

● Ottende brev til min kollega

– problemer i forhold til relationen

Af Jan-Helge Larsen



Biografi

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

Forfatters adresse

Frederikkevej 20
2900 Hellerup
jhl@dadlnet.dk

Når vi som læger føler magtesløshed, udfordres vi i rollen som hjælpere, og Dramatrekanten er i fare for at blive aktiveret.

Det foregående brev beskrev, hvorledes lægens magtesløshed kan udløses af problemer i forhold til sagen. Dette brev handler om problemer i forhold til relationen.

 MÅNEDSSKRIFT
For almen praksis

1. Når jeg ikke kan få ordentlig kontakt med patienten og dermed en arbejdsrelation

I Patientens del mærker jeg ofte de første vanskeligheder i relationen, hvis det er vanskeligt at skabe kontakt med patienten, f.eks. få øjenkontakt, manglende smil tilbage, "stoneface". Det kan typisk skyldes, at patienten holder sin angst, smerte, vrede, træthed eller sorg tilbage, f.eks.:

Forældrene til et 2-års barn med hoste og opkastning kom i lægevagten. Jeg kunne ikke få øjenkontakt med dem. Men da moren et stykke inde i samtalen fik udtalt sin frygt for, at barnet ville blive kvalt i et hosteanfald, og jeg kunne berolige hende med, at det ikke ville ske, kom lettelsens smil hos begge forældre.

Hvis jeg har svært ved at skabe kontakt, betyder det også, at jeg vil have svært ved at få de relevante informationer om det problem, patienten søger hjælp til. Derfor har jeg måttet lære, at min opmærksomhed på tidlige forstyrrelser i kontakten og dermed relationen er vigtig for det kliniske arbejde, og at det er min opgave som hjælper bevidst at søge at skabe kontakt. Det forudsætter, at jeg er i kontakt med mig selv og har overskud til at være nærværende i forhold til patienten.

Hvis jeg i virkeligheden ikke orker at engagere mig så meget lige nu, bliver mit overskud til at være nærværende hurtigt opbrugt. I stedet

for at holde problemet hos mig selv kan jeg ubevidst lægge det hos patienten og for mig selv kritisere hende, betegne hende som besværlig, personlighedsforstyrret osv. (projektion). Det kommer til at fungere som en barriere for min videre indlevelse og nysgerrighed efter at forstå patienten og dermed min mulighed for diagnostik og for at hjælpe.

Men selvfølgelig kan problemet ligge hos patienten, f.eks. på grund af angst som i eksemplet ovenfor.

Egentlige psykiske lidelser hos patienten viser sig især i kontakten, og min oplevelse af kontakt kan således fungere diagnostisk.

Hvis jeg oplever, at det er svært at opnå kontakt med patienten, kan jeg metakommunikere om det:

L: "Jeg lægger mærke til, at jeg har svært ved at få øjenkontakt med dig (i dag). Jeg spekulerer på, hvad forklaringen kan være? Kan du hjælpe mig?"

P: "Ja, jeg synes, det her er lidt svært at tale om ..."

Eller

P: "Ja, sidst jeg var hos dig, ville du ikke give mig en henvisning til en gynækolog. Det synes jeg er helt urimeligt, når jeg altid fik det hos min tidligere læge. Jeg var sur på dig i flere dage."

Tips:

Hvis du ikke i Patientens del kan få svar på, hvad patienten tænker eller ønsker, kan det være diagnostisk. Patienten kan være deprimeret, demt, i krise, psykotisk eller lignende. Når patienten ikke er i stand til at reflektere, vanskeliggør det kontakten. Depression opdages således næsten lige så effektivt ved brug af et depressionsskema (MADRAS) som ved brug af spørgsmål om tanker, bekymringer og ønsker (1, 2).

Risiko for konflikt

Der er risiko for konflikt med patienten, når jeg begynder at mærke en følelse af frustration, irritation, magtesløshed, hjælpeløshed, træthed, udmattelse osv. Min grænse for at være imødekommende, interesseret og positiv er ved at være nået, "glasset er ved at være fyldt".

For at undgå konflikt kan jeg støtte mig til resumeet og den kognitive struktur som nævnt under afsnittet "jo, men..." (7. brev).

