

# Supervision af videooptagede samtaler

Jan-Helge Larsen, Ole Risør, Jørgen Nystrup & Charlotte Hedberg

## Erfaringer fra praktiserende lægers hverdag

**Videooptagede konsultationer kan være en stor hjælp til at lære os hvordan vi fungerer i konsultationen. Det kan dog være grænseoverskridende at vise sig frem for andre på en video. Det er derfor vigtigt at have »færdselsregler« for hvordan god supervision skal forløbe. Denne vel-skrevne artikel giver en indføring i metoden, der kan gøre os til bedre læger uden at vi såres.**



### BIOGRAFI

Jan-Helge Larsen er praktiserende læge siden 1975, lektor i almen medicin ved Københavns Universitet 1986-2006, kursusarrangør og underviser på Kalymnos-kurserne

i konsultationsproces og video-supervision siden 1992. Supervisor.

Ole Risør er praktiserende læge siden 1976-2009, studielektor i almen medicin ved Københavns Universitet 1988-2006. Underviser på Kalymnos-kurserne siden 1992. Supervisor. Aktuelt sexolog på Herlev Hospital.

Jørgen Nystrup er ledende stabsoverlæge i psykiatri, Region Sjælland. Medforfatter til bogen Samtaletræning. Underviser på Kalymnoskurserne siden 1992. Supervisor.

Charlotte Hedberg er specialist i Allmänmedicin siden 1984, BA pedagogik. Ped. Adj. CeFam, Karolinska Institutet siden år 2000. Kurser i konsultationen siden 1992 og underviser på Kalymnos-kurserne siden 2001.

JAN-HELGE LARSENS ADRESSE:  
Alberts Vænge 7, 2620 Albertslund.  
E-mail: jhl@dadlnet.dk

»Hvorfor har du ikke diagnosticeret min depression for længe siden?

På internettet fandt jeg ud af, at jeg havde en udmattningsdepression, så jeg vil have en henvisning til en specialklinik. Ved du, hvad du skal skrive på henvisningen?

Og så vil jeg også gerne have en sygemelding – ved du hvad du skal skrive på den?»

Mens hun talte, følte jeg mig i tiltagende grad krænket og vred, men så tænkte jeg på min erfaring fra supervisionen og valgte at sige til hende: »O.k., du må føle dig meget skuffet og ikke taget alvorlig af mig. Det beklager jeg«. Så begyndte patienten at græde, fordi hun følte sig meget lettet – og resten af konsultationen gik fint (praktiserende læge Maria Tasola).

## Den indre supervisor

Videooptagelser af samtaler giver helt enestående mulighed for alene eller sammen med kolleger at se og høre på, hvad man foretager sig i konsultationen. Video kan hjælpe mig til at fastholde tiden: Ved at gense og genhøre dialogen og se, hvordan vi interagerer, kan jeg opdage sproglige mønstre og detaljer i ansigtets og kroppens udtryk. Videoen kan også – særlig hvis den er frisk – aktivere noget af den mere ubevidste viden og de ubevidste tanker hos lægen dvs. min indre verden: »Jamen her tænkte jeg, at jeg ville prøve ..., fordi det virkede hos X. Eller her ville jeg gerne have sagt ..., men afstod,

1. *Stemning:* Hvad fylder i konsultationsrummet? Fx tale eller tavshed, konflikt eller fred, liv eller træthed, tåge eller klarhed?
2. *Angst:* Hvordan viser angsten sig hos patienten – og hos lægen? Fx taler de meget eller lidt, smil eller vrede, bortforklaring eller oprigtighed?
3. *Forholdet:* Hvilken relation er der mellem læge og patient? I hvor høj grad er patienten kommet til orde, dvs. *du* før *jeg*? Søger en af parterne at få kontrol over samtalen? Prøver en at overbevise en anden?
4. *Indhold:* Hvad taler de om? Sag eller person, følelser eller tanker? Hvem skifter emne?
5. *Processen:* Hvor og hvordan forekommer konsultationsprocessens elementer (3)? Mangler der vigtige elementer?

Boks 1. *Guide til at se på konsultation på video*

fordi jeg tænkte at det måske ville have været for konfronterende. Eller her minder patienten mig om min bedstemor ... Eller her fik jeg lyst til at trøste patienten ...»

Når jeg genser og hører mine samtaler på video, får jeg med tiden opbygget en mere realitetsforankret *indre supervisor*, som jeg kan konsultere i mit daglige arbejde (1). Alligevel er der altid noget jeg ikke ser eller hører, noget som er som en slags blinde pletter.

## Spilleregler

Det er her mødet omkring videoen kan blive en stor hjælp. Samtidig kan jeg også i dette møde opleve en sårbarhed, fordi jeg forestiller mig, at kollegaen eller kollegerne vil finde alvorlige fejl og mangler. Derfor kan det være en hjælp at opstille nogle spilleregler, der sikrer, at jeg både får hjælp til at undersøge indholdet af videoen og at gruppen af kolleger får

lejlighed til at reflektere og bidrage med deres faglighed og udefraperspektiv.

Når man vælger at lade en kollega eller supervisor se med, bliver videoen et »fælles tredje«, en genstand, som kan analyseres og dermed til en vis grad betragtes udefra (2). Nu er vi på rejse sammen, og fokus flyttes væk fra mig som person og over på sagen, videoen og, hvad der sker – eller rettere: skete.

Det kan mindske ens tendens til for-svar. Vi bliver hinandens vidner, vi genkender os selv i hinanden eller bliver modeller for hinanden. Vores faglige ensomhed brydes. Og i gruppen opstår der et frisprog, så jeg kan føle en lettelse fra mine faglige selvbefejdelser, en slags absolution for ikke at være perfekt.

Som praktiserende læger skal vi på kort tid (10-30 minutter) skabe en arbejdsrelation til patienten og sætte patientens komplekse historie ind i en referenceramme, så vi med vores viden kan hjælpe og rådgive. Det har ført til, at vi bl.a. ved brug af video er kommet frem til en kronologi for konsultationen, hvor vi adskiller patientens og lægens del, og på videoen kan vi undersøge om det lykkes (3).

I det følgende vil vi beskrive en supervisionsmetode til gruppe-supervision af konsultationer optaget på video. I vores kliniske arbejde udgør de følelser, vi modtager fra patienterne, en væsentlig, men oftest overset belastning. I *Balints* arbejde var udforskningen af følelserne central, mens dette synes at mangle i fx *Pendleton* et al's model (4-6). Vi bygger på en model af *Coles*, som vi har videreudviklet under vores ugekurser i konsultationsprocessen og videosupervision på Kalymnos, Grækenland i tidsrummet 1992-2009 (7-10).

Hvad vil jeg have kollegernes hjælp med?	
Lægen (Supervisanden)	Kollegerne
1. Hvilke følelser sætter patienten i gang i dig?	2. Hvis jeg sætter mig i lægens situation, hvilke følelser sætter patienten i gang i mig?
3. Jeg synes, at ... fungerede godt	4. Jeg synes at ... fungerede godt
5. Jeg ville ønske, at jeg havde gjort ... anderledes	6. Hvis det var mig, så ville jeg måske tænke eller gøre ...
7. Det, jeg tager med mig, er ... Det jeg gjorde, som fungerede godt, var ...	8. Selv tager jeg ... med mig
9. Nu føler jeg ...	10. Nu føler jeg ...

Tabel 1. Skema til gruppe-supervision.

### Vinduesmetoden – supervision efter skema

Formålet med denne form for supervision er, at lægen bliver bedre til at tale med og omgås sine patienter.

Den kaldes *vinduesmetoden*, fordi man

åbner et vindue ad gangen i skemaet (Tabel 1) (8).

De faste rammer og klare regler for arbejdet med vinduesmetoden giver tryk-  
hed og lærer deltagerne at forstå betyd-  
ningen af en supervisorskultur.

Skemaet indledes med en kontrakt med lægen (supervisanden) og efterfølgende åbnes skemaets ti vinduer et ad gangen, altid begyndende med lægen, dernæst kollegerne (Tabel 1).

Det at se en samtale på video sætter mange tanker og følelser i gang, og uden struktur kan gruppen let havne i en diskussion. I en diskussion søger hver af parterne at få ret, men det ønsker vi at undgå, fordi det kan skade læringsprocessen. For at fastholde, hvad der bliver sagt, påtager en af gruppens deltagere sig rollen som sekretær og udfylder supervisions-skemaet, som lægen får til slut.

Det kræver lydhørhed og dyb respekt for kollegaens individualitet at supervisere. Som supervisor må man være venligt støttende og opmærksom over for lægen, mens man over for kollegerne må være tydelig i sin fastholdelse af metoden for at undgå krænkelser og for at skabe tryk i gruppen (10). Inden man ser videoen, opfordrer supervisor kollegerne til at notere det, som lægen gjorde godt.

