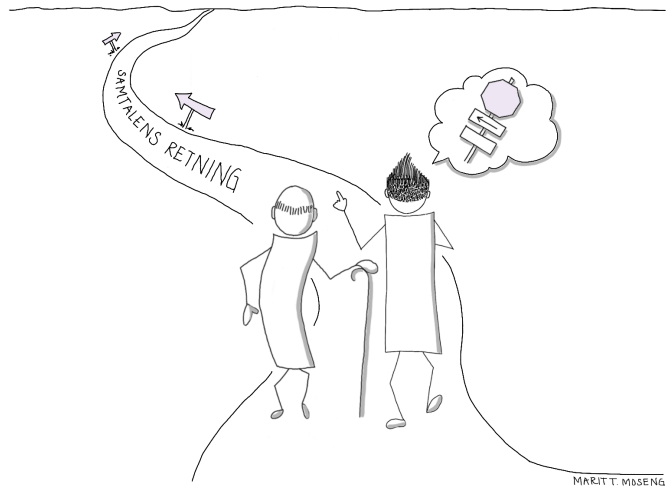
L: «Det er ikke noe ekkelt med deg.»

P: «Min mann har aldri sett meg uten T-skjorte.»

L: «Hadde du tenkt privat eller offentlig plastikk-kirurgi?»

VEISKILTING («SIGNPOSTING»)

Veiskilting er et redskap for å gi konsultasjonen struktur. Med veiskilting menes at legen tydeliggjør for pasienten, verbalt og nonverbalt, hva som skjer og hvor man er i konsultasjonen. Og ikke minst hvor man vil. Slike utsagn fra legen skaper struktur for legen og bidrar til å styre konsultasjonen hensiktsmessig. Det gir trygghet og oversikt til pasienten og demper potensiale for konflikt og uenighet. Det er også en anledning til å sjekke om man forstår hverandre riktig, og til å be om tillatelse fra pasienten. Handlinger fra legens side som kan fremstå noe avvisende for pasienten, kan med veiskilting fremstå logiske og som uttrykk for hjelpsomhet og respekt. Dersom legen plutselig snur seg mot dataskjermen og begynner å skrive vil det kunne virke negativt «han hører ikke etter» Dersom legen sier: Er det greit at jeg noterer litt nå, så jeg beholder oversikten?» så er begge innforstått: Det blir pause i samtalen. Holder man hendene opp og sier: «Her tror jeg at jeg må avbryte litt og spørre om ...», vet begge, (ikke minst legen selv!) hva som skjer. Avbrytelser kan fungere som respektløs overkjøring og lukke samtaler. Veiskiltede avbrytelser vil ikke sjelden *tilføre* respekt.



Veiskilting kan foregå med både korte og lange setninger, og kan brukes i mange sammenhenger i konsultasjonen. Her kommer flere eksempler:

«Da har du fortalt meg om hvorfor du har kommet hit i dag. Det skal vi se nærmere på, men før vi gjør det er det en ting jeg gjerne vil vite: er det andre ting du ønsker å ta opp med meg?»

«Før vi går videre ønsker jeg å høre litt mer om andre forhold i livet ditt som kan ha betydning ...»

«Siden jeg ikke har møtt deg før vil jeg gjerne høre litt om sykdommer du har hatt før.»

«Er deg greit at vi snakker litt om ditt forhold til alkohol?»

«Jeg forstår at du plages mye med magen, og ønsker å finne ut hva det er. Er det greit om du nå tar av deg på overkroppen og legger deg på benken så jeg kan undersøke deg?»

«Da har vi sett på de to tingene du sa var viktigst, men du nevnte at det var en ting til ...»

OPPSUMMERING

En potent og svært nyttig teknikk som bidrar til både struktur, veiskilting og forebygging av misforståelser er *oppsummering*. «Communicare» betyr «å gjøre felles», og oppsummeringen er en lakmustest på at man faktisk har felles forståelse. Oppsummering gir også legen selv anledning til å rydde i egne tanker og til å vinne tid. Ved tvil om hva du skal gjøre eller si – oppsummer det pasienten har sagt så langt. Det vil ofte hjelpe til å finne veien videre. Oppsummering kan brukes gjentatte ganger gjennom konsultasjonen, ikke bare mot slutten. Ofte kan det være nyttig å oppsummere allerede tidlig i samtalen.

L: «La meg se om jeg har forstått rett. Du føler deg ikke bra, du har en følelse av at noe er galt, ting du før klarte med letthet er blitt umulig for deg ...»

P: «Ja, og så har jeg blitt så stiv i leddene om morgenen ...»

L: «Du fikk altså feber for to uker siden, og har vært dårlig siden det.»

P: «Nei, det er to uker siden jeg ble *smittet* på bussen fordi en mann hostet på meg, feber fikk jeg for tre dager siden ...»

L: «La meg helt kort sjekke om jeg har fått med det viktigste. Du har nevnt hodepinen og du har nevnt hovedbekymringen, nemlig kreft.»

P: «Ja, det er kortversjonen. Hva tror du, da?»

«MORALISERINGSFELLEN» – OG Å VALIDERE

Maktforholdet mellom lege og pasient er ikke symmetrisk. Legen er på «hjemmebane» og besitter mest definisjonsmakt. Ofte enn vi tror avbryter eller spør vi på en måte som kan oppleves som avvisning. Dette må vi være bevisst. Motgiften mot slik avvisningsdynamikk er å lytte til og *validere* (akseptere, anerkjenne, gyldiggjøre) pasientens perspektiv. Blander du dette med en solid dose klinisk nysgjerrighet står dere begge sterkt. Da oppnår man å vise støtte og respekt, også når pasientens synspunkter er urimelige eller direkte gale. Du husker Sokrates og dialogen? Det er enkelt å anerkjenne når vi selv tenker likt med pasienten: «Jeg forstår godt at brystsmertene gjør at du tenker på hjerteinfarkt». Litt vanskeligere men kanskje viktigere kan det være om vi selv syns pasientens tanker er lite relevante:

«Din oldemor har nettopp fått brystkreft, og du tenker da at det kan være lurt om dine bryst blir undersøkt.»

Det kan også være tilfeller hvor pasienten ber om noe vi ikke umiddelbart kan si ja til, eller opptre klart urimelig. Også da er det mulig å vise aksept

«På grunn av det som skjedde har du brukt mer sobril enn vanlig, og trenger en ekstrakvote? Og det var jo dramatisk ...»

