

Den Prismatiska modellen

Patientcentrering som perspektiv på videoinspelad konsultation



verktyg för analys och diskussion i gruppundervisning-
för handledning och självstudier, med litteraturanvisningar

charlotte hedberg 2009

Innehåll :

Sid 3. Bakgrund; Instruktion

Varje Perspektiv beskrivs med litteraturreferenser se sid. 4-23

Grön : Samtalets form.

Gul: Patientens – Läkarens agenda.

Rosa: Förklara o Involvera.

Violett : Kroppsspråk.

Turkos : Tid o Känsla.

Ljusblå : Salutogenes

Orange : Tabu o Genus.

Blå: Läkaren

Röd : Patientens perspektiv.

Svart: Kronologi

Sid 24 Vitt : Jag Läkaren – en modell för feedback av egen videoinspelning

Sid 25 Bonus +Tack

Sid 27 Konsultationsfaser 9 F´en.

Sid 26 Informerat samtycke

Definition på patientcentrering:

”The patient centred method ‘explores the patients’ main reason for the visit, concerns and need for information, seeks integrated understanding of the patient’s world, finds common ground for what the problem is and mutually agrees on management, enhances prevention and health promotion and enhances the continuing relationship between the patient and the doctor”. (Towards a global definition of patientcentred care Stewart.M BMJ 2002)

Den Prismatiska modellen; en guide till patient/relations/centrering- som samtalsmetodik.

Den prismatiska modellen ger en introduktion och pedagogisk illustration till patientcentrering/relationscentrering som evidensbaserad klinisk samtalsmetod. Modellen ger verktyg att analysera och diskutera en (anonym) videoinspelad konsultation (steg 1).

För egen videoinspelning (steg 2) används Feedbackmodellen.

Varje färg i prisma representerar ett perspektiv på patientcentrering och tillsammans utgör perspektiven en närmast heltäckande redogörelse för den nuvarande utbildnings och forskningstraditionen inom området.

En grupp av kollegor/studenter kan därför tillsammans med hjälp av Prismats olika perspektiv (varje deltagare koncentrerar sig på ett perspektiv) på relativt kort tid beskriva en videoinspelad konsultation avseende patientcentrering.

För varje perspektiv ges referenser i form av litteraturanvisningar samt evidens.

Bakgrund:

Patientcentrering som samtalsmetod har tillkommit för att lösa de problem som både patient och läkare upplevt med traditionella medicinska kommunikationen.

De vanligaste problemen för patienten är att inte uppleva sig väl bemött, inte få svar på sina frågor eller få hjälp med sina egentliga problem samt svårigheter att förstå den information läkaren ger.

De vanligaste problemen för läkaren har varit bristande compliance/ concordance/ adherence, upplevelse av tidsnöd och svårigheter att överbrygga gapet mellan illness och disease dvs skillnaden mellan den av patienten upplevda ohälsan och medicinens definerade sjukdomsbegrepp .

Instruktion:

Innan: Varje gruppmedlem väljer eller tilldelas en av prismats perspektiv och får sin färg på glasögonen genom vilka konsultationen betraktas och sedan beskrivs. I en liten grupp kan flera uppgifter slås ihop eller hoppas över, i en större grupp kan flera dela på ett perspektiv.

Efter: Varje gruppmedlem ges några minuter för en förberedelse och sedan presenterar var och en sitt perspektiv. Utrymme ges efter varje presentation för kommentarer och diskussion.

Samtalets form	Grön
-----------------------	-------------

Hur **frågar** läkaren?

öppna frågor ex ...

slutna frågor ex ...

checklista ex..

ledande frågor ex ...

vilken typ av frågor dominerar under samtalets första 3 minuter?

På vilket sätt ger läkaren **gensvar**?

Verbalt:

underlättande och tillåtande ex "hummande"

känslomässigt gensvar på patientens problem ex "det låter besvärligt"

utvidgande ex "berätta mer"

avgränsande ex "vad skall vi ta upp idag, vad är viktigast för dig nu?"

Ickeverbalt:

kroppsspråk- ge exempel (ögonkontakt nickande ..)

Lyssna - avbryta

Hur ser patientens talutrymme ut? Blir patienten avbruten?

Finns det tystnad under samtalet? (vad har den för betydelse?)

Vem styr/dominerar samtalet?

Görs någon **sammanfattning**?

av patientens presentation; läkarens undersökning, bedömning, avtal

<p>I patientcentrerad färdighet ingår</p> <p>Öppna frågor i början av konsultationen med utrymme för patientens egen beskrivning och upplevelse av problemen ger mycket data till anamnes och en bild av patienten som person.</p> <p>Efter en sammanfattning av patientens beskrivning med utrymme för korrigerande och tillägg är det dags för läkaren att ställa fokuserade och slutna frågor.</p>

Litteratur:

Burack RC, Carpenter RR. The predictive value of the presenting complaint. J Fam Prac 1983; 16:749-54.

Undersökningen visade att risken med att man avbryter patienten är att man inte når fram till det huvudproblem som patienten har.