Nogle gange lykkes det. Så snart jeg mærker, at noget går skævt i kontakten, kan jeg åbent og nysgerrigt sammen med patienten undersøge kontakten, hvor "kæden hoppede af" eller "filmen knækkede". På den måde kan jeg søge at genoprette tilliden f.eks. ved at metakommunikere (2. brev):

"Jeg synes ikke, jeg kan få ordentlig kontakt med dig, og spekulerer på, om jeg har sagt eller gjort noget, som du er utilfreds med. Hvad mener du?"

Det vigtige er, at jeg beskriver det som mit problem, at jeg ikke kan få kontakt, og undersøger, om der er noget, jeg har gjort "forkert". Ellers kan patienten føle sig anklaget.

Hvis det ikke lykkes, kan jeg reagere på forskellige måder. Hvis jeg søger at rumme konflikten, ikke lader mig mærke med den, "giver patienten lang snor" osv., kan det føre til, at tingene løser sig, eller også eskalerer konflikten, og en af os eller vi begge "går fra koncepterne". Eller også bliver jeg "kort for hovedet", reagerer autoritært eller med åben eller tilbageholdt fjendtlighed.

Nogle gange skal der imidlertid blot en enkelt "forkert" bemærkning til, for at forholdet ødelægges:

En 50-årig kvinde i antidepressiv behandling og med træthed og fibromyalgi kommer for blodtryk og svar på blodprøver. Patienten fortæller dette, og den unge læge kvitterer med at fortælle, at blodprøverne var normale. Så siger lægen resumerende:

"Du har haft fibromyalgi i 5 år, er der noget nyt?"

Men patienten tolker ordet "nyt" som en anklage (krænkelse) og svarer vredt (krænkende) tilbage (Dramatrekanten aktiveres, 6. brev): "Du skal bare måle mit blodtryk".

Lægen bliver meget overrasket og føler sig krænket og vred og tænker (Lægen træder ind i Dramatrekanten): "Du skal ikke bestemme, hvad jeg skal gøre". Alligevel måler lægen blodtrykket, som selvfølgelig er forhøjet, 170/90, og siger, at han "ikke kan bruge det til noget" (krænkelse). Og patienten kvitterer med, at hun vil til en anden læge næste gang (krænkelse).

Eftertanker: Ved lægens bemærkning om ordet "nyt" kommer patienten til at føle sig mistænkeliggjort og dermed som offer, så Dramatrekanten aktiveres. Lægen reagerer spontant på patientens krænkelse, og efterfølgende skiftes læge og patient med at krænke hinanden.

Hvad kunne lægen have gjort? Da lægen ser patientens pludselige vrede komme, kunne han have taget det i opløbet og sagt:

"Hov, hvad skete der her? Det må du undskyldte".

På den måde kan han fange vreden, inden den får sat sig. Eller:

"Nu kan jeg mærke, du bliver vred, hvad er der sket?" (nysgerrig position).

I begge tilfælde verbaliserer lægen, hvad der sker og forholder sig nysgerrigt. Sådan kan lægen undgå at træde ind i Dramatrekanten (6. brev).

2. Når patienten giver udtryk for utilfredshed eller vrede eller kræver eller kritiserer mig for den hjælp, jeg giver

Nogle gange møder patienten eller den pårørende mig med vrede (angst). Udfordringen for mig bliver at undgå at lade mig indfange af patientens magtesløshed. Hvis jeg kan se vreden som en dækfølelse, kan jeg undgå at træde ind i Dramatrekanten (6. brev):

Video med far på 50 år og datter Judith på 17 år, ondt i maven gentagne gange, indlagt et par gange og udskrevet lige efter. (Ordene Kvitte-

ring, Resume, Tanke, Frygt og Ønske er nærmere omtalt i Larsen (2)).

Far: Det kan ikke passe, at hun bliver ved med at få ondt i maven, uden at I kan gøre noget. Nu skal der altså ske noget (Ønske)!

L: Godt, I kommer igen (Kvittering). Først vil jeg godt lige høre dig, Judith, fortælle...

J: Det gør bare ondt. Jeg kan ikke gå i skole. Jeg vil bare være rask (Ønske).

L: Det må være hårdt (Kvittering). Så når du har ondt i maven (Resume), hvad sker der så?

J: Jeg bliver bange (Frygt), for det gør rigtig ondt.

L: Og så tænker du, at nu skal du til læge (Tanke)?