«Du akter ikke forlate legekantoret før du har fått den henvisningen? Da skjønner jeg at dette bekymrer deg mye. Det må vi ta på alvor. Da synes jeg vi så fort som mulig setter av litt mer tid ...»

Et spesielt utfordrende eksempel er psykose:

«Jeg forstår at du blir opprørt når du opplever at du blir forgiftet. Jeg vil gjerne høre mer om det, så skal vi se om jeg kan hjelpe deg.»

Det er ikke alltid lett å validere. Vi har alle våre fordommer og våre «pekefinger», bevisst eller ubevisst. Ikke minst på en dårlig dag. Husk at respekt kommer av «re-spektare» som betyr «se igjen». Ofte



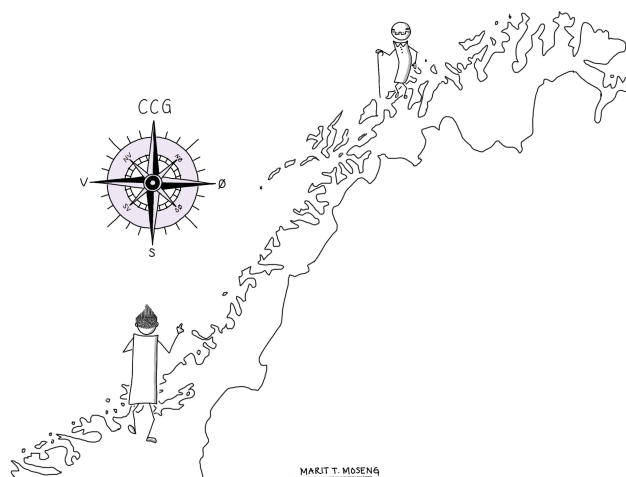
avbryter vi for tidlig, kanskje for å vinne tid. Ønsket kan være å dempe unødig bekymring umiddelbart. Eller for å sette en grense. Men en slik for tidlig intervensjon kan lett resultere i opplevd avvisning og det vi kaller motstand hos pasienten. Nøkkelen er å tenke at aksept ikke er det samme som enighet. Det som anerkjennes er pasientens rett til å ha sine tanker og følelser. For å klare dette må man undertrykke trangen til å svare etter egen overbevisning, og man må utsette forhandlinger for å nå enighet. Når legen uttrykker aksept som i eksemplene over er det ofte duket for: «Fortell mer om det ...» Potensiell avsningsdans er snudd til konstruktiv prosessmodus. Tips: Unngå ordet *men*. Det kan reversere velment validering. «Ja, det forstår jeg godt at du kan tenke, men da glemmer du det jeg sa i stedet ...»

Og slik kan du validere, men også sette struktur og ta litt føring: «Jeg forstår godt at du ønsker å finne ut av det vonde kneet med MR. Særlig når forsikringen gjør det gratis for deg. Er det greit for deg at jeg forteller litt om hvordan vi allmennleger vanligvis ser på dette med MR av knær?»

Evne til validering er et adelsmerke for enhver hjelpekunstner. Å håndheve raushetsplikten er et «sine qua non» for allmennmedisinsk profesjonalitet.

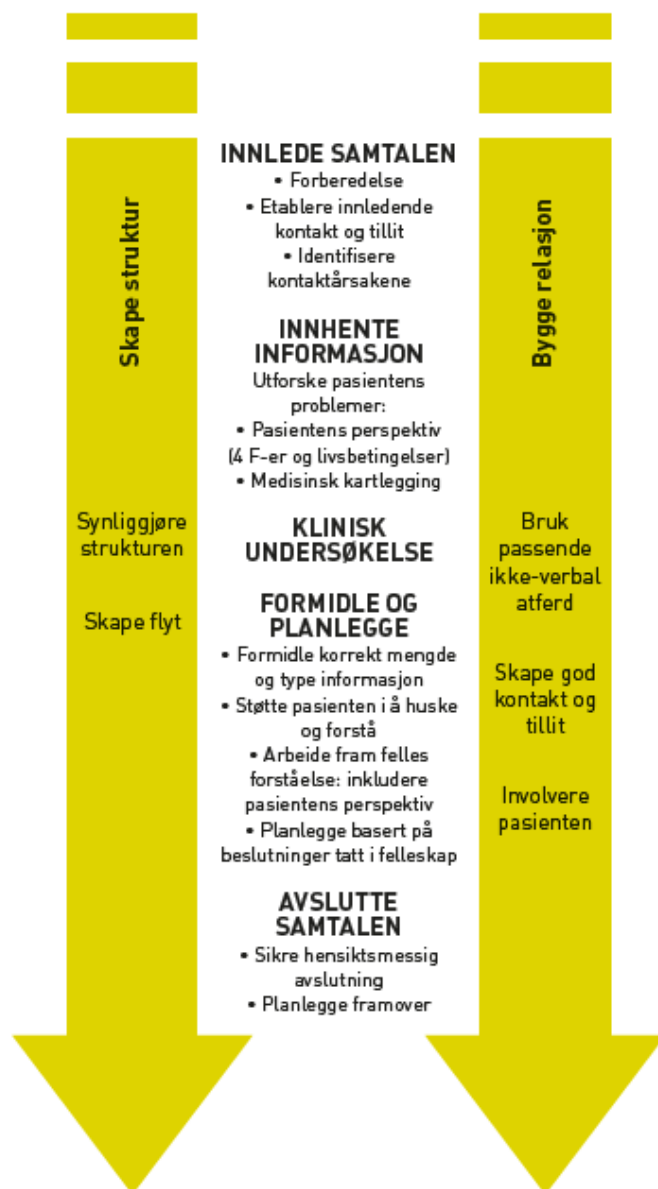
Øv på dette til det sitter. Gjerne i rollespill, men du kan også starte i morgen. Dine beste læremestre er pasienter du opplever som urimelige og i overkant krenkbare. Et godt utgangspunkt kan være: at «vanskelige» pasienter er ofte vanskelige fordi de *har* det vanskelig. Forsøk å finne ut av det. Sammen. Respektfull validering kan åpne døren til den analysen.

