

● Første brev til min kollega

Af Jan-Helge Larsen



Biografi

Forfatteren er praktiserende læge siden 1975, lektor i almen medicin ved Københavns Universitet 1986-2006, kursusarrangør og underviser på Kalygnoskurserne i konsultationsproces og videosupervision siden 1992.

Forfatters adresse

Frederikkevej 20,
2900 Hellerup
jhl@dadlnet.dk

Psykiateren Irvin Yalom beskriver i sin bog Terapiens essens, hvordan man til sidst i sin terapeutiske karriere kan være heldig at nå et »post-narcissistisk« stadium. Her skifter man fokus fra et selvcentreret projekt til en position, hvor det handler om at videregive essensen af sin egen viden til de næste generationer. Det er præcis derfra Jan-Helge Larsen taler i en række kloge breve til os alle sammen. Her kommer det første.



I en række breve vil jeg prøve at sammenfatte nogle af de problemer, som jeg synes er særligt vigtige når vi læger møder patienter, og jeg vil gennemgå nogle redskaber til at løse problemerne. Brevene kan med fordel læses sideløbende med klinisk arbejde eller supervision, hvor man så fokuserer på anvendeligheden af de enkelte afsnit.

Min baggrund er især mine erfaringer som underviser og supervisor med analyse af minimum 10.000 video optagne konsultationer. Her har jeg lært af de mange kloge kolleger og deres vanskeligheder, og hvordan vi har søgt at løse dem. Supervisionen finder sted i det vi kalder for konsultations-laboratoriet.

Der arbejder vi ved hjælp af video med at træne konsultationsprocessen og finde bedre måder at møde patienten på, hvadenten vi tager udgangspunkt i patientspil (en læge der spiller sin patient) eller videooptagelser af egne konsultationer. Jeg skylder disse tusinder af kolleger og mine samarbejdspartnere en stor tak og føler en forpligtelse til at give erfaringerne videre.

Af hensyn til læseligheden omtales lægen som han og patienten som hun og ordet »jeg« bruges i betydningen lægen. Undervejs giver jeg nogle tips om at undersøge hvad du gør.

Konsultationens tre dele

Igen og igen har jeg på video set, hvor svært vi alle – trods viden og træning – har det med først at udforske patientens tanker, bekymringer og ønsker, inden vi selv går i gang med at stille egne spørgsmål, differential-diagnosticere og følge vores egen – lægens – dagsorden. Sammen med min kollega Ole Risør er jeg kommet frem til at opdele konsultationsprocessen i tre dele: Patientens del, Lægens del og den Fælles del (1, 2).

I Patientens del gælder det om at få patienten til at fortælle om de overvejelser hun har gjort sig inden konsultationen – før jeg har gjort det, ved jeg ikke hvad patienten vil. Men patienten vil være tilbøjelig til kun at fortælle om sine symptomer, og det kan forlede mig til at spørge videre ind til disse. Men så kommer jeg til at mangle patientens refleksioner og følelser. Det mindsker min indlevelse og forståelse for hvad min opgave går ud på. Meget i de følgende breve handler om redskaber til at blive længe nok i Patientens del af konsultationen – fremover kaldet Patientens del.

Lægens del handler om at supplere anamnesen, undersøge og forklare – det er kendt stof for alle læger og omtales ikke nærmere. Men hvis jeg fx ikke kender patientens frygt, risikerer jeg ikke at få undersøgt patienten for det, hun er bange for, bestilt de relevante blodprøver eller andre undersøgelser.

I Fælles delen skal patientens og lægens perspektiver og tanker samles, og nogle gange skal vi forhandle om, hvordan vi bedst kommer frem til en løsning af problemerne. Hvis jeg mangler en eller flere af patientens refleksioner, vil det vise sig i Fælles delen, fx når patienten siger: »Jo, men...« Fælles delen bliver dermed en slags kontrol på, om jeg har fået Patientens del tydeligt nok frem.

