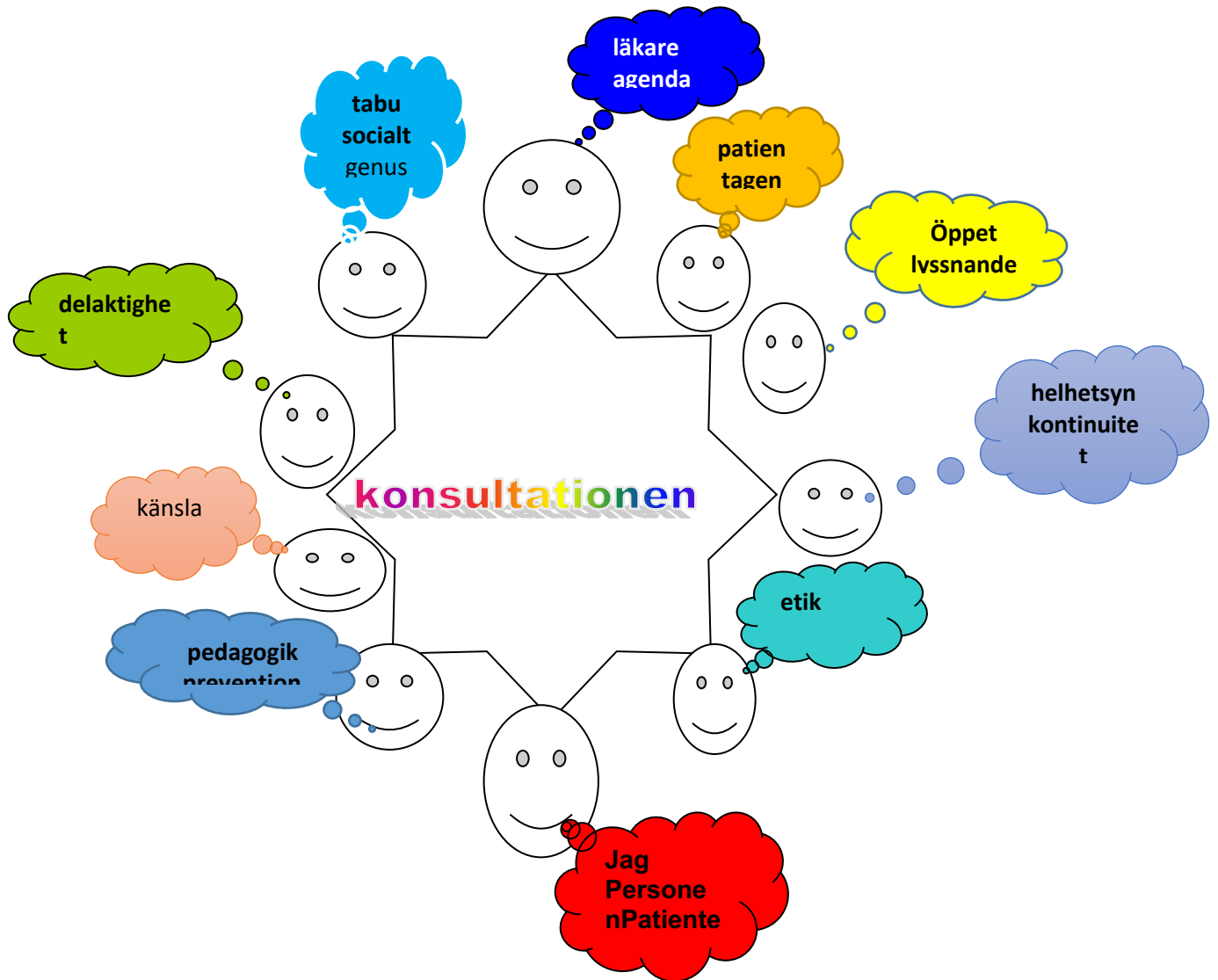


PRISMA analys av en inspelad konsultation

utifrån 10 Patientcentrerade perspektiv



Lathund för
Klinisk patientcentrerad kommunikation i tre steg (se baksidan)

1997- 2020 reviderad version

Charlotte Hedberg Specialist i Allmänmedicin Klinisk Adjunkt KI

Referenser se sista sidorna

Patientcentrerat arbetssätt är lärandemål för KI s Läkarpogram.