EN PLAN FOR KONSULTASJONEN



Konsultasjoner er uforutsigbare og kan som et sjakkspill ta mange vendinger. Vi trenger en overordnet plan – det som kalles et *konsultasjonskart*. Som nevnt er det kartet som kalles CCG (Calgary-Cambridge Guide) (43) de fleste allmennmedisinske miljøer i Norge tar utgangspunkt i. I denne modellen legges til grunn at konsultasjonen har to oppgaver, og fem faser. De to parallelle oppgavene som løper gjennom hele konsultasjonen er å gi struktur, for eksempel ved å veiskilte og oppsummere, og å bygge relasjon og samarbeid. Disse to oppgavene må vi ivareta hele tiden. Modellen beskriver videre de fem arbeidsfasene. Se under.

Ved NTNU erfarer vi at vårt modifiserte «Pendeltons konsultasjonskart» fungerer som en konkretisering av CCG. Vi gir deg kortversjonene. Lær dem først som sist. Det er overkommelig. Da vet du oftest noenlunde hvor du er i konsultasjonen, og hvorfor. Det forebygger at du og pasienten din går dere fullstendig vill. Sammen. Lær deg også «de fem F-ene». Mer om dette straks.



Fra folder med Calgary Cambridge-modellen. (2014), oversatt til norsk av Linn Getz og Aslak Steinsbekk.

PENDELTONS KONSULTASJONSKART

- Åpningen** Etablere kontakt
- Kontaktårsak** Presentert problem
- Avklare dagsorden** Andre problemer?
- Problemets art**, sykdomsbilde, utvikling
- Konsekvenser** av problemet (**Følger**)
- Egne tanker** om problemet (**Forestillinger**)
- Bekymringer** (**Følelser**, eventuelt **Frykt**)
- Psyko-sosial kontekst** (**Forutsetninger**)
- Forventninger** til legebesøket
- Oppsummering** (Felles forståelse)

Når det pasientsentrerte anamneseopptaket er gjort gjenstår en integrering av dette i vår «legeverden». Naturlige funksjoner, medisiner, tidligere sykdommer, allergier, stimulantia osv. hører ofte med for en god klinisk analyse. Men husk at vi alltid må tenke (allmenn-) praktisk. Alt hverken kan eller må med hver gang.

Allerede før fase 1 er det tid for *forarbeid*: Forrige problemstilling bør være ute av hodet og parkert, du bør ha lest deg opp i journalen. Kanskje et par dype innpust? Da er det bare å hente pasienten og starte.

ÅPNINGSFASEN

Konsultasjoner kan ha dette felles med skihopping: Kommer du skjevt ut kan det bli vanskelig. Ofte har problemer i avslutningen sammenheng med noe som ikke gikk bra i starten.

Her er våre enkle tanker om en god åpning: Blikkontakt, smil, håndtrykk, VELKOMMEN. Hva bringer pasienten til legekontoret. Så er det klart for en av kommunikasjonens C- momenter: Lytte uten å avbryte! Vi sier det ofte slik: «Utfordringen er å holde munnen i to minutter.» Det er selvsagt ikke noe absolutt, mest en pedagogisk spissformulering. Men studier viser at få pasienter, selv av dem med komplekse problemstillinger, snakker lengre enn to minutter. Så åpningsfasen er ofte tiden for å tie, stimulere, lirke fram og oppsummere. Man snakker ofte om en «traktform» på konsultasjonen: Starten bør være vid – med åpne og stimulerende utsagn, før man etter hvert går over i mer avgrensede spørsmål.

En annen svært viktig oppgave er relativt tidlig, som en del av åpningsfasen, å avklare om man har fanget opp alle pasientens ønsker: «Du nevner at du har hodepine. Før vi går videre med det: var det alt? Eller er det noe annet også?» Og det bør gjøres uttømmende: «Var det noe mer enn det igjen også?» Det kan jo være problematisk for legen at pasienten har mange problemstillinger, men det er bedre å få alt fram med en gang, enn å bli overrumplet av stadig nye problemstillinger utover i konsultasjonen. Få fram hele listen. Da kan man tidlig legge en plan sammen for resten av konsultasjonen, og kanskje allerede neste konsultasjon («alt dette rekker vi ikke på tjue minutter. Hva er det viktigste for deg i dag?»).

Er hovedproblemet hodepine er dette en nyttig start: «fortell om hodepinen fra den startet fram til nå.» Selv om utgangspunktet er mer diffust kan det fungere like bra: «Fortell om slitenheten fra det startet ...» Og da er det tid for to minutter i lyttemodus. Etter dette er det oftest nødvendig å kartlegge problemet mer systematisk. Det trenger vi som leger. Da kan lukkede orienterende spørsmål være formålstjenlig. «Når på dagen er hodepinen verst?» Til dette har vi en huskeliste som kalles «de syv symptomatributter» (Atributt: En vesentlig egenskap):

- tidsaspekt (når, varighet, hele tiden eller episodevis, frekvens)
- lokalisering (hvor)
- kvalitet (beskrive f.eks. smerten: «er den stikkende? ... som et press ...?»)
- kvantitet (hvor intenst oppleves symptomet? For eksempel 0-10 skala)
- sammenhenger (rekkefølge av hendelser)
- påvirkningsfaktorer (hva lindrer eller forverrer)
- assosierte manifestasjoner (følge-symptomer: «Når du har hodepine, blir du kvalm også?»)

SYKEHISTORIEN – OG DE FEM F-ENE

Anamnese betyr erindring. Uansett hvor vi har studert er vi drillet i «anamneseopptak». Pasientsentrert allmenntilleggs anamneseopptak betyr betydelig vektlegging og kartlegging også av hvordan det hele fortøner seg for pasienten selv. Du husker fremdeles Kierkegaard? For pasientsentrert anamneseopptak er formelen «Fem F».

Følger
Forestillinger
Følelser
Forutsetninger
Forventninger

Medvandringen med pasienten i F-enes verden utgjør noe av det unike i faget vårt, og gir oss mange svar, innsikter, overraskelser, ideer og diagnoser. Her er en kortfattet gjennomgang, med konkrete forslag til gode formuleringer under hver F. Men dette er viktig: Konsultasjonskartet er satt opp etter en klassisk «hva er problemet i dag?»-situasjon. I mange sammenhenger, for eksempel oppfølgingstimer, må det justeres. Og rekkefølgen er ikke det viktige. Det er heller ikke nødvendig at alle punkter dekkes hver gang. Ikke mulig heller. Kartet er en huskeliste over klinisk sett smarte ting å kartlegge. Resten er klinisk skjønnsforvaltning. Som nesten alt annet i allmenntilleggs.