Denne strukturering af konsultationen er altså afgørende både for at patienten kommer til orde og får givet mig de vigtigste informationer, og for at jeg får overblik over hvad hjælp hun søger hos mig, så vi når frem til en fælles forståelse. Og at vi undgår meget overflødig snak.

Tips:

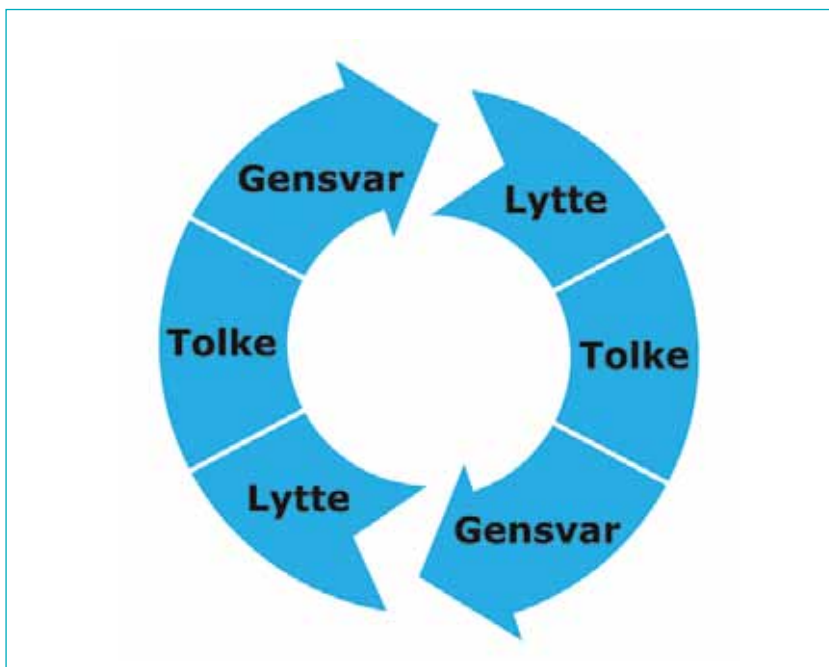
- Læg godt mærke til patientens første sætning, skriv den eventuelt ned.
- Lyt efter patientens tanker, bekymring og ønsker.

Hvad det er at tale sammen?

Man skulle tro at det at tale sammen blot er en simpel udveksling af ord med et bestemt formål. Men det er mere komplekst, og som professionelle har vi brug for et fælles sprog om samtalen, fx når vi analyserer, hvad der foregår på en video af konsultationen og diskuterer alternativer.

Samtale består i at lytte, tolke det der bliver sagt, sammenholde det med vore egne intentioner og svare tilbage – og lytte igen. Det er en

Figur 1 / At tale sammen er en cirkelproces. Lytte, tolke det sagte, sammenholde det med sin egen intention og svare tilbage. Og så lytte igen...



cirkelproces hvor man veksler mellem at tage sin tur (på engelsk kaldet turn taking) (figur af cirklen (3)).

Det er denne proces jeg vil beskrive i det følgende og fortælle om de erfaringer jeg har gjort, især ud fra analyse af videoinspillede samtaler.

1. At lytte

Du finder for det meste kun det, du leder efter. Når du lytter gælder det især om at finde patientens tanker og ønsker.

Shut up, listen, care and know your medicine (David Haslam)

Gang på gang hører vi patienterne fortælle, at de er blevet skuffede og vrede over ikke at blive lyttet til eller blive forstået. På video ser og hører vi, hvordan læge og patient taler forbi hinanden. Der må altså være noget, vi som lyttere kan blive bedre til. Så hvad er det egentlig at lytte?

For at den, man taler med kan opfatte at man lytter, skal man hele vejen rundt i cirklen (fig 1). Først hører man efter, dernæst bearbejder man, og endelig svarer man tilbage. Dernæst er det modtagerens tur. Hvis det viser sig at lytteren har forstået udsagnet sådan som afsenderen mente det, oplever afsenderen at hun er blevet lyttet til. Det lyder jo enkelt?

