



# Helsefremmende kommunikation i almen praksis

## – At aktivere håb og resurser i daglig praksis

■ PEDER OLESGAARD *speciallæge i almen medicin*

**For ca. et år siden** vikarierede jeg som læge i Grønland. En kvinde på omkring 35 år kom nok især for at få sin sygdomsmedling forlænget. Der var tolk med i konsultationen, som der er ved ca. 60 procent af alle konsultationer. Det lægger måske i sig selv en dæmper på intensiteten af kommunikationen. Patienten havde mange problemer og dog kunne det måske sammenfattes i et: Hendes liv fungerede ikke. Hun havde intet arbejde. Hun havde dårlig økonomi. Hun havde alkoholproblemer. Havde svært ved at tage hånd om hendes børn. Hun var alene med børnene. Hun havde flere psykosomatiske symptomer

så som smerter i bevægeapparatet, svimmelhed, hovedpine, tendens til hjertebanken. Alt det kunne jo godt virke noget uoverskueligt og fristelsen til at forlænge sygdomsmedlingen og så lade andre tage sig af hendes multi-problemer var nærliggende. At starte en almindelig konsultation for at udrede alle disse symptomer var uoverskuelig, ja nærmest umulig.

**Jeg valgte derfor** i stedet at vende alt på hovedet og spurgte hende om, hvad hun syntes, der var godt i hendes liv. Hun virkede lidt overrasket og svarede først, at det var der nærmest intet, der var. Derefter spurgte jeg

hende om, hvad hun godt kunne lide at lave. Det svarede hun konkret på. Så var der jo lukket op ind til en resurssedel af hendes liv. Herefter blev samtalen vendt hen imod hvad der havde været godt i hendes liv, og hvad årsagen kunne være til det. Mon hun selv dengang havde haft nogen indflydelse på, at det havde været godt. Efterhånden tøede hun mere og mere op og gik med på den fantasirejse, som det jo var ind i et liv, som kunne være godt. Herefter opdagede jeg, at jeg selv mere og mere begyndte at tale resurse sprog, og åbenbart i hypnotiske vendinger. Pludselig begyndte tolken at tale nærmest i tranceindu-

Bydelen Nuussuaq i Grønlands hovedstad Nuuk med Sermitsiaq-fjellet i baggrunden.



cerende sprog på grønlandsk. Konsultationen endte med, at patienten forlod konsultationsrummet med håb om, at tingene kunne ændres til det bedre i hendes liv og med tro på, at hun selv kunne påvirke tingene til det bedre. Hendes kropssprog var tydeligt forandret, da hun forlod konsultationen. Tolken udtrykte spontant bagefter: »Det var en fantastisk oplevelse. Patienten nærmest svævede ud af konsultationen«.

**Episoden er selvfølgelig** lidt speciel, men illustrerer meget godt, hvor virkningsfuldt det kan være i daglig almen praksis at vende sig væk fra patogenetisk tankegang og hen imod at se på tingene med resurse øjne. Som læger er vi oplært til at starte med en patogenetisk tilgang, hvor vi prøver at fejlfinde. Vi prøver at forstå, hvad det er, der er gået galt og begynder så at tænke på en reparationsmetode. Det giver god mening i rigtig mange situationer. Men en gang imellem virker metoden slet ikke. Den nævnte sygehistorie viser klart at, i en sådan situation er det helt oplagt at tage en anden approach. Det er fantastisk at have adgang til den patogenetiske (hvordan opstår sygdom) og den salutogenetiske (oprindelse til sundhed) på en gang. Netop i almen lægepraksis er det meget brugbart at tænke i begge baner og dermed kommunikere i begge baner. Det er i almen praksis, at vi møder patienten i starten af et forløb, hvor det kan være fint at tænke patogenetisk. Men det er også i almen praksis, at vi ser den samme patient mange gange gennem et helt liv. Her er det helt oplagt også at se på patientens resurser, at diskutere resurser med patienten for at finde en vej med patienten tilbage til det gode liv.

**Jeg selv har været** praktiserende læge i en provinsby i Danmark i 27 år. Jeg har været tilknyttet Almen medicinsk institut; Århus Universitet og dermed undervist studenter og unge læger i kommunikation. Faget almen medicin betragter kommunikation som fagets kerneområde. Jeg har for syv år siden lært hypnoterapi og dermed erfaret, hvor vigtig resursetanker og resursesprog er for at finde vejen tilbage til at have det godt. Det er i hypnoterapi, at man lader patienten opleve, hvordan hendes resurser ligefrem direkte kan sejre over hendes sygdomsfølelse. Det er her man lader patienten føle velvære, styrke, frihed og ro og andre resursefyldte følelser. Når der er god kontakt til disse stærke følelser, kan man som terapeut spørge patienten, medens hun er i trance, om hun kunne forestille sig, at disse stærke følelser kunne hjælpe til med at løse det problem, som hun opsøger mig for. Ofte vil patienten mærke en fornemmelse af, at det fint kan lade sig gøre.