J: Ja, også dem omkring mig tænker, at det må være noget farligt (Frygt).

L: Noget farligt? Hvad tænker du (Tanke)?

J: Kræft eller noget man kan dø af (Frygt).

Far: Det er derfor, vi er her. Ingen kan finde ud af det. Så nu skal der ske noget (Ønske). Du kan da se, hun har ondt (Frygt).

Eftertanker: Denne far og datter føler sig som ofre for datterens mavesmerter og usikkerheden på, om det er noget alvorligt. De er bange og møder (derfor) lægen med vrede, som lægen kan opleve krænkende (Dramatrekanten potentielt i spil). At møde vrede patienter og undgå at lade sig indfange af patientens vrede og magtesløshed og få en arbejdsrelation er en tilbagevendende udfordring, som denne kollega klarede godt ved at forholde sig nysgerrigt undersøgende.

Principperne for at undgå at havne i Dramatrekanten kommer her i kort form:

- At kvittere: For at kunne kvittere må jeg have kontakt med min observerende del, der lytter efter og fornemmer, hvordan patienten – og jeg selv - har det. Dernæst giver jeg mig selv mulighed for at verbalisere (italesætte) de følelser, som patientens historie vækker i mig, og som jeg antager patienten har (jeg viser, at jeg hører, ser og vil prøve at hjælpe (2)).
Når jeg verbaliserer følelserne, anerkender jeg patienten og letter hende for den skyld og skam, der er forbundet med at have et helbredsproblem og at søge læge. Jeg viser, at jeg kan rumme patienten. Alle disse momenter er med til at øge både min kontakt med mig selv og med patienten – og mindske begges risiko for at træde ind i Dramatrekanten.
- At resumere: Når jeg resumerer, kommer jeg tilbage til min kognitive del: Hvad er det, patienten har sagt indtil nu? Mit resume giver mig holdepunkter i strømmen af ord. Når patienten hører det, hun har sagt, gentaget, aktiveres også hendes kognitive del, og det modvirker, at vi begge overvældes af følelser. Når den følelsesmæssige energi mindskes, mindskes også risikoen for at gå ind i Dramatrekanten.



Figur 1 / Når jeg ikke kan gøre mig forstået.
Foto: Colourbox

Når jeg resumerer, hvad patienten selv har tænkt, hvad hun er bekymret for, og hvad hun vil have hjælp med, får vi begge tydeliggjort billedet af patientens univers og ressourcer, og hvad hun forventer af mig. Og resumeet kan give mig kontrol over samtalen (2).

- At jeg mærker mig selv: mine fødder, sædet, ryggen, vejtrækningen og hvilke følelser der vækkes i mig under samtalen, og at jeg taler med mig selv (jeg bevarer kontakten med min indre supervisor).
- At jeg får en kontrakt med patienten om, hvad konsultationen skal gå ud på (giver os begge en sikkerhed for, at vi har et fælles mål).

3. Når jeg ikke kan gøre mig forstået i forhold til patienter med sprogproblemer eller kulturforskelle

"En fremmed er en ven, du ikke har lært at kende endnu" (Svend Auken, 3)

Udenlandske patienter kan udfordre os både i forhold til sag og relation og dermed tid. Det er patientens særlige bagage, forudsætninger og behov, som får hende til at opleve sine problemer, som hun gør. Udenlandske patienter er vokset op i en anden kultur med nogle andre værdier end vores. Men de kan også have andre – kulturbundne – opfattelser af symptomer og sygdom, så deres fortolkning af symptomerne måske adskiller sig fra vores (4, 5). De har derfor mange grunde til at føle sig usikre eller magtesløse i konsultationen. Når sproget desuden er begrænsende, er der endnu større risiko for, at der opstår misforståelser, og at den nødvendige tillid ikke etableres. Det kan aktivere min magtesløshed. Oven i dette kommer, at enhver fremmed repræsenterer det ukendte, det jeg ikke har kontrol over, og det kan mindske min spontane empati. Men hvem er det, der siger, at jeg skal have kontrol? Måske kan jeg sige til mig selv:

"Jeg gør det så godt, jeg kan og vil. Jeg vil prøve at forstå og hjælpe patienten!"

