

# Kognitivt förhållningssätt väl tillämpligt inom allmänmedicin

**Att läkare intar ett kognitivt förhållningssätt rekommenderas av Giacomo d'Elia i en artikel i Läkartidningen 3/99. Artikeln kommenteras här ur ett allmänmedicinskt perspektiv av Sune Fredenberg. Därefter följer en replik av Giacomo d'Elia.**

Det förekommer många kritiska uttalanden i dagspressen om sjukvårdens bristande förmåga att kommunicera med människor och att visa förståelse för människors känslor.

Vad handlar detta egentligen om? Har vi som arbetar i sjukvården ständigt så förtvivlat bråttom eller vet vi faktiskt inte hur man gör? Eller tycker vi att detta är struntfrågor som ligger utanför det vi egentligen vill syssla med? Man kan också formulera det så: Är det fråga om bristande resurser, otillräcklig utbildning eller felaktiga attityder?

## Nytt begrepp med gammalt innehåll?

»Att bli lyssnad till kommer på första plats när patienter själva får önska vad de skulle vilja ha inflytande över i sjukvården», skriver Giacomo d'Elia i sin artikel »Patientens högsta önskan: Känna att doktorn lyssnar» i Läkartidningen 3/99.

Enligt honom måste vi först klara av att upprätta en bärande relation och behärska förmågan till empatisk inlevelse och empatiskt beteende om vi skall klara den medicinska uppgiften i mötet med patienten. En samtalsmetodik som kan sammanfattas under beteckningen kognitivt förhållningssätt presenteras. Detta förhållningssätt är nära förknippat med kognitiv terapi, som bland annat innebär att terapeuten tillsammans med patienten kartlägger, medvetandegör och bearbetar dysfunktionella tankemönster. För att

## Författare

SUNE FREDENBERG

distriktsläkare, Vårdcentralen Hälsokällan, Kyrkhult.

kunna arbeta med kognitiv terapi krävs psykoterapeutisk utbildning, men ett kognitivt förhållningssätt borde vi alla kunna lära oss.

Vilken substans finns det då i begreppet kognitivt förhållningssätt? Innebär också innehållet, inte bara namnet, något nytt? Empatisk inlevelse och empatiskt beteende känner vi igen: att förstå en annan människas känslor och att kunna förmedla den förståelsen tillbaka till den hjälpsökande. Ulla Holm är för mig pionjären på detta område med sin nu mer än tio år gamla bok »Empati. Att förstå andra människors känslor» [1]. Jag hoppas och tror att undervisning och träning i detta ämne nu sker vid alla medicinska högskolor.

## Brittisk allmänläkare pekar på viktiga uppgifter

d'Elia menar att en viktig del i den empatiska inlevelsen är att penetrera patientens egna tankar och föreställningar om sin sjukdom liksom vilka konsekvenser sjukdomen har för patienten. Många allmänläkare har stött på detta resonemang i David Pendletons analys av den allmänmedicinska konsultationen [2]. Pendleton är en brittisk allmänläkare som tillsammans med en grupp kolleger skaffat sig vana vid att studera konsultationen bland annat med hjälp av video.

Pendletons analys leder fram till ett antal uppgifter som läkaren bör beakta under konsultationen. En av de viktigaste uppgifterna för doktorn är just att undersöka patientens föreställningar och farhågor om sitt problem och vilka konsekvenser problemet har för patienten. Att lösa den uppgiften ses som en förutsättning för att doktorn överhuvudtaget skall förstå den egentliga anledningen till patientens besök.

Den norska allmänläkaren Kirsti Malterud har i sitt avhandlingsarbete med kvinnliga patienter utvecklat en konsultationsmetod som bygger på nyckelfrågor [3]. Avsikten med metoden är att läkaren skall få tillgång till ofta svåråtkomliga kunskaper om den kvinnliga patienten och hennes symtom. Meningen är också att stärka kvinnans ställning under konsultationen genom att läkaren med sin frågeteknik be-

## DEBATT

»*Vilken substans finns det då i begreppet kognitivt förhållningssätt? Innebär också innehållet, inte bara namnet, något nytt?*»

tonar vikten av kvinnans egna föreställningar, förväntningar och erfarenheter.

## Resonemang om patientens hypoteser kärnpunkt

Att tillsammans med patienten undersöka och föra ett resonemang om patientens egna hypoteser förefaller mig vara en kärnpunkt i det kognitiva samtalet. Det viktiga är att patienten själv med varsam hand vägleds till konstruktiva slutsatser, inte att doktorn okänsligt skriver honom sanningen på näsan. Ett sådant förhållningssätt föder, som vi vet, ofta misstro.

