

Det goda samtalet

Med utgångspunkt från två patientmöten under en akutmottagning vill jag delge läsaren mina funderingar och teorier kring begreppet »det goda samtalet».

Det första patientmötet

Hennes ålder var svårbedömd. Någonstans mellan 35 och 40 skulle jag ha gissat på. Jag tittade på namnstämpeln. Stämde ganska bra, 38 år. Hon var den nionde patienten på akutmottagningen och klockan var 10.00. Väntrummet var fortfarande ganska packat. Det stod »öron» på lappen jag höll i handen. Åter tittade jag på henne. Hon satt hopsjunken, axlarna tycktes rama in hennes överkropp, som om hon försökte göra sig osynlig. Som om hon skyggade för något hotfullt. »Berätta varför du kommit hit idag», bad jag och försökte fånga hennes blick. Utan att ge ögonkontakt och med låg tonlös röst svarade hon »Jag tror att jag håller på att bli döv». Doktorsagendan slog genast till. Trots att jag nu i många år försökt hålla den borta, åtminstone under de första två minuterna av mina patientsamtal, fortsätter jag att misslyckas. Vaxproppar, tänkte jag, dubbelsidiga, det kan göra en nästan döv. »Du tror att du håller på att bli döv? Kan du berätta lite mera?» Hennes blick flackade lite och för en tiondels sekund möttes våra blickar, men utan att ta fäste. »Ibland hör jag ingenting alls, men ibland, som nu, hör jag ganska bra», svarade hon. »Jag ska undersöka dina öron och se om jag kan finna någon förklaring», sa jag.

Det fanns inte tillstymmelse till vax. Inget annat patologiskt heller. Hon uppfattade samtliga decibelintervall på min lilla »quick check». Jag satte mig framför henne igen och sa: »Jag hittade ingenting som skulle kunna förklara varför du inte hör ibland, dina öron ser fina ut.» Hon satt tyst. »Är det något mer än det här med hörseln som bekymrar dig?» För ett kort ögonblick tittade hon

upp, och denna gång fick blicken fäste, men bara en kort stund. »Doktorn har inte tid», svarade hon. Så rätt hon hade. Väntrummet fullt av patienter. Tio minuter avsatta för varje patient. Nu hade det gått åtta minuter. Två minuter hade jag. »Jag har tid», sa jag. – »Det är det här med jobbet, jag vet inte vad jag ska göra, jag förstår inte anklagelsen...».

Under tre minuter berättade hon med låg tonlös röst om ofattbar kränkning, om mobbning och slutligen om förflyttning till annan arbetsplats. Allt efter en ny chefs tillträde. Den nya arbetsplatsen hade fått negativ information och frös ut henne redan från start. Nu strömmade tårarna ner för hennes kinder. Hon brydde sig inte ens om att torka bort dom, det var som om hon inte märkte dem. Hon hade tystnat. Jag fick fram en pappersnäsduk ur lådan och räckte fram den. Själv var jag tyst. Hur mycket ofattbart elände och lidande skulle mina öron orka ta in? Jag tog mig samman.

»Jag tror jag förstår, jag kanske kan hjälpa dig. Jag kan skriva en remiss till en psykolog som just har startat ett projekt om mobbning på arbetsplats. Vad tror du om det?» – »Jo, kanske det, jag vet inte, vad som helst, tror jag», svarade hon och för första gången möttes våra blickar tillräckligt länge för att uppfatta vårt möte som ett möte. »Men min hörsel, sa hon, vad ska jag göra med den?» – »Vi avvaktar», sa jag, »blir det värre, vill jag att du hör av dig, lova det.» Hon nickade.