### Kontrakten

Hvis supervisionen tager udgangspunkt i en konsultationsvideo, indleder lægen (supervisanden) med at fortælle om sin patient, hvad han ønskede at opnå med konsultationen, og hvad han oplevede som problematisk og gerne vil have hjælp til.

Det indledende arbejde med kontrakten tydeliggør, hvor lægen befinder sig, også selv om han måske ikke på nuværende tidspunkt er klar over, hvilken hjælp han ønsker. Vi tilstræber altså en supervisororienteret tilgang, som er på linje med patientcentring og tankerne bag *empowerment*, dvs. at vi søger at finde og

mobilisere kraften hos den, der søger hjælp. En kontrakt giver supervisionen en tydelig aftalt dagsorden og retning, også for supervisor og for gruppen af kolleger (11). Vi søger på denne måde at komme uden om den selvkritik, som de fleste læger er tilbøjelige til at fokusere på – ligesom i hverdagen efter konsultationen.

### Følelser

#### VINDUE 1

I det første vindue i skemaet skal lægen/supervisanden give udtryk for sine – ofte modstridende følelser. Lægen vil almindeligvis indlede med at fortælle om sine følelser i forhold til præstationen, fx: »Jeg føler mig utilfreds med, at jeg så tidligt afbrød patienten?« Her må supervisor påpege, at præstationsfølelserne altid vil være der, men at de er uinteressante for læreprocessen. På denne måde flyttes opmærksomheden væk fra præstation og konkurrence. Det interessante er de følelser, patienten vækker i lægen – og her findes ingen rigtige eller forkerte følelser. Lægen kan fx føle både lyst til at hjælpe, magtesløshed, træthed og vrede i den samme konsultation.

De første gange gruppen arbejder med vinduesmetoden, kan det være lidt, inden lægerne kan beskrive deres følelser, fordi det føles uvant og fremmed, men med lidt hjælp fra supervisor kommer der flere forskellige følelser frem.

Videoen stimulerer ydermere lægen til at huske sine følelser ved at se og høre sig selv og patienten og ved at genkalde sig de oprindelige tanker og følelser. Videoen sikrer dermed, at den fælles undersøgelse af følelserne hele tiden er forankret i et konkret, fællestilgængeligt materiale.

## VINDUE 2

I det næste vindue bliver det kollegernes tur til på samme måde at give udtryk for deres følelser: »Når jeg identificerer mig med lægen, føler jeg træthed og magtesløshed«, eller »Jeg føler vrede og nysgerighed«. På denne måde kan man få et billede af den mangfoldighed af følelser, som næsten enhver konsultation vækker, og af at lægerne kan reagere så forskelligt på den samme patient.

Når følelserne tages op og luftes, afgiftes de, og dertil kommer lettelsen og fællesskabsfølelsen ved at kunne dele sine oplevelser med kollegerne. Det er altså ikke bare mig, der føler frustration og usikkerhed, det er en del af vanskelighederne i lægearbejdet. Vi bliver hinandens vidner og ledsagere (12).

**Følelser som arbejdsredskab**

I sit samvær med og indlevelse i patienten får lægen overført følelser som fx hjælpeløshed, meningsløshed, smerte, ensomhed, vrede, sorg og angst for sygdom og død – jf. indledningscitaterne (13). Det samme gælder for gruppedeltagerne. Det er netop disse følelser, som ofte stiller sig i vejen for hjælpearbejdet. Supervisor kan så spørge gruppen: »Kan det mon være sådan, patienten har det?« Dette viser sig ofte at være rigtigt, og dermed får deltagerne den konkrete indsigt: At mange af de følelser, som vi mærker i os selv, stammer fra patienten og er udtryk for – undertiden kernen i – hvordan patienten har det. Det har patienten ubevidst formidlet til os.

Når lægen har lært at identificere de følelser, han får under samværet med patienten, kan han også lære sig at give dem tilbage til patienten på en empatisk

måde (som i indledningscitaterne og senere under punkt 6 i skemaet). Dette kan udløse en dyb lettelse hos patienten, som vil føle sig forstået på et følelsesmæssigt plan og opleve tillid til lægen (14). Fra at opleve sig alene og udsat kan patienten opleve fællesskabet ved at blive mødt, forstået, rummet og få en professionel til at ledsage sig. Dette modvirker de følelser af skam, ensomhed, nederlag, skyld og mindreværd, som kan være knyttet til rollen som patient.

For lægen betyder det, at han bliver opmærksom på, at den følelsesmæssige påvirkning stammer fra patienten, og at han undgår at blive offer for sine følelser og dermed ubevidst reagerer med forsvarsreaktioner (15). Tværtimod vil lægen kunne opdage styrken i at give følelsen tilbage til patienten. Denne erfaring kan senere indgå i lægens indre supervisor (1). Følelsernes smittekraft har de senere år fået et videnskabeligt grundlag (16).

**Forsvar mod patientens følelser**

Når patienten udtrykker sin smerte og andre følelser, er det for at få lægen til at forstå, hvordan han har det, selv at opleve en lettelse og for at få hjælp. Hvis patienten udtrykker sine følelser ved at være ked af det, vil han almindeligvis få trøst. Men hvis patienten udtrykker sine følelser i form af vrede eller aggression, kan lægen spontant reagere tilbage med vrede, fordi han tolker vreden som et angreb på sin identitet som hjælper (17). Lægens forsvar mod denne trussel eller mod magtesløshed og usikkerhed er at betegne patienten som »besværlig« (projektion (15, 18)). I stedet kan lægen under supervisionen opdage, at vreden er et forsvar mod magtesløshed og usikkerhed

i lægerollen. Som mange læger udtrykker det: »Jeg har så let ved at synes om patienter med medicinske problemer, som jeg kan klare«.

Hvis lægen fx reagerer med vrede og irritation på sin patient, mens kollegerne er ret neutrale, er der sandsynligvis tale om, at lægen reagerer på en tidligere oplevelse. På denne måde kan vinduesmetoden også tydeliggøre, hvordan lægens egen baggrund med minder og erfaringer kan fremkalde personlige følelser i mødet med patienten (13).

### Ressourcer

#### VINDUE 3

I dette vindue er det lægens tur til at give udtryk for, hvad han synes, der fungerede godt (11). Ved at begynde her sikrer man sig, at der kommer noget positivt ind på kontoen, dvs. lægens oplevelse af at være god nok (5) – en modvægt til janteloven (19) og den vanemæssige fokusering på det, der ikke gik så godt. Samtidig giver lægen både kolleger og supervisor en ide om, hvor klart han ser sine stærke sider, og dermed hvor vigtigt det er, at kollegerne påpeger dem. Det kan ofte kræve stor overvindelse for lægen at fremhæve noget positivt, han har gjort, men det er en vigtig forudsætning for at kunne tage imod ros og positiv kritik fra kollegerne. Desuden kan det give supervisor et vigtigt fingerpeg om, hvor selvkritisk lægen er; nogle læger er så selvkritiske, at ros kan opleves direkte truende for deres selvopfattelse.

#### VINDUE 4

Her er det kollegernes opgave at fremhæve det, der fungerede godt i konsultationen. Dette bidrager til at konsolidere

lægens gode adfærd og selvtillid, men også til at opdage noget, som han selv betragtede som selvfølgeligheder. Kollegernes feedback skal udgå fra patientens situation og med konkrete eksempler beskrive det, der fungerede og gerne med ord som beskriver følelse, fx: »Jeg blev glad og varm, da du ...«, »som patient følte jeg mig taget alvorligt, da du ...«. Man kan sagtens være generøs med at fremhæve det gode. For eksempel kan stor energi og grundighed hos lægen godt være en ressource men samtidig have en negativ side, nemlig at lægen arbejder unødigt hårdt.

Nogen kan måske tænke at gruppesupervision let bliver en klub for gensidig ros, men når trygheden er blevet etableret, kommer lægen af sig selv frem med noget, han ville ønske, han havde gjort anderledes.

### Refleksioner

#### VINDUE 5

På denne måde bevæger supervisionen sig næsten af sig selv over i det kritiske og kreative femte vindue, hvor lægen reflekterer over, hvad han ville ønske, at han havde gjort anderledes. Det føles godt selv at få lejlighed til at formulere de mangler og muligheder, man er blevet klar over ud fra gennemsyn af videoen. For videoen er blevet en slags »fælles tredje«, som hjælper lægen til at se samtalen udefra (eksternalisering) og dele den med kolleger og supervisor (2).

Når lægen sammen med supervisor reflekterer over, hvad han ville ønske, han havde gjort anderledes, kan han afprøve det i rollespil og måske formulere noget supplerende til supervisionskontrakten. Og ud fra den ændrede kontrakt





*Video vises i supervisionsgruppen.*

*Foto: Jan-Helge Larsen.*

kan kollegerne målrette deres forslag i vindue 6.