Patientlagen 2015: *"Hälso-och sjukvården ska så långt som möjligt utformas och genomföras i samråd med patienten."*

En definition på Patientcentrering; *"Patients want patient centered care which (a) explores the patients' main reason for the visit, concerns, and need for information; (b) seeks an integrated understanding of the patients' world—that is, their whole person, emotional needs, and life issues; (c) finds common ground on what the problem is and mutually agrees on management; (d) enhances prevention and health promotion; and (e) enhances the continuing relationship between the patient and the doctor"* Stewart BMJ 2001.

De 10 vanligaste perspektiven på patientcentrering finner Du i **Prisma**. De används där som verktyg för analys av en inspelad konsultation. Varje deltagare bevakar ett perspektiv och presenterar sedan resultatet. En grupp kan på så vis sammanställa en analys som kan användas som bedömning och återkoppling.

Det främsta syftet med Prisma är att å kort tid ge en översikt över kunskapsområdet med hjälp av exempel från en inspelad konsultationen. Referenslista från varje perspektiv finns med..

Prisma avslutas med en lathund i 3 delar som innehåller det basala i Klinisk patientcentrerad kommunikation.

Patientens del Läkarens del och Gemensam del.

Lathunden ger en kronologisk struktur för anamnes med patientens frågor – för kliniskt tänkande samt för konsultationens avslutning. Lathunden garanterar dialog som gör patienten delaktig.

Det bästa sättet att träna är i verkliga patientmöten ute i klinisk praktik och ljud/ videoinspelning med återkoppling är det som ger mest effektiv inläring.

På nästa sida följer PRISMA 10 analysverktyg för perspektiv av patientcentrering.

Referenser 1-5,25.

**Konsultationens första minuter
Gul**

Öppet Lyssnande

Hur börjar samtalet? Öppen invitation eller fokuserad fråga? ...

Får patienten utrymme att spontant berätta?..... hur länge? ... sek

Underlättas patientens fria berättelse? ex. med ögonkontakt, hm nick tystnad

upprepande av ord, "ekande", minisammanfattningar?.....

övergripande sammanfattning "om jag förstår dig rätt så"...

*finns känslomässig verbal bekräftelse "kvitto"
(t.ex. det låter besvärligt-bra att du kom)*

Vad finns av spontan anamnes efter de första 2–3 minuterna? Redogör konkret...

Vad finns av spontant berättat Tanke, Oro Önskemål efter de första 2–3 minuterna?

Återkoppling

Vad fungerade bra?

Vad kunde ha gjorts annorlunda?

*Patientcentrerat arbetssättet bygger allians mellan läkare patient.
Läkarens vänliga öppna lyssnande i början av samtalet lägger grunden.
Patienten vet att läkaren verkligen lyssnat när läkaren sammanfattat, vilket också
säkerställer given informationen. Läkaren minns bättre, strukturerar lättare och får
hjälp av patienten med tillägg och korrigeringar.*

*Syftet är att använda samtalets första minuter för att klargöra patientens
besöksorsak, med hjälp av patientens spontana berättande som rymmer dels den
s.k. spontana anamnesen men ofta också en del av de tankar, oro och önskan som
genererats av problem eller symptom.*

(Referenser 6–10)

Vad vet vi om

Patientens tankar? (möjliga förklaringar eller kunskap om problemet)

Patientens oro? (allvarlig sjukdom / livsinskränkning)

Patientens önskemål eller förväntningar på besöket?

Hur ställde läkaren sina frågor om:

Patientens egna tankar?

Patientens oro?

Patientens önskemål på besöket?

Återkoppling

Vad fungerade bra?

Vad kunde ha gjorts annorlunda?