FØLGER:

Hvilke konsekvenser har pasientens symptomer for funksjon i liv og hverdag?

Forslag til spørsmål:

«Kan du fortelle litt mer om hvordan dette/disse plagene påvirker deg i hverdagen?»

«Er det noe du vanligvis gjør, som du nå ikke får til?»

«Hva vil du si er det verste med denne situasjonen?»

Man kan også følge opp med å spørre målrettet om viktige forhold: «Hvordan påvirker dette deg med hensyn til arbeid? ... fritiden? ... konsentrasjonsevnen?» Spesifikk kartlegging av *nattesøvn* er nesten alltid fornuftig. Det er en grovsortering av alvorlighetsgrad, det kan være en nøytral og egnet vei inn i bekymringsverden, og søvnproblemer er onde sirklers mor. Spesifikke spørsmål er spesielt nyttig om tabu- eller skambelagte forhold: «Påvirker det seksuallivet?....» Om plagene i liten grad påvirker daglig funksjon kan likevel *bekymringene* for symptomene være en viktig følge. Det skal vi kartlegge nærmere under en annen F.

FORESTILLINGER:

Under denne F-en retter vi oss mot det kognitive: tankeverdenen. De færreste går til legen uten å ha gjort seg opp noen tanker om hva det kan være.

Forslag til spørsmål:

«Har du gjort deg noen tanker selv om hva dette kan være?»

«Mange googler jo seg fram til mange alternativer før de kommer til meg. Er du en av dem?»

«Har du snakket med noen andre om dette? Og hva sier de?»

FØLELSER:

Her tenker vi spesielt på pasientens bekymringer. Det er gjerne bekymringer som driver pasienten til legen, og vi glemmer forbausende ofte å spørre om dem. Det er helt sentralt å kartlegge disse både for å kunne forstå og hjelpe pasienten. En vanlig felle man kan gå i er å *ta ting for gitt* – eksempelvis at en pasient med brystsmerter er redd for hjertesykdom. Om denne pasienten nylig opplevde at en i nær familie fikk lungekreft, uten at du har fanget det opp, kan det godt være at ditt beroligende: «Dette kan neppe ha med hjertet å gjøre» ikke gjør bekymringen mindre.

Forslag til spørsmål:

«Er det noe av dette som bekymrer deg?»

«Du ser bekymret ut ...» (om pasienten virkelig ser bekymret ut!)

«Hva er det verste du ser for deg kan skje nå, med tanke på dette?»

«Jeg som lege vet at frykt for kreft er veldig vanlig. Har du tenkt i de baner?»

Noen ganger, når bekymring sier seg selv, kan bekreftelse fungere bedre: «Så du går og tenker mye på om det kan være MS? Da skjønner jeg at du må være bekymret. Kan du fortelle mer om det ...?»



FORVENTNINGER:

Under denne F-en ser vi ofte at misforståelsesdjevlelsens finger er i spill. Igjen: Vi tar ting for lett for gitt. Å avklare forventninger er derfor en nær obligatorisk F for å oppnå felles forståelse. Hva helt konkret er det pasienten tenker seg å få ordnet eller avklart?

Hvis forventningene samsvarer med hva du kan bidra med: Hvilepuls. Hvis ikke kan det foreligge mindre eller større grad av forventningspress og forventningsstress. Tips da: oppsummere forventningene, validere og så «forhandle». Tenk høyt om din vurdering. Men forutsetningen for denne typen litt gjennomtenkt strategi er altså at du husker å få forventningene på bordet.

Forslag til spørsmål:

«Har du gjort deg noen tanker om hvordan vi skal ta dette videre herfra?»

«Hva har du sett for deg bør skje videre nå?»

«Hva gjør vi nå?»

Spørsmål med «vi» signaliserer samarbeid, formidler du «hva forventer du *jeg* skal gjøre?» blir ansvaret mer ditt alene. Begge deler har sin plass. Er pasienten i ensomt kaos kan det viktigste være å ta kontrollen: «Dette skal du ikke sitte med alene. Dette tar vi sammen»

FORUTSETNINGER:

William Osler (1849 – 1919), omtalt som «Father of Modern Medicine» hevdet at «Det er viktigere å vite hva slags person en pasient er, enn hvilken sykdom pasienten har.» Under «forutsetninger» er det nettopp dette vi vil kartlegge: Hvem er personen vi snakker med? Hva er bakgrunnen sosialt og familiært? Med andre ord: I hvilken kontekst skal vi forstå symptomene? Altså det vi ofte kaller «familie/sosialt». En god huskeliste for forutsetningene er følgende fem punkter: Relasjoner nå og før (særlig de nære), bolig, økonomi, arbeid, fritid.

Forslag til spørsmål:

«Siden det er første gangen vi treffes i dag, kan du kanskje fortelle meg litt mer om deg selv?»

«Du nevnte at faren din reagerte nokså kraftig. Det gjør meg litt nysgjerrig på forholdet du har til ham?»

Mer spesifikke orienterende spørsmål kan også være en god start:

«Jeg har lyst til å skaffe meg en oversikt over bakgrunnen din ... Hva driver du med? ... Er du gift? ... Hva driver foreldrene dine med?» (det psykososiale bakgrunnsteppe). Ut i fra svarene kan du gå videre i nysgjerrig prosessmodus: «Du nevnte at moren din døde da du var 13 år. Kan du fortelle litt mer om det?»

SOMATISK UNDERSØKELSE

Det meste ligger i sykehistorien. Det er det vi lærer av «de gode gamle klinikerne» Og det stemmer langt på vei: Pasientsentrert anamneseopptak trumfer det meste i den diagnostiske prosessen. Men det kan sies med like stor tyngde og selvfølgelighet: Ikke glem den somatiske undersøkelsen. Viktig her er at også denne er en del av kommunikasjonen. En god undersøkelse kan i seg selv fremme relasjon og virke beroligende. Også under undersøkelsen er det viktig med blikkontakt, respektfull fremtreden og veiskilting av typen: «Da tenkte jeg at vi skulle gå videre til at jeg undersøker magen din. Jeg kjenner først lett, og deretter litt hardere. Er det greit?»