#### VINDUE 6

Dette vindue er nok det sværeste, fordi enhver negativ kritik fra kollegerne kan udløse lægens forsvar og dermed skade læringsprocessen. Dette har vi søgt at undgå ved at omdanne gruppen til en slags reflekterende miniteam suppleret med rollespil (20). Imens sidder lægen bare og lytter til kollegernes refleksioner uden selv at deltage i diskussionen – og herligt fri for at skulle forsvare sig (måske siddende med ryggen til gruppen). Når man som kollega giver feedback, må man gøre sig klart, om man gør det for at hjælpe lægen eller for sin egen skyld fx for at vise sig klog eller få luft for sine frustrationer.

Når kollegerne frit kan reflektere, skabes der rammer for stor kreativitet i det vi

kalder for konsultationslaboratoriet (10). Den tillærte konkurrencementalitet blandt læger bruges her konstruktivt ved at de kappes om at komme med tanker, hypoteser og forslag (brainstorm). Vi ønsker ikke at fremme et bestemt synspunkt, men snarere at fremme udviklingen af flere ligeværdige synspunkter.

Når man kommer med forslag, må man forsøge at formulere det ved at fuldende sætningen: »Hvis det havde været mig, på en rigtig god dag, så ville jeg måske ...«. På denne måde presses kollegerne til at formulere konkrete handlingsforslag, som helt står for deres egen regning. Supervisor bør stoppe, hvis kollegaen trods alt kommer med kritik ad bagvejen fx ved at sammenligne: »Hvis det havde været mig, ville jeg være gået mere ind på patientens angst«. Og rette det til fx: »Hvis det havde været mig, ville jeg have spurgt patienten: Hvad er det, der bekymrer dig

mest?». Sådan feedback indeholder konkrete handlingsforslag, der er lette at forstå, huske og tage stilling til.

Kollegerne arbejder med at hjælpe – ikke i form af gode råd – men ved aktivt at gå ind og afprøve deres forslag ved eventuelt at rollespille lægen. Lægen kan spille sin patient og mærke efter, om kollegaens intervention ville have fungeret. Ofte formidler lægen i rollen som patient (supervisanden) en omfattende ubevidst viden om patienten og kan senere berette om, hvor betydningsfuldt det opleves at lægen (i rollespillet) spørger til patientens forestillinger, frygt og forventninger (3).

Hvis man som supervisor mærker nogen mislyde, eller hvis balancen tipper, må man øjeblikkeligt gribe ind.

Det reflekterende miniteam afsluttes, enten når der ikke fremkommer flere handlingsforslag, hvis supervisor vurderer, at lægen ikke er modtagelig for mere, tiden er gået, eller hvis hans konto er ved at gå i minus (5).

## Læring

### VINDUE 7

I dette vindue fortæller lægen, hvad han tager med sig fra supervisionen. Ofte bliver det en dybere forståelse af at være i patientens position, hvordan man påvirkes, og hvad man kan gøre. Indirekte fortæller han også lidt om, hvad han har hørt – eller kan huske af, hvad der hidtil er blevet sagt.

Når der i skemaet også er et spørgsmål om, hvad han gjorde godt, hænger det sammen med, at supervisor må sikre sig, at lægen kan huske noget af alt det positive, der er blevet sagt af kollegerne. Hvis han intet kan huske af kollegernes ros, kan det være et tegn på, at angstniveauet

har været for højt eller selvopfattelsen for negativ, og så kan det måske være godt at få sekretæren til at repetere noget af den ros, der er noteret på skemaet.

### VINDUE 8

Her opfordres kollegerne til at sammenfatte deres egen læring af denne session. Derved kan det blive tydeligt, at deltagerne tager noget forskelligt med i forhold til, hvor de befinder sig i deres læringsproces. Og det man selv formulerer, husker man bedre. Desuden lærer man af at høre, hvad kollegerne har lært.

## Sikkerhedsnet og slutfølelser

### VINDUE 9

Ligesom skemaet blev indledt med at spørge om lægens følelser, bør supervisionen også afsluttes med at spørge om følelsen.

Det skal da være sådan, at lægen har det bedre ved supervisionens afslutning i forhold til de eventuelle negative følelser, han havde over for patienten i starten. Men også følelserne i forhold til supervisionen skal være o.k.

### VINDUE 10

Også kollegerne skal have mulighed for at give udtryk for, hvordan de har det, og hvad deres slutfølelse i forhold til patienten og hele processen er.

På denne måde fungerer vinduerne 9 og 10 som sikkerhedsnet for supervisor, som tjekker, om supervisionen kan afsluttes. Er slutfølelsen god nok til, at supervisionen kan afsluttes her, eller ligger der noget ufærdigt, som må afklares? Reglen er nemlig, at når supervisionen er slut, taler man ikke mere om, hvad der skete. Ellers vil det kunne starte en ny proces,



som i så fald finder sted uden supervisors og alle deltageres nærvær og strukturrede samarbejde.

### Diskussion

Det er tankevækkende, at videosupervision i gruppe bruges så lidt blandt praktiserende læger trods de indlysende muligheder. En af forklaringerne kan være, at videoen i detaljer viser kollegerne, hvordan man arbejder (21). På overfladen handler supervision om fagligt at blive dygtigere og dermed også om, hvorvidt jeg er god nok, men på et dybere plan kan supervision opleves som om, det handler om, hvorvidt jeg er god nok som menneske (8, 21).

Det er denne sårbarhed, man har søgt at tage højde for i de supervisionsmodeller, der er udviklet siden 1980'erne (5-8). Man søger her at regulere kollegernes adfærd, så man undgår at krænke eller skade supervisanden, og man tilstræber at gøre det både sikkert og lærerigt at vise sin konsultation for en gruppe kolleger. Heri indgår også klare regler med hensyn til tavshedspligt og opbevaring/sletning af videooptagelserne.

Vinduesmetodeskemaet giver både supervisor og deltager en tryghed i kraft af rammernes gennemsigtighed. Men skemaets klare struktur kan også forlede en til bare at følge det mekanisk, hvis supervisor ikke sørger for fordybelse, efterhånden som trygheden i gruppen øges. Særlig vigtigt er det at få tydeliggjort følelserne, fordi de udsiger noget centralt om patient-læge-forholdet.

Vinduerne 1 og 2 rummer den gift, der i supervisionsprocessen skal afgiftes, så de alternative handlemåder dukker op, men også så empatien kan blive konkret.

Vinduerne 3 og 4 har til formål at fokusere på ressourcer, ikke på det generelt gode, men på at beskrive specifikt, hvad der fungerer godt.

Rollespillene i vindue 6 kan give liv i laboratoriet og mulighed for eksemplarisk læring.

Skemaet hindrer dog ikke, at man som supervisor kan begå fejl. Hvis der opstår konflikter, må supervisor tage det som udtryk for, at der findes behov i gruppen, som han ikke har været opmærksom på. Ofte drejer det sig om nogen, der ikke har fået tilstrækkeligt med positiv feedback, eller har fået for mange »gode« forslag til, hvad han kunne have gjort anderledes.

Der kan også opstå svære situationer, hvis en eller flere i gruppen fungerer dårligt, fx sprogligt på grund af udenlandsk herkomst eller på grund af en særlig personlighed. Så kan vedkommende let blive gruppens »patient« og kan føle sig utilpas i rollen uden rigtig at kunne formulere det.

Vinduesmetoden er i al almindelighed en metode, der har indbygget sikkerhed mod at krænke lægen. Det er også en metode, der oftest hjælper en gruppe til at fungere godt sammen. Tilbagemeldingerne til supervisor i vindue 7 og 8 er derfor tit: »Jeg har lært ..., og det er meget værdifuldt for mig«. Og tilbagemeldingen i vindue 9 er ofte: »Jeg føler mig afgiftet og beriget både af caseanalysen og af det intellektuelle samspil med kollegerne. Jeg har lyst til at komme hjem og møde patienten igen!«

### Økonomiske interessekonflikter:

Alle forfatterne er medarrangører af Kallymnoskurserne.