Beckman HB, Frankel RM. The effect of physicians behaviour on the collection of data. Ann Intern 1984;101: 692-6.

Undersökningen fann att patienterna efter att blivit ombudda att berätta om sina besvär, avbröts efter i genomsnitt 18 sek vilket gjorde att läkaren gick miste om information. Den ordning i vilken patienten presenterade sina problem är inte relaterad till klinisk vikt; den första är inte mer sannolik än den andra eller tredje. Läkaren gör ofta misstaget att tro att det första problemet är det viktigaste. Vid uppföljningsbesök förutsätter läkaren ofta att detta är en direkt fortsättning på det föregående och försummar att ge patienten utrymme för andra problem som kan ha väckts under tiden och efter tidigare besök.

Frankel RM. From sentence to sequence. Understanding the medical encounter through microinteractional analysis. Discourse Processes 1984; 7: 135-70.

Undersökningen visade att i 94% procent av alla de konsultationer där patienten blev avbruten ingick i en sjukdomscentrerat konsultationsmönster.

Bertakis KD, Roter D; Putman SM . The relationship of physical medical interview style to patient satisfaction. J Fam prac 1991; 32: 175-81.

Ju mer läkaren dominerade samtalet verbalt eller emotionellt (ju mer paternalistiskt läkaren var) ju mindre nöjd patient.

Langewitz et al. Spontaneous talking time at start of consultation in outpatient clinic; cohort study. BMJ 2002; 325 (7366): 682-3.

Läkarna tränades i att inte avbryta patienten under konsultationens inledning varvid man fann att patientens spontana berättelse i medeltal tar 92 sek; 75% av patienterna är klara inom 2 min. De patienter som tog 5 min hade väsentlig information att ge läkarna.

Ruussuvuori J. Looking means listening: coordinating displays of engagement in doctor-patient interaction. Soc Sci Med. 2001 Apr;52(7):1093-108.

Bristande ögonkontakt blir snabbt tolkat av patienten som bristande intresse och försvårar vidare kommunikation. Den initiala ögonkontakten är speciellt viktig.

Roter DL, Frankel RM, Hall JA, Sluyter D. The expression of emotion through nonverbal behavior in medical visits. Mechanisms and outcomes.

J Gen Intern Med. 2006 Jan;21 Suppl 1:S28-34.

Agenda - Patientens o Läkarens agenda (3:e F) Gul

Vad står på patientens agenda vid besöket, vad är patientens problem?

- patientens egna **Föreställningar** om problemet, symptomet eller sjukdomen
- patientens **Farhågor**
- patientens **Förväntningar** på detta besök

Vad står på läkarens agenda, vad är läkarens problem?

- läkarens **Föreställningar / Hypoteser/**
- läkarens **Farhågor**
- läkarens **Förväntningar**

Är läkaren och patienten överens om vad som är det egentliga problemet och finns en gemensam grund för samtalet? Finns det en gemensam agenda för läkaren och patienten?

Ett tidigt klarläggande av patientens agenda under konsultationens initialfas underlättar insamlande av anamnestic data och ökar differentialdiagnostiken samt är tids- och resursbesparande. En konsultation är en interaktiv relation där både patientens och läkarens agenda görs tydliga; då först kan en gemensam förståelse och planering bli möjlig och compliance/concordance/ adherence god.

Litteratur:

Byrne & Long. Doctors talking to patients. **HMSO London 1976.**

En "doctors-centrerad" approach med slutna frågor för att få information ofta gjorde patienten osäker och hindrade denne att berätta hela sin historia och berätta om sin oro. Genomgången visade att det mest vanliga orsaken till ett dysfunktionellt samtal var att doktors agenda dominerade och patientens egentliga besöksorsak inte hade klarlagts. Ett annat sammanhängande problem var patientens tendens att hålla tillbaka psykosociala problem och farhågor som först kommer sent i samtalet om patienten inte ges utrymme att berätta om sina problem under början av samtalet

Kleinman A, Eisenberg L, Good B Culture, illness, and care: clinical lessons from anthropologic and cross-cultural research. [Ann Intern Med.](#) 1978 Feb;88(2):251-8

En oupptäckt skillnad mellan patientens föreställningar om hälsa och sjukdom och läkarens föreställningar leder till problem vad gäller patient tillfredsställelse; adherence; planering och resultat.

Platt FW, McMath JC. Clinical hypocompetence: the interview. [Ann Intern Med.](#) 1979 Dec;91(6):898-902

300 möten observerades på en invärtesmedicinsk klinik och visade att en hög kontroll på processen och prematurt fokus på medicinska problem ledde till inskränkt hypotes-genererande och begränsade patientens möjlighet att kommunicera om sina besvär och oro. Detta ledde till inadekvata och ofullständiga konsultationer.

Starfield B, Wray C, Hess K, Gross R, Birk PS, D'Lugoff BC. The influence of patient-practitioner agreement on outcome of care. [Am J Public Health.](#) 1981 Feb;71(2):127-31.