INFORMASJON OG PLANLEGGING

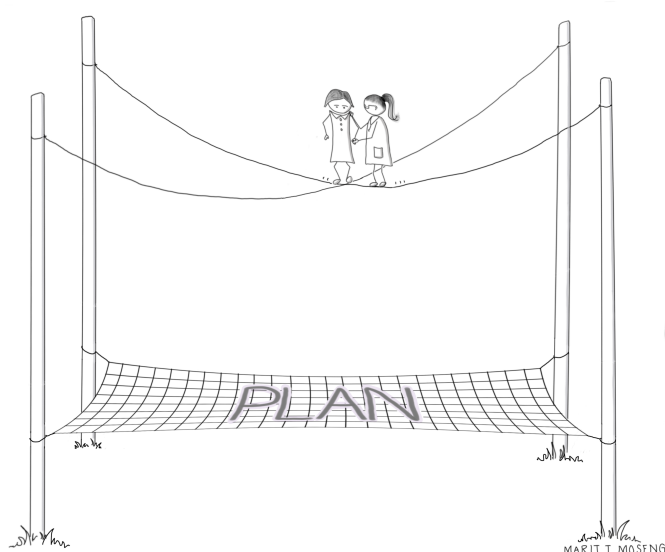
Hvor mye av informasjonen vi gir til pasientene våre tror du pasienten faktisk husker og tar med seg videre? Hva viser forskningen? Riktig gjettet, og litt nedslående: Mindre enn vi antar. Mye mindre. Ikke nok med det: Legen overvurderer også sterkt i hvilken grad det brukes tid på å gi informasjon. En studie viser at leger overvurderer sin egen tidsbruk på informasjonsgivning med en faktor på 9! (44).

Samtidig fins det kunnskap om hva som kan bedre pasientens gjenkalling av informasjon, og hvordan man bedre kan planlegge sammen med pasienten. Dette er et omfattende felt, der allmenntillegningen tangerer pedagogikken. Husk at «doktor» betyr «lærer». Vi skal nøye oss med å gi noen kvalifiserte råd. Først om å gi informasjon.

- Å gi informasjon er ikke en enveiskjøring hvor én gir og én tar imot, i en jevn strøm. Det er heller som en ball som spilles fram og tilbake Hva kan vedkommende fra før? Blir jeg hørt og forstått nå? Det betyr at vi ikke kan legge bak oss de fem F-ene – hvem snakker jeg med – på hvilket nivå? Hva er det vedkommende ønsker å vite noe om?
- Sjekk ut pasientens før-kunnskap: «Før jeg forteller deg om sykdommen vil jeg gjerne vite hva du vet fra før ...»
- Tilpass mengden informasjon, velg det viktigste.
- Del informasjonen i biter og bruk kroppsspråk: «Det er tre ting (vis tallet tre med kroppsspråk/fingrene) jeg må fortelle deg om diabetes. For det første ...»
- Be pasienten om å gjengi det du har sagt, eller be pasienten om å fortelle deg hva han eller hun vil si til for eksempel sin ektefelle om det dere har snakket om.
- Bruk gjerne visuelle metoder, diagrammer og figurer. Bruk pasientinformasjon fra NEL. Tips om nhi.no (Norsk Helseinformatikk, som vi vurderer som et kvalitetssikret nettsted).
- Unngå medisinsk sjargong. Bruk enkelt språk. Spesialtips: Si *langvarig* heller enn *kronisk*.
- Du må være engasjert og selv tro på det du sier. Altså ærlig. Ellers blir du neppe hørt.

- Se hele tiden etter signaler og hint fra pasienten og fang opp disse. «Syns du dette var forvirrende?»

Vi vet fra en rekke studier at etterlevelsen øker når legen er opptatt av pasienten perspektiv. Det fremmer også etterlevelse at legen involverer pasienten i valg også av behandling: (45,46,47). Dette kan gjøres med setninger som: «Jeg har gjort meg noen tanker om hvordan vi kan behandle dette, men først vil jeg gjerne høre hva du tenker selv». Det er også slik at det er viktigere hva pasienten selv sier, enn hva legen sier. En kunst er å manøvrere samtalen til det vi kaller selvmotiverende utsagn. Dersom du sier: «Hvorfor klarer du ikke å slutte å røyke?» fremmer dette svar av typen: «Jeg er for glad i røyken», og det kan forsterke pasientens resignasjon. Dersom du i stedet spør: «Hva tror du skal til for at du skulle klare å slutte å røyke?» vil det snu det til at pasienten utforsker muligheter og motiverer seg selv med utsagn som: «Kanskje dersom jeg få med meg kona på å slutte ...»



AVSLUTNING KONSULTASJONEN

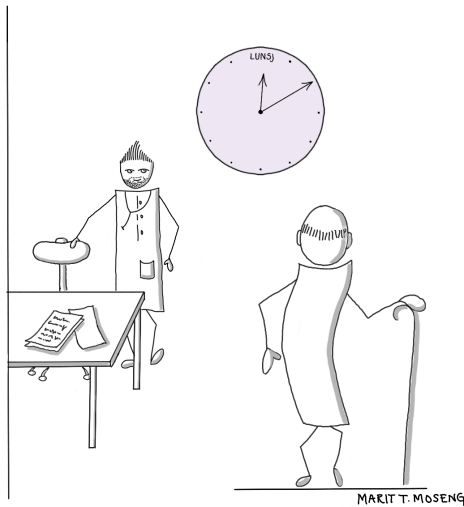
AV

Vi har sagt at man bør investere i starten på konsultasjonen – det betaler seg. Det samme gjelder for avslutningen: En god avslutning fanger opp løse tråder, sikrer at man er enige om videre oppfølging, sikrer at alle oppgaver og ønsker er ivaretatt og lager et sikkerhetsnett for pasienten. Det er mange oppgaver – men det behøver ikke å ta lang tid.

Ikke sjelden er det i avslutningsfasen du kan risikere å konfronteres med

unnlattelsessynder i åpningen. Legen tror det hele er over, men det viser seg at pasienten har flere ønsker: «Jeg har også ...» Dette skjer om lag hver tredje konsultasjon (48). Får du til en god avklaring av agenda i åpningen vil det skje sjeldnere. Det kan ellers være lurt å veiskilte for pasienten at man er på vei over i en avsluttende fase. En fin måte å gjøre det på er å oppsummere konsultasjonen så langt, gjerne med et tillegg av typen: «Jeg tror vi går mot slutten – var det noe mer du tenkte på?»