## LITTERATUR

1. Neighbour R. The Inner Consultation. London: MTP Press Ltd., 1987.
2. Bruun G. Storytelling i terapi og supervision. København: Dansk psykologisk Forlag, 2009.
3. Larsen J-H, Risør O, Putnam S. PRACTICAL: A step-by-step model for conducting the consultation in general practice. Family Practice 1997;14:295-301.
4. Balint M. The Doctor, his Patient & the Illness. London: Pitman, 1957.
5. Pendleton D, Schofield T, Tate P et al. The Consultation. Oxford: Oxford University Press, 1984.
6. Kaltoft S, Thorgaard L. Lægen som lægemiddel. København: Månedsskrift for Praktisk Lægegerning, 2005.
7. Coles C. Self assessment and medical audit: an educational approach. BMJ 1989;299:807-8.
8. Larsen J-H, Risør O, Nystrup J. Gruppe-supervision af video. Månedsskr Prakt Lægegern 1997;75:163-76.
9. Larsen J-H. Om at være supervisor – nogle råd til min kollega. Månedsskr Prakt Lægegern 2008;86:1363-73.
11. Kurtz S, Silverman J, Draper J. Teaching and learning communication skills in medicine. Oxon: Radcliffe Publ., 2006.
14. Larsen J-H, Hedberg C. Tillid – om at sige: Jeg vil prøve at hjælpe dig! Månedsskr Prakt Lægegern 2007;85:679-87.
17. De Haes HCJM. Responding to patients emotions: The different reactions to sadness and anger. Patient Educ Couns 2009;76:1-2.
20. Andersen T. Reflekterende processer. København: Dansk Psykologisk Forlag, 2005.
21. Hawkins P, Shohet R. Supervision in the helping professions. London, Open University Press, 2007.

---

En komplet litteraturliste kan fås ved henvendelse til [jhl@dadlnet.dk](mailto:jhl@dadlnet.dk).

# Vejledning i konsultationsprocessen

Af Jan-Helge Larsen, Ole Risør og Jørgen Nystrup (revideret oktober 2010)

Læger får hurtigt erfaring i at tale med patienter og lærer efterhånden en konsultationsmetode, der passer til lægens person og til lægens patienter. På kurser i konsultationsprocessen suppleres dine egne erfaringer med kollegers erfaringer og med forskningsresultater. Målet er at blive dygtigere til at arbejde som læge, føle større arbejdsglæde og undgå at arbejde unødigt meget.

En række af principperne for en forbedret konsultationsteknik er udviklet i det kursuskoncept, der siden 1992 har været gennemført på Kalymnos. I det følgende gennemgås principperne med udgangspunkt i to artikler, et lærebogskapitel samt afsnit fra tidligere kursushæfte (1-5).

## Konsultationen

I almen praksis kommer patienterne med uselekterede helbredsproblemer, dvs. de henvender sig med alt muligt. Så snart patienten begynder at fortælle, begynder du at associere i forhold til de symptomer patienten fortæller om og kan let komme til at stille spørgsmål og dermed afbryde patientens historie. Derfor har vi opbygget en kronologisk model af konsultationen, de 9 F'er, som giver dig en struktur, som er let at følge (1). Modellen består af 3 dele: patientens, lægens og en fælles del. I patientens del gælder det om at du sætter dig ind i patientens tanker om problemet (illness (6)). Først i lægens del skal du spørge ind til symptomerne. Patientens del omfatter:

1. Patientens beskrivelse af helbredsproblemet og især hans overvejelser omkring det
2. Hvad helbredsproblemet betyder for patienten og eventuelle bekymringer
3. Hvad patienten har brug for din hjælp til.

Alene ud fra sygehistorien kan mellem 60-90% af de rigtige diagnoser stilles (7).

I almen praksis kaldes den kliniske samtale og undersøgelse for konsultationsprocessen, almindeligvis forkortet til konsultationen (som også bruges om lægens træffetid og -sted). Konsultation kommer fra latin, consultatio: spørgen om råd, rådføre sig med nogen. Det afspejler noget grundlæggende i forholdet mellem patient og læge: patienten spørger lægen til råds, men bestemmer selv om han vil følge lægens råd. Forudsætningen for at lægen kan give gode råd er, at han sætter sig ind i, hvordan patienten opfatter sit helbredsproblem (illness) og kan oversætte eventuelle symptomer til det medicinske sprog (disease), diagnosen (gr.: afgørelse, sontring).

Vi vil godt illustrere nogle af vanskelighederne ved at finde ud af "hvorfor" patienten kommer: Patienten kan fx komme, fordi han har fået ondt i halsen. Det næste lag kan så hedde: Fordi han tror, at det kan behandles med penicillin, så han bliver hurtigere rask. Det næste "fordi" kan være: Fordi han skal rejse i overmorgen. Men det kan også være: Fordi han et eller andet sted er bange for at have kræft - og hvis penicillin hjælper, så kan det ikke være kræft. For at møde patienten der hvor han er, må du altid være forberedt på det uventede og have en struktur at holde dig til.

### 1. Før

#### Patientens forberedelse af konsultationen

Før patienten kommer til dig i konsultationen, må du gøre dig klart, at patienten har forberedt sin samtale med dig i nogen tid. Man kan sige, at patienten allerede har holdt sin egen indre konsultation med lægen. Når patienter mærker noget i deres krop, søger de svar på følgende spørgsmål (6):

Hvad er der sket?

Hvorfor er det sket?

Hvorfor mig?

Hvorfor nu?

Hvad vil der ske, hvis der ikke gøres noget ved det?

Hvad skal jeg gøre ved det, eller hvem skal jeg spørge om hjælp?

Ofte har patienten allerede talt med nogen om sit helbredsproblem, læst på internettet og har måske søgt at behandle sig selv. I tiden fra de første symptomer til sit møde med lægen har patientens fantasier om, hvad der er galt, og hvilke konsekvenser det kan få, haft god tid til at udvikle sig. Det handler grundlæggende om liv og død, bl.a. har ca. hver 5. patient haft overvejelser om kræft. Patienten svinger mellem: "Det er nok slet ikke noget, og lægen vil sikkert synes jeg er hysterisk" til at han siger til sig selv: "Det kan også være noget alvorligt..., måske er

*det noget ligesom NN havde".* I begge tilfælde har han det ubehageligt eller skammer sig lidt over at måtte indrømme det dels over for sig selv, dels over for andre, heriblandt lægen.

På disse måder har patienten altså skaffet sig et forspring i forhold til dig mht. at danne sig et billede af, hvad der kan være galt, og den betydning helbredsproblemet har. For at du kan møde patienten, må du først ved samtalens hjælp søge at finde ham, hvor han er, dvs. få ham til så uforstyrret som muligt at fortælle om sit helbredsproblem. En første forudsætning for dette er, at du søger at skabe nogle rammer for et godt forhold til patienten, så han føler sig inviteret til at fortælle.

### **Lægens forberedelse af konsultationen**

Du kan også forberede dig på konsultationen. Ved at se de seneste notater på skærmen kan du orientere dig i patientens historie. Og den måske vigtigste forberedelse: er du selv klar til at lytte til patienten?

## **2. Forholdet**

### **Lad patienten komme til orde - og kvitter**

Den egentlige konsultation begynder med "goddag'et". Det kan være en god idé at hente patienten i venteværelset, give patienten hånden, præsentere dig venligt, ledsage patienten ind i konsultationen og bede ham tage plads. Din åbningsreplik bør almindeligvis være kort, fx: "*Goddag, hvad bringer dig herhen*", eller bare: "*Velkommen, fortæl...*" og så lade patienten fortælle uden at afbryde. Hvis du på denne måde i ord og handling viser patienten, at det er tilladt at tale om det, han har på hjerte (permission) og viser, at du er interesseret og har tid, skaber du et rum, som patienten kan udfylde med sin forberedte beretning, Før'et. På den måde styrker du jeres forhold, som er afgørende for hvor mange og hvor gode oplysninger patienten vælger at give dig. For at føle sig mødt har patienten brug for at du viser ham:

1. at du hører ham
2. at du tror ham
3. at du vil hjælpe ham

Mens patienten fortæller skal du blot benytte dig af aktiv lytning dvs. *kvittere* for det patienten fortæller, fx støttende hm'er, ja'er, nåh'er, nik, rose patienten og sige: fortæl ..., gentage patientens sidste ord spørgende, benytte pauser og komme med affektive og udvidende gensvar som: "*Det lyder da også ubehageligt*". Derved viser du, at du lytter og giver patientens ord værdi, og du giver ham lejlighed til uden afbrydelse at formulere sig og overvinde sit ubehag ved at skulle fremlægge sit problem. Derved sætter du noget positivt ind på "kontoen" (8), og du stimulerer til ligeværdighed i forholdet mellem jer (voksen-voksen (9)). Det modvirker patientens tendens til at opfatte sig selv som det bange barn (barn-voksen) og dermed føle sig afhængig og at blive passiv.

Forholdet mellem jer bedres også af, at patienten kommer til at opleve en lettelse ved at sidde over for en lyttende læge, der virker ægte interesseret, og som gør det muligt for patienten at fortælle sin historie og lette sit hjerte (Før'et). Mens patienten fortæller, kan du mentalt læne dig tilbage og blot være.

Hvis patienten fortæller om smerter, særlig hvis han understreger dem, afbryder de fleste læger ved at spørge: "Hvor længe...? Hvor gør det ondt? Dvs. med et kognitivt spørgsmål, som afbryder patientens affektive proces og tankegang. I stedet kan du altså give patienten en affektiv kvittering, som fx: "*Det lyder besværligt*" eller "*Godt du kom, jeg skal prøve at hjælpe dig*".