Det andra patientmötet

När jag öppnade min dörr för att släppa ut henne, såg jag att sköterskan hade placerat nästa patient på en stol utanför dörren. Kanske var det för fullt i väntrummet? Kvinnan satt hopkurad med båda armarna om magen och stönade tyst. När hon tittade upp såg jag att hon var blek, pupillerna var stora och ansiktet utstrålade smärta. Jag tog lappen i lådan utanför min dörr. »Mage» stod det och namnbrickan avslöjade att kvinnan var 38 år. Jag bjöd henne komma in i mitt rum. Hon reste sig och gick lätt framåtböjd med korta steg in i rummet. »Berätta varför du kommit hit idag», bad jag. »Det är magen», svarade hon, »började i går morse och har bara blivit värre.»

Sammanfattat

- Trots kritiska röster har betydelsen av »det goda samtalet» under senare år alltmer vunnit gehör inom läkarkåren.
- Med utgångspunkt från två autentiska patientmöten under en akutmottagning diskuteras möjligheten att på ett strukturerat sätt lära ut det medmänskliga mötet.
- Med några enkla byggstenar som bas kombinerat med sunt förnuft kan var och en utifrån den egna personligheten forma och variera det goda samtalet.

Doktorsagendan var omedelbart där och lät sig inte motas bort. Korta slutna frågor: Illamående?, Feber?, Var satt smärtan?, Hade smärtan flyttat sig?, Var smärtan ihållande eller kom den och gick?, Hade hon kunnat äta frukost idag? Och så undersökning. Det hade gått åtta minuter och jag var så gott som hundra procentig säker på att det var en blindtarmsinflammation. Hennes make var med och kunde köra henne direkt med min remiss till sjukhus. »Jag ring-er och talar med jourhavande», sa jag, »så att de vet att du är på väg.» Hon log blekt. »Tack det var snällt», sa hon och maken nickade tyst.

Samtalet – läkarens viktigaste redskap

Vad är det för mening med det goda samtalet? Modenych! Har vi tid till det? Vi är väl inte någon sorts pseudopsyko- loger eller barfotapsykoanalytiker! Gör det egentligen någon skillnad? Finns det vetenskapliga bevis på att det goda samtalet effektiviserar vården, minskar lidande eller ökar tillfrisknandet? Nu när internet blivit tillgängligt också för gemene man, räcker det inte då med att knappa in symtomet? Man får ju ett snabbt och på vetenskapliga grunder

Författare

LENA KARLBERG

distriktsläkare, studierektor, allmänmedicinska enheten, Karolinska sjukhuset, Stockholm.

baserat svar. Är det så att läkaren som person har börjat spela ut sin roll? Behövs det ett möte överhuvudtaget? De kritiska rösterna är många, fördomarna ännu fler.

Jag vill hävda (och det finns idag, tack och lov, många kolleger som instämmer) att samtalet med patienten är läkarens viktigaste redskap och jag är benägen att hålla med Michael Balint om att det är ett i sig terapeutiskt redskap [1]. Ett redskap kan man lära sig hantera genom träning. Somliga blir snabbt skickliga, för andra kan det ta längre tid, för åter andra lyckas det inte utan man lägger istället sin energi på andra redskap, som förvisso inte är oanvändbara, men som aldrig kan leda till det som kallas läkekonst. Enligt naturvetenskapen är information, som inte kan mätas, ovetenskaplig och mindre värd. Naturvetenskapen har som sitt syfte att öka kunskapen om generella företeelser, som t ex sjukdomar, men inte att se, förstå och försöka hjälpa enskilda, sjuka individer.

Det finns de som menar att man inte kan lära sig det goda samtalet, att förstågan är medfödd och ligger i personligheten. Ett sådant påstående, menar jag, är ett försök att undandra sig sitt professionella uppdrag, ett försök att komma undan och få fortsätta i gamla inkörda hjulspår: fråga och kräva svar, ge råd och förvänta sig att de följs, och – om inte – så får patienten skylla sig själv. Enkelt. Om symtomet inte visar sig ha en medicinsk förklaring så är symtomet inbillat och doktorn har gjort sitt. Enkelt.