Først må jeg som lytter være opmærksom på, hvad jeg lytter efter. Det er her opdelingen af konsultationen i Patientens del og Lægens del kan være en hjælp. I Patientens del prøver jeg bare at lytte efter tanker,

følelser og ønsker – symptomerne kan jeg alligevel ikke lade være med at opfange, men jeg må styre min nysgerrighed, fordi spørgsmål om symptomer hører til i Lægens del.

Når jeg har budt patienten velkommen og bedt hende fortælle, kan jeg ved min tavshed og mit blik og mimik vise at jeg lytter. Men hvordan kan patienten vide at jeg virkelig lytter?

Giv kvitteringer

Sjælen gyser for det tomme rum og ønsker kontakt (Hjalmar Söderberg)

To listen is to deny solitude (Elie Wiesel)

Ud over at vise det med mit ansigt og min kropsholdning kan jeg give nogle kvitteringer på at jeg lytter dvs. »Hm'er«, tavshed eller ord, der afspejler min indlevelse, fx:

»Det lyder besværligt, svært, ubehageligt, dejligt, hårdt ...«

Kvitteringernes funktion i forhold til patienten: Så ved patienten, at jeg har hørt hvad hun har sagt, hun er blevet set. Hendes ord har givet genklang i mig, resonans. Kvitteringerne er opmuntrende udsagn, der giver udtryk for min tilstedeværelse, medfølelse, anerkendelse og støtte. Formålet er at vise, at jeg lytter og at bringe samtalen videre ved at bekræfte relationen (jeg hører, ser og vil prøve at hjælpe dig). Det er sådan patienten får tillid til mig.

Kvitteringernes funktion for mig:

- De tager trykket af de følelser patientens ord sætter i gang i mig.
- Jeg kan sige noget uden at afbryde patienten.

Tips:

Læg mærke til hvilke kvitteringer du bruger i løbet af en dag ud over at sige »hm« eller »ja« eller nikke. Hvad skete der så?

Gentagelse, spejling og resonans

Funktionen for patienten af gentagelse og spejling: Når jeg gentager det hun har sagt enten et ord eller en hel sætning, viser jeg at jeg har lyttet. Gentagelsen fungerer som en slags spejling, hvor patienten bliver opmærksom på hvad hun har sagt:

P: Jeg blev så vred på min chef, at jeg var lige ved at lange ham en.

L: Du var lige ved at lange ham en?

P: Jo, men så tog jeg mig heldigvis i det.

L: Du tog dig i det?

P: Ja, det var godt det samme, for så var jeg blevet fyret lige på stedet.

Det ville have været en katastrofe

L: En katastrofe?

P: Ja, så måtte vi gå fra hus og hjem...

Metoden kaldes papegøjemetoden, men er trods dette karikerede navn effektiv til at bringe en samtale videre og få patienten til at gøre arbejdet.

Hvis jeg benytter spejlende gensvar i terapeutiske samtaler kan patienten have glæde af på denne måde at få fordybet sin oplevelse af, hvad hun har sagt. Hun får lejlighed til at høre sig selv (4).

Funktionen af resonans er, at patienten hører hvad det, patienten siger, sætter i gang i mig: »Når du siger det, kommer jeg til at tænke på...« I ovenstående historie kunne det være at jeg fortæller, at jeg føler en beundring for at patienten trods alt besindede sig (om resonans, se i 5).

Mens patienten ved spejling får lejlighed til at høre sig selv, får hun ved resonans oplevelsen af at blive set og hørt og af fællesskab med mig.

Funktionen for mig er: Jeg forhindrer mig selv i at afbryde og træner mig i at høre efter.

Tips:

Har du brugt spejling eller resonans i dag?

Parafrasering eller »patientens ordbog«?

Nogle forfattere anbefaler at benytte parafrasering for at resumere det patienten har sagt, dvs man omformulerer det patienten har sagt til ens eget sprog:

P: Pludselig så jeg sådan nogle mærkelige zig-zag linier på de ene øje, det har jeg aldrig haft før.