Men efterhånden som patienten fortæller, vil du sikkert blive tiltagende utålmodig og spørge dig selv: "*Hvad fejler patienten egentlig?*" Forskellige hypoteser farer gennem dit hoved, og det kunne være fristende at få checket en eller flere af dem af (7). Du bliver måske også bange for, at patienten vil kunne blive ved med at tale, så tiden går uden at du finder frem til, hvad patienten fejler. Erfaringen er imidlertid, at patienter i gennemsnit kun kan tale i maksimalt 2-2½ minutter om et problem - hvis lægen da ikke afbryder dem (10). Desuden kan patienten ofte selv komme frem til en løsning af sit problem blot ved at fortælle det til en lyttende person, og du vil altså under alle omstændigheder få et bedre grundlag for din videre udspørgen. Mens patienten fortæller skal du blot kvittere og notere dig, hvordan han formulerer sine forestillinger, frygt og forventninger.

Inden du stiller dit første spørgsmål – og dermed bevæger dig over i næste fase af konsultationen - skal du gøre dig klart, om det stammer fra dine egne indre overvejelser om diagnosen. Hvis det gør det, vil dit spørgsmål afbryde og forstyrre patienten, når han skal prøve at besvare det. Undersøgelser har vist, at læger i gennemsnit afbryder patienten efter 18 sek. (10). Det kræver

derfor træning at lære sig at vente med at bryde ind, til patienten har fortalt færdig. Hvis der opstår pauser i samtalen, må du i denne del af konsultationen øve dig i at vente på, at det bliver patienten, der bryder pausen. Hvis patienten tidligt i forløbet stiller spørgsmål fx om hvad han mon fejler, kan du svare at du nok skal vende tilbage til det senere, men at han først må fortælle færdig. I de hele taget gælder et om i denne 2. (og 3.) fase om "at holde bolden på patientens banehalvdel".

**Hvis lægen afbryder patienten i starten, kan patienten:**

- let glemme, hvad det var, han kom for
- let få det indtryk, at lægen ved bedre
- tolke det som om lægen bestemmer farten
- tro at lægen nok skal sørge for resten af forløbet
- tro at lægen har travlt i dag
- føle at det, han fortæller, er for betydningsløst

### 3. Forestillinger, frygt og forventninger

**Hvad vil patienten have lægens hjælp til?**

Først når patienten er færdig med sin beretning, kan du spørge *uddybende* til patientens forestillinger, frygt og forventninger. Men de fleste patienter vil af sig selv have formuleret det meste, hvis de ikke bliver forstyrrede. I denne fase af konsultationen skal du søge at tydeliggøre patientens "Før", og det han hidtil har fortalt dig, idet du nu aktivt må søge at få patienten til at komplettere sin beretning og formulere sig om sine forestillinger om helbredsproblemet:

- Hvordan forestiller han sig det hænger sammen (sygdomsopfattelse, årsagsforklaring og erkendelsesniveau)?
- Hvilken betydning har problemet for patienten både kognitivt (fx arbejdshindrende) og emotionelt (fx bekymring, angst/frygt)?
- Hvad er det patienten gerne vil have din hjælp til, hvad forventer han?

Det sidste spørgsmål er en form for metakommunikation (at tale om, hvad og hvordan man taler sammen), der søger at fastholde samtalen på et voksen-voksen plan, der også kan bidrage til at klargøre og styrke jeres forhold.

Når konsultationer kører skævt, skyldes det oftest en utilstrækkelig belysning af elementerne i denne 3. Fase, som både er den sværeste og vigtigste i konsultationen. For her er lægen på "udebane", i modsætning til når det gælder udspørgen om symptomer (som det derfor er så fristende at give sig at gå i gang med).

**Patientens forestillinger, frygt og forventninger**

Forestillinger	Frygt	Forventninger
Hvad tænker han? Hvad føler han? Hvad tror han? (Sygdomsopfattelse/årsagsfor-klaring)	Hvad er han bange/bekymret for?	Hvad der skal komme ud af konsultationen i dag?  Undersøgelse, behandling og prognose? Hvad ønsker han af lægen? Hvad håber han?

For at supplere patientens beretning kan du spørge uddybende til forestillinger, frygt og forventninger ved at benytte nøglespørgsmål. For patienten er det sådan set ikke så svært at komme ud med den kognitive side af helbredsproblemet, mens den emotionelle ofte er forbundet med skyld, skam, mindreværd, magtesløshed og angst, dvs. negative følelser som får patienten til at holde sig tilbage. Derfor må dine spørgsmål som en nøgle søge at åbne de rum af tanker, frygt og ønsker, som patienten måske end ikke selv har formuleret indholdet af. Der er flere måder at få dette frem, men her er nogle forslag til åbne/åbnende nøglespørgsmål. De bør dog

formuleres på en måde, der passer dig og patienten, og det opnår du kun gennem træning. Desuden er det en god ide først at belyse forestillingerne, så frygten og til slut forventningerne.

**Nøglespørgsmål** (frit efter Malterud (12))

1. Hvad er anledningen til, at du kommer (netop) i dag?
2. Hvad har du selv tænkt på, der kunne være galt?
4. Er der noget, du er (særlig) bekymret/bange for?
5. Hvad vil du gerne have min/lægens hjælp til?

Nøglespørgsmålene kan fungere som en slags checkliste, så du kan se, om du har været hele vejen rundt. Det kan ofte være nødvendigt at fiske lidt efter svaret, især på spørgsmål 4; det er jo oftest bekymringen, der får patienten til at gå til læge. En patient med halsbetændelse: *"Ja, man kan jo ikke lade være med at tænke på, det kunne være begyndelsen til kræft"*. Andre gange kan man få patienten til at klargøre sine forestillinger om helbredsproblemets alvor ved at spørge: *"Tror du, du er rigtig syg?"*

Ideelt skal du først gå videre til næste fase af konsultationsprocessen, når du har fået et rimeligt svar på alle 5 nøglespørgsmål. Især ved akutte konsultationer, men også ved korte konsultationer med tilsyneladende banale helbredsproblemer kan det svare sig at belyse elementerne i 3. fase, og du må træne i at finde en formulering af nøglespørgsmålene, som passer dig og den aktuelle patient.

Så længe patienten fortæller om sit helbredsproblem og sine forventninger m.m., arbejder patienten aktivt på at (om)formulere sit helbredsproblem, et arbejde der for den læge, der afbryder sin patient, kan blive ganske anstrengende. Patientens præcise svar på spørgsmålene i 3. fase er således arbejdsbesparende for lægen og mere tilfredsstillende for patienten.

Men nogle patienter kan føle sig pressede af lægens spørgsmål og opfatte det som om at lægen stiller spørgsmålstegn ved deres henvendelse. For at modvirke denne belastning af forholdet er det vigtigt at du legitimerer hans henvendelse: "Det var godt du kom/ringede... og jeg vil gerne forsøge at hjælpe dig med x".

Ved at stille nøglespørgsmålene undersøger du patientens sygdomsopfattelse (13) og egenvurdering (14), fx: *"Jeg tror mine mavesmerter skyldes, at jeg spiste en lidt for gammel dåse tun i sidste uge ..."* eller *"Vi har haft det meget stresset på jobbet den sidste måned med at gøre status, så jeg tror det er derfor ..."*

Når patientens sygdomsopfattelse ekspliciteres på denne måde, kan du medtage det i din senere forklaring af patientens symptomer. Derved vil patienten i højere grad opfatte dine råd mv. som meningsfulde, de passer ind i patientens billede af verden. Hvis du ikke opdager, at patientens sygdomsopfattelse er helt anderledes end din, er der stor risiko for at patienten ikke vil bruge dine råd eller ordinationer, fx hvis du ordinerer penicillin til en patient, der har mistillid til al kemi og i stedet bruger urter. Men der er situationer, hvor patientens manglende evne til at svare på spørgsmålene i fase 3 kan fungere diagnostisk. Patienter som er demente, deprimerede, psykotiske eller i krise kan ikke svare på disse spørgsmål. Derimod er nøglespørgsmålene særligt nyttige i tolkede samtaler.

Et andet punkt, der spiller ind i patientens præsentation af sit problem er den ambivalens, der er forbundet med at have symptomer. I et hjørne af patientens bevidsthed kan symptomerne tolkes som truende for helbredet ("det er sikkert noget alvorligt"), mens resten af bevidstheden opfatter det - og ønsker at opfatte det - som et helt banalt helbredsproblem, som lægen sagtens kan løse ("det er nok ikke noget"). Den angste del af patienten vil være tilbøjelig til at skjule vigtige oplysninger for lægen i håb om, at der egentlig ikke er noget galt (en lignende proces som den der fører til en væsentlig forsinkelse i at søge læge, når man mærker en knude). Frygten for diagnosens konsekvenser og erkendelsen af, at det man mærker har noget med én selv at gøre, får én til at vente.