Studien betonar risken i en prematur och begränsat hypotestestande innan patientens hela spektrum av besvär identifierats

Wasserman RC, Inui TS, Barriatua RD, Carter WB, Lippincott P. Pediatric clinicians' support for parents makes a difference: an outcome-based analysis of clinician-parent interaction. [Pediatrics.](#) 1984 Dec;74(6):1047-53.

Studien betonar risken i en prematur och begränsat hypotestestande innan förälderns hela spektrum av oro identifierats

Marvel MK, Epstein RM, Flowers K, Beckman HB. Soliciting the patient's agenda: have we improved? [JAMA.](#) 1999 Sep 8;282(10):942-3.

En utvidgad studie 15 år efter Beckman & Frankel, bekräftade fynden 23,1 sek i medeltal innan patienten avbröts. Slutsats: att lyfta patientens agenda tar liten tid och ökar effektivitet och mängden data.

McKinley RK, Middleton JF What do patients want from doctors? Content analysis of written patient agendas for the consultation. [Br J Gen Pract.](#) 1999 Oct;49(447):796-800.

Undersökningen visade att patienter har förberedda speciella önskemål inför läkarbesöket, nästan alla har frågor som de vill ha besvarade, 55% önskade speciell behandling, 60% hade egna ideer föreställningar om vad som orsakat deras besvär och 40% en speciell oro runt sitt problem som de önskade få besvarade.

Barry CA, Bradley CP, Britten N, Stevenson FA, Barber N Patients' unvoiced agendas in general practice consultations: qualitative study. [BMJ.](#) 2000 May 6;320(7244):1246-50.

Bara en fjärdedel av 35 djupintervjuade patienter hade redogjort för sin hela agenda vid besöket. I de besök där som blev problematiska var alltid en icke uttalad agenda huvudorsaken till problemen.

Rogers MS, Todd CJ The 'right kind' of pain: talking about symptoms in outpatient oncology consultations. **Palliat Med. 2000 Jul;14(4):299-307** upptäckte att onkologer föredrog att lyssna till teman om sjukdomens förlopp; de ignorerade när patienten tog upp smärta om det inte var direkt relaterat till cancerbehandling.

Kuhl D What Dying People Want : practical wisdom of the end of day. **Doubleday Canada 2002.**

Doktorer som inte tog hänsyn till eller bagatelliserade patientens oro orsakade vad han kallade "iatrogen" lidande. Han menade att patienten fick bära bördan av läkarens egna olösta psykologiska och emotionella problem vad gäller död, lidande, smärta och relationsproblem.

Utbildningsguider vad gäller agenda:

Silverman J, Kurtz S, Draper J. Marrying Content and Process in Clinical Teaching. Enhancing the Calculary - Cambridge Guides. **Sec Ed. Acad Med 2003; 8: 802-9.**

Malterud K. Allmänpraktikerns möte med kvinnliga patienter. **Bergen:Tano, Allmenpraktikerserien,1990.**

Fyra centrala frågor (nyckelfrågor) angavs för att få insikt i väsentliga förhållanden i patientens liv Varför söker du just idag? Vad tror du själv dina besvär beror på? Vad har du hittills gjort för att lindra besvären? Vilken hjälp vill du ha av mig idag?

Larsen JH, Risor O, Putnam SM. P-R-A-C-T-I-C-A-L: a step by step model for conducting the consultation in general practice. **Fam Pract 1997; 14: 295-301.**

En samnordisk pedagogisk metod för konsultationsprocessen I tidsföljd:se vidare perspektivet "kronologi".

Involvera och Förklara**Rosa**

Har läkaren utnyttjat den fokuserade anamnesen till att involvera patienten i varför läkaren ställer sina specificerade riktade frågor?

Har läkaren involverat patienten i hur läkaren tänkt omkring patientens problem?

Har patienten uppmuntrats till att ställa frågor?

Har patienten fått någon förklaring på sitt problem eller på "felet"? (diagnos)

Har patienten fått någon förklaring på hur det uppstått och vad som ev kan göras för att undvika det? (etiologi)

Har patienten fått besked om problemet är allvarligt och om hur länge det kommer att vara? (prognos)

Har patienten uppmuntrats till att aktivt diskutera behandlingsalternativ?

Den traditionella anamnesen koncentrerar sig på innehåll och dokumentation.

En patientcentrerad anamnes är processinriktad och involverar i möjligaste mån patienten i meningen med läkarens riktade frågor.

Information: Inom patientcentrering klargör man först vad patienten redan vet och vilka föreställningar m.m. patienten har, och anpassar sedan sina förklaringar därefter.

Litteratur:

Schulman BA. Active patient orientation and outcomes in hypertensive treatment: application of a socio-organizational perspective. **Med care.**1979 Mar;**17(3):267-80.**
En aktiv patient orientering av konsultationen är korrelerat till bättre outcome map lägre blodtryck.

Greenfield S, Kaplan SH et al. Patients participation in medical care;effects on blood sugar control and quality of life in diabetes.**Gen Intern Med 1988 3;(5): 448-57.**
Patienter som uppmuntrats till aktiv involvering och förhandling med läkaren sänkte sina HbA1C värden signifikant.