Når patienten således i trance har haft oplevelsen af at blive hjulpet oveni købet af sig selv, vil det ofte være starten til bedring og løsning af hendes problem.

**Antropologen** Beth Elverdam, som var ansat på Almen medicinsk institut i Odense i Danmark i en årrække, udførte en del kvalitative studier om den almen medicinske kultur. Hun kom naturligvis derfor ind på emnet kommunikation i almen praksis. Hun sad hos mig en hel dag og optog alle mine konsultationer en dag i 2003. Hun renskrev det hele, og da jeg læste hele dagens kommunikation, lærte jeg rigtig meget om mig selv og min måde at kommunikere på. Det blev efterfulgt af et interview, hvor Beth kom hos mig igen for at interviewe mig om mine tanker desangående. Jeg lagde mærke til at, i starten af konsultationen var det næsten kun patienten der talte. Efterhånden som konsultationen skred frem kom jeg mere og mere på banen, og til sidst var det mest mig der talte.

Jeg havde i mange år øvet mig på at lade patienten tale færdig. Studier har vist, at i gennemsnit bliver patienten afbrudt efter 15 sekunder! Samme studier viste, at de fleste patienter let kan fremstille deres problemstilling på to minutter, hvis lægen vil lade være med at afbryde. Jeg opdagede, at patienten var meget bedre end jeg til at få alle enkeltheder og overvejelser med. Det var vigtigt at signalere ro og god tid, også når patienten mente at have fået sagt det, hun følte skulle siges. Ofte bad jeg patienten uddybe dette eller hint, men med meget åbne spørgsmål. For det første giver denne metode rigtig god information til lægen og for det andet er det som patient rart ikke at blive afbrudt straks man prøver at forklare sit problem. Jeg mener derfor også, at metoden er langt mere effektiv også tidsmæssigt, end den så ofte brugte metode, hvor lægen straks overtager konsultationen.

Hanne Hollnagel som var professor i Almen medicin ved Københavns Universitet, beskæftigede sig rigtig meget med resursetænkning i konsultationen i almen praksis. Hun lancerede begrebet *Salutogenese*, som kan oversættes til »oprindelse til sundhed«. Hun påpegede, at patientens generelle viden om sit helbred og sine stærke sider skal inddrages i konsultationen i højere grad. Det kan gøres ved nogle spørgsmål, som åbner for dialog. Patienterne kan godt resurserproget. Lægerne skal lære det – og anvende det. Hun nævner sundhedsbrøken, som er belastninger divideret med resurser. Hun konkluderer at almen praksis kan bidrage til at styrke patientens stærke sider i stedet for kun at påpege svagheder og risikofaktorer. Herved bevæger almen praksis sig fra risikojagt til resursemobilisering.

**For nogle år siden** vikarierede jeg i en norsk almen praksis i en måned. Det var før jeg havde lært hypnoterapi. Jeg var dengang ikke så bevidst fokuseret på resurse tankegang. En dag kom en kvinde på ca. fyrre år til mig i klinikken. Hun skulle også bare have sin sygemelding forlænget. Hendes væsentligste problem var migræne. Hun havde vældig ofte migræne og havde derfor rigtig mange sygedage, hvilket havde ført til fyring fra sit job. Hun kunne ikke skaffe sig et nyt job pga. alle disse fraværsdage. Hun var blevet skilt for et par år siden og fundet sig en ny samlever, som stort set mest oplevede hende for nedrullede gardiner i sengen pga. migræne. Hun havde taget en del på. Hun havde vel egentlig opgivet, at der kunne være et normalt liv til hende. Det virkede jo også noget håbløst for mig som læge, men alligevel tilbød jeg hende akupunktur for hendes migræne. Det havde hun ikke prøvet tidligere men ville gerne. Allerede her signalerer patienten en vis tro på, at tingene kan forandres. Ligeledes signalerer lægen jo også, at spillet ikke er tabt. Hun kom hos mig ca. fire til fem gange for at få akupunktur, medens jeg var der. Det hjalp faktisk godt på hende, og hver gang hun kom, fik vi en lille snak om hendes håb og drømme om fremtiden. Så forlod jeg stedet og tog hjem til min egen praksis i Danmark igen. Efter ca. seks måneder modtog jeg en mail fra patienten. Hun havde fået klinikken til at udlevere min mailadresse til hende. Hun ville gerne fortælle mig, at jeg havde gjort en stor forskel i hendes liv. Hendes migræne var reduceret væsentligt og dirigerede ikke længere hendes liv. Hendes samlever oplevede pludselig en helt ny kæreste, som ikke altid lå i sengen med nedrullede gardiner. Hun havde tagt sig, og hun var påbegyndt en ny uddannelse, som hun fandt spændende. Hun havde fået troen tilbage på et liv også for hende. Det var jo ikke mig, som havde gjort en forskel. Det var jo i virkeligheden hende selv. Jeg havde bare været det enzym, som satte processen i gang. Min opgave var bare at så et frø. Hendes opgave var at mærke vækstpotentialet i hendes liv. Hun greb den selv. Hun fik reduceret sine migræne anfald, hvilket naturligvis hjalp hende konkret. Men det vigtigst, tror jeg, var, at hun fik vendt den negative tankegang til en mere positiv. Hun fik øget sundhedsbrøken, hvor belastninger kom til at fylde mindre og resurser kom til at fylde mere.