Den danska allmänläkaren Inga Marie Lunde har i sin avhandling bland annat undersökt patienters egna värderingar av sina symtom, förväntningar på ett förestående läkarbesök samt i vilken utsträckning förväntningarna infriades efter besöket [4]. Många patienter gav uttryck för en rädsla för att delge doktorn sina egna föreställningar. Man vill inte »saga vetenskapen emot». Genom att röja sin egen uppfattning gör patienten sig sårbar för ett eventuellt avvisande. Läkarens reaktion på patientens egen värdering, i den mån den kommer fram, är avgörande för det fortsatta förloppet av konsultationen. Exempel ges på att patienten upplevt läkarens reaktion så sårande att han eller hon avbrutit fortsatta kontakter. Intervjuerna visade att det måste finnas en ömsesidig tillit mellan läkare och patient för att patienten skall våga yppa sina innersta tankar. Läkaren måste också visa att han tar patientens föreställningar på allvar, kanske inte för att de är riktiga i ett medicinskt perspektiv men för att de uttrycker patientens uppfattning av verkligheten.

Lunde visar också att de flesta patienter prioriterar förklaringar på vad de

har för fel, varför felet har uppstått och hur länge det kommer att vara, före behandlingsåtgärder. Detta förefaller mig ligga väl i linje med ett kognitivt förhållningssätt. De intervjuade läkarna trodde oftast att patienterna prioriterade behandling före förklaringar.

### Samförstånd mellan doktor och patient viktigt

d'Elia framhåller vikten av att upp-  
rätta en arbetsallians med patienten  
grundad på en gemensam ansträngning  
att lösa patientens problem. Förhopp-  
ningsvis kan det kognitiva samtalet hjäl-  
pa patienten att klargöra och eventuellt  
modificera sina hälsohypoteser. Här kän-  
ner vi åter igen en av Pendletons uppgif-  
ter under konsultationen. Pendleton be-  
tonar nämligen att doktorn måste försö-  
ka uppnå ett samförstånd med patienten  
om problemet och uppmuntra denne att  
ta ett eget ansvar för att lösa problemet.  
Doktorn måste ge förklaringar som ut-  
går från patientens egen hälsoinsikt, och  
det gemensamma arbetet skall i bästa  
fall leda fram till att patientens hälsoin-  
sikt modifieras och att han därigenom  
får bättre möjligheter att i framtiden  
handskas med sina hälsoproblem.

### Konsultationen allmänläkarens viktigaste arbetsredskap

Samspelet mellan läkare och patient  
under konsultationen är centralt i allt  
behandlingsarbete. Detta gäller i sär-  
skilt hög grad inom allmänmedicinen  
eftersom konsultationen är allmänläka-  
rens viktigaste arbetsredskap. Konsul-  
tationsträning är en viktig del i specia-  
listutbildningen i allmänmedicin [5]. I  
specialistexamen är en granskning av  
examinandens praktiska kompetens un-  
der mötet med patienten det viktigaste  
momentet. En del av oss allmänläkare  
har deltagit i professor Gerdt Wret-  
marks kurser och tränat det som kommit  
att kallas terapeutisk hållning. Men  
många av dagens allmänläkare har ald-  
rig genomgått någon systematisk kon-  
sultationsträning. Erfarenheter finns  
dock både från Sverige och från andra  
länder av sådan träning för allmänläka-  
re. Den kan bestå i att enskilda konsul-  
tationer videospelas och därefter  
granskas och kommenteras av en grupp  
jämförda kolleger (peer review) [6].

Jag diskuterade d'Elia's artikel med  
en yngre kollega som är ST-läkare i or-  
topedisk kirurgi. Jag var nyfiken på om  
det förhållningssätt som beskrivs i arti-  
keln var bekant för en kollega med be-  
tydligt modernare utbildning än den jag  
har.