Kaplan SH, Greenfield S, Ware JE Jr. Assesing the effect of physicians-patient interactions on the outcome of chronic diseases.**Med Care 1989; 27: 110-127.**
"better health", blodtryck, blod socker och subjektiv hälsa är relaterad till specifika aspekter av interaktionen läkare patient.

Lassen LC. Connections Between the Quality of Consultations and Patient Compliance in General Practice. **Fam Pract 1991 Jun;8(2):154-60.**
Compliance kunde förutsägas utifrån 6 enkla kriterier på konsultationens kvalite främst med avseende på om läkaren tagit reda och på och tagit hänsyn till patientens egna föreställningar.

Roter & Hall. Doctors talking to patients, Patients talking to doctors. **Auburn house;Westport CT. 1992.**
Paternalistisk modell karakteriseras av en hög läkare/låg patient aktivitet där läkaren beslutar om vad hon/han anser vara patientens bästa. Ömsesidighet baserad på läkare/patient autonomi har både hög patient /doktor kontroll. Patientens uppfattningar utforskas aktivt och jämföres med läkarens uppfattning som öppet delges patienten under konsultationen.

Lunde I-M. Patienters egenvurdering – ett medicinskt perspektivskift, **Disputats 1990. Månadsskrift för praktisk laegegering,1992.**
En kvalitativ intervjustudie som ger svaret på vad patienterna önskar att få förklaring på .

Beckman HB, Markakis KM, Suchman AL, Frankel RM The doctor-patient relationship and malpractice.Lessons from plaintiff depositions. **Arch Intern Med 1994; 154(12): 1365-70.**
En deskriptiv studie av anmälningsärenden. Grunden för anmälan var I 32% att patienten upplevt sig övergiven,29% en nedvärdering av patienten eller dennes familjs inställning; 26% att ha gett dålig information;13% misslyckande med att förstå patienten eller dennes familjs perspektiv.

Coombs RB;Jensen P, Hoa Her M, Ferguson BS, Jarry JL, Wong JS Abrahamsson RV. Review of the Scientific Literature on the Prevalence, Consequenses and Health Costs of Noncompliance and Inappropriate Use of Prescription Mediciation in Canada. **(Univerity of Toronto press) Toronto,Ottowa. 1995.**
När patientens egna föreställningar tas till vara ökar compliance.

Mullen. **Compliance becomes concordance.** Making a change in terminology produce a change in behaviour. **BMJ 1997;314:691 (8 March)**

Compliance (på svenska följsamhet) som uttryck för en paternalistisk läkarsyn ersätts av den moderna concordance där både patient och läkare i gemensam förståelse förhandlar behandlingsalternativ.

Towle A, Godolphin W. **BMJ.** Framework for teaching and learning informed shared decision making. **BMJ. 1999 Sep 18;319(7212):766-71.**

Ger ett ramverk för hur gemensamma beslut förhandlas fram av läkare och patient.

Stewart M et al. The impact of patient-centred care on outcomes.

J Fam Pract 2000; 49(9): 796-804.

Patientcentrering med särskilt focus på "common ground" för läkare och patient korrelerad till mindre besvär och oro , och 2 mån efter besöket till färre remisser och lab test.

Little P et al. Observational study of effect of patientcentredness and positive approach on outcomes of general practice consultations. **BMJ 2001; 323(7318): 908-11.**

Patientcentrering visade sig ha korrelation till mindre symptom 1 mån efter besöket. Vid icke patientcentrering är patienten mindre nöjd, har mer symptom , och remitteras oftare vidare.

Coulter A. After Bristol: putting patients at the centre. **Qual. Saf Health Centre 2002; 11:186-8.**

Information och involvering av barn och föräldrar är grunden för adherence och bättre health outcome för barn som genomgår hjärtkirurgi.

Coulter A Patients information and shared decision- making in cancer care. **Br J Cancer 2003; 89:15-16.**

Slutsatsen är att patienten måste få ges utrymme till uttrycka sin inställning till behandling och läkare tränas i "shared decision making". Stora vinster för patienten och vården.

Kroppspråk**Violet**

Inför uppspelningen förbered dig med vara uppmärksam på följande

Position: Hur sitter läkaren respektive patienten?

Avstånd mellan patient och läkare?

Mimik

Ögonkontakt

Eventuella samrörelser, upprepande av varandras rörelsemönster under interaktionens gång

Kroppspråkets relation till det talade språket

Beakta särskilt inledningen och avslutningen på konsultationen.
(Vem sätter sig först? Vem gör den första ansatsen till att avsluta samtalet?)

Försök sammanfatta

”Dansar patienten och läkaren med varandra eller inte ?”

Vid en konsultation där läkaren och patienten har god kommunikation och är överens kan man se att kroppspråket också överensstämmer.