Hvis det lykkes dig i løbet af konsultationens 2. og 3. fase at få patienten til uforstyrret at berette og supplerende afklare sine forestillinger, frygt og forventninger, bidrager du til at mindske patientens angst. Det er *en forudsætning for, at patienten kan lytte til, hvad du siger i det følgende*, at han har oplevet, at du har lyttet til ham og gerne også følt at du tror ham og vil hjælpe.



## 4. Forståelse

### Resumé, hvad patienten har sagt - lav en kontrakt

De fleste mennesker venter med at gå til læge, til de har samlet et par problemer, nogle få kommer med en lang liste. Da man i Danmark til hver konsultation afsætter 10-15 minutter, vil det ikke være muligt for dig at nå mere end 1-2 helbredsproblemer i samme konsultation. Til patienten, der skifter til at tale om det næste helbredsproblem, kan du fx sige: "Du siger, du har fået ondt i maven og er bekymret for, om det kunne være begyndelsen til mavesår, og nu siger du, at du også har nogle problemer med dit højre knæ. Er der flere ting, du vil tale med mig om i dag? .... Jeg vil gerne tale med dig om det hele, men jeg er ikke sikker på, at jeg kan nå det, så hvad vil du helst have, vi går videre med nu?" Ved at resumere og give patienten et forslag til en delkontrakt (11) ansvarliggøres patienten tidligt for, hvad der kommer til at foregå i konsultationen. Og ved at afgrænse problemerne, giver du dig selv bedre mulighed for at gå i dybden. Ved at resumere viser du at du lytter, og det bliver tydeligere for jer begge, hvad patienten ønsker samtalen skal handle om.

Du har sikkert allerede, mens patienten talte, overvejet forskellige diagnoser, fundet ud af, hvad patienten fejler og lagt din plan. Læger danner nemlig ca. 5 hypoteser i minuttet (7). Det kunne være fristende straks at gå i gang - og komme videre til næste patient. Men først må du vise patienten, at du har forstået, det patienten har fortalt. Når du resumerer, hører patienten hvad du har forstået, og I kan begge supplere.

Ved kort at resumere patientens helbredsproblem, forestillinger, frygt og forventninger kan du vise, at du har forstået patientens meddelelse, og måske også det der siges mellem linierne (15). Til patienten kan du fx sige: "På det, du har fortalt mig, forstår jeg, at tingene hænger sammen på den og den måde ..., at dit hovedproblem er det og det ..., og at det er det, du primært vil have hjælp til at få løst i dag ... Er det rigtigt forstået?" Dette resumé er udformet som et kontraktforslag med udgangspunkt i patientens forventninger mv.

Hvis det lykkes dig i dit resumé at medtage både kognitive og emotionelle elementer i patientens problemformulering, kan det udløse en dyb lettelse hos patienten, fx:

"Du fik dette ildebefindende på dit job. Personalet blev så forskrækkede, at de tilkaldte en ambulance, og du blev indlagt nogle dage på hospitalet. I dag kommer du så til mig for at få checket dit blodtryk. Du fortalte også, at din kone var blevet meget forskrækket. Mange mennesker, der får sådan et ildebefindende, ville blive bange for at dø, gælder det også dig? Er det rigtigt forstået, og er det noget, du måske vil tale med mig om i dag?"

På disse måder kan dit resumé lægge op til også at tale om, hvordan I taler sammen dvs. du metakommunikerer. Når man metakommunikerer, inviterer man billedlig talt den anden til for et øjeblik at se situationen udefra (oppefra) og diskutere den (som patientens dødsangst her i eksemplet). Ved at benytte den generaliserende vending "mange mennesker ..." gør du det legitimt både at tale om og undlade at tale om dødsangsten. Den samme vending kan man også benytte, hvis man vil give patienten lejlighed til at tale om fx kræftangst.

Andre gange kan patientens problemformulering indeholde et ønske til lægen, fx hvis en 16-årig pige kommer til læge for at få p-piller, fordi hun på lørdag skal i seng med sin kæreste for første gang. I den situation må du gøre dig klart, om du vil efterkomme patientens ønsker. Men du må samtidig være klar over, at et positivt svar til patienten næsten er afgørende for, om hun hører efter under resten af konsultationen. Du kunne fx sige: "Jeg vil gerne give dig de p-piller, og jeg synes det er fornuftigt af dig at komme, men vi skal også tale om, hvordan pillerne virker". At sige ja og rose patienten fungerer som "øre-åbner", mens nej'er, kritik, irettesættelser, pålæg mv. fungerer som "øre-lukkere" og kommunikationen blokeres.

## 5. Fordybelse og forklaring

### Fordybelse af anamnesen, undersøgelse af patienten og forklaring

Når du har vist patienten, at du har forstået ham, bliver det omsider din tur til at stille uddybende spørgsmål og supplere anamnesen.

Det er i denne fase, du kan stille nogle afgrænsende spørgsmål om, hvor længe det har stået på, hvor det gør ondt, om der er noget der lindrer eller forværrer det, om patienten har feber, hvordan han påvirkes osv. Desuden stilles udvalgte spørgsmål om de øvrige organsystemer, der kan have relation til patientens problem, og patienten forberedes eventuelt på, at du vil undersøge ham. Her går du frem efter din egen sygdomsmodel, som ikke behøver at være sammenfaldende med patientens, fx kan patienten godt mene at mavesmerterne skyldes en dåse

for gamle tunfisk (dvs. nogle ydre forhold), mens du godt vil sikre sig mod, at patienten har blindtarmsbetændelse (noget biomedicinsk).

Ved at undersøge det organ, patienten har symptomer fra, viser du også, at du har forstået patienten, fx lytte på hjertet hos en patient, der kommer med brystsmerter eller hjertebanken, eller undersøge patientens øjne, hvis patienten kommer med trykken bag øjnene. Også selv om du måske synes der ikke nogen somatisk grund til klinisk undersøgelse, kan det undertiden af hensyn til patientens angst, forestillinger og forventninger være fagligt begrundet at gennemføre en sådan undersøgelse. Sådanne symbolske handlinger har deres plads i almen medicinsk klinik og laboratoriediagnostik. Men de bør anvendes bevidst og målrettet.

Når du har afsluttet din udspørgen, din kliniske undersøgelse og eventuelle parakliniske undersøgelser – hvor du er på hjemmebane – er det din tur til at give patienten en samlet forklaring med udgangspunkt i et resumé af patientens henvendelsesårsag, fx:

L: *"Du har nu hostet i 2 uger og er bekymret for om det kunne være lungebetændelse eller astma. Du har ikke haft feber, åndenød eller opspyt; dine lunger og din lungefunktion er OK. Du er mest generet af hosten om natten, så hvad siger du til noget medicin til at mindske hosten?"*

P: *"Ja, hvis der ikke er andet galt, så vil det være OK med hostemedicin".*

Eller, L: *"Du sagde, du har haft nogle pludselige jag i brystet. Jeg har nu lyttet på dit hjerte, målt dit blodtryk og taget din blodprocent. Alt dette var fint. Desuden har jeg følt på dine brystmuskler, som var meget ømme. Så jeg tror dine brystsmerter stammer fra musklerne, og du kan få dem væk ved at udspænde musklerne".* Ved at reproducere smerterne øger du patientens forståelse.

Inden du går videre eller afslutter konsultationen, er det en god ide at checke, hvordan patienten opfatter din forklaring. Du kan spørge til dette, fx: *"Hvordan opfatter du det, jeg har sagt indtil nu?"*...*"Hvad vil du sige til din mand/kone osv. om, hvad der er sket her i dag?"*. Hvis du undersøger, hvordan patienten har forstået din forklaring, sikrer du dig et godt grundlag for din forhandling med patienten med henblik på at opnå en fælles forståelse og en kontrakt om, hvad resten af konsultationen skal handle om.

## 6. Forhandling

### Hvad skal der gøres ved helbredsproblemet?

"Forhandling er en tosidig kommunikation beregnet på at nå til enighed med en modpart, med hvem man både har fælles og modsatte interesser"

Forhandlingsfasens mål er at opnå enighed mellem læge og patient. Hvis der er overensstemmelse mellem patientens og lægens sygdomsopfattelse og enighed om behandlingen, fx hostemedicin for hoste eller penicillin for halsbetændelse, kan konsultationen bevæge sig videre til at sikre, at behandlingsforslaget fører til handling – forhandlingen er enkel.

