

● Syvende brev til min kollega

– problemer, der kan aktivere ens magtesløshed

Af Jan-Helge Larsen



Biografi

Forfatter er praktiserende læge siden 1975, lektor i almen medicin ved Københavns Universitet 1986-2006, kursusrangør 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 aktivret. Det handler de næste to breve om.

Som nyuddannede er vi løsningsorienterede og har tendens til at tænke, at god diagnostik og behandling = patienttilfredshed. Men nogle gange forvandler en vanskelig situation sig til en besværlig. Patienten bliver utilfreds, og lægen irriteret og frustreret. Hvad handler patienternes utilfredshed og skuffede forventninger om?



Hvordan ser vi på os selv?

Lægen er en omsorgsfuld, interesseret og hjælpsom ekspert, der arbejder på at mindske lidelse og få patienten til at genvinde sin sundhed.

Måske er det sådan, vi ser på os selv? Som læge er det at hjælpe tæt forbundet med, hvem jeg er, min identitet og de forventninger, jeg har til mig selv. Det er dejligt at kunne hjælpe, kunne anvende sin viden og erfaring til at få patienter til at genvinde sundhed eller mindske deres lidelse. At gøre et godt stykke arbejde og få patientens taknemmelighed. Nogle gange er det bare småproblemer, vi skal forsøge at løse, andre gange angst for sygdom, som er tæt forbundet med, at patienten har mødt livets fire grundvilkår: død, meningsløshed, alenehed eller frihed dvs. nødvendigheden af at skulle vælge (i).

Patientens angst kan smitte os. Den kan – som tidligere omtalt – have forskellige fremtrædelsesformer, hvoraf måske vreden er særlig besværlig, fordi den kan true vores oplevelse af at være kompetente hjælpere, vores selvbillede.

Til mit selvbillede hører også et håb og nogle forventninger til mig selv om, at jeg kan løse de problemer, patienten præsenterer for mig. Jeg forbinder en stor del af mit værd som læge dermed. Derfor kan også hver ny patient opleves som en slags eksamen, hvor jeg inden for den afsatte tid skal komme frem til en løsning. Det kan medføre en løsningsorientering og en slags utålmodighed, hvor jeg gerne så hurtigt som muligt kommer frem til et resultat. Hvis jeg ikke kan komme frem til en løsning, forbliver situationen uafsluttet, og patientens taknemmelighed kan udeblive.

Hvis jeg er løsningsorienteret, kan de dominerende følelser og tanker undervejs i mødet med patienten blive usikkerhed, utålmodighed og magtesløshed i dens forskellige former:

”Det her forstår jeg ikke? Gad vide, hvad det kan være? Hvad mener hun med det? Hvorfor fortæller hun mig det? Er hun ikke snart færdig? Nej, nu ved jeg jo, hvad det drejer sig om, hvorfor skal jeg så blive ved med at høre på hende? Åh nej, ikke endnu et problem. Hvad skal jeg dog gøre ved det?”

I sådanne øjeblikke kan jeg næsten komme til at føle mig som et gidsel i min egen konsultation.

Modsætningen til den gøre, der kendetegner løsningsorienteringen, er en orientering mod væren (2). Når jeg er i min væren, indlever jeg mig i patientens situation, undersøger nysgerrigt, hvordan hun tænker og føler, giver tid til, at hun fortæller sin historie. Når jeg er i min væren, ser jeg mødet med patienten som en proces, hvor jeg som den gode lærer (doktor= lærer) lader patienten fortælle og dermed måske selv finde forklaringer og løsninger. Men det er krævende at give tid, når jeg føler, at det netop er tid, jeg mangler.

Det er her, konsultationsprocessens opdeling i ”Patientens del” og

Figur 1 / Når man betragter naturen, er man i sin væren.
Foto: Jan-Helge Larsen



”Lægens del” er en hjælp. I Patientens del kan jeg prøve at være så meget som muligt i væren, i at være med, mens jeg i Lægens del skifter til gøren, at være for patienten (2).