Man ska ha en målsättning med det man gör. Det är de flesta av oss överens om. För den kliniskt verkssamme läkaren måste målsättningen vara att försöka hjälpa den som söker hjälp. Det betyder inte att man kan lösa alla sina patients problem. Inte ens att man ska göra det. Det är en omöjlighet. Med hjälp kan menas att man bekräftar patienten, att man tar patienten och hans symtom på allvar, att man bryr sig, att man lyssnar, att man är närvarande. Helt enkelt att man visar medmänsklighet.

Ge samtalet struktur

Kan man ge det goda samtalet någon form av struktur i syfte att lära ut det? Efter att i många år, tillsammans med kollegan Annika Hässler, ha arbetat med och undervisat om kronisk smärta, somatisk och så kallad oförklarlig, är

- *Inleda öppet*
- *Lyssna utan att avbryta*
- *Vara närvarande*
- *Sammanfatta eller försöka klargöra vad patienten sagt*
- *Bekräfta patientens känslor*



Här gäller det för doktorn att styra in samtalet på patientens aktuella problem. Teckning: May Strandberg

jag övertygad om att man kan och kanske till och med måste starta med någon form av struktur i samtalet för att så småningom bli så bekant med denna struktur att man kan variera den från patient till patient, bygga på den efter sin egen personlighet och tillåta sig införa

nya dimensioner efter hand som erfarenheten växer. Precis som man lär sig hantera ett instrument, behövs det först grundläggande färdigheter: lära sig noterna, lära sig hantera sitt instrument, lära sig enkla musikstycken, för att i slutänden våga improvisera eller läg-

ga sin egen personlighet i framförandet. Först då blir det verklig konst. Men också ett musikstycke framfört »enligt konstens alla regler» är mer njutbart än ett där grundläggande teknik och kunskap om musikspråket saknas.

Det goda samtalet har många beteckningar: det patientcentrerade samtalet, empowerment-metoden, Wretmark-modellen, det terapeutiska samtalet, kognitiv samtalsmetodik, konsultationsprocessen, Pendleton-metoden, det empatiska samtalet osv.

Oberoende av hur det betecknas kan man i alla dessa något olika modeller hitta några få enkla grundläggande byggstenar som kan tjäna som bas att senare bygga vidare på.

Jag har valt fem byggstenar: Inleda öppet, lyssna utan att avbryta, vara närvarande, sammanfatta eller försöka klargöra vad patienten sagt och slutligen bekräfta patientens känslor.

Patienten får berätta

I de två inledande autentiska patientmötena öppnas båda med en s k öppen fråga: »Berätta varför du kommit hit idag.» Egentligen är beteckningen inte helt riktig, eftersom det inte alls behöver vara en fråga, utan grundtanken är att man på något sätt inbjuder patienten att på sitt alldeles eget sätt berätta om sitt symtom. Samtalsstarten ska vara sådan att man inte begränsar patientens svar till ett enstavigt ord som t ex ja eller nej, bra eller dåligt. Det kan ta ett tag innan man hittar sin egen öppna fråga, dvs man måste pröva sig fram och känna efter vad som känns bra för just mig att starta med. Som lärare har jag på videoinspelade patientsamtal hört hundratals varianter av öppna inledningar från ett uppmuntrande: »Varsågod!» till ett något längre: »Vi har ju inte träffats förut, men jag har förstått att du idag kommit hit för att du har värk i dina muskler. Berätta!»

Lyssna utan att avbryta

När man väl hittat sin egen öppna fråga så gäller det att använda den på rätt sätt, dvs med sitt kroppsspråk (vilket inkluderar tonläge!) bekräfta att man verkligen är intresserad av att höra vad patienten har att berätta. Automatiskt kommer den andra byggstenen sedan in, dvs man lyssnar utan att avbryta.