Deretter er det lurt å oppsummere hva man har avtalt med pasienten. Om du velger «vente å se» strategi, som ofte er smart, blir det tryggere for begge om du formidler et «sikkerhetsnett», som også er å ansvarliggjøre pasienten: «Jeg forventer ikke at du blir verre, og blir du det må du kontakte meg. Og om du ikke er noe bedre om tre uker må du også kontakte. Og om du er i tvil er det bedre å komme en gang for mye enn en for lite, synes jeg. Her er du alltid velkommen.» Til slutt gjerne en siste sjekk: «Er vi enige om dette og har forstått hverandre?»



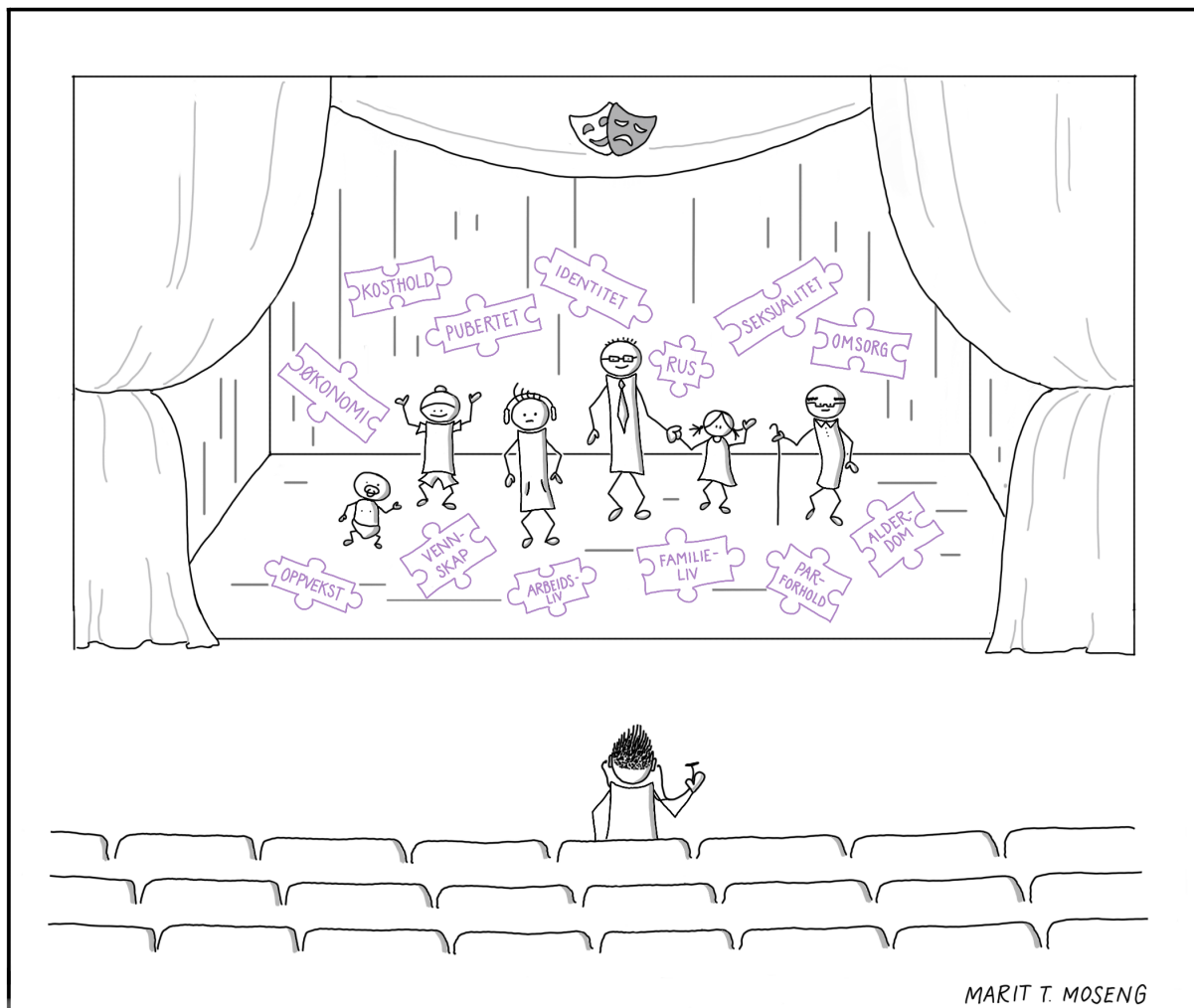
Åpne og lukkede spørsmål, stimulerende uttrykk, syv symptomatributter, fem F'er, validering, 3 oppsummeringer underveis og etablering av sikkerhetsnett. Hvordan i all verden rekke gjennom alt dette i virkelighetens verden? Det er også nødvendig å rekke lunsjpausen!

Tidsknapphet er en av allmenntilleggsens aller mest krevende rammebetingelser, og vil antakelig alltid være det.

Her finnes det ingen fasitsvar, bare noen veiledende betraktninger til slutt:

- Vær trygg på at prosessmodus er tidssparende. Det er Evidence Based.
- Pasientsentrert metode gir føringer for og styrker evnen til å prioritere rett.
- Metoden gir deg større diagnostisk trygghet og er en effektiv strategi mot overutredning og overbehandling.
- 15 minutter er litt snaut for pasientsentrert tilnærming. 20 minutters timer er mer hensiktsmessig. Og en og annen dobbelttime.
- Fastleger er faste og kan by på tid som nesten ingen andre i systemet. Neste onsdag, eller om fire uker. Eller neste onsdag OG om fire uker. Hva med: «Det du har fortalt hittil må vi ta på alvor. Da må vi ha mer tid enn det vi har i dag. La oss like gjerne sette opp to nye timer ...»
- Særlig dine «vanskelige» pasienter blir paradoksalt nok ofte mindre vanskelige og tidkrevende i det lange løp hvis dere setter av tid til grundig kartlegging, ikke minst av F for følelser, og F for forutsetninger.
- Vurderer listelengden? Kan følelsen av å gjøre en god og grundig jobb i et stort perspektiv være verd en smule lavere inntekt?
- Det kan gå raskere å gjøre ting grundig med en gang, enn at det må gjøres om igjen senere fordi man prøvde å ta en snarvei.
- Slett ikke alle konsultasjoner krever at man gjør alt.
- «Veiskilt» gjerne tidsrammen i starten av konsultasjonen: «I dag har vi tjue minutter på oss, så får vi se hvor langt vi kommer ...»
- Rammebetingelsene for og forventningene til fastleger er (for?) krevende med uklare grenser. Et allmenntilleggsinsk credo er «godt nok». Den grenseoppgangen bør dere ta i fellesskap på kontoret. Fortløpende. Ensom utilstrekkelighetsfølelse er toksisk, delt utilstrekkelighetsfølelse skaper kollegialt fellesskap.