I mødet med udenlandske patienter er det særlig vigtigt for at forstå, hvordan patienten tænker, altså at jeg får tydeliggjort Patientens del, selvom det for nogle patienter kan føles som en meget fremmed lægeadfærd.

Hvis jeg føler mig usikker eller truet, er det svært at være nysgerrig, interesseret og imødekommende. Så søger jeg at forsvare mig og sikre mig ved at holde mig til biomedicinen. Det indebærer en risiko for overdreven brug af medicinske forklaringsmodeller i forhold til de udenlandske patienters mange problemer af social og psykologisk karakter, sådan som det er beskrevet af Svenberg (6).

Hvis jeg vil undgå at føle mig fanget, må jeg give ekstra tid, gerne faste tider f.eks. en gang om måneden i en periode, så patienten kan føle sig mere tryk. Og når jeg kender patienten, kan jeg også bedre styre samtalen.

Tips:

Når jeg sidder over for en patient fra en fremmed kultur, tænker jeg på, hvordan jeg ville have det, hvis jeg sad hos lægen i hendes hjemland.

4. Når patienten ikke vil acceptere min hjælperolle eller krænker eller truer

Hvis patienten udfordrer eller ikke vil acceptere min hjælperolle, er der lagt op til konflikt. Det kan f.eks. være ved, at hun mener, at hun selv er klogere end mig, eller at hun omdefinerer mig til en ekspedient og sig selv til forbruger, der har krav på forskellige varer, f.eks. en henvisning eller en MR (fordi hun betaler skat eller har sundhedsforsikring). I begge tilfælde kan jeg føle mig detroniseret, frataget min rolles værdighed baseret på mange års uddannelse, dvs. krænket og dermed potentielt på vej ind i Dramatrekanten. Oven i dette kan komme min dobbelte rolle som fagperson og som fordeler af samfundets ressourcer i forhold til undersøgelser og henvisninger.

I en sådan situation kan det være godt at støtte mig til konsultationsprocessens kronologi, så jeg først får belyst hele Patientens del. Så får jeg et kvalificeret grundlag for min forhandling i Fællesdelen af konsultationsprocessen (7, 8). Ultimativt kan jeg henvise til, at jeg er en konsulent, og det står patienten frit at henvende sig til en anden, hvis hun er utilfreds, jf. Lægens rettigheder i 6. brev.

Direktøren. Video af en konsultation med en 60-årig direktør. På skærmen står "knæ" (T=tanke, F=frygt, Ø=ønske, K=kvittering (2)).

P: Jeg kan lige så godt sige det med det samme, hvad jeg vil have (Ø).

L: Ja, fortæl lidt mere...(K)

P: Jeg vil have en MR af mit knæ (Ø). Jeg har talt med en kollega til dig, en som jeg spiller golf med, og han sagde, at knæet skal opereres (Ø).

L: Det er fint, at jeg får det at vide (K), kan du fortælle lidt mere?

P: Jeg vil have en MR og komme til en specialist (Ø). Jeg har ikke tid med det her (snak). Det er undersøgelsen, jeg vil have.

L: Er det ok, at jeg undersøger knæet og giver en vurdering?

P: Jeg vil til en specialist (Ø).

L: Jeg vil lige undersøge dit knæ, så jeg kan finde ud af, hvordan vi skal gå videre, og om du skal til en anden specialist.

P: Lad gå. Nu har jeg haft problemer med knæet i 2-3 uger og kan ikke passe min golf (F).

L: Det lyder meget besværligt (K). Hvad tror du selv, det drejer sig om?(T)

P: Din kollega sagde, at det var en slidskade, som skal opereres (T).

L: Så du har et klart billede af, hvad der er galt (K) (2:40)

Eftertanker: Læg mærke til, hvor fint lægen undgår at komme i konflikt med patienten ved at kvittere (K) og "gå med" og ikke i første omgang stille spørgsmålstejn hverken i forhold til patientens kommanderende facon eller hans krav (Ø). Dermed får lægen efter undersøgelsen et solidt grundlag for sit afslag på MR. Efter at have set videoen havde kollegerne overvejende negative følelser: krænkelser, vrede, magtesløshed – en parallel til, hvordan patienten altså må føle sig – både i forhold til sit problem og det at være tvunget til først "bare" at skulle tale med en ung praktiserende læge. Så Dramatrekanten er potentielt i spil her.