Stora studier har visat att det i genomsnitt tar två minuter för patienten att berätta om sitt symtom innan han/hon blir tyst. Naturligtvis måste man ibland styra samtalet så att man håller sig till patientens aktuella problem. I mina två fall tog svaren inte många sekunder. I det första fallet försökte jag sammanfatta för att klargöra: »Du tror att Du håller på att bli döv?» dvs jag upprepade det jag hade hört, men kanske inte helt säkert hade förstått innebörden av. Jag behövde veta lite mer. Jag fick inte mycket mer. Snarare blev jag mer förvirrad av svaret. Efter undersökningen förstod jag ingenting. Då började jag om med en ny öppen fråga: »Är det något mer än det här med hörseln som bekymrar Dig?» I den här frågan bekräftade jag också patientens känslor, som hon ju med sitt kroppsspråk så starkt hade förmedlat. Denna gång lyckades det bättre. På några få minuter delgav hon mig sitt egentliga problem.

Koppla bort agendan

Den tredje byggstenen »vara närvarande» betyder, så som jag har valt det, att under åtminstone de två första minuterna koppla bort doktors agenda, dvs försöka att inte spåra in på medicinska hypoteser utan försöka att bara vara medmänniska och helt och hållet försöka förstå patientens situation, att följa patientens agenda. Jag misslyckades i det första fallet, dvs jag började så snart patienten sagt ordet »döv» att tänka i medicinska förklaringsmodeller: vaxproppar. Jag kände till och med en besvikelse när jag inte fann tillstymmelse till vax i hennes öron. Som om jag varit en dålig diagnostiker, en dålig doktor, en som hade misslyckats, en som hade haft fel.

I det andra fallet körde jag direkt in på doktors agenda och följde inte »reglerna». Eller gjorde jag det? På ett varierat sätt? Bekräftade jag just denna patient genom att direkt inrikta mig på en diagnos och snabbt göra en kroppundersökning? Bekräftade jag hennes oro genom att säga att jag skulle ringa min kollega om hennes ankomst? Var det i själva verket bara en variation av regelboken som i det här fallet var nödvändig? Regelboken måste ju följas med förnuft, inte in absurdum!

I det första fallet skulle man lätt ha kunnat avfärda patienten med: »Det är inget fel på dina öron. Det kommer säkert att bli bättre.» Eller också kunde man ha gått i fällan att remittera patienten i första hand till en öronspecialist och kanske därefter till en neurolog. Till intet gagn för patienten, till bekymmer för öronspecialist och neurolog och till onödiga kostnader och kanske till smärtsamma och till och med farliga undersökningar för patienten.

Jag är helt överens med min norske kollega Johan Thaulow [2] om att samtalet inte kan läras ut genom en kurs i intervjuteknik. Men man kan få med sig några byggstenar att starta med hemma, att våga pröva. Ju enklare dessa byggstenar är, desto lättare blir det att försöka börja.

Det är först när man vågat börja pröva, som man upptäcker redskapets möjligheter. När man upptäcker hur man faktiskt sparar tid genom att lyssna, att man oftare kommer fram till rätt diagnos, att patienten oftare »gör som man säger» och att man oftare känner sig glad och mindre trött, ökar motivationen att använda sin samtalsteknik till att kanske så småningom närma sig det pretentiösa begreppet läkekonst.

Precis som all annan medicinsk teknik kan samtalstekniken ständigt förfinas och byggas ut. Det preventiva samtalet, trepartssamtalet (föräldrar–barn, patient–tolk), informationssamtalet om ett operativt ingrepp eller om en malign sjukdom och samtalet med en döende patient kräver speciella kunskaper. Men i alla situationerna kan man använda sig av de fem grundläggande byggstenarna: starta öppet, lyssna utan att avbryta, sammanfatta för att klargöra, vara närvarande och bekräfta patientens känslor.