Tips: spela upp konsultationen utan ljud vilket ibland kan ge aha-upplevelser om interaktionen och kommunikationens tysta budskap

Litteratur:

Erickson F. Listening and speaking. In: Tannen D, Alatis J E eds. **Language and Linguistics. The interdependence of Theory, Data and Application.** Washington: Georgetown University Round table on language and Linguistic, 1985.

Det talade ordet influeras hela tiden av lyssnarens beteende . Resultatet är en gemensam produktion av talare och lyssnare, där kroppsspråket kanske spelar den mest centrala rollen. Vi tolkar varandra hela tiden under samtalet, och vi tolkar både det sagda och kroppsspråket . Det sker en ömsesidig koordinering under samtalets gång

Hedberg C. Kommunikationen i det medicinska mötet mellan läkare och patient.

Rudebeck CE Eds. Konsultationen som arbetsform. Astra Läkemedel AB,1991. *Beskriver en analys av kroppsspråk med praktiska exempel. Utgår från en av videokonsultationens pionjärer Fred Erickson.*

Larsen KM, Smith CK. Assessment of nonverbal communication in the patient-physician interview. **J Fam Pract 1981;12: 481-8.**

En studie som visar att läkarens kroppsspråk kunde relateras till patienttillfredsställelse.

Känsla och Tid**Turkos**

Försök beskriva vilka känslor som patienten har inför sitt problem och under konsultationen.

Har läkaren uppmuntrat patienten till att uttrycka sina känslor?

Har läkaren gett något känslomässigt bekräftelse/kvitto/validerat/patienten?

Finns det några nyckelrepliker?

Finns det några "gyllene ögonblick" under samtalet? Hur togs de till vara?

Hur mycket tid ges patienten till att beskriva sin upplevelse av sitt problem?

Hur stor del av konsultationen använder läkaren till fokuserad anamnes ?

Hur mycket tid använder läkaren på att involvera, förklara och förhandla med patienten?

Litteratur:

Korsch BM, Gozzi EK, Francis V. Gaps in patient-doctor communication 1; Doctor-patient interaction and patient satisfaction. **Pediatrics** 1968; 42: 855-71.

God kommunikationsförmåga och uppmärksamhet gav kortare konsultationstid (en av de första studierna av kommunikation) A number of communication barriers between pediatrician and patient's mother were found to contribute significantly to patient dissatisfaction: notably lack of warmth and friendliness on the part of the doctor, failure to take into account the patient's concerns and expectations from the medical visit.

Wretmark G. Terapeutisk hållning, relationer och samtalskonst.

Lund:Studentlitteratur,1979.

En psykodynamisk inspirerad bok i samtalskonst där känslans betydelse för förståelse och bekräftelse vid kommunikation betonas.

Squier RW. A model of empathic understanding and adherence to treatment regiments in practitioner-patient relationships. **Soc Sci Med** 1990; 30: 325-39.

Pat tar till sig information bättre och använder sjukvårdens resurser bättre om läkaren visat empati.

Bensing J. Doctor-patient communication and the quality of care .

Soc Sci Med 1991; 32: 1301-10.

Affective behavior seems to be the most important in determining patient's satisfaction

Arborelius E, Bremberg S, Timpka T. What is going on when the general practitioner doesn't grasp the situation? **Fam Pract** 1991; 8: 3-9.

Om läkaren inte finner patientens egentliga problem blir konsultationstiden längre.

Holm U. The Affect Reading Scale: a method of measuring prerequisites for empathy. **Scand J Educ Res** 1996; 40: 239-53.

Beskriver hur de egna känslorna kan användas för att förstå hur patienten känner sig.

Beach MC, Inui T . Relationship-centred care .A constructive reframing. **JGIM** 2006;21:3-8.

Känsla och affekter är viktiga kvaliteter i sjukvården. Detta utmanar den gängse traditionella uppfattningen att läkaren bör inta en neutral hållning . Empati har en potential att hjälpa patienter att uttrycka sina känslor och att underlätta förståelsen för patienters behov samt att förbättra patientens förmåga att ta till sig omvårdnad om behandling.

Malterud K, Hollnagel H. Avoiding humiliations in the clinical encounter. **Scand J Prim Health Care**. 2007 Jun;25(2):69-74. *A better balance between emotions and rationality is needed to avoid humiliations in the clinical encounter. The Awareness Model is presented as a strategy for clinical practice and education, emphasizing the role of the doctor's own emotions. Potentials and pitfalls are discussed.*

Neumann M, Bensing J, Mercer S, Ernstmann N, Ommen O, Pfaff H. Analyzing the "nature" and "specific effectiveness" of clinical empathy: A theoretical overview and contribution towards a theory-based research agenda. **Patient Educ Couns**. 2009 Jan 3.

[Epub ahead of print]

CE seems to be a fundamental determinant of quality in medical care, because it enables the clinician to fulfill key medical tasks more accurately, thereby achieving enhanced patient health outcomes

Orange**Genus**perspektiv och **Socialt** perspektiv samt "**Tabu**"belagda ämnen

Har läkarens och/ eller patientens kön, sociala bakgrund, etnicitet någon betydelse för konsultationens innehåll och förlopp?