Hvis patienten klager

Hvis patienten klager over en kollega, behøver jeg ikke at føle mig ramt. Jeg kan medgive det beklagelige i patientens oplevelse og samtidig understrege det værdifulde ved, at hun tager det op, så vi kan lære af det. Derfor opfordrer jeg hende til at kontakte kollegaen direkte. Jeg vil ikke så gerne være budbringer, fordi det kan belaste vores kollegiale forhold. Det vil nemlig være svært for kollegaen ikke at forbinde mig med det, patienten klagede over. Der er jo tale om patientens oplevelse, dvs. sådan som virkeligheden tog sig ud for hende. For min kollega tog den sig sikkert ganske anderledes ud. Desuden kan jeg ved at henvise patienten til min kollega bidrage til, at de kan få konflikten ud af verden. (Husk på retten til at begå fejl, 6. brev).

Og måske kan jeg bagefter tænke på, at jeg selv senere kan blive den, patienten beklager sig over til en anden kollega.

Hvis patienten klager til mig over noget, jeg har gjort, kan jeg opfatte det som et positivt forsøg på at genoprette et godt patient-lægeforhold. Jeg kan kvittere for den positive intention (det har sikkert krævet en del overvindelse for patienten at fortælle mig det) og interesseret undersøge klagens indhold.

Nogle mennesker kan imidlertid have stort behov for at rette deres frustration over tilværelsen ud på deres omgivelser, som bliver en slags skydeskive (projektion). Jo mere utydelig man selv er, desto lettere er det for patienten at bruge én som skydeskive (projektionsskærm). Derfor prøver jeg at være tydelig med, hvad jeg mener, og f.eks. kvittere

affektivt på den frustration, patienten åbenbart føler, samtidig med at jeg fastholder min position som konsulent og hjælper (holde sag og person adskilt, undgå at træde ind i Dramatrekanten).

Det at få en skriftlig klage opleves som meget belastende (9). Klagen sætter spørgsmålstejn ved mit arbejde, udløser skam (ved at blive udstillet) og kan opleves som uretfærdigt og rokke ved min tillid både til mig selv og andre. Derfor er patientklager det højst prioriterede punkt, når tiden i en supervisionsgruppe skal fordeles.

Følelsen af skam har den virkning, at man ikke føler sig god nok som person og exkommunikerer sig selv, bliver tavs (3. brev). Den hjælp, som supervisionsgruppen kan give, består i at modvirke skamfølelsen ved at bryde tavsheden, så man i sine egne øjne atter er værdig til at genindtræde i det kollegiale fællesskab.

Hvis patienten prøver at afpresse eller true mig

Ligesom min rolle som konsulent giver patienten sin frihed til at vælge, giver den også mig frihed til at undsige mig patientens krav, hvis de får form af en trussel. Jeg har min frihed og ret til at have et godt liv og være noget for mine andre patienter (Lægens rettigheder, 6. brev). Hvis patienten truer mig – eller jeg føler det – beder jeg patienten søge hjælp et andet sted. For også rent lægeligt vil min dømmekraft og evne til at træffe kliniske beslutninger påvirkes negativt af et truende klima.

Hvis en patient truer mig til at udlevere noget medicin, forhandler jeg ikke. Mit eget helbred står højere end loyalitet over for retningslinjer. Min oplevelse af at blive krænket må jeg behandle senere i f.eks. min supervisionsgruppe.

Nogle udveje, når du mærker ubehag eller irritation

Når jeg mærker begyndelsen til ubehag eller irritation i mit samvær med patienten, er det enten en smitte fra det ubehag, patienten føler eller er opfyldt af, eller et udtryk for min egen magtesløshed eller anti-pati. Min følelse kan være diagnostisk, hvis den reflekterer, hvordan patienten har det. Hvis følelsen stammer fra mig selv, kan den hænge sammen med, at der er noget i baggrunden for patientens væremåde, som jeg ikke har forstået godt nok, eller som minder mig om noget hos mig selv eller mit eget liv, som jeg ikke bryder mig om. Hvis jeg tidligt bliver opmærksom på min irritation, kan jeg lettere undgå en konflikt, derfor har jeg her skrevet et resume af forslag til nogle interventioner:

Mit ansvar over for mig selv

Det næste – og sidste brev – handler om lægens ansvar over for sig selv. Hvad kan jeg gøre i forhold til min måde at forholde mig til arbejdet? Jeg vil i særlig grad fokusere på et begreb som jeg – i mangel af bedre – har kaldt "mit energiregnskab". Det skal nemlig være sjovt og livgivende at være praktiserende læge, man skal holde af sine patienter eller lære at gøre det, ellers holder man ikke selv til arbejdet.