L: Så du fik nogle synsforstyrrelser?

Parafrasering indebærer lidt ekstra arbejde for mig, men også patienten skal gøre et ekstra arbejde med at bevæge sig ud af sin verden og over i min. Derfor øver jeg mig i at bruge »patientens ordbog« dvs. bruge de ord patienten siger. Det øger patientens oplevelse af at blive forstået, og tydeliggør de anamnesticke data for mig selv (6). På den anden side kan nogle patienter bruge et så vulgært sprog, at jeg har svært ved at tage patientens ord i min mund.

Resumé

Man ved først, hvad man har sagt, når den anden har svaret.

Funktion for patienten: Det kan føles befriende for patienten at føle, at hendes budskab er kommet frem, og at hun får mulighed for at rette eventuelle misforståelser eller supplere. På video kan jeg se, hvordan patienten med nik og hm'er viser at hun lytter og bekræfter at jeg har hørt efter.



Giv kvitteringer – så ved patienten, at jeg har hørt hvad hun har sagt – hun er blevet set. Også non-verbalt tjekker patienten om lægen virker venlig og tillidvækkende.

Foto: Colourbox.

Når jeg resumerer, viser jeg også, at jeg kan tåle at tage patientens ord i min mund, jeg lader mig ikke skræmme, verden går ikke under. Derfor kan jeg altid resumere, hvis jeg bliver i tvivl om noget eller føler mig usikker, så vil patienten søge at hjælpe mig videre så godt hun kan. Resumeet er patientens ultimative bevis på at jeg har lyttet. Så kan hun med egne ører checke, om jeg har forstået, hvad hun har sagt og eventuelt supplere.

Funktionen for mig: Når jeg resumerer lytter patienten til mig, fordi det føles vigtigt at checke om jeg har hørt rigtigt. Derfor er resumeet et enestående redskab til at styre samtalen. Når jeg ved hvor effektivt det er at resumere, øger det min interesse og opmærksomhed på at huske det patienten siger – og dermed undgår jeg at afbryde.

Tips:

Læg mærke til de gange i dag hvor du resumerede? Hvad var virkningen?

Aktiv lytten er en samlebetegnelse for at man aktivt giver tilbagemeldinger i forhold til det patienten har sagt på en sådan måde, at patienten føler sig lyttet til, bekræftet og forstået. Heri indgår både verbale og nonverbale signaler. Udgangspunktet er min indlevelse (empati) i det patienten fortæller, dvs jeg udnytter min evne til at sætte mig i den andens sted, både hendes tanker og følelser samtidig med at jeg mærker mig selv.

2. At tolke

Hvorfor smiler Mona Lisa?

Vi kan ikke ikke-tolke. Når vi møder et andet menneske og ser hendes ansigt og kropsholdning, tolker vi det automatisk, endnu før den anden har sagt noget. I mødet mellem mig og patienten betyder det, at patienten allerede på afstand checker om jeg virker venlig og tillidvækkende eller ej. De nonverbale signaler udspringer af indre følelser, sympatier eller antipatier. De udtrykkes ofte ubevidst og kan udsige noget vigtigt om, hvad der foregår i den anden og om forholdet mellem os. Vi kan ikke undlade at tolke de nonverbale signaler – med risiko for fejlfortolkning. Under den videre samtale checker vi begge, om der er overensstemmelse mellem det der siges og de nonverbale udtryk – forstærker eller svækker de?

De nonverbale signaler formidles gennem syn, hørelse, berøring og undertiden lugt. De er kulturelt forankrede, så man fx ud fra sprogets udtale, klang, tempo og stemmeføring ofte kan afgøre, hvilken stemning patienten befinder sig i. At ryste på hovedet betyder nej hos os, men ja i andre kulturer. Et varmt håndtryk kan signalere tillid eller opfattes krænkende, et suk kan skyldes en bekymring som patienten måske ikke engang selv er klar over eller være udtryk for velvære.



