

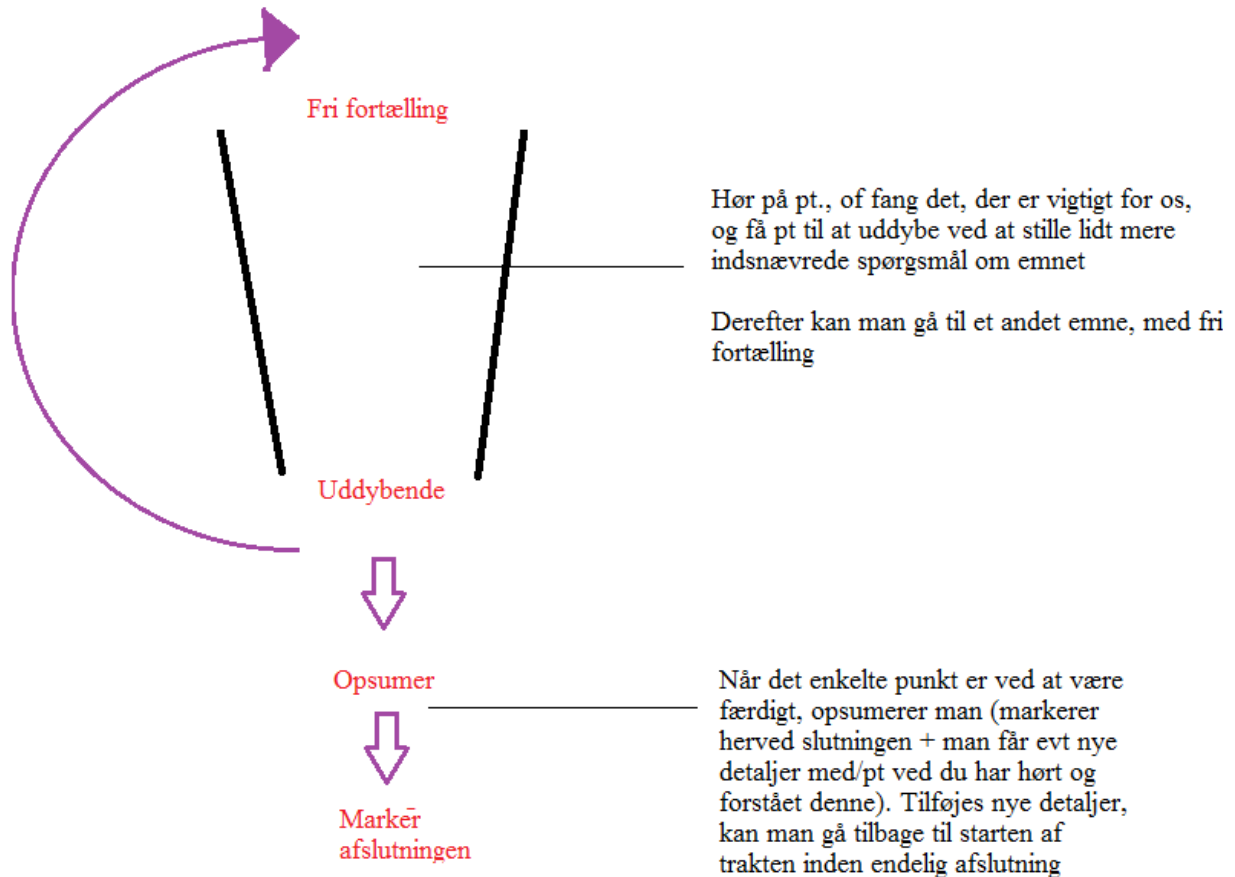
NB: kommunikationen skal være fokuseret, men samtale-agtig

- Spørgsmål (se "generelt" i journaloptagelsen, for disponering af samtalen)
 - o Åbne ("fri fortælling") -> lukkede ("kun et svar")
 - Fortæl "noget" → fortæl om din hverdag → fortæl om din smerte → SOCRATES (hvor sidder