Det er vårt håp at denne håndboka blir til nytte for deg. Fastlegen har en privilegert orkesterplass for menneskers liv og drama. Det er sannsynligvis derfor du valgte yrket? Oppøving i pasientsentrert metode er et livslangt prosjekt som er inspirerende og fordyper yrkesidentiteten. For vår del tror vi det gjør og har gjort oss til bedre allmennleger, og det har gitt oss betydelig økt yrkesglede.



REFERANSER

- (1) <https://no.wikipedia.org/wiki/Sokrates>
- (2) <https://tidsskriftet.no/2007/01/medisin-og-kunst/kierkegaard-og-kunsten-hjelpe>
- (3) Ian R. McWhinney Oxford University Press A Textbook of Family Medicine
- (4) Pendleton D, Schofield T, Tate P, Havelock P. The Consultation: an approach to learning and teaching, Oxford, Oxford University Press, 1984.
- (5) Peterson MC Holbrook J VonHales D Smith NL and Staker LV (1992) Contributions of the history, physical examination and laboratory investigation in making medical diagnoses. *West J Med* 156 (2): 163-5.
- (6) Steward M, Belle Brown J, Donner A, McWhinney IR, Oates J and Weston W (1979) The impact of patient centered care on patient outcome in family practice. Thames Valley Family Practice Research Unit, London, On.
- (7) Epstein, Franks, Shields, Meldrum, Miller, Campell, Fiscella (2005), Patient-centered communication and diagnostic testing. *Ann Fam Med* 3(5): 415-21.
- (8) Steward MA (1984) What is a successful doctor-patient interview? A study of interactions and outcomes. *Soc sci Med.* 19(2): 167-75.
- (9) (13) Levinson W, Gorawara-Bhat R and Lamb J (2000) A study of patient clues and physician responses in primary care and surgical settings. *JAMA* 284(8): 1021-7
- (10) Rogers MS and Todd CJ (2000) The right kind of pain: talking about symptoms in outpatient oncology consultations. *Palliat Med.* 14(4): 299-307.
- (11) Morse DS et al (2008) Missed opportunities for interval empathy in lung cancer communication. *Arch Intern Med.* 168 (17): 1853-8.
- (12) Starfield et al, 1981, The influence of patient-practitioner agreement on outcome of care. *Am J Public Health* 71 (2): 127-31.
- (13) Beckman HB and Frankel RM 1984 The effect of physician behaviour on the collection of data *Ann Intern Med.* 101 (5) 692-6.
- (14) Steward MA, McWhinney IR and Buck CW (1979) The doctor/patient relationship and its effect upon outcome. *J R Coll Gen Pract.* 29(199): 77-82.
- (15) Epstein, Franks, Shields, Meldrum, Miller, Campell, Fiscella (2005), Patient-centered communication and diagnostic testing. *Ann Fam Med* 3(5): 415-21.
- (16) Steward MA (1984) What is a successful doctor-patient interview? A study of interactions and outcomes. *Soc sci Med.* 19(2): 167-75.
- (17) Bell, Kravitz, Thom, Krupat, Azari (2002) Unmet expectations for care and the patient-doctor relationship. *J Gen Intern Med* 17(11) 817-24
- (18) Griffith CH 3rd, Wilson JF, Langer S and Haist SA (2003). House staff non verbal communication skills and standardized patient satisfaction. *J Gen Intern Med.* 18 (3): 170-4.
- (19) Roter DL, Hall JA, Kern DE, Barker R, Cole KA and Roca RP. (1995). Improving physicians interviewing skills and reducing patients emotional distress. *Arch Intern Med.* 155, (17): 1877-84.
- (20) Schulman BA, (1979). Active patient orientation and outcomes in hypertensive treatment. *Med care* . 17: 267-81.
- (21) Maiman LA, Becker MH, Liptak GS, Nazarian LF and Rounds KA (1988) Improving pediatricians compliance and enhancing practices: a randomized trial. *Am J Dis Child.* 142: 773-9
- (22) Eienthal S, Koopman C and Stoeckle JD (1990) The nature of patients request for physicians. *Help Acad Med.* 65 (6): 401-5
- (23) Adamson TE, Bunch WH, Baldwin DC jr, and Oppenberg A (2000) The virtuous orthopaedist has fewer malpractice suits. *Clin Orthop Relat Res.* (378): 104-09.
- (24) Levinson W, Roter DL, Mullooly JP, Dull VT and Frankel RM (1997) Physician-patient communication: The relationship with malpractice claims among primary care physicians and surgeons. *JAMA.* 277 (7): 553-9.
- (25) (Headache Study Group of the University of Western Ontario 1986)