Vær opmærksom på den indstilling, du møder patienten med, nysgerrig med positive forventninger eller negativ, mistænksom: endnu en plagsom patient eller "åh nej, nu kommer hun igen". Vil du prøve at ændre din indstilling i dag?

Tænk på, at mange mennesker har brug for i første omgang at komme af med alt det, de har sparet sammen. De har bare brug for, at du lytter (væren), og du behøver ikke at gøre ret meget (gøren).

Hvis der er magtesløshed, skyld eller vrede på spil, vær så opmærksom på, at du let kan komme ind i Dramatrekant. Husk på din rolle som konsulent.

Du kan forsøge at kvittere for den følelse, patientens historie vækker i dig: "Jeg kan forstå, at du må føle dig meget træt og frustreret efter at have været sløj så længe..." Din anerkendelse giver patienten tryghed og dermed mulighed for forandring. Samtidig slipper du selv af med noget af dit eget ubehag og patientens udtalte krav om medfølelse.

Hvis du kan mærke, at nu trues relationen, så må du aktivt søge at forbedre den: "Jeg kan høre på dig, at du har det svært, så det var godt, du kom. Jeg skal forsøge at hjælpe dig." eller "Hvis du har oplevet det sådan, kan jeg godt forstå, at du er irriteret, vred osv."

Hvis du er medlem af en supervisionsgruppe, kan du tænke: "Fint, her er en patient, jeg kan tage med til supervision". Straks forandres din indstilling til patienten til nysgerrighed.

Du kan tænke på, at din opgave som læge altid er at trøste (undertiden lindre og stundom helbrede). Så hvordan kunne du trøste denne patient?

Hold sag og person adskilt, f.eks. i forbindelse med sygemelding, medicin mv.: "Jeg forstår godt, at x er meget plagsomt for dig. Jeg vil gerne prøve at hjælpe dig, men nu er lovgivningen, reglerne osv. sådan, at jeg ikke kan give dig det, du beder om. Alligevel vil jeg gerne prøve at hjælpe dig..."

Hvis jeg bliver irriteret på patienten, kan det være, fordi jeg ikke har forstået, hvorfor hun reagerer, som hun gør. Så kan jeg prøve at bede patienten fortælle lidt mere om, hvordan hun har det, hendes hverdag eller livshistorie. Så ændres min indstilling til patienten almindeligvis fra irritation til medfølelse. Både jeg selv og patienten får en fornemmelse af mening.

Jeg håber, 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: Arrangør af Kalygnos-kurserne

Litteratur:

- Magnil M, Gunnarsson R, Björkelund C. Using patient-centered consultation when screening for depression in elderly patients: a comparative study. *Scand J Prim Health C.* 2011 Mar; 29(1): 51-6.
- Larsen J-H. Kurven og de 5 kort. *Månedsskr almen praksis* 2012; 90: 46-52.
- Wivel A-R: Svend. Barok film, 2011.
- Dyhr L. Det almene i det anderledes. Dansk forskningsenhed for almen praksis, 1996.
- Lindberg LG, Wiuff MB, Grøn L, Dyhr L. Et udfordrende møde – social ulighed og sårbarhed i almen praksis. *Månedsskr Alm Praksis* 2012; 90: 848-54.
- Svenberg K. Mötet mellan patienten och läkaren. Erfarenheter hos somaliska flyktingar och läkare under utbildning. *Disp. Göteborgs Universitet*, 2011.
- Larsen J-H, Risør O. Konsultationsprocessen i almen praksis. *Månedsskr Prakt Lægegern* 1994; 72: 319-330.
- Larsen J-H, Risør O, Putnam S. P-R-A-C-T-I-C-A-L: a step-by-step model for conducting the consultation in general practice. *Fam Pract* 1997; 14: 295-301.
- Mabeck CE. Hvordan føles det at få en klagesag? *Månedsskr Prakt Lægegern* 2001; 79: 1067-80.