**I den medicinske verden** er der flere syndromer, som er præget af kroniske smerter i især bevægeapparatet. Fibromyalgi er en af dem. Patienten har kronisk ondt og diagnosticeres ved at være specifik øm på relevante steder. I mange år var diagnosen nærmest betraget som en skraldespands diagno-

se. For en del år siden hørte jeg en svensk kvindelig almen mediciner tale om emnet. Hun havde interesseret sig for disse kvinder – det er stort set altid kvinder. Hun havde interviewet en del. Fælles for dem var, at der næsten altid var en historie med overgreb tidligere i livet. Mange havde været udsat for incest, og en del havde levet i voldelige forhold tidligere. Det havde ført til kronisk angst og anspændthed også fysisk. Det førte igen til kroniske smerter i bevægeapparatet, som ikke kunne holde til denne kroniske anspændthed. For mig førte denne nye viden til en ny forståelse og dermed behandling af disse patienter. Det blev rigtig vigtigt at tale resurser med disse kvinder og lade dem genføle værdien i dem selv. Igen at genopleve følelsen af stolthed og frihed og glæde. Alt sammen følelser som måske lå rigtig langt tilbage i deres liv, men som alligevel var lejret i underbevidstheden. Når disse kvinder blev opmærksomme på denne sammenhæng mellem deres kropssymptomer og tidligere psykiske belastninger, blev det meget lettere for dem at give sig lov til igen at føle selvværd. Det gjorde det meget lettere for dem delvis at ignorere smerten og føle noget stærkt og godt i dem selv. Igen var det sundhedsbrøken som blev øget.

**En anden lidelse** er kronisk træthedssyndrom. Igen en lidelse med fysiske symptomer i form af især træthed og følelse af udmattethed. Baggrunden er en overbelastning gennem en længere periode måske for nylig eller måske tidligere i livet. Behandlingen er igen at lade patienten forstå sammenhængen og så derefter begynde at arbejde med resurse tankegangen. Igen at lade patienten føle sit eget værd. Denne følelse af værdi kan meget vel være hentet fra tidligere i livet. Det vigtige er bare, at patienten får lov at føle den igen. Det at mærke en stærk resurse igen giver patienten en indre oplevelse af, at tingene ikke er stationært, men at ændringer er mulige. Dette fører så med sig, at patienten kan begynde at mærke sin stærke og energifyldte side. Når det sker, kan patienten forlade den brynje, som har fastholdt hende i et syndrom af træthed og udmattethed.

Ofte vil vi som læger begynde at tænke på en farmakologisk behandling enten i form af smertestillende medicin eller depressionsmedicin. Det kan også være en udmærket midlertidig løsning, men den bør kombineres med samtalen med patienten om hendes egne resurser og værdier.

**Jeg har valgt at tage dig** kære læser med på en rejse i min verden. Nogle af de nævnte metoder er ret godt dokumenterede, men desværre har jeg ikke helt overblik over, hvor jeg har læst og hørt det. Andre er måske mere præget af mange års erfaring fra arbejdet med syge mennesker. Sygehistorierne er valgt ud fra simpel erindring, og det betyder jo, at det er de bedste historier man husker. Det er jo nok i virkeligheden en måde at overleve på som læge. Det er måske lægens resursetankegang – at huske de positive oplevelser. Lægen er jo gjort af det samme grundstof som patienten. Som Beth Elverdam meget sigende kalder sin bog om studier blandt praktiserende læger: »At se personen før patienten«. Et citat som er hentet direkte fra lægens dagligdag. På den måde bliver patienten andet end blot en patient i rækken af konsultationer.

Konklusionen er, at resurse tankegang og resurse sprog er vigtig i daglig almen praksis. Det står ikke i modsætning til klassisk patogenese tankegang, men de to metoder går rigtig fint i spænd med hinanden. Helsefremmende kommunikation er at aktivere håb og resurser i daglig klinisk arbejde. Der bliver flere sejre både for lægen og patienten når resurserne også får en plads i samtalen.

*Denne artikkelen er tidligere publiceret i bladet Practicus – 214 – februar 2013.*