Grader af lytten.

1. *Falsk lytten* er betegnelsen for den form for lytten, hvor vi lader som om vi lytter, måske fordi vi er pressede og i virkeligheden er optaget af noget helt andet og tænker:

»Bare lad hende snakke, mens jeg i mellemtiden finder ud af, hvad hospitalet skriver om indlæggelsen«.

Problemet ved denne form for lytten er, at patienten før eller senere trækker sig fra kontakten, lukker af og beskytter sig selv. Hvis jeg i stedet fortæller patienten, at jeg lige nu har travlt med at finde ud af, hvad hospitalet har skrevet, og at jeg senere vil vende tilbage, vil patienten ikke føle sig (så) afvist.

2. *Selektiv lytten* finder sted fx, når vi udelukkende er optaget af at sammenstykke en medicinsk anamnese ud fra patientens historie. Vi bliver inden for vores egen referenceramme og afbryder med at stille spørgsmål udelukkende ud fra den, og hvad vi har brug for at vide i forhold til at skrive i journalen. I en travl hverdag på en hospitalsafdeling kan den selektive lytten være en nødvendighed for at overleve som læge, men hvis man overfører det til almen praksis, vil patienterne føle sig overhørte.

3. I den *opmærksomme lytten* spørger og svarer man i forhold til patientens tanker og følelser. Lægen lytter interesseret, hjælper historien på vej med indlevende kvitteringer og stiller gode spørgsmål. Lægens engagement smitter af på patienten, så lægen føles god at tale med, fordi han kvitterer, del-resumerer og kommer med anerkendende og opmuntrende udsagn.

4. I den *empatiske lytten* er man ikke bare i stand til at høre og resumere, hvad patienten siger, men også at vise fantasi og evner til at sætte sig ind i den andens følelser, hendes situation. Den empatiske lytten handler om at forstå, hvad den anden forstår – og det kræver ydmyghed og nysgerrighed.

(frit efter Borgmann & Ørbech (7))

Der findes massevis af fortolkninger: Hvorfor sidder lægen med armene over kors? Almindeligvis vil vi fortolke det som udtryk for en forsvarsposition. Men nej, lægen sidder sådan, fordi stolen ikke har armlæn og armene hviler behageligt på den store mave.

Hvorfor rynker lægen panden, er han bekymret over noget med mit helbred? tænker patienten. Nej, lægen burde egentlig bare få briller.

Heller ikke tolkning af graden af patientens smerter kan vi sikkert tolke ud fra ansigtsudtrykket, der er store individuelle variationer.

Tips:

Hvis jeg bare går ud fra at min tolkning er rigtig, risikerer jeg at begå overgreb. Derfor bliver jeg nødt til at spørge for at validere min tolkning:

»Jeg lægger mærke til... hvad tænker du..., hvordan har du det?«

Oven i tolkningen af de non-verbale signaler kommer tolkningen af det den anden netop har sagt. Og på dette grundlag og mine egne intentioner med samtalen vælger jeg mit næste udsagn – og cirkelprocessen: lytten – tolkning – udsagn – lytten, fortsætter (fig. 1).

3. At svare tilbage og styre samtalen

Hele tiden styrer vi samtalen ud fra vores interesse. Når jeg har tolket hvad patienten har sagt, svarer jeg tilbage ud fra mine intentioner og ønsker om at forstå eller komme videre. Udsagn, spørgsmål og svar kan i praksis samles under begrebet gensvar. Gensvar fungerer både som kvitteringer på at man har lyttet og som redskab til at styre samtalen i den retning man ønsker.

Gensvar kan betragtes som sproglige døre der leder ind til bestemte rum fx de kognitive til facts- og fornuftsrum, de affektive til følelsesrum, de lukkede spørgsmål kun til bokse med ja eller nej.

Når vi analyserer samtaler og hjælper hinanden med at blive bedre til at tale med patienter, fungerer en opmærksomhed på gensvarene som et nyttigt redskab til at se, hvordan man kan styre samtalen.