Skulle konsultationen sett annorlunda ut om patient eller läkare varit av annat kön?

Förhållningssätt hos läkaren och patienten i samtal (eller uteblivet samtal) om sexualitet, alkohol och död

Ex.

I ett Patientcentrerat samtal tas frågan om alkohol upp så att patienten involveras i förståelse om möjligt samband mellan alkohol och patientens hälsoproblem

Thom B, Tellez CA. A difficult business: detecting and managing alcohol problems in general practice. **Br J Addic 1986; 81: 405-18.**

En undersökning om hinder för att ta upp frågan om alkohol. Ämnet är känsligt och påverkar patientläkarrelationen. Läkare har en uppgivenhetskänsla inför alkoholproblem.

Hansen JP, Bobula J, Meyer D et al. Treat or refer: Patients interest in family physicians involvement in psychosocial problems. **J fam Pract 1987; 24: 499-503.**

En studie från brittiska husläkarmottagningar där patienterna i högre grad önskade att läkaren tog upp psykosociala förhållanden, och vad gällde sexuella problem vill 68 % ha hjälp med detta.

Meewesen L, Schaap C, van der Staak C. Verbal analysis of doctor-patient communication. **Soc Sci med 1991; 32: 1143-50.**

Jämfört med manliga läkare hade kvinnliga läkare längre samtal, gav mer information, talade mer med patienten om psykosociala problem, gav mer bekräftelse och färre råd.

Hall JA, Irish JT, Roter DL et al. Satisfaction, gender and communication in medical visits. **Med Care 1994; 32:1216-31.**

Manliga patienter var mindre tillfredställda med kvinnliga (särskilt yngre) än med manliga läkare.

Holm U. Det räcker inte med att vara snäll. Förhållningssätt empati och psykologiska strategier hos läkare och andra professionella hjälpare. Stockholm: **Natur och Kultur, 1995.**

Könskillnader i empatisk förmåga till kvinnliga läkares fördel beskrives.

Roter DL, Hall JA. Physician Gender and Patient-Centered Communication :A Critical Review of Empirical Research. **Annu Rec Public Health 2004;25:497-519.**

Två metanalyser av databas online engelskspråkliga artiklar 1967-2000 . Kvinnliga läkare har i medeltal 2 min längre besök, är signifikant mer patientcentrerade i form av mer aktivt partnerskap, mer involverade i psykosociala frågor, och är mer emotionellt fokuserade. Patienter till kvinnliga läkare ger mer positiva omdömen om sin läkare än patienter till manliga läkare. Gynekologer skiljer sig dock i detta hänseende där är manliga läkare mer emotionellt fokuserade än kvinnliga läkare.

Arborelius E, Damström-Thacker K. Why is it so difficult for General Practitioners to discuss alcohol with their patients? **Fam Prac 1995; 12: 419-22.**

Det största hindret är risken att stör patientläkarrelationen, då det upplevs som frågor om alkohol handlar om alkoholism.

Hedberg C, Hallberg H, Urwitz V. Patienten ges underlag för beslut om sina alkoholvanor. **Läk tidn 2000;1-2.**

Sammanställning av allmänläkares attityder, förhållningssätt och metoder i mötet med patienter där alkoholrelaterade hälsoproblem kan förekomma.

Bertakis KD, Azari R Patient gender and physician practice style. **J Womens Health (Larchmt) 2007 ;16(6):859-68.**

Mer diskussion med kvinnliga patienter om behandlingsresultat, mindre kroppsundersökning och mer sällan tas alkohol tobak upp.

Ljusblå

Patientens egen styrka och resurser

Vad är positivt i patientens liv?

Har patientens egen styrka och resurser lyfts fram och tillvaratagits?

Vilka är patientens egna självvärderande hälsoresurser?

Hur brukar patienten bemästra kriser och svårigheter i sitt liv?

Vad skulle denna patient ha svarat på frågan: " Vi ska inte bara tala om problem. Jag vill också höra om dina starka sidor. De flesta människor har ju starka sidor som brukar hålla dem friska o.s.v."

Salutogenes

Kommer från Salus - hälsans och välfärdens gudinna i romersk mytologi) innebär ett studium av faktorer som främjar och vidmakthåller hälsa och som kan motverka olika typer av "riskfaktorer". Det handlar om patientens egna värderingar som på inget sätt behöver sammanfalla med läkarens uppfattning om vad han/hon tror är bra för patientens hälsa.

Antonovsky A. Hälsans mysterium. **Natur o Kultur: Stockholm 2005.**
Standarverket med ursprungsidé om salutogenes.

Idler EL & Benyamini YJ. Self-related health and mortality: a review of twenty-seven community studies. **Health Soc Behav 1997; 38(1): 21-37.**
Global self-rated health is an independent predictor of mortality in nearly all of the studies.