Ge förslag på hur läkaren kunde frågat om tanke, oro och önskan

I Patientcentrerat arbetssätt är det centralt att klargöra patientens hela besöksorsak i början av konsultationen. En besöksorsak rymmer inte bara symptom och problem utan även de konkreta tankar, oro och de önskemål som dessa väckt. Tanke oro och önskan är också oftast de frågor patienten har med sig och önskar få besvarade. Klargörande av Tanke, Oro ,Önskan är det bästa sättet att undvika att läkare och patient talar förbi varandra

Referenser 10–15

Första differentialdiagnoser efter spontan anamnes

akut allvarligt, vanligt, ovanligt

Eventuell differential diagnostik utifrån Patientens Tanke Oro Önskan

förslag fokuserad anamnes

förslag status lab

talat för talat mot

är patienten involverad vb

utan att i onödan oroas

Arbetsdiagnos planering

Återkoppling

Vad fungerade bra?

Vad kunde ha gjorts annorlunda?

*Har läkaren klart för sig patientens frågor inför konsultationen?
(tanke/oro/önskan är vanligtvis patientens frågor)*

Har läkaren i möjligaste mån försökt besvara patientens frågor inför konsultationen?

Har läkaren beskrivit underlaget för sin nuvarande bedömning och gett (om möjligt) en förklaring utifrån resultat av anamnes, undersökning, labprover och annan utredning?

Har patienten getts möjlighet att ställa fler frågor efter läkarens bedömning?

Har patienten fått vara delaktig och samrått med läkaren om behandling, planering och uppföljning?

Återkoppling

Vad fungerade bra?

Vad kunde ha gjorts annorlunda?

Referenser (16–24)

Ger läkaren patienten någon verbal känslomässig bekräftelse?.....
"ex det låter besvärligt " "bra att du berättade " " bra att du kom "

Uppmuntras patienten uttrycka sina känslor?
ex " hur känns det här för dig?"

*Försök beskriva de känslor som du tror väcktes hos **läkaren** under mötet med patienten?*

Kan läkarens handlingsberedskap och handläggning påverkats av de känslor som väckts av patienten eller situationen?

Återkoppling

Vad fungerade bra?

Vad kunde ha gjorts annorlunda?

En vanlig orsak till kommunikationsproblem är patientens och läkarens känslor. Patienter har ofta oro och ångest som dominerande känslor men skam, osäkerhet, hopplöshet och nedstämdhet är också vanligt. En rädd och orolig patient kan ibland reagera med ilska och bli krävande. I ett patientcentrerat arbetssätt försöker läkaren bekräfta patienten vilket ofta lugnar. När patienten och patienten kan berätta om sin oro ökar läkarens förståelse. Läkaren kan annars lätt bli "smittad" av patientens känslor och få den som "magkänsla" istället för att sätta ord på känslan och reflektera över varifrån känslan kommer. För att inta ett pc förhållningssätt ges ofta rådet att se med patientens ögon. Om läkaren prövar att för en kort stund tänka "om det vore jag" kan det naturligt leda till en förståelse för de tankar och den oro patienten har. Med den förståelsen underlättas också förmågan att bekräfta patientens upplevelse.

Referenser 25–31.43

Kan läkarens och/ eller patientens sociala bakgrund, utbildningsgrad, kön, ålder eller etnicitet ha haft någon betydelse för den här konsultationens innehåll och förlopp? Beskriv i så fall hur.

Har känsliga eller tabubelagda ämnen haft någon relevans för konsultationens innehåll och förlopp – kanske som konsultationens "begravda hund" eller som "en elefant i rummet" – icke utsagd problematik?

Om läkaren ställt frågor om svåra eller känsliga ämnen har patienten då förstått meningen med varför läkaren gjort det?

*I patientcentrering involverar läkaren sin patient i meningen med potentiellt känsliga frågor om det inte naturligt framgår. När patienten förstår meningen med frågorna utifrån läkarens vilja att hjälpa blir också patientens svar mer informativa och trovärdiga
Ex. frågor om alkohol, droger, självmordstankar och sexualitet*

Återkoppling

Vad fungerade bra?

Vad kunde ha gjorts annorlunda?

Referenser 32–35

Helhetssyn Kontinuitet Salutogenes Ljusblå

*I ett Patient/personcentrerat **helhetsperspektiv** ses inte bara till det medicinska utan även till det psykosociala, t.ex. nätverk och existentiella dvs. hela personens mående.*

Har läkaren använt någon aspekt av helhetssyn på patientens problem. Beskriv (i så fall) vad det tillfört konsultationen.

Om inte - skulle helhetssyn i detta fall kunna ha tillfört något?