### Dagens studenter får bättre undervisning

Delvis var det det. Dagens studenter  
får, åtminstone på vissa universitetsor-

*”För allmänläkare gäller  
kanske i än högre grad än  
för andra specialister att ha  
förmåga till stor flexibilitet.  
Det gäller att kunna anpas-  
sa sin metod till vem pati-  
enten är och vad problemet  
gäller. Men visst finns här  
också mycket att lära och  
framför allt att träna prak-  
tiskt.”*

ter, systematisk träning, inte bara i att ta  
anamnes efter ett stelt schema, utan  
också i att lyssna, förstå innebörden i  
den icke-verbala kommunikationen,  
lägga märke till och kommunicera  
känslor. Min kollega hade också prak-  
tiskt fått träna konsultation med hjälp  
av video under AT i allmänmedicin. När  
jag undrade om han kände igen något av  
artikelns förhållningssätt hos sina äldre  
kolleger, de som skall vara hans förebil-  
der, blev svaret mer nedslående.

### Anpassa metoden till patienten och till problemet

Som jag har försökt visa återfinns en  
del av den metod för patientbemötande  
som det kognitiva förhållningssättet in-  
nebär i den allmänmedicinska konsulta-  
tionen. Men få av oss tillämpar den sys-  
tematiskt och skall väl inte heller göra  
det. För allmänläkare gäller kanske i än  
högre grad än för andra specialister att  
ha förmåga till stor flexibilitet. Det gäl-  
ler att kunna anpassa sin metod till vem  
patienten är och vad problemet gäller.  
Men visst finns här också mycket att  
lära och framför allt att träna praktiskt.  
Många av oss arbetar vidare år efter år i  
ensamhet med våra patienter utan att  
någonsin få någon återkoppling på vårt  
sätt att kommunicera.

Naturligtvis bör också läkare från  
andra specialiteter kunna tillämpa prin-  
ciperna i detta. Ytterst handlar det ju om  
att visa patienten respekt. Att i sin sam-  
talsteknik visa att man lyssnar, att man  
anstränger sig att förstå och att genom  
återkoppling kontrollera att man upp-  
fattat exakt det patienten vill förmedla.  
Men också att i sina resonemang med  
patienten ta sin utgångspunkt i hans  
egna föreställningar och farhågor och  
genom sin frågeteknik lotsa honom  
fram till egna, förhoppningsvis kon-  
struktiva, slutsatser.

Kanske speglar det kognitiva för-  
hållningssättet en attitydförändring  
som mycket långsamt men förhopp-  
ningsvis säkert håller på att tränga in i  
den medicinska världen. Det är en atti-  
tydförändring som innebär att läkaren  
frångår rollen som allvetande expert

och i stället blir jämställd samarbets-  
partner, låt vara med viktiga kunskaper  
om hälsa och sjukdom. Patienten för-  
ändras från att vara en passiv informa-  
tionsbärare som underkastar sig (eller  
struntar i) läkarens ordinationer till en  
förnuftigt handlande individ som har  
inte bara rätt utan också skyldighet att  
med läkarens och övrig vårdpersonals  
bistånd ansvara för sin hälsa.

### Referenser

1. Holm U. Empati. Att förstå andra männi-  
skors känslor. Stockholm: Natur & Kultur,  
1987.
2. Pendleton D, Schofield T, Tate P, Havelock  
P. Konsultationen – kommunikation mellan  
läkare och patient. Lund: Studentlitteratur,  
1994.
3. Malterud K. Allmennpraktikerens møte  
med kvinnelige pasienter [dissertation].  
Oslo: Tano, 1990.
4. Lunde IM. Patienters egenvurdering – et  
medicinsk perspektivskift. Köpenhamn:  
FADL:s Forlag, 1990.
5. Specialistutbildning i allmänmedicin. Mål-  
beskrivning och övergripande utbildnings-  
plan utarbetade av Svensk förening för all-  
mänmedicin. Allmänmedicin 1997; suppl  
20.
6. Fredenberg S, Westlund P. Konsultationen  
– att studera mötet med patienten. Karls-  
hamn: Blekinge FoU-enhet, 1992. Rapport  
1992:7.

**ANNONS**

Replik:

## Kognitivt förhållningsätt hjälper till att frilägga vad patienten är rädd för

Jag läser med intresse Sune Fredenbergs kommentar och uppskattar dess uppmuntrande, engagerade och kloka synpunkter. Samtidigt kan jag känna en undran hos författaren: Innebär kognitivt arbetssätt verkligen något nytt? Handlar det inte om kejsarens nya kläder?

Jag har försökt bekanta mig med litteraturen om läkare-patientkommunikation, bl a inom primärvården, och har upprepade gånger läst Pendletons och medarbetares bok [1] Det jag sökte var riktlinjer, förslag, exempel på *hur* jag kan träna upp min förmåga att kommunicera med mina patienter. Sedan jag läst boken, och andra inom samma område, kändes det som om jag hade blivit bjuden på middag, men endast fått förrätten.