Hollnagel H, Malterud K. From risk factors to health resources in medical practice. **Med Health Care Philos. 2000;3(3):257-64.**
By introducing a salutogenic perspective, we urge to shift the attention toward resources, agency and strength, which may counteract risk of disease and empower the patient

Malterud K, Hollnagel H. Positive self-assessed general health in patients with medical problem. A qualitative study from general practice. **Scand J Prim health Care 2004; 22(1): 11-5.**
Patientens hälsoupplevelser med t.ex känsla av mening och möjlighet att påverka sitt liv kan ifrågasätta den traditionella medicinens syn på mätning av hälsa och sjukdom.

Mossey JM & Shapiro E. Self-related health: a predictor of mortality among the elderly. **American Journal of Public Health 1982; 72: 800-8.**
The way a person views his health is importantly related to subsequent health outcomes.

Jag Läkaren Blå

Föreställ dig att Du är läkaren

Vilka känslor sätter denna igång hos dig?

Jag tycker att..... gjorde jag bra.

Jag önskar att jag hade gjort..... annorlunda

Det fördjupade patientperspektivet.**Röd**

Föreställ dig att **du är patienten och berätta om dig själv i "Jag-form"**

Beskriv din livssituation och ditt kroppsliga illabefinnande så begripligt och levande som möjligt.

Hur går dina tankar om ditt problem och dina symptom ?

Vad är det som är besvärande och/ eller hotfullt i dina symptom?

Hur upplevde du samtalet med läkaren?

Liten kommentar

Du är helt fri att berätta om "dig själv", hur du egentligen har det i ditt liv. Ensamhet, kärlek, åldrande, oro för sjukdom och död...

Balint M. Läkaren, patienten och sjukdomen. **Natur och Kultur:Stockholm, 1964.**

En klassiker som är spännande och lättläst med fallberättelser från en grupp läkare där patient läkarinteraktionen belyses ur ett psykodynamiskt perspektiv. Känsla som kunskap; Läkarens kunskap om patienten kommer även utifrån läkarens egen känsloupplevelse i patientmötet.

Yalom Y. Existential Psychotherapy .**Basic Book 1980..**

Existensialismen och psykoanalysen integreras och här beskrivs människans fyra grundvillkor: Friheten, Ensamheten, Meningslösheten och Döden som ofrånkomliga. Det sätt varpå människan förhåller sig till dessa grundvillkor präglar hennes förhållningssättet till livskriser och sjukdomsupplevelse.

Bertakis KD, Roter D, Putman SM. The relationship of physical medical interview style to patient satisfaction. **J Fam prac 1991; 32: 175-181.**

Psykosocialt intresse hos läkaren och frånvaro av emotionell dominans hos läkaren har det starkaste sambandet med patienttillfredställelse

Arborelius E, Timpka T, Nyce J. Patients comments on video-recorded Consultations-the “good”GP and the “bad”. **Scand J Med 1992 ;20:213-6.**

Patienten önskade att läkaren skulle ta patientens problem på allvar, behandla patienten som person inkludera patientens familj och arbete i samtalet.

Johannison K. Medicinens öga .**Nordstedts: Stockholm, 1990.**

En välskriven idehistorisk bok om medicinen som socialt fenomen. Belyser vikten av skillnaden mellan illness och disease; dvs skillnaden mellan den ohälsa som patienten upplever och den som medicinen definierat som sjukdom.

Rudebeck CE. The doctor, the patient and the body. [Scand J Prim Health Care](#). 2000 Mar;**18(1):4-8.**

The doctor shares the conditions of embodied life with his patients, a bodily empathic basis for clinical interaction is laid on which understanding and diagnosis may reinforce one another in a common endeavour..

Steihaug S, Malterud K Stories about bodies: a narrative study on self-understanding and chronic pain. [Scand J Prim Health Care](#). 2008;**26(3):188-92.**

The patient's story illuminates how events and experiences can be connected, and how she interprets her contemporary situation in the light of previous experiences. In this way, she alters her understanding and develops a new approach to her situation. Her story demonstrated how symptoms can be understood as the result of stressful habits that the body has developed as a reaction to demands from the surroundings.

Konsultationens kronologi i Patientcentrering
Patientens del- Läkarens del- Gemensam del

1. Patientens del:

Ges patienten i inledningen av konsultationen utrymme att berättar om sina hälsoproblem med föreställningar, farhågor och förväntningar?

Gör läkaren en sammanfattning/bekräftelse/validering av patientens hälsoproblem och upplevelse- kognitivt **och** känslomässigt?

2. Läkarens del:

Vilka differentialdiagnostiska överväganden kan göras?

Ge exempel på fokuserade frågor som läkaren ställer/ kan ställa utifrån möjliga differentialdiagnostiska överväganden .

Vad i status undersöks/ kan undersökas utifrån differential diagnostiska överväganden ?

Vilka labtest , rtgus, el remisser övervägs/ kan övervägas?

3. Gemensam del:

Gör läkaren någon sammanfattning av sina slutsatser och fynd vid undersökning ?

Informerar /Involverar läkaren patienten i vidare utredning och behandling?

Får patienten komma med egna förslag och ställa frågor ?