*När läkaren har möjlighet att arbeta med **kontinuitet** och får ansvara för patientens uppföljning eller återbesök underlättas ofta samarbetet mellan läkare och patient*

Vilka fördelar skulle det kunna finnas med kontinuitet för denna konsultation?

***Salutogenes** handlar om att se till patientens styrkor och resurser. Egen skattad hälsa och socialt nätverk är prediktorer på hälsa och livslängd.*

Har patientens egna styrkor och resurser tillvaratagits? Har viktiga personer och psykosociala faktorer i patientens liv uppmärksammats?

Återkoppling

Vad fungerade bra?

Vad kunde ha gjorts annorlunda?

Referenser (36–38)

*Läkarens uppgift som **pedagog** är central för att patienten skall få bästa nytta av sin konsultation.*

Vad vet vi om de förkunskaper patienten har om sina symptom eller problem?

Involverar Läkaren patienten i sitt sätt att tänka för att ge patienten ny kunskap?

Får patienten svar som en lekman kan förstå på sina frågor?

Får patienten ett förståeligt och vid behov stegvis underlag för bedömning och förklaring?

Försäkrar sig läkaren om att patienten förstått förklaring och planering – Vad tar du med dig? t.ex. genom att be patienten sammanfatta och ställa frågor?

*Läkarens möjlighet att arbeta förebyggande inom konsultationen-s.k. sekundär **prevention** bygger på att patienters kunskaper, och egna initiativ har stärkts.*

Beskriv om och i så fall hur patienten blivit mer kunnig för att förebygga sjuklighet eller återkommande symptom

Ett positivt resultat av en intervention är t.ex. patientens egna "självmotiverande yttranden". Finns det några sådana?

(Exempel – "jag vill verkligen pröva gå ner i vikt så jag kanske slipper ta mer medicin mot högt blodtryck.)

Återkoppling

Vad fungerade bra?

Vad kunde ha gjorts annorlunda?

Inom medicinen finns det etiska principer om att "göra gott" och "inte skada"

Beskriv här om

Läkaren gör gott genom att ta reda på vad patienten oroar sig för?

Försöker läkaren besvara patientens frågor om oro?

Läkaren skadar genom att överinformera och i onödan skapa oro?

Läkaren inte lyssnar, tar patienten på allvar eller visar bristande respekt?

Autonomiprincipen är en etisk princip som handlar om "respekt för patientens rätt att vara med att bestämma". Paternalism utgör motsatsen. Läkaren kan ibland utifrån att "vilja göra gott" eller inte skada anse sig föranledd att ta beslut i patientens ställe vilket kan ske medvetet eller omedvetet (oreflekterat) "patienten kan inte antas förstå sitt eget bästa". Det kallas medicinsk paternalism och innebär att man åsidosätter principen om patientens rätt till medbestämmande.

Finns här några exempel på medicinsk paternalism?

Återkoppling

Vad fungerade bra?

Vad kunde ha gjorts annorlunda?

Föreställ dig att du är patienten och berätta om dig själv i jagform.

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

Hur hade du har tänkt FÖRE besöket om dina problem och symptom innan du gick till läkaren?

Är det är något speciellt som oroat dig?

Vad hade du tänkt få ut av läkarbesöket idag?

Vad har du med dig EFTER ditt besök – försök sammanfatta i korthet

Hur svarar du på Nationella patientenkäten?

Fick du svar på dina frågor?

Ja/ nej/ i viss mån/ kan ej besvara

Har du fått tillräcklig kunskap om vad dina symptom och problem kan bero på?

Ja/ nej/ i viss mån/ kan ej besvara

Har du tillräcklig kunskap om varningssignaler och vad du skall göra om besvären kvarstår eller förvärras?

Ja/ nej/ i viss mån/ kan ej besvara

Har du fått tillräcklig kunskap om din medicin hur den skall tas och eventuella biverkningar?

Ja/ nej/ i viss mån/ kan ej besvara

Tycker du att du fick delta så mycket du önskade i de beslut som gjordes om behandling och uppföljning?

Ja/ nej/ i viss mån/ kan ej besvara

Referenser 4.42,43,44

Referenser 1. Patient lagen §5 Delaktighet.

2. Docteur E; Coulter A. Patientcentredness in Sweden's health system-an external assessment. *Vårdanalys* 2012.
3. OECD rapport *Health at a glance*. 2014.
4. Nationella Patientenkäten. Sveriges Kommuner och Landsting. SKL 2016
5. Van Dalen J et al Teaching and assessing communication skills in Maastricht: the first twenty years *Med Teacher* Vol 23, No.3,2001.
6. Langewitz W et al. Spontaneous talking time at start of consultation in outpatient clinic study. *BMJ* 2002; 325 (7366): 682-3.
Läkarna tränades i att inte avbryta patienten under konsultationens inledning; patientens spontana berättelse i medeltal tar 92 sek; 75 % av patienterna är klara inom 2 min. De patienter som tog 5 min hade mer väsentlig information.
7. Dwinnell B, F Platt. Invite, listen, and summarize: a patient-centered communication technique *Academic Medicine*, 2005; 80: 29-32.
ILS was developed to combat the high-physician-control interview techniques, characterized by a series of "yes" or "no" questions. Summaries permit the student to review the story with the patient, allowing for correction or embellishment. The therapeutic value of a sense of being understood and the chance of involving the patient in the development of the story. The use of summaries is the most difficult to accept and learn as it seems foreign to their everyday language. The use of summary reduces need to take notes.
8. Beckman HB, Frankel RM. The effect of physician's behaviour on the collection of data. *Ann Intern* 1984;101: 692-6. 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 det är en direkt fortsättning på det förra och försummar att ge patienten utrymme för andra problem som kan ha väckts under tiden och efter tidigare besök. Patienterna avbröts av läkaren efter 18 sek efter att blivit ombedda att berätta vilket gjorde att läkaren gick miste om information
9. Henbest R, Stewart M Patient-Centredness in the Consultation 1: A Method for Measurement. *Family medicine* 1989. Volume 6, Issue 4 pp 249-53. A method for assessing the doctor's responses to the patients offers during the first 2 minutes. Patient's offers include symptoms thoughts feelings (the emotional state of reaction that almost universally accompanies the patients symptoms expectations or thoughts) Fear is a common feeling that patients experience in response to health problems The doctors responses to the patients offers are 1. ignore 2. closed question 3. Open 4. Specific facilitations. The finding that the score for the first two minutes of the consultation correlated highly with the score for the entire consultation.
10. Byrne & Long 1976 Doctors talking to patients. 2000 audio recordings described Patientcentred and Doctorscentred doctors and found that the last ones had dysfunctional consultation due to "the patients reason for attendance was missed.
11. Marvel MK, Epstein RM, Flowers K, Beckman HB. Soliciting the patient's agenda: have we improved? *JAMA*. 1999 Sep 8; 282(10):942-3. Incomplete initial descriptions includes late-arising concerns and missed to gather potentially important patient data. Soliciting the patient's agenda takes little time and can improve interview efficiency and yield increased data.
12. Middleton JF What do patients want from doctors? Content analysis of written patient agendas for the consultation. *Br J Gen Pract*. 1999. 49:796-800. Almost all patients had requests they wished to make of their doctor, 60% had their own ideas about what was wrong, and 38% had considered explanations about why they were unwell. Forty-two per cent and 24% of patients had consulted because they had reached the limit of their anxiety or tolerance respectively. These data demonstrate that most patients come to the consultation with a particular agenda. Failure to address this agenda is likely to adversely affect the outcome of consultations.
13. CA, Bradley, 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 som

- blev problematiska var det alltid en icke uttalad agenda som var huvudorsaken till problemen.*
14. Wasserman RC, Inui TS, Barriatua RD, Carter WB, Lippincott P. Paediatric 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 med prematur och begränsat hypotestestande innan föräldrarnas hela spektrum av oro identifierats.*
15. White J, Levinson W, Roter D. "Oh by the way. . . ." The closing moments of the medical visit. *J Gen Intern Med*. 1994;9:24-7. *Orientering patients in the flow of the visit, assessing patient beliefs, checking for understanding, and addressing emotions and psychosocial issues early on may decrease the number of new problems in the final moments.*
16. Mullen PD. Compliance becomes concordance. Making a change in terminology produce a change in behaviour. *BMJ* 1997; 314:691. *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.*
17. Towle A, Godolphin W. *BMJ*. Framework for teaching and learning informed shared decision making. *BMJ* 1999 Sep 18;319(7212):766-71 .
18. Epstein R, Franks P et al Measuring patient-centred communication in Patient-Physician consultations: Theoretical and practical issues. *Social Science and medicine* 61 (2005) 1516-1528 . *Patientcentredness should be reserved to describe a moral philosophy with three core values: 1) considering patients needs wants perspective and individual experiences 2) offering patients opportunities to provide input into and participate in their own care 3) enhancing partnership and understanding in the patient-physician relation .*
19. Coulter A Patients information and shared decision- making in cancer care. *Br J Cancer* 2003; 89:15-16. *Slutsatsen var att patienten måste få ges utrymme att uttrycka sin inställning till behandling och läkare tränas i "shared decision making" vilket skulle innebära stora vinster för patienten och vården.*
20. Coulter A. After Bristol: putting patients at the center. *Qual. Saf Health Centre* 2002; 11:186-8. *Information och involvering av barn och föräldrar är grunden för adherence och bättre health outcome för hjärkirurgibarn.*
21. Stewart M et al. The impact of patient-centered care on outcomes. *J Fam. Pract* 2000; 49(9): 796-804. *Patientcentrering med focus på "common ground" korreleras till mindre besvär, oro samt färre laboratorieprover och remisser.*
22. 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.*
23. Matthys J .Patients' ideas, concerns, and expectations (ICE) in general practice: impact on prescribing. *Br J Gen Pract*. 2009; 59(558): 29-36. *An association was found between the presence of concerns and/or expectations, and less medication prescribing.*
24. Ekman I, Wolf A et al Effects of person-centred care in patients with chronic heart failure: the PCC-HF study *European Heart Journal* (2012) 33, 1112-1119
25. 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 familj.*
26. 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 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.*

27. Platt FW, Platt CM. Empathy: a miracle or nothing at all? *Journal of Clinical Outcomes Management*. 1998; 5:30-3. *Om att kommunicera empati via känslomässig bekräftelse samt vikten av att känna till patientens tankar och oro för att kunna vara empatisk.*
28. Levinson W, Gorawara-Bhat R, Lamb J. A study of patient clues and physician responses in primary care and surgical settings. *JAMA*. 2000; 284:1021–7. *Physicians responded positively to patient emotions in 38% of cases in surgery and 21% in primary care, but more frequently they missed opportunities to adequately acknowledge patients' feelings. Visits with missed opportunities tended to be longer than visits with a positive response.*
29. Malterud K, 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. .*
30. Roter DL, Stewart M, Putnam SM, et al Communication patterns of primary care physicians *JAMA* 1997 ;227:350-56. *Higher physician satisfaction with patientcentred communication.*
31. Shapiro J, Yu R, MK White - JCOM-WAYNE PA-, 2000. *Conflicting doctor and patient agendas: a case illustration. Make a special effort to express concern and show compassion for patients that you find irritating. Even these patients offer many opportunities to empathize their fears and suffering.*
32. Roter DL, Hall JA. Physician Gender and Patient-Centered Communication :A Critical Review of Empirical Research. *Ann Rec Public Health* 2004; 25:497-519. *Två metanalyser a database online 1967-2000 . Kvinnliga läkare har i medeltal 2min längre besök, är signifikant mer patientcentrerade i aktivt partnerskap, psykosociala frågor, och är mer emotionellt fokuserade. Patienter till kvinnliga läkare ger mer positiva omdömen. Gynekologer skiljer sig dock i detta hänseende, manliga läkare mer emotionellt fokuserade än kvinnliga.*
33. 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.*
34. Arborelius E, Damström-Thacker K. Why is it difficult for GP's to discuss alcohol with their patients? *Fam. Prac* 1995; 12:419–22 *Risken att störa patient-läkare relationen, då det upplevs som frågor om alkohol handlar om alkoholism.*
35. Läkemedelsboken på webb. Franck J Hedberg C Riskbruk Missbruk Alkohol 2016. *Om Patientcentrerat intervention vid Riskbruk av alkohol.* 36.
- Antonovsky A. Hälsans mysterium. *Natur o Kultur: Stockholm* 2005. *Standardverket om salutogenes.* 37. Fayers PM. Understanding self-related health. *Lancet* 2002;359:187- 8 *Global self-rated health is an independent predictor of mortality in nearly all of the studies.*
38. 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): 11–16. *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.*
39. Löfmark R et al; Från läkarpaternalism till patientautonomi. *Läkartidningen* 2009 52 103 3500-02. 40. Kaba R, Sooriakumaran P. The evolution of the doctor–patient relationship. *Int J Surg*. 2007; 5:57-65.
41. World Medical Association. Declaration on the rights of the patient (Lisbon Declaration). <http://www.wma.net/e/policy/l4.htm>. 42. SoS 2010. Din skyldighet att informera och göra patienten delaktig. 43. FW Platt, DL Gaspar, JL Coulehan...Tell Me about Yourself": The Patient-Centered Interview - ... of Internal Medicine, 2001 - Am Coll Physicians. 44. R.Charon. Narrative Medicine .A Model for Empathy. Reflection, *Jama* 2001 *By bridging the divides that separate the physician from the patient, the self, colleagues, and society, narrative medicine can help.*

Läroböcker och guider för patientcentrerat arbetssätt:

5. Van Dalen J et al Teaching and assessing communication skills in Maastricht Med

Teacher Vol 23, No.3, 2001. *Ger en god bakgrund.*

45. Pendleton The Consultation 1984 *The first aim of the consultation is to define the reason for the patient's attendance*

46. Levenstein JH, McCracken EC, McWhinney IR, Stewart MA, Brown JB. Fam Pract. 1986 Mar; 3(1):24-30. *The patient-centered clinical method.*

47. Larsen JH, Neighbour R. Five cards : a simple guide to beginning the consultation Br J Gen Pract 2014 Mar; 64(620) :150-151.

48. Maguire P, Pitceathly C. Key communication skills and how to acquire them. *BMJ* 2002;325.

49. Calgary-Cambridge Guide to the Medical Interview Com. Process Kurtz SM, Silverman JD, Draper J. Marrying Content and Process in Clinical method rev. 1996-2003 med 71 st kriterier för PC. *The framework comprises five key tasks (initiating the session; gathering information; physical examination; explanation and planning; and closing the session) performed in temporal sequence.*

Patientcentrerad Klinisk Kommunikation i 3 steg

Starta i Patientens del – orsaken till ny eller återbesök sett ur patientens perspektiv

Välkomna och **invitera öppet** och **lyssna lugnt** till patientens berättelse (ca 2-3 min)

– och du får patientens spontana anamnes med presentation av symptom, problem och ofta även tankar, oro och önskan.

Ge kvitto/bekräfta! ex "det låter besvärligt" ."Eka" "Summera" kortare/längre – så kan patienten lägga till och korrigera, du minns bättre och patienten vet att du lyssnat och förstått

Klargör patientens frågor med hjälp av

patientens Tankar/föreställningar "Vad har du själv tänkt?"

Oro/farhågor "Har du oroat dig för något speciellt?"

Önskan/förväntan "Har du tänkt att det är något särskilt som skulle göras?"

Sist **sammanfattas både symptom/problem presentation och T O Ö** och få ett **ok** att du fått med *hela patientens besöksorsak*

"Om jag förstått dig rätt så..."

Fortsätt med Läkarens del

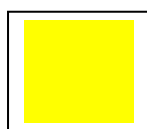
Differentialdiagnostiskt arbete med fokuserad anamnes; "Hur länge? När? Var? Påverkan

funktion/var dag? Tidigare besvär/sjukdom?" Psykosocialt v b. Patienten involveras Status, Lab, Rtg, osv till preliminär bedömning

Avsluta med Gemensam del PAKET

1. DU hade följande problem och frågor utifrån dina Tankar, Oro och Önskemål.
2. JAG som läkare möter/besvarar dina frågor och förklarar min bedömning utifrån underlag.
3. VI förstår varandra? VI planerar behandling och uppföljning.
4. VAD tar DU med Dig?

Patientens del



Läkarens del



Gemensam del (paketet)