Tips:

Ligesom i eksemplet med nysgerrighed contra mistænksomhed i 6. brev kan du score Patientens del af dine konsultationer på en skala:

Væren <===== > Gøren

Jeg vil i det følgende give eksempler på vanskelige situationer, som lægerne nævner ved supervision eller giver eksempler på ved at spille patienten i patientspil i konsultationslaboratoriet (3). Nedenfor findes en kategorisering af disse situationer.



Boks 1 / Problemer, som kan aktivere lægens magtesløshed:

Vanskelige problemer, medicinske, psykologiske, eksistentielle

- Noget, der ikke lader sig forklare eller helbrede
- Kroniske lidelser
- Smerter, somatisering, ikke-synlige eller uforklarlige problemer
- Svær livssituation, død, ensomhed, meningsløshed
- Afhængighed af lægen
- Livsstilsproblemer, misbrug og ambivalens

Lang tid, vanskelig kommunikation

- Tidspres eller for mange problemer i en konsultation
- Kroniske patienter eller patienter, som kommer ofte
- Tolkede samtaler
- Vanskelig kommunikation: tavs eller meget talende, teenager
- Grænseløs eller dramatiserende patient
- Patient med utilstrækkeligt sprog, viden eller begavelse
- Psykotiske patienter

Kræve eller kritisere

- Patienter, der kræver medicin, undersøgelser, henvisning mv.
- Patienter, der kritiserer, er vrede, krænker eller truer
- Patienter, der skiftevis roser og kritiserer

Sygemelding og attester

- Fordi lægens rolle kan ændres til dommer

Andet

- Udenlandske patienter
- Udeblivelse
- Non-compliance
- Flere personer i samme konsultation

Man kan opdele ovenstående problemer i to kategorier: problemer i forhold til sagen og i forhold til relationen:

A. Problemer i forhold til sagen:

1. Ved at bruge lang tid, bringe mange ting op eller sige ”jo, men...”
2. Ved at bede om hjælp til potentielt konfliktfyldte problemer som

- sygemelding, sovemedicin, helbredsundersøgelse til kørekort, misbrug
3. Ved ikke at følge mine råd, f.eks. problemer med livsstil eller misbrug
 4. Ved at bede om hjælp til vanskelige problemstillinger f.eks. smerter uden påviselig årsag

B. Problemer i forhold til relationen:

1. Når jeg ikke kan få ordentlig kontakt med patienten og dermed en arbejdsrelation
2. Når patienten giver udtryk for mistillid, utilfredshed, vrede, taler ned til mig, kræver eller kritiserer mig for den hjælp, jeg giver
3. Når jeg ikke kan gøre mig forstået, f.eks. patienter med sprogproblemer eller ved kulturforskelle
4. Når patienten ikke accepterer min hjælperolle, krænker eller truer

Problemer i forhold til sagen kan ofte løses rationelt ved argumentation, mens problemer i forhold til relationen løses ved, at jeg italesætter mine oplevelser og vanskeligheder. Fælles for disse situationer er, at min følelse af magtesløshed aktiveres, og det udfordrer eller truer mit selvbillede som hjælper. Patienten kan derved opleves som krænkende, så jeg inden i mig selv tænker:

”Det her kan patienten da ikke være bekendt at komme og besvære mig med!” eller: ”Det her er bare for meget!”

Det kan efterfølgende indirekte true forholdet.

Problemer i forhold til relationen kræver, at jeg benytter mig af metakommunikation (jf. 2. brev). Derfor er det betydeligt vanskeligere at løse problemer i forhold til relationen, fordi deres løsning baserer sig på, at jeg italesætter og håndterer mine egne og patientens følelser, fornemmelser og behov på en for patienten ikke-krænkende eller truende måde.

Problemer i forhold til sagen

1. Problemer i forhold til tid og organisation

Nogle konflikter handler om den tid, jeg har valgt at tildele patienten. Patienten kan have forventninger om at have masser af tid, fordi hun har samlet flere problemer sammen og ikke kommer så ofte. Når jeg et stykke inde i konsultationen gør det klart, at vi ”bare” har ti minutter tilbage, er der lagt op til konflikt. Hvem har ret? Hvem skal få ret?

Patienten kan være bange for ikke at få hjælp til at få løst alle de problemer, hun havde forberedt. Jeg bliver bange for, at min tidsplan for dagen går i vasken – og vreden lurer i os begge.

Så fokuserer jeg aktivt på relationen, idet jeg prøver jeg at holde sag og person adskilt (4): Jeg fastholder, at jeg gerne vil hjælpe patienten. Derfor beklager jeg over for hende, at hun ikke tydeligt nok har fået at vide, hvor lang tid der var afsat til hende i dag, men at jeg gerne vil give

hende en ny tid til de problemer, vi ikke når. Dermed gør jeg tre ting:

1. Jeg fastholder, at jeg vil hjælpe (relation),
2. jeg beklager og giver hende ret i rigtigheden af hendes oplevelse og
3. jeg søger at fastholde et samarbejde (ny tid)

Andre gange orker eller tør jeg ikke gå ind i en konflikt og lader som om, den ikke er der. Eller jeg giver efter for patientens krav og giver afkald på egne interesser og behov, bare for at få fred. Eller jeg vælger at kæmpe – man skal jo ikke finde sig i hvad som helst - og det ender med, at patienten skifter læge, eller jeg beder hende skifte.

Kroniske patienter, skæve eksistenser og tolkede samtaler tager længere tid, det er et vilkår. Tager jeg højde for det i min planlægning, eller prøver jeg at presse mig selv og patienten ind i den sædvanlige tidsramme?

Tips:

Når du kommer i tidsnød, så tænk på lægens rettigheder om at have det godt (6. brev) og prøv ovenstående tre punkter.

"Jo, men..."

I "Fællesdelen" kan det nogle gange tage lang tid at afslutte konsultationen. Lige som jeg troede, at nu må patienten da have forstået min forklaring, så kommer der et "jo, men" fra patienten:

"Skulle jeg ikke have haft et andet antibiotikum? Kan man med sikkerhed udelukke, at problemerne kommer fra maven? Kan man ikke undersøge det nærmere? Hvad nu hvis behandlingen ikke virker, hvad skal jeg så gøre?"

Måske er det et tegn på, at jeg ikke har undersøgt patientens tanker, frygt og ønsker godt nok i Patientens del, måske har jeg ikke været tydelig nok i min forklaring til patienten, eller også er det et udtryk for, at patientens angst er mere omfattende, end jeg havde gjort mig klart.

Det er her, jeg griber til resuméet:

- Først resumerer jeg det, jeg har hørt af patientens tanker, frygt og ønsker og tjekker, om der er noget, jeg har overhørt.
- Så fortæller jeg, hvad jeg har fundet og mit forslag til behandling,
- og til slut beder jeg patienten resumere mit forslag til behandling og beder om hendes vurdering.

Dette kognitive arbejde med at resumere giver os begge en struktur at holde os til. Det modvirker angsten hos patienten – og irritationen hos mig.

Tips:

Tænk efter, hvordan du har brugt resumé i dag? Hvad skete der?

2. De konfliktfyldte emner - hold sag og person adskilt

Vi kommer ofte i den situation, at vi formentlig må sige nej til noget af det, patienten beder om. Når patienten i starten af konsultationen siger:

”Jeg vil godt have nogle sovepiller (sygemelding, henvisning eller lignende)”, svarer jeg med:

”Godt, så ved jeg hvad du ønsker. Jeg vil gerne prøve at hjælpe dig. Kan du fortælle mig lidt om baggrunden for dine ønsker?” (hendes tanker og bekymringer).

For at undgå, at den efterfølgende forhandling ender i konflikt, prøver jeg igen at holde sag og person adskilt (4). Jeg fastholder positionen, at jeg vil prøve at hjælpe patienten, men at der i forhold til sagen findes nogle rammer og regler, som jeg er nødt til at overholde, eller at jeg som fagperson har en bestemt holdning. Det er altså ikke mig som person, der er hård og ufølsom, men nogle regler eller faglige standarder, som kan opleves sådan – og det er også derfor, jeg undertiden kan bøje reglerne og f.eks. give sovepiller, selv om jeg ville have foretrukket at vente.

I forhold til misbrugspatienter er det min opgave at indgå klare, eventuelt skriftlige, aftaler om det, vi har forhandlet os frem til. Hvis patienten bryder aftalen, er det ikke en hjælp at være eftergivende, for derved signalerer jeg, at blot patienten presser mere på, så giver jeg mig. Så kan jeg blive offer for patientens plagen og gå ind i Dramatrekanten (6. brev).

En særlig type vanskeligheder handler om sygemelding. De er godt beskrevet på hjemmesiden www.sjukskrivningar.se (5).

3. Når patienten ikke følger mine råd

Når patienten ikke følger mine råd, kan jeg føle mit arbejde som spildt, hvad var det hele så værd – og bag det lurer et ”hvad er jeg så værd?”.

Her hjælper det mig at tænke på, at jeg er konsulent, og patienten et selvstændigt menneske, som bruger mine råd og anvisninger så godt, hun formår. Hun formåede altså ikke at gøre det bedre. Det får min følelse i forhold til hende til at skifte fra nederlag og frustration til medfølelse og lyst til at hjælpe. Og måske kunne jeg alligevel have forklaret mig tydeligere eller undersøgt bedre, hvori vanskelighederne lå?

4. Vanskelige problemstillinger

Vi stilles jævnligt over for nogle uløselige problemstillinger, f.eks. smerter eller træthed uden påviselig årsag. Både patientens og vores egen forventning er, at vi må gøre noget for at finde årsagen og løse problemet, men nogle gange finder vi ikke en forklaring. Her er det også vigtigt at holde sag og person adskilt: Jeg siger til patienten, at jeg tror på, at hun har det, som hun beskriver, og at det må være meget ubehageligt at have det sådan, og at jeg vil gøre, hvad jeg kan for at hjælpe hende.

Når patienten oplever, at jeg ikke stiller spørgsmålstejn ved hendes oplevelse, men anerkender den, bliver smerten lettere at bære:

”Jeg er ikke alene, lægen forstår mig (eller prøver i hvert fald på det) og vil prøve at hjælpe”.

Oveni dette kan komme patientens sikkerhed for, at lægen er parat til at følge hende, være hendes ledsager.

Nogle gange kan det blive nødvendigt at bede en kollega om hjælp, dvs. at henvise. Men timingen er vigtig. Hvis jeg henviser patienten for hurtigt, kan hun opfatte det som en afvisning. For at undgå det, aftaler jeg med patienten, at jeg gerne fortsat vil følge hende, og vi aftaler en ny tid. Jeg prøver at holde døren åben, så jeg fortsat kan være patientens ledsager under en til tider vanskelig odysse, hvor patienten jo som oftest ender hos mig igen.

Tips:

Tænk på, hvilke af dine patienter du helt overvejende fungerer i rollen som ledsager for – og hvor mange unødige undersøgelser du derved sparer patienten (og samfundet) for.

Dette brev har handlet om, hvordan de problemer, vi møder, kan aktivere vores magtesløshed. Fokus har her især været på sagen. Det næste brev handler om relationen.

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 Kalymnos-kurserne

Litteratur

1. Yalom ID. Kærlighedens bøddel. København, Reitzel, 1994.
2. Spinelli E. Eksistentiel psykoterapi i praksis. København, Reitzel 2008.
3. Larsen J-H, Nystrup J, Risør O. Konsultationsproces-laboratoriet – træning i klinisk samtale. Allmänmed, 1999: 20: 24-27.
4. Fisher R, Ury W. Få ”Ja” når du forhandler. København, Borgen, 1987.
5. www.sjukskrivningar.se