Återknyter läkaren vid sammanfattningen och avslutning till patientens ursprungliga frågor/ föreställningar/farhågor/ förväntningar?

Är eventuell uppföljning klargjord?

(Reviderad version av av Larsen JH, Risor O, Putnam SM. P-R-A-C-T-I-C-A-L: a step by step model for conducting the consultation in general practice. Fam Pract 1997; 14: 295-301)

Schema till grupphandledning, namn

Läkaren	Kollegorna
1. Vilka känslor sätter patienten i gång i dig?	2. Om jag sätter mig i läkarens situation, vilka känslor sätter patienten i gång i mig?
3. Jag tycker, att jag gjorde ... bra?	4. Jag tycker det var bra att du/när du ...
5. Jag skulle önska, jag hade gjort ... annorlunda?	6. Om det var jag, så skulle jag kanske ...
7. Det jag tar med mig är ... Jag är bra på att ...	8. För min egen del tar jag ... med mig
9. Nu känner jag	10. Nu känner jag ...

Enl. Colin Coles, J-H Larsen, O Risør, J Nystrup. Månedsskr Prakt Lægeger 1997; 75: 163-176.

Patientcentrering som klinisk metod: bonus

Cambridge –Calgary modellen : 71 punkter beskrivna i tidsföljd under konsultationsprocessen .Finn dem i egen link på nätet –googla på ”Cambridge-Calgary models.”

Mc Whinney IR. Familjemedicin. Studentlitteratur: Lund, 2004.
Patientcentreringens fader; Standardverk för den allmänläkare som vill förstå den allmänmedicinska specialitetens särart.

Stewart M. Towards a global definition of patient centred care.BMJ 2001; 322 (7284): 444-5.

Patientcentreringens moder ger bakgrund och sammanfattning .

Henbest RJ, Stewart M A. Patient-centredness in the consultation A method for measurement. Fam.Prac 1989; 6: 249-53.

Ottosson J.O eds. SBU Patient-läkarrelationen. Läkekonst på vetenskaplig grund. Natur o Kultur: Stockholm, 1999.
EBM sammanställning om patient-läkarelationen.

Tack

Med stort tack till medarbetarna under konsultationskurserna 1995–1999: Rolf Wahlström, Carl Edvard Rudebeck och Elisabeth Arborelius som var diskussionspartner till den första prismatiska modellen och till Prof Bengt Mattson som granskade denna. För den nuvarande versionen tackas medarbetarna under konsultationskurserna sedan år 2000 Jan-helge Larsen, Conny Svensson och Kerstin Lodén, Maria Tasola och Olof Nyrén. samt till Prof Niels Lynoe .

I den nuvarande utformningen av Den Prismatiska Modellen har jag som medarbetare haft Jan Helge Larsen som bidragit med det nya perspektivet Konsultationens kronologi. För merparten av de uppdaterade referenserna har jag som utgångspunkt haft Jonathan Silvermans och Susanne Kurtz bok ”Skills for Communication with Patients” Radcliffe Oxford 2006 .

Särskilt varmt tack till alla allmänmedicinska kollegor och ST läkare som deltagit i konsultationskurserna och studenter på termin 11 Karolinska Institutet sedan år 2000– för alla givande diskussioner, goda uppslag, kritik och uppmuntran under arbetets gång.

KONSULTATIONSPROCESSENS 9 FASER (F'en)

Patientens del

1. FÖRE

Före konsultationen, känslor, tankar och handlingar

2. FÖRHÅLLET (relationen)

Goddag, låt patienten tala

Visa: att du hör, att du tror, att du vill hjälpa

3. FÖRESTÄLLNINGAR

FARHÅGOR

FÖRVÄNTNINGAR

Läkarens del

4. FÖRSTÅELSE

Sammanfattning av problemet och dess betydelse för patienten

Patientens sjukdomsuppfattning

5. FÖRKLARING

Anamnes-fördjupning, klinisk undersökning och förklaring

Läkarens sjukdomsmodell

Gemensam del

6. FÖRHANDLING

Förhandling om lösningar, ev. referensskifte, kontrakt

Gemensam förståelse

7. FÖRHINDRA/FRÄMJA

Insikt - avtal - handling

8. FÖLJA UPP

Kontroll, säkerhetsnät

9. FARVÄL

OK? & housekeeping

Larsen JH, Risor O, Putnam SM. P-R-A-C-T-I-C-A-L: a step by step model for conducting the consultation in general practice. *Fam Pract* 1997; 14: 295-301. En samnordisk pedagogisk metod för konsultationsprocessen i tidsföljd::

Patientens Informerat Samtycke

Medgivande till videofilmning av samtal
med läkare

Idag ber vi om Ditt tillstånd att få spela in samtalet med läkaren på video. Inga intima kroppsundersökningar kommer att filmas.

Videofilmen kommer endast att visas för andra läkare.

Avsikten är att förbättra läkarens sätt att samtala med patienter.

Om du skulle ångra Dig efter besöket och vill att filmerna ska raderas, så kan Du meddela detta till läkaren eller mottagningsköterskan.