»De uppgifter vi strax skall beskriva kan lösas med hjälp av flera olika förhållningsätt och metoder. Vi utfärdar inte regler för konsultationen – vi vill inte att läkare skall fungera som robotar under konsultationen», skriver Pendleton och medarbetare i sin bok (sidan 57). Jag vill tro att vi doktorer är så kloka att vi vet ganska väl *vad* vi bör göra. Kan det vara så att det är svårare att veta *hur* vi kan göra det? Och vad då, robotar? Är det inte naturligt att det känns konstigt, onaturligt, att börja träna en ny, ovan färdighet?

### Patientens dolda föreställningar och farhågor spelar viktig roll

Att patientens föreställningar och farhågor om sin sjukdom spelar en väsentlig roll för patientens känslomässiga upplevelse och beteende verkar vara en självklarhet för de flesta. Men hur går jag till väga för att frilägga patientens föreställningar? Och vad menas med föreställning och farhåga? Är det det som patienten berättar när doktorn ställer den enkla frågan: »Vad tror du det beror på att ...?» Kan det kanske finnas mera än det som patienten svarar med på denna fråga? Hur går jag vidare, undersöker och medvetandegör dessa föreställningar, så att jag kan möta patienten i hennes innersta ångestföreställning? Med and-

*»Det kognitiva arbetssättet har som sin specialitet att frilägga omedelbara, spontana, ocensurerade tankar/mentala bilder som uppstår när vi möter hot mot vår fysiska/psykiska hälsa och vårt sociala välbefinnande.*

ra ord, det mentala skräckscenariot som ger näring åt patientens rädsla.

Det kognitiva arbetssättet har som sin specialitet att frilägga omedelbara, spontana, ocensurerade tankar/mentala bilder som uppstår när vi möter hot mot vår fysiska/psykiska hälsa och vårt sociala välbefinnande. Här bjuder det kognitiva arbetssättet, baserat på sokratiskt samtalsmetodik, ett redskap som saknas i andra modeller. Elisabeth Arborelius' modell är ett undantag [2]. Här ges praktiska anvisningar och empiriska bakgrundsdata, utan många spekulativa krusiduller.

### Hjälp för stressade doktorer som möter stressade patienter

Sune Fredenberg refererar inledningsvis till att det förekommer mycket kritik mot sjukvårdens bristande kommunikationsförmåga och förståelse för människors känslor. Visst är det så. Litanian av återkommande klagomål kan göras oändlig. Errare humanum est. Vilken doktor har inte varit sårbar, osäker, stressad, trött, besviken, ledsen, ifrågasatt, fången i sina egna bekymmer och otillgänglig för patientens oro och smärta? Ingen metod gör anspråk på att kunna lösa detta mellanmänniska problem. Det kan hända att kognitiva samtalsinterventioner utgör anspråkslösa bidrag till mer konkreta och beprövade förhållningsregler för stressade doktorer i möten med stressutsatta patienter.

### Referenser

1. Pendleton D, Schofield T, Tate P, Havelock P. Konsultationen – kommunikation mellan läkare och patient. Lund: Studentlitteratur, 1994.
2. Arborelius E. Varför gör dom inte som vi säger? Stockholm: Allmänmedicinskt utvecklingscentrum, nordöstra sjukvårdsområdet, 1993.

### Författare

GIACOMO d'ELIA

professor, leg psykoterapeut, Universitetet i Bergen, Psykiatrisk Institut, Haukeland Sykehus, Bergen, Norge.

Särtryck av serien om

## VÅLD och AGGRESSIVITET

Många människor uppfattar våldet som en av de största hälsoriskerna. Våldet möter läkare från olika specialiteter på skilda nivåer inom vården. Det kan också drabba dem själva.

Under 1994–95 publicerade Läkartidningen 26 artiklar som tillsammans gav ett brett medicinskt perspektiv på ämnet våld och aggressivitet. De har nu samlats i ett 84-sidigt häfte som kan beställas med kupongen nedan.

Pris 95 kronor. Vid 11–50 ex 95 kronor, vid högre upplagor 80 kronor/exemplar.

Beställer härmed

..... ex Våld

.....  
Namn

.....  
Adress

.....  
Postnummer/Postadress

Insändes till Läkartidningen,  
Box 5603, 114 86 Stockholm

Märk gärna kuvertet »Våld»

Telefax 08-20 76 19