Men hvis der er uoverensstemmelse mellem patientens og din sygdomsopfattelse, fx hvis patienten mener gastrit symptomerne overvejende skyldes uhensigtsmæssig kost, mens du opfatter forhold i patientens arbejdssituation som afgørende, må I ved forhandling komme frem til en måde at løse problemet på. Forhandlingen bliver derved afgørende for, om patienten kommer frem til en erkendelse, der kan føre til en adækvat handling. Det kan være patienten beslutter sig for at gå på diæt, undgå at drikke rødvin osv., men vælger ikke at ændre på sin arbejdssituation. Og det kan være problemet derved løses, fordi en rimelig diæt var tilstrækkelig til at mindske belastningen. Det er patienten som afgør inden for hvilken referenceramme, han vil løse sit problem.

Ethvert helbredsproblem kan med fordel anskues ud fra flere synsvinkler, referencerammer. *Larsen* fandt ved analyse af egne konsultationer, som vist i tabellen, følgende 4 referencerammer, tabel 1 (13).

Til hver referenceramme knytter der sig et bestemt sprog, måske mest karakteristisk i den psykologiske, hvor følelserne taler gennem kropslige reaktioner og symptomer. Hvis lægen og patienten begge tænker i biomedicinske baner, er der transparens, referencerammerne er sammenfaldende: Hvis begge er enige om, at penicillin er den rigtige behandling til halsbetændelse, så vil kontrakten handle om ordination af penicillin.

**Tabel: Referencerammer i konsultationen - lægens og patientens**

	Hjemsøgelse	Biomedicinsk	Miljømedicinsk	Psykologisk
<b>Årsags-univers</b>	Før-videnskabeligt	Videnskabeligt	Videnskabeligt	Videnskabeligt
<b>Sygdoms-forklaring</b>	Usynlige kræfter, straf for synd (fra guderne/fra én selv)	Ændringer i biologiske processer <b>inden i</b> organismen	Adaptations kapaciteten overskrides af <b>ydre</b> påvirkninger	Utilstrækkelige handlinger i forhold til opfyldelse af behov
<b>Behandling</b>	Påkaldelse, bøn, kure, renselse	Medicinsk, kirurgisk <b>påvirkning</b> af biologiske processer	Fjernelse af belastende ydre påvirkninger. <b>Viden.</b> Lovgivning	<b>Indsigt</b> vha. opmærksomhed. <b>Dialog</b> om forhindringer og handlinger
<b>Patientens rolle</b>	Passiv	Passiv	Passiv/aktiv	Aktiv

(Larsen, 1992)

Hvis en patient med gastritis tænker udelukkende biomedicinsk, vil han ønske medicin og måske yderligere undersøgelser, fx gastroskopi. Du har måske ud fra din uddybende anamnese og undersøgelse fået en opfattelse af, at et referenceskift til en psykologisk referenceramme vil være et bedre valg. Derfor må du forsøge at forklare patienten dette: *"Ud fra hvad du har fortalt mig tror jeg, at dine symptomer skyldes stress på arbejdspladsen, vrøvl med konen, pengesorger ...,"* Og måske foreslår du samtaler med henblik på øget indsigt i sammenhængen mellem stressmomenter og symptomdannelse for derigennem at give hjælp til forandring. Det er her, det undertiden bliver svært og forhandling nødvendig.

Som det ses af tabellen, er patientrollen i den biomedicinske referenceramme overvejende passiv. Han skal blot indtage den ordinerede medicin, men i øvrigt gør lægen hele arbejdet (forælder – barn). I den psykologiske referenceramme bliver patienten medinddraget som aktiv part. Dit arbejde består i at få patienten til at få indsigt og at yde støtte til mere hensigtsmæssig adfærd, men det er patienten, der skal hjem og gøre arbejdet (voksen – voksen)! Det kræver altså langt mere af patienten, og det er ikke sikkert, at han er rede til eller magter at opnå denne indsigt endsige benytte den til adfærdsændring.

I ukomplicerede tilfælde sættes kontrakten som en selvfølge: blindtarmen, halsbetændelsen, fodvorten, det blødende sår eller det brækkede ben. I andre tilfælde bliver forhandlingen kardinalpunktet, det sted i konsultationsforløbet, hvor det afgøres, om både læge og patient kan afslutte konsultationen tilfredse med aftalen.

Det er også typisk her, drejningen fra samtale til samtaleterapi naturligt kan finde sted. Om det sker, afhænger af problemets art, situationen, lægens og patientens parathed og lægens kunnen. Hvordan man ud fra konsultationsprocessen kan benytte vanskelige referenceskift som indgang til egentlig samtaleterapi, ligger uden for dette kapitels rammer (16).

Hvis det ikke lykkes at opnå fælles forståelse, må du *overveje nødvendigheden af* at forlange din opfattelse af, hvad der er nødvendigt, gennemført. Der findes symptomer, der for lægen forekommer så alarmerende, at en forhandling nærmest ikke kommer på tale. Her skal bare handles, fx ved mistanke om blindtarmsbetændelse, bristet ekstrauterin graviditet osv. Omvendt findes der problemer, symptomer og situationer, hvor du godt kan lade patienten vælge, selvom du personligt ville have foretrukket et andet valg. Derved kan du opretholde den gode kontakt med patienten, og det giver dig mulighed for ved opfølgende konsultationer at tale yderligere med patienten, så han måske får indsigt i fx psykologisk problemløsning.

Endelig har patienten undertiden ret, og han har i hvert fald ret til at tage imod eller sige fra, jfr. ordet konsultation. En afgørende forudsætning er blot, at du inden forhandlingsfasen indledes har sikret dig, at patienten har forstået din forklaring. Særlig hos patienter med kroniske sygdomme, bliver forhandlingen om, hvordan den skal håndteres, central og afgørende for patientens compliance.

## 7. Forhindre/fremme

### Fra konsultationen til patientens dagligdag

Så er det atter patientens tur. Nu må du få patienten til at fortælle dig, hvordan han mener, konsultationens resultater kan overføres til hans dagligdag. Hvilke forhold vil kunne fremme gennemførelse af planer eller råd, fx at hun tager i svømmehallen sammen med en veninde. Særlig ved livsstilsråd gælder det om, at komme i en kreativ dialog om, hvordan det, I er kommet frem til i konsultationen, lader sig overføre til patientens dagligdag. For livsstilsråd indebærer altid en ændring af patientens hverdag, og tilførsel af viden er sjældent tilstrækkelig til at opnå forandring. Som regel må man få diskuteret fordele og ulemper ved eventuelle livsstilsændringer, og hvad der kan forhindre/fremme gennemførelsen (17).

Mange patienter vil være tilbøjelige til at være for optimistiske og positive over for den trufne kontrakt eller det givne råd. Men du bør fungere som djævelens advokat og sammen med patienten undersøge, hvad der kan forhindre, at de gode planer føres ud i livet. Her gælder det om at få patienten til at lege med.

Patienten vil måske nødtigt fortælle, at han ikke har råd til at købe medicinen her sidst på måneden, at konen/manden aldrig vil gå med til at ændre kostvaner, holde op med at ryge, at hun ikke kan lide at gå i svømmehal, fordi hun føler sig for tyk osv.

Når forhindringerne er blevet klargjort, gælder det om at få patienten til at mobilisere tilstrækkelig med energi og kreativitet til at gå fra indsigt til handling. Det er denne fase af konsultationen der beskrives nærmere i den motiverende samtale (18).

## 8. Følge op

### Sikkerhedsnet

Ofte vil en konsultation rumme mange spørgsmål og svar, forklaringer og råd. Opfølgning har to formål: sikkerhedsnet og compliance. Når du giver råd i konsultationen, vil de ofte "glemmes" og compliance bliver dårlig (ca. 50% for lægemiddelordinationer og 10-30% for livsstilsråd (17)). Men du kan udstrække konsultationens varighed ved at aftale en ny konsultation, hvor du kan følge op på, hvordan det gik og vurdere rådets effekt. Hvornår en sådan kontrol skal finde sted, må du forhandle med patienten. Når patienten ved, at han skal præsentere resultaterne af jeres handlingsplan fx daglige øvelser for dig, støtter det patienten i at huske at lave sine øvelser. Faren er, at patienten - som et ulydigt barn - saboterer sin egen handlingsplan, og forholdet mellem læge og patient bliver belastet af patientens non-compliance.

Du kan ikke tage højde for alt i én konsultation. Ved at etablere et sikkerhedsnet kan du gøre livet lettere for både dig selv og patienten (15). Hvad sikkerhedsnettet skal indeholde, kan du finde frem til ved at spørge dig selv:

- hvad forventer jeg, der sker?
- hvordan tager jeg højde for, at det måske ikke går som forventet?
- hvordan vil jeg få at vide, at jeg tog fejl?
- hvad vil jeg så gøre?

Et sikkerhedsnet kan bestå i at du fx instruerer patienten i, hvad han skal gøre, hvis det ikke går som forventet, fx ringe igen hvis penicillin ikke har hjulpet efter 1 døgn.

En opfølgning af konsultationen fungerer som sikkerhedsnet (15) og ...