Eric Cassell har i sin bok »Lidandets natur och Medicinens mål» mycket tankvärt närmat läkaren till patienten genom att påpeka och göra oss uppmärksamma på att även läkaren är en individ med sina speciella egenskaper, sin egen miljö och sina egna förutsättningar [3]. Det är därför eftersträvarsamt att lära känna sig själv och försöka att både hållbara och ha kontakt med den osäkerhet som patientmöten ofta väcker, speciellt då de inte inryms i den naturvetenskapliga boxen.

... det är människor vi behandlar

Den medicinska vetenskapen har genom sina oerhörda framgångar gjort oss blinda för möjligheten att använda oss själva som terapeutiska redskap. Det är hög tid att den naturvetenskapliga delen av vårt arbete utvidgas till att innefatta också humanvetenskap. Ortopeden Pelle Gustavsson säger att vi måste »höja blicken över hantverket och inse att det är människor vi behandlar». Människan är inte bara en biologisk varelse utan i hög grad också en psykosocial varelse som ständigt försöker anpassa sig till sin aktuella tillvaro. Det är därför som den sjuka människan snarare än hennes sjukdom ska vara i centrum för den behandlande läkaren. Som nyfärdig läkare vet man väldigt mycket om olika sjukdomar ända ner till molekylärplanet, men inte så mycket om vad en människa är. För att förstå en enskild män-

niskas lidande i samband med en sjukdom är det nödvändigt att reflektera över just den personens unika egenskaper, hennes miljö och hennes förutsättningar. Varken sjuka individer eller läkare som individer uppfyller kriterierna på vetenskapliga objekt, såsom t ex hjärtan eller njurar gör. Det som är bra för patientens magsår behöver inte nödvändigtvis vara bra för patienten.

Patienten behöver inte opersonlig kunskap utan personifierad kunskap och det gäller därför för läkaren att personifiera den opersonliga kunskap som naturvetenskapen har försett honom med.

Häromdagen råkade jag lyssna på ett TV-program som handlade om humor. Bland annat talade man om den göteborgske komikern Sten Åke Cederhök och visade små bejublade framträdanden av honom. En av kommentatorerna sa beundrande: »Se, vilken kolossal teknik han har!» Den andra svarade: »Ja, men så älskar han också sin publik!» »Jag tror det gäller samma för läkaren i hans yrkesutövande. Han måste ha naturvetenskapliga såväl som samtalstekniska kunskaper, men framför allt måste han tycka om människor, kanske till och med älska dom!

Hur det gick sedan

Facit för de två inledande fallen. Kvinnan som trodde att hon höll på att bli döv hade blivit omhändertagen på ett mycket professionellt sätt. Fallet hade gått till domstol och kvinnan hade fått upprättelse. Hon fick därvid tre årslöner som kompensation. Jag träffade henne av en slump på bussen två år senare. Hon fullständigt strålade. Hon bad att få sitta vid sidan om mig och berätta. Hon hade fått ett nytt arbete i en annan del av staden. Hon störtivdes. Hon hade börjat måla på kvällarna. Plötsligt vände hon sig direkt mot mig i sätet, skattade högt och sa: »Och tänk, jag som trodde att jag höll på att bli döv! Nu förstår jag att jag helt enkelt inte ville höra! Jag ville inte höra den falska anklagelsen för jag kunde inte förstå den. Det kanske du förstod redan då? Men hade du sagt det den gången hade jag aldrig trott dig!» Kvinnan med buksmärtorna opererades inom 30 minuter. Remissvaret löd: »Kära kollega! Ful appendicit på gränsen till bristning. Komplikationsfri op. Utskrives idag i gott skick. Vänliga hälsningar»!

Referenser

1. Balint M. Läkaren, patienten och sjukdomen. Lund; Studentlitteratur 1990.
2. Thaulow J. Om samtalet. Tidsskr Nor Lægeforen 1999; 119: 60-1.
3. Cassell E. Lidandets natur och medicinens mål. Lund: Studentlitteratur 1998.