- (26) Little et al (1997) Open randomised trial of prescribing strategies in managing of sore throat. *BMJ* 314 (7082):722-7.
- (27) Stefano Del Canale, Daniel Z. Louis, +4 authors Joseph S. Gonnella Relationship between physician empathy and complications *Academic medicine : journal of the Association of American Medical Colleges* 2012
- (28) KUPP
- (29) Hoffer et al (2000), Impact of relationship coordination on quality of care, post-operative pain and functioning and the length of stay: a nine-hospital study of surgical patients. *Med Care* 38(8): 807-19.
- (30) Byrne and Long 1976 Doctors talking to patients. Her Majesty's Stationary Office, London.
- (31) Aspergren 1999 Teaching and learning communication skills in medicine: A review with the quality grading of articles. *Med Teacher*. 21: 563-70.
- (32) Yedidia et al (2003) Effects of communication training on medical student performance *JAMA* 290: 1157-65.
- (33) Levinson W and Roter D (1993) The effects of two continuing medical education programs on communication skills of practicing primary care physicians. *J Gen Intern Med*. 8: 318-24.
- (34) Goodwin C (1981) *Conversation Organisation: interaction between speakers and hearers*. Academic Press, New York, NY.
- (35) Ruusuvuori J (2001) Looking means listening: coordinating displays of engagement in doctor-patient relationship interaction. *Soc Sci Med*. 52 (7): 1093-1098.
- (36) Nordman J, Verhakk P, van Beljouw I and van Dulmen S (2010) Consultation room computers and their effect on general practitioner-patient communication. *Fam Pract*. 27 (6): 644-51
- (37) Koch R (1971) The teacher and nonverbal communication. *Theory Pract*. 10(4): 231-42
- (38) McCroskey JC, Larson CE and Knapp ML (1971) *An Introduction to Interpersonal Communication*. Prentice Hall, Englewood Cliffs, NJ.
- (39) Etter professor Are Holen
- (40) Levinson W, Gorawara-Bhat R and Lamb J (2000) A study of patient clues and physician responses in primary care and surgical settings. *JAMA* 284(8): 1021-7
- (41) Zimmermann C, Del Piccolo L. And Finset A (2007) Cues and concerns by patients in medical consultations: a literature review. *Psychol Bull*. 133(2):438-63
- (42) Tuckett D, Boulton M, Olson C and Williams A (1985) *Meetings between Experts: an approach to sharing ideas in medical consultations*. Tavistock, London
- (43) J Silverman, S Kurtz, *J Draper Skills for Communicating with Patients*, Radcliffe Publishing s 194-198
- (44) Waizkin H. (1984) Doctor-patient communication: clinical implications of social scientific research *JAMA* 252 (17): 2441-6.
- (45) Steward M Belle Brown J, Donner A, McWhinney IR, Oats J and Weston W (1997) The impact of patient-centered care on patient outcomes in family practice. Thames Valley Family Practice Research Unit London
- (46) Langseth MS, Shepherd E, Thomson R and Lord S (2012) Quality of decision making is related to decision making is related to decision outcome for patients with cardiac arrhythmia with cardiac Patient Educ Couns. 87(1): 49-53.
- (47) Heisler, Cole, Weir, Kerr and Hayward (2007). Does physician communication influence older patients diabetes self-management and glycemic control? Results from the Health and retirement study. *J gerontology a biol sci med* 62 (12) 1435-32.
- (48) White JC, Rosson C, Christensen J, Hart R and Levinson W (1997) Wrapping things up: a qualitative analysis of the closing moments of the medical visit. *Patient Educ Cons*. 30 (2): 155-65.

Er jobben din strevsom, og du står ganske fast?
Merker du en mangel på faglig ballast?
La oss da få aktivere ditt allmenn-hode
Her kommer en kortversjon av
Pasientsentrert Metode

Slik de gjør det i Cambridge og Calgary
Er slik VI også gjør det i vårres by.
En kløktig plan, gjør den ditt eget
Men pasienten venter, så nå tar vi steget

Først en pause, legg bort kavet og maset
Gjør deg klar til en varm og blid åpningsfase
Dernest bare sett deg, og start med å lytte.
Hold kjeft noen minutter, det vil komme til
nytte

Så gransker dere sammen mer om problemet:
«Så det sitter altså mest i det VENSTRE benet?
Og hva har pasienten tenkt om det selv
Hvis DET glemmes blir det tidlig kveld

Så langt så godt, tenker du der i stolen
Dette kan jeg, har lært det på skolen.
Så kommer tvilen, hvordan var det igjen?
Bokstaven F, og det ganger fem!

Begynn gjerne sånn: «Bekymrer du deg?»
Da vil du merke at dere er på vei
Nå bygges det tillit, nå reises et hus
Len deg tilbake, du er i prosessmodus

Det neste tema er plagenes konsekvenser
«Lever du med det, eller gir det deg grenser?»
OG «Jeg tror jeg forstår, men si meg en ting ...
Om denne timen, hva er din forventning?»

Da blir ofte forundringen stor
«Rart spørsmål, det er DU som er doktor»
«Joda, fru Andersen, det er noe vi begge vet
Jeg prøver bare å jobbe litt pasientsentrert»

«Greit nok det, men den metoden er rar
Jeg kom hit for å få noen svar»
Og der, kjære fastlege, ble du satt litt på plass
Veiskilt ferden, og gi litt gass

«Dette, fru Andersen, skal vi finne ut SAMMEN
Og det får vi til, det tror jeg jammen!
Jeg synes vi har en god dialog
Du merker vi snakker samme slags sprog??»

Nå har du fortalt, og vi skal analysere
Men aller først må vi oppsummere»

Her kommer en test, følger du med?
Hva var det legen glemte i sted?
For det er sikkert, her mangler noe viktig!
En ripe i lakken, for å si det forsiktig

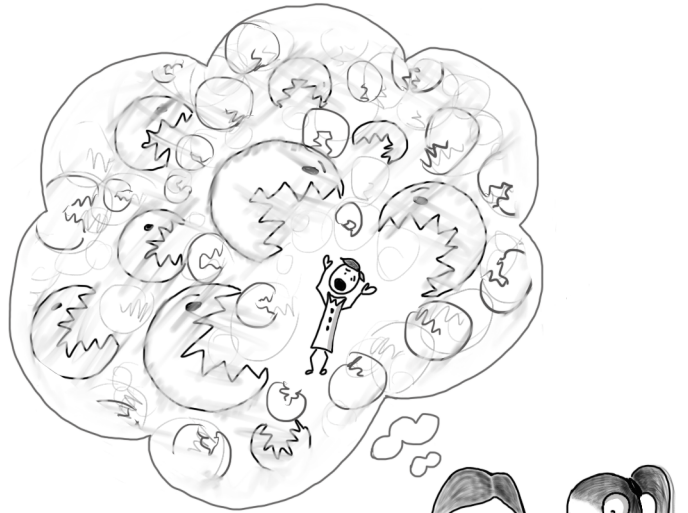
For å kalle det konsultasjon, og ikke bare gnål
må *forutsetninger* fram, men da er du i mål
Nå gjenstår bare stetoskopi og palpasjon
Etterfulgt av en skarp klinisk konklusjon

Da runder dere av, tiden er inne
Den neste timen må sekretæren finne
Nå merker du godt at du er nesten rørt.
Planen fungerte, pasienten ble hørt!

Dette fikser du, uten tvil
Praksis venter, lykke til!

New Poetic Management (c)

H. Sundby



IKKE BARE GJØR NOE, STÅ DER !

MARIT T. MOSENG