- signalerer omsorg og interesse for patienten,
- gør det lettere for patienten at henvende sig igen og giver tryghed,
- tager højde for, at du kan tage fejl og giver dig tryghed,
- afspejler tillid og fordeler ansvaret mellem patient og læge,
- øger compliance.

## 9. Farvel

### Tid til refleksion

Farvel'et er refleksionens øjeblik. Var konsultationsforløbet tilfredsstillende? Har du og din patient husket det hele, eller skal I aftale en ny tid? Det må du sikre dig ved at spørge patienten. Når det er klart kan du afslutte konsultationen på en tydelig måde, der signalerer din respekt, fx: give hånden, ønske god bedring, på gensyn, følge patienten ud, bede ham hilse hjemme osv.

Under konsultationen er man optaget af at opfylde patientens behov. Når patienten er gået, har du mulighed for at mærke efter hvordan du selv har det (housekeeping (15)):

- Hvordan har jeg det ovenpå denne konsultation? Gik alt, som jeg ønskede?
- Hvilke følelser sidder jeg med nu? Hvilke er mine, og hvilke stammer fra patienten?

- Er der noget, jeg har brug for?
- Er jeg klar til næste patient?

Hvis du ikke er klar til næste patient, vil det gå ud over din opmærksomhed i starten af den efterfølgende konsultation, som derved risikerer at mislykkes, fordi det vigtigste ofte siges i patientens første sætning. Så risikerer du at komme ind i en ond cirkel den dag.

Et vigtigt formål med supervision er, at du bliver mere opmærksom på de følelser patienten sætter i gang i dig, om de stammer fra patienten eller dig selv.

## Efterskrift

Værdigrundlaget for den patient-centrerede metode og F'erne er en demokratisk tankegang og en respekt for individets autonomi – noget der undertiden kan vise sig vanskeligt praktisk at håndtere for læger, der er opvokset i en kultur hvor fx familiens ældste eller lægen ved bedst.

Opdelingen af konsultationsprocessen i 9 faser kan ved første øjekast virke ret overvældende at skulle lære og bruge. Den kronologiske opbygning letter tilegnelsen selvom ikke alle konsultationer behøver at indeholde alle 9 elementer. De 9 faser kan som det ses nedenfor opdeles i tre, patientens, lægens og den fælles fase.

Man kunne også fristes til at tro, at hvis du følger de 9 faser, vil det føre til en meget konform og mekanisk samtaleform, men det har netop vist sig spændende at iagttage, hvordan der gradvist udvikles harmoni mellem lægens - og patientens - person og konsultationsprocessen. Det har været overraskende, hvor stor gevinst der er ved at dvæle ved 2. og 3. fase, noget så u håndgribeligt som forholdet, patientens forestillinger, frygt og forventninger for derigennem at få sat dagsordenen for konsultationen i fællesskab, idet man på den ene side har patientens forventninger og på den anden lægens begrænsninger. Virkemidlerne er:

1. at kvittere og undgå at afbryde patienten,
2. at fordybe det, patienten har sagt
3. at signalere at du vil hjælpe patienten

Nogle af lægens vanskeligheder ved at søge at få afklaret alle elementerne i 2. og 3. fase består i, at du skal lære at tåle det ubehag, der ligger i ikke hurtigt at vide, hvad patienten fejler. Det kan være svært at lytte til en tilsyneladende kaotisk historie, før du har et nogenlunde sikkert greb om diagnosen, men du kan derved gå glip af vigtig information. Det kan også være svært for dig at høre om smerter og problemer uden straks at søge at løse dem. Noget lignende gælder, hvis du ikke selv er meget for at blive konfronteret med din egen angst og derfor ubevidst undgår at spørge til patientens. Ved at få patienten til at belyse 2. og 3. fase grundigt, inden du går videre, kan du danne dig et overblik og opnå et mere præcist grundlag for din diagnostik. Dermed mindskes behovet for at checke så mange differentialdiagnoser, og du sparer dig selv for meget unødigt arbejde.

## Litteratur til Konsultationsprocessen

1. Larsen J-H, Risør O. Konsultationsprocessen i almen praksis. Månedsskr Prakt lægegern 1994; 72: 319-30.
2. Larsen J-H, Risør O, Nystrup J. Gruppe-supervision af video. Månedsskr Prakt Lægern 1997; 75: 163-176.
3. Larsen J-H, Risør O: Konsultationen. Kapitel i lærebog i Almen medicin redigeret af Bentzen, N, Hollnagel H, Lauritzen T. København: Fadt's forlag, 1997
4. Larsen J-H, Risør O, Nystrup J. Konsultationsprocessen I, Kalymnos, Grækenland. [Kursushæfte]. København: Lægeforeningens Uddannelsessekretariat, 1995.
5. Larsen J-H, Nystrup J, Risør O: Konsultationsproces-laboratoriet – træning i klinisk samtale. Allmänmed, 1999: 20: 24-27.
6. Hellman CG. Disease versus illness in general practice. J R Coll Gen Pract 1981; 31: 548-52.
7. Sackett DL, Haynes RB, Tugwell P. Clinical epidemiology. Boston: Little, Brown and Company, 1985.
8. Pendleton D, Schofield T, Tate P, Havelock P. The Consultation. Oxford: Oxford University Press, 1984.
9. E. Berne Hvad er det vi leger, København: Gyldendal, 1973.
10. Frankel R, Beckman H, Evaluating the patient's primary problem(s). I: Stewart M, Roter D, eds. Communicating with medical patients. London: Sage, 1989.
11. Jacobsen K. Sygdom er vi sammen om. Slagelse: Bavnbank, 1984.
12. Malterud K. Allmenpraktikerens møte med kvinnelige pasienter. Tano, Bergen 1990.
13. Larsen J-H. The Consultation as a Mutual Proces of Recognition. European General Practice Research Workshop (EGPRW), 24th - 27th May 1990, Budapest.

14. Lunde IM: Patienters egenvurdering, København: Fadl's forlag, 1990.
15. Neighbour R. The Inner Consultation. London: MTP Press Ltd., 1987.
16. Risør O, Larsen J-H. Samtaleterapi i almen praksis. Ugeskr Læg 1995; 157: 4011-5.
17. Lassen LC. Compliance i almen praksis. København: Institut for almen medicin, 1989.
18. Mabeck CE, Kallerup H, Maunsbach M. Den motiverende samtale. Klaringsrapport fra DSAM nr. 1, 2001. København: Lægeforeningens forlag, 2001.

## **Vejledning i optagelse af video med henblik på supervision**

### **Billedet**

Placér kameraet, så du fotograferer med lyset, dvs. kameraet skal almindeligvis placeres ved vinduet. Hvis kameraet peger mod vinduet, vil personerne fremtræde som silhuetter, da de fleste kameraer automatisk indstiller deres eksponering efter lyset. I silhuet er det svært at se ansigtsudtryk o.l.

Placér dig selv og patienten så I sidder og taler til hinanden en lille smule med siden til hinanden. På denne måde vil jeres ansigter være placeret tættere ved hinanden og derved være større på skærmen (sammenlignet med hvis I sad lige over for hinanden). Desuden får man også et bedre indtryk af mimikken, jo mere lige fra man ser ansigterne.

### **Lyden**

Hvis man benytter kameraets indbyggede mikrofon, bliver lyden bedre jo tættere på kameraet står. Hvis du placerer kameraet tæt på dvs. maksimal wide-vinkel og der ikke er baggrundsstøj, vil de fleste kameraer med indbygget mikrofon give en acceptabel lyd. Men hvis der er baggrundsstøj fx trafik, ventilation, EDB eller lign. bliver lyden dårlig, fordi kameraet automatisk nedregulerer sin optage-styrke.

Det er især anstrengende for andre, der ikke var til stede, da konsultationen fandt sted at prøve at lytte sig frem til brudstykker af en samtale, hvor man max kan opfatte hvert andet ord og af disse brudstykker skabe en meningsfuld helhed. Hvis du derfor efter at have set videoen kan høre, at du ikke med lethed kan høre, hvad der bliver sagt, anbefales det at producere en ny optagelse.



# Konsultationsprocessens 9 faser (F'er)

## *Patientens del*

**1. Før** - Før konsultationen, følelser, tanker og handlinger

**2. Fortæl – Forholdet** - Goddag, lad patienten tale. Vis at du hører, tror og vil hjælpe

**3. Forestillinger, frygt og forventninger**

**4. Forståelse - Resumé af problemet**

## *Lægens del*

**5. Fordybelse og forklaring**

Anamnese-fordybelse, klinisk undersøgelse og forklaring

## *Fælles del*

**6. Forhandling** - Forhandling om løsninger

**7. Forhindre/fremme** - Indsigt - aftale - handling

**8. Følge op** - Kontrol, sikkerhedsnet

**9. Farvel** - OK? & housekeeping