Den første forudsætning for en god samtale er, at jeg lytter nøje til, hvad patienten siger. Når jeg gentager de ord, patienten har sagt, bedres vores forhold, mens et ikke-lyttende gensvar almindeligvis belaster forholdet.

For at patienten skal opfatte gensvaret som lyttende, må jeg vise at jeg opfanger en meddelelse om forholdet eller den skjulte meddelelse i det, der siges (ligesom der kan stå noget »mellem linjerne«). Når patienten siger til mig: »Jeg har ondt, består denne meddelelse af en indholdsdel (information om smerten – kognitivt indhold) og en relationsdel (relationen »hjælp mig, jeg har ondt!« – affektivt indhold). Relationsdelen siges ikke direkte, men er underforstået i den sammenhæng, hvori samtalen foregår, her konsultationen. Jeg har nu (mindst) syv muligheder for gensvar på patientens udsagn »Jeg har ondt«. Jeg kan:

1. Svare på indholdsdelen: »Hvor gør det ondt?«
2. Svare på de nonverbale signaler: »Ja, jeg kan se du ser forpint ud!«
3. Svare på relationsdelen: »Jeg vil gerne prøve at hjælpe dig med smerterne«.
4. Svare spejlende og spørgende (resumerende): »Så du har ondt?«
5. Undlade at svare eller tale om noget andet: »Hvordan går det derhjemme?«
6. Svare afvisende: »Jeg vil ikke igen tale med dig om dine smerter, men om...«
7. Svare interesseret: »Fortæl mere...«

Uanset hvilket gensvar jeg giver, vil det påvirke vores videre forhold og dermed også de informationer og gensvar, patienten vælger at give mig. Helst må jeg vise, at jeg har levet mig ind i patientens situation og har hørt den skjulte meddelelse, fx ved at jeg giver udtryk for medfølelse, omsorg, anerkendelse eller lignende (en kvittering). Når man er syg eller bange for at være det, er man særlig følsom for, om den, man taler med, synes, at man er OK og vil hjælpe en.

Hvis jeg vælger svarkategori 1 og blot spørger patienten, hvor smerterne sidder, eller hvor længe de har varet, kan det godt være, at patienten tolker det som udtryk for, at jeg vil hjælpe. Men det kan også være, at patienten savner at mærke, at jeg har opfattet hendes ønske om medfølelse, omsorg eller trøst og altså tolker mit gensvar som ikke særligt lyttende.

Oftentimes er det vigtigste måske ikke ikke, hvad jeg siger, men hvordan modtageren tolker det. Det er derfor kan man sige, at man ikke ved hvad man har sagt, før den anden har svaret.

I dette brev har jeg beskrevet første del af samtaleprocessen: lytten og tolkning. Gensvar og andre måder at kommunikere på kommer i næste brev. Indtil du læser næste brev håber jeg, at du kan få flettet noget fra dette brev ind i det du i forvejen praktiserer. Tag en bid ad gangen, og prøv hvordan det fungerer for dig. God fornøjelse.

Økonomiske interessekonflikter: Er kursusarrangør.

Litteratur

1. Larsen J-H, Risør O: Konsultationen. Lærebog i Almen medicin af Bentzen, N, Hollnagel H, Lauritzen T. (eds). København: Fadl's forlag, 1997
2. Larsen J-H, Nystrup J, Risør O. "Konsultationslaboratoriet" - træning i klinisk samtale. Tidsskr Nor Lægeforen 1999; 119: 52-5.
3. Larsen Larsen J H: Patient/behandler kommunikation. Ugeskr Læg 1973; 135: 1443 8.
4. Bendix T. Din nervøse patient. København: Lægeforeningens forlag, 1991
5. Belin S. Galskabens magt. København: Reitzel, 2004
6. Bruun G. Storytelling i terapi og supervision. København: Psykologisk forlag, 2009.
7. Borgmann L, Ørbech MS. Livgivende samtaler og relationer. København: Reitzel, 2010.