

Pasientsentrert kommunikasjon i tiltaksfasen

En mulighet for smågruppeundervisning

AV INGER MARIE STEINSHOLT



INGER MARIE STEINSHOLT

Født 1946

Cand med Oslo 1973

Turnustjeneste Tromsø

Allmennpraksis Mortensnes Helse og Sosialsenter 1976–78

Allmennpraksis A/S Legekontoret, Kongsberg fra 1978

Godkjent spesialist allmennmedisin 1986

Redaksjonskomitemedlem Utposten 1986–91

Medlem Publiseringsutvalget NSAM 1989–93

Forfatter *Røntgenboka – bildediagnostikk i allmennpraksis* 1992

Amanuensisvikariat Institutt for allmennmedisin 1998–99

Praksislærer ved Universitetet i Oslo

Planlegger veiledningsgruppe i allmennmedisin fra 2002.

Adr: A/S Legekontoret, 3616 Kongsberg

Tlf privat 32 76 55 37, jobb 32 73 28 32

Fax privat 32 76 55 37, jobb 32 73 53 75

E-mail: ingems@samfunnsmed.uio.no

De nye reglene for opprettholdelse av spesialitet i allmennmedisin legger stor vekt på smågruppearbeid. Gruppene kan selv velge tema, og det er mange muligheter, bl.a. har Legeforeningen lagt ut en idekatalog på nettet om aktuelle emner.

De siste par årene har jeg, ved siden av min allmennpraksis, hatt et allmennpraktikerstipend for å tilrettelegge et australsk undervisningsopplegg for studenter for norske forhold. Opplegget går ut på å anvende pasientsentrerte prinsipper i konsultasjonens tiltaksfase. Tiltaksfasen er definert som den del av konsultasjonen som foregår når diagnosen er stillet, eller problemet beskrevet så godt det lar seg gjøre. Jeg opplevde selv at å anvende disse prinsippene gav en ny og positiv vinkling i mine konsultasjoner.

Jeg tror dette opplegget kan egne seg godt for smågruppeundervisningen i etterutdannelsen, og synes det bør bli kjent blant norske allmennpraktikere. Jeg vil derfor i denne artikkelen presentere opplegget grundig.

Om pasientsentrert metode

Begrepet pasientsentrert metode vil jeg tro er kjent for de fleste. Det innebærer at pasientens følelser, forventninger, forestillinger og forutsetninger blir tillagt vekt. Selve begrepet ble først anvendt av den engelske psykiater Michael Balint (1). Metoden ble utviklet og beskrevet av dr Levenstein, en sørafrikansk allmennpraktiker, i samarbeid med McWhinney og hans gruppe i Canada (2). Andre var inne på de samme tankene; som Byrne and Long (3) og gruppen rundt Pendleton i Oxford (4).

Selv om mange av oss av den litt eldre garde ikke lærte noe om dette i studietiden, har vel disse prinsippene tilflytt oss på ymse vis; ikke minst takket være Kirsti Malteruds banebrytende doktorarbeid fra 1990 (5). Flere artikler om emnet er publisert i sentrale kilder for norske allmennpraktikere. (6, 7, 8). For de fleste av oss vil jeg anta det er vel integrert å ta med de pasientsentrerte prinsippene i konsultasjonens innledende faser.

FAKTARUTE 1: 5.punktslista for pasientsentrert tiltaksfase

Skal ivaretaes i rollespillet

KORTVERSJON

1. Fortell pasienten hva du mener dette er og hvorfor du mener det
2. Kartlegg pasientens følelser, forestillinger om diagnosen
3. Kartlegg pasientens forestillinger, forventninger om behandling
4. Lag tiltaksplan i samråd med pasienten. vektlegg ressurser.
5. Oppsummering – avslutning

UTDYPNING (eksempler på hvordan det kan utdypes, passer ikke alltid!)

1. *Hva er det pasienten feiler?*
Prøv å forklar enkelt hvordan du er kommet fram til diagnosen. Sjekk at pasienten faktisk har oppfattet hva du mener det dreier seg om.
2. *Kartlegg pasientens følelser og forestillinger om diagnosen*
Vet du noe om dette fra før?
Har du tanker om hvorfor du har fått det nå?
Er du bekymret over dette?
Er det noe spesielt du ønsker å vite?
3. *Kartlegg pasientens forestillinger og forventninger om behandling*
Vet du noe om hva man kan gjøre med dette?
Hva tenker du vil være den beste behandlingen for deg nå?
4. *Lag tiltaksplan – vektlegg ressurser*
Kan du gjøre noe selv?
Bør du bruke legemidler, evt hvilke?
Hva pleier du å gjøre for å ta vare på helsen?
5. *Oppsummering – avslutning*
Hva er vi blitt enig om?
Hvordan kan dette best følges opp videre?
Er du fornøyd?

VIKTIGE OBS MOMENTER:

- Vær i dialog!
- Pass på at det ikke blir forhør av pasienten!
- Er pasienten mottakelig? (innstilt på informasjon, ikke i følelsesmessig kaos)
- Hvilke behov har denne pasienten i dag?
- Ikke for mye informasjon (ikke gi mer informasjon enn at pasienten får det med seg)
- Gjennomførbart? Er opplegget dere blir enig om gjennomførbart for pasienten?

Pasientsentrert metode i tiltaksfasen

Når det gjelder tiltaksfasen oppdaget jeg i arbeidet med dette at i hvert fall jeg i mye mindre grad har vært opptatt av hva slags forestillinger pasienten har. Stiller jeg diagnosen diabetes eller hypertoni, har jeg vært mest opptatt av å informere pasienten om det jeg har lært han bør vite. Men stilt overfor disse prinsippene ble jeg oppmerksom på det helt selvsagte: at når jeg sier til en pasient «du har fått sykdom», farer det tusen tanker gjennom hodet hans. Disse tankene vil være forskjellige fra pasient til pasient. Å ta utgangspunkt i dette synes å være et veldig godt utgangspunkt for hvordan man bør håndtere dette videre.

Det er interessant at dette er de samme prinsippene som anvendes ved problembasert læring. Denne metoden er ikke uten grunn tatt i bruk i studentundervisning de senere år. Læring foregår ved at man integrerer enkelte nye elementer inn i det man vet fra før. Slik fungerer det selvfølgelig også for pasientene.

Beskrivelse av opplegget

Opplegget går ut på å innøve pasientsentrert tankegang i tiltaksfasen ved hjelp av rollespill. Det opprinnelige konseptet har slike rollespill for tiltaksfasen for ca 50 tilstander. Disse favner vidt, fra det helt enkle som migrene og blærekatarr, til sammensatte problemer som alkoholmisbruk og mulig barnemishandling. To av gruppedeltakerne spiller lege og pasient, de andre er observatører.

En liste over punkter som det er aktuelt å ivareta i en tiltaksfase fungerer som en sjekkliste for legen. Opprinnelig var denne lista ganske omfattende med 10 punkter. Under utprøvingen fant vi at den ikke bør være for lang, fordi det må være mulig å ha den i hodet. Den er derfor redusert til 5 punkter, med noen «obs-elementer» som man erfaringsmessig fort kan gå i vannet på (faktarute 1). Det er ikke meningen at lista skal følges slavisk, men at den som spiller legen skal ha den i hodet og bruke det som er naturlig i den foreliggende situasjon.

For hver pasient er det laget en bakgrunnsinformasjon (faktarute 2, eksempel lumbago). Legen og pasienten får hver sin detaljerte beskrivelse av situasjonen (faktaruter 3 og 4). For hver tilstand som skal spilles, er det dessuten utarbeidet en enkelt medisinsk informasjon (faktarute 5). I det opprinnelige opplegget var dette tenkt som en informasjon som skulle gis ut til pasienten. I vårt opplegg har den vist seg bedre egnet som en kort repetisjon for «legen» om de viktigste sider ved tilstanden. Spesielt studentene gav uttrykk for at det var lettere å spille legerollen når de mest basale medisinske fakta er lett tilgjengelige. Men også i utprøvingen blant allmennleger mente de fleste at dette var en

FAKTARUTE 2: Bakgrunnsinformasjon om pasienten – lumbago

NAVN: Jan Borge

ALDER: 34 år

SOSIALT: Samboer i 2 år, bor i 3-roms leilighet. 1 sønn (10 år) fra tidligere forhold bor hos moren. Skal snart gifte seg igjen.

YRKE: Utdannet blikkenslager. Jobber nå som sjåfør/montør i et ventilasjonsfirma.

SYKDOMMER I SLEKTEN: Far operert i ryggen 43 år gammel. Ellers frisk slekt.

TIDLIGERE SYKDOMMER: Stort sett frisk.

ALLERGIER: Ingen.

STIMULANTIA: Røker 1 pk tobakk i uka. Noe øl i helgene.

MEDISINER: Ingen faste.

SPESIELLE HELSEPROBLEMER: Ingen.

FAKTARUTE 3: Situasjonsbeskrivelse til legen – lumbago

Pasienten klager over korsryggsmerter som oppsto akutt for 3 dager siden da han løftet forkjært. Han forteller at han oppsøkte legevakta med en gang, fikk noen tabletter og beskjed om at det ville gå fort over. Men nå har han måttet være hjemme fra jobben og er bekymret og litt aggressiv fordi han ikke er blitt noe bedre. Han krever skikkelig undersøkelse og behandling så han kan bli bra så fort som mulig! Han har insistert på å få akutt time hos deg i dag og kommer nå til det.

UNDERSØKELSE

Pasienten beveger seg forsiktig og holder ryggen i en stiv stilling. Du finner noe nedsatt bevegelse i ryggen spesielt ved framoverbøyning, og smertene framprovokeres i ytterstillingene. Bekkenet er rett. Det er ingen skoliose. Lasgues prøve med venstre ben gir noe smerter i ryggen ved ca 45 gr, men ingen utstrålende smerter til benet. Med høyre ben angir han ingen spesiell smertereaksjon. Med pasienten i buklee finner du lite trykkmøhet over ryggtaggene, men det er stramme og palpasjonsømme muskler i lumbalavsnetet, mest på venstre side. Normale reflekser og kraft/sensibilitet. Bevegelse i hofteleddene virker normal. Du konkluderer med at dette er en akutt lumbago og at det neppe er noe prolaps. Rollespillet starter når du skal informere pasienten om dette.

OPPGAVE

Gjennomfør konsultasjonens tiltaksfase og anvend de 5 punktene. Gi generelle råd om takling av smerter, ergonomi og livsstil. Avklar om pas trenger analgetika og forskriv det eventuelt. Hva med sykemelding? Ville du rekvirere supplerende undersøkelser?

nyttig påminnelse. Enkelte fant det naturlig å gi den til pasienten under rollespillet.

Det opprinnelige opplegget inneholdt også detaljert medisinsk informasjon om diagnostikk og behandling av tilstanden. Vi har funnet det mer hensiktsmessig å vise til anerkjent norsk konsensus som regelmessig oppdateres i Norsk

Legemiddelhåndbok. Dette kan man altså med fordel repetere før man skal spille rollespillet.

Rollespillet skal ta maksimalt 15 minutter. Deretter skal det være en evaluering på ca 15 minutter. Alle gruppedeltakerne får en mal for denne evalueringen (faktarute 6). Denne utviklet vi med basis i elementer hentet fra Silvermann (9) og kommunikasjonsundervisningen i Bergen (10). I studentsammenheng ledes evalueringen av en lærer (veileder). I en etterutdanningsgruppe kan dette sannsynligvis med fordel gå på omgang. Alle deltakerne må få spille lege og pasient. En gruppestørrelse på 6–8 antas passende. Hvis man er 8 deltakere vil en slik gjennomgang kreve 8 rollespill og 4 timer. Man kan møtes flere ganger, spille flere tilstander, og om ønskelig prøve ut flere teknikker.

Erfaring fra kurs for allmennpraktikere

I november 00 deltok åtte erfarne allmennpraktikere på et dagskurs med dette opplegget ved Primærmedisinsk uke. Innledningsvis ble det presentert en video hvor tiltaksfasen var spilt inn for samme tilstand på to forskjellige måter, en meget pasientsentrert, og en meget legesentrert. Deretter ble det spilt rollespill i tiltaksfasen med etterfølgende diskusjon for åtte tilstander, slik at alle fikk spille både lege og pasient. Tilstandene som ble spilt var cystitt, allergisk rhinitt, lumbago, migrene, tykktarmskatarr, hypertensjon, angstanfall og atopisk eksem. Deltakerne yurderte opplegget som meget nyttig. Fem svarte at dette var annerledes enn slik de pleide å gjøre det. Man så også potensialer for videreutvikling og forbedring. Forslag som kom fram var:

- å spille om igjen noe som man i evalueringen kom fram til ikke hadde fungert helt godt
- «legen» kunne prøve flere måter å utforme tiltaksfasen på i rollespillet, for å bevisstgjøre seg kontraster på samme måte som i innledningsvideoen
- videoopptak av rollespillet

Vi diskuterte også nytten av nøkkelspørsmål i tiltaksfasen. Interessant var det å observere at «ressursspørsmålet» til Malterud og Hollnagel «Hva gjør du for å holde deg så frisk» (11) utløste positive prosesser.

FAKTARUTE 4: *Situasjonsbeskrivelse til pasienten – lumbago*

For 3 dager siden fikk du akutte korsryggsmerter i det du løftet en tung kasse. Du sto vrient til og måtte både bøye og vri ryggen for å få tak. Du har aldri tidligere hatt vondt i ryggen, og har alltid sagt og trodd at du har en sterk rygg i motsetning til faren din som du husker hadde store og langvarige plager. Derfor ble du ganske engstelig og oppsøkte straks legevakta der du bor. Legen undersøkte deg og fortalte at det ikke var noe alvorlig galt med ryggen din. Du fikk resept på noen tabletter som du skulle bruke de første dagene. Men ryggen har vært svært vond hele tiden, særlig når du sitter, men også når du går. Best er det å være helt i ro. Du gikk derfor innom den faste legen din i går og insisterte på å få time i dag. Legen har nå undersøkt ryggen din, og rollespillet starter når denne undersøkelsen er avsluttet.

HVORDAN ROLLEN KAN SPILLES

Engstelig for dette, bekymret for framtiden hvis ryggen ikke blir bra. Litt aggressiv. Overbevist om at det må være noe skikkelig galt fatt og at noe må gjøres straks. Vil ha ordentlig undersøkelse (røntgen).

SPØRSMÅL DU KAN STILLE

Kommer jeg til å bli helt bra igjen?
Hvor lang tid vil det ta? Blir jeg bra til bryllupet?
Er det ikke nødvendig å ta et røntgenbilde- så man kan se hva det er?
Bør jeg gå til kiropraktor eller fysioterapeut?
Kan det utvikle seg til å bli en kronisk dårlig rygg som min far hadde?

En uhøytidelig «etterundersøkelse» fire måneder etter kurset der seks av deltakerne svarte, viser at de fortsatt opplever at kurset var nyttig, og at det har ført til i hvert fall en viss endring i egne konsultasjoner. Videre var det stor enighet om at opplegget egner seg godt for smågruppeundervisning. Flere uttaler at denne tankegangen bør komme inn så tidlig som mulig i legekarrieren; da det er vanskelig for «innbarkedde» primærleger å endre stil, og det blir også vektlagt at trening på disse prinsippene over tid sannsynligvis ville øke utbyttet av metoden.

Hvorfor pasientsentret metode?

Er det en fordel med pasientsentrert metode? Blir pasientene mer fornøyd, blir etterlevelsen bedre, blir helsetilstanden bedre? Det vil kanskje forundre at forskningen på dette området har til dels motstridende resultater og konklusjoner (6). Men det er vanskelig å gjøre gode og gyldige undersøkelser om dette. F eks kan jeg trekke fram en undersøkelse (12) som laget videovignetter med legesentrert og pasientsentrert stil for flere kliniske tilstander. Disse ble så presentert for tilfeldig utvalgte pasienter som skulle si hva de foretrakk. Legesentrert stil kom best ut i flere sammenhenger, men den pasientsentrerte stilen var uhyre deltakert og omstendelig selv for bagatellmessige ting. Jeg tror også jeg kunne bli litt irritert hvis jeg kom til legen for å få hostesaft og sykemelding, og ble presentert for masse spørsmål om hva jeg mente, trodde og følte.

Min egen erfaring er at dette opplegget har gitt meg – og jeg tror mine pasienter, mye av praktisk nytte, og gjort konsultasjonene mye mer spennende og interessante; også for meg

FAKTARUTE 5: *Enkel medisinsk informasjon – lumbago*

HVA ER LUMBAGO? Det er smerter i korsryggen som kan oppstå plutselig eller utvikle seg gradvis over noen dager. Av og til kommer det i forbindelse med en uvant brå bevegelse i ryggen.

HVA ER ÅRSAKEN TIL LUMBAGO? Det er mye usikkerhet rundt dette. Delvis skyldes det nok småskader i musklene, men mer betydelig smerter kommer antakelig også fra leddforbindelsene i ryggen. Noen ganger skyldes smertene press på en nerverot.

HVILKE SYMPTOMER GIR LUMBAGO?

Vanligvis intense korsryggsmerter som bedres av hvile. Hvis smertene skyldes press på en nerverot vil man som regel få utstrålende smerter til det område nerveroten brer seg ut i, som regel nedover i det ene benet. Disse smertene forverres som regel ved bruk av bukpressen. Det er dette vi kaller ischias.

HVORDAN UTREDES LUMBAGO? Vanligvis er det ikke nødvendig med utredning utover en vanlig undersøkelse hos legen. Røntgenbilder eller blodprøver vil ikke gi informasjon av betydning for forløp eller behandling. Hvis smertene varer mer enn ca 6 uker vil man oftest ta røntgenbilde og/eller CT, litt avhengig av forhistorien til pasienten.

HVILKEN RISIKO MEDFØRER LUMBAGO? De aller fleste mennesker får dette før eller siden. Man vil nesten alltid bli bra spontant selv om det kan ta litt tid. Det gjelder også de med ischias. De fleste er i arbeid igjen innen 6-8 uker. Man kan få det igjen senere. Hvis man følger enkle regler for ryggbelastning og holder seg fysisk aktiv er sannsynligvis faren for dette mindre.

HVILKEN BEHANDLING ANBEFALES? Det beste er å holde seg i så normal aktivitet som mulig. Sykemelding anbefales bare hvis det er helt nødvendig pga smertene. En kur med betennelsesdempende medisiner vil i mange tilfel-

selv. Noe mer tidkrevende tror jeg nok det er, men jeg opplever at dette er en hensiktsmessig bruk av tid. Og med den nye pasientrettighetsloven, en samfunnsutvikling med mer velorienterte pasienter osv, er det ikke tvil om at vi allmennpraktikere må ha en bredt armamentarium når vi skal møte våre pasienter. Å endre stil i forskjellige situasjoner er ikke lett, men jeg tror at vi må bli dyktigere til å tilpasse vår legestil etter pasientens behov. Pasientkommunikasjon er sammenliknet med trinnene i en dans; først må man øve inn grunntrinnene, men etter hvert blir man dyktigere og sikrere, og når man er blitt riktig dreven kan man improvisere og briljere (10). Jeg tror at et gruppeopplegg med denne metoden vil være nyttig og morsomt for svært mange av oss.

*De som
har lyst til
å prøve
dette opp-
legget er
hjertelig
velkom-
men til å
ta kontakt
med meg!
Jeg håper
jeg har
gjort
riktig
mange
nysgjerrige
på dette!*



ler være en fordel. Man bør gjenoppta normal aktivitet så snart som mulig. De aller fleste blir bra i løpet av få uker. Hvis det varer utover 6-8 uker er videre utredning og vurdering for operasjon aktuelt. Akutt operasjon er aktuelt en sjelden gang: v/ problem med blære/tarmfunksjonen, hvis man får tydelige lammelser av kraften i bena eller hvis svært sterke smerter vedvarer utover et par døgn.

HVORDAN KAN MAN FOREBYGGE LUMBAGO?

Det er antakelig en fordel å drive jevnlig fysisk aktivitet uten å overdrive. Man bør også følge enkle regler for hvordan man skal bruke kroppen i det daglige. Langvarig stillesitting bør unngås. Men mye er uklart på dette området – f.eks har man ikke klart å vise at pasienter som går på såkalt «ryggskole» hvor de lærer mye om bruk av ryggen, har mindre tilbakefall enn andre. Det ser ut som det er viktig å være sikker på at man skal holde seg bra, at man ikke er overforsiktig, og lever normalt.

BØR LUMBAGO KONTROLLERES?

Nei, ikke ved normal tilfriskning.

Referanser

1. Balint M, Hunt J, Joyce D, Marinker M, Woodcock J. Treatment or diagnosis. A study of repeated prescriptions in general practice. London. Tavistock Publications, 1970.
2. Stewart M, Brown JB, Weston WW, McWhinney IR, McWilliam CL, Freeman TR. Patient-centered medicine. Transforming the clinical method. Thousand Oaks: Sage Publications, 1995.
3. Byrne PS, Long BLE. Doctors talking to patients. Exeter: The Royal College of General Practitioners, 1984.
4. Pendleton D, Schonfield T, Tate P, Havelock P. The consultation. An approach to learning and teaching. London: Oxford University press, 1984.
5. Malterud K: Allmennpraktikerens møte med kvinnelige pasienter. Bergen: Tano, 1990.
6. Meland E, Schei E, Børheim A. Pasientsentrert medisin, en oversikt med vekt på bakgrunn og dokumentasjon. Tidsskr Nor Lægefor 2000; 120: 2253-6
7. Larivaara P, Kiuttu J, Taanila A. The patient-centered interview: the key to biopsychosocial diagnosis and treatment. Scand J Prim Health Care 2001; 19: 8-13
8. Mabeck CE. Patient-centreret medicin i et spændingsfelt mellom naturvidenskab og fænomenologi. Medicinsk Årbog 1995. Munksgaard, København.
9. Silvermann J, Kurtz S, Draper J. Skills for communication with patients. Radcliff Medical Press, 1998.
10. Schei E, Børheim A, Meland E. Klinisk kommunikasjon – et strukturert undervisningsopplegg. Tidsskr Nor Lægefor 2000; 120: 2258-62
11. Malterud K, Hollnagel H. Womens's self-assessed personal health resources. Scand J Prim Health Care 1997; 15: 163-68.
12. McKinstry B. Do patients wish to be involved in decision making in the consultation? A cross sectional survey with video vignettes. BMJ 2000; 321: 867-71

FAKTARUTE 6:

Mal for evaluering av rollespill

De som spiller kan markere TIME OUT ved behov.

Den som spiller legen evaluerer først hva han/hun syntes gikk bra / ikke gikk så bra

Deretter pasienten, hvordan opplevdes det, hva opplevdes bra/ ikke så bra.

Deretter i plenum:

Ble tiltaksfasen godt ivarettatt?

Ble punktene tatt med i den grad det var naturlig?

Ble obs-momentene tatt hensyn til i rimelig grad?

Regel for tilbakemeldinger

Vær konkret, med referanse til den spesielle situasjon.

Vær konkret på det du mener kunne gjøres annerledes, kom med forslag, si noe om hvordan du tror det kunne fungert bedre.

Fokuser også på positive elementer

Begrens negative tilbakemeldinger til forhold som kan endres.

Når du mottar tilbakemeldinger:

Lytt – ikke forbered forsvar

Se på det som kommer fram som forslag, vurder om du tror det har noe for seg.

Tilbakemelding sier like mye om den som kommer med det som om deg. Det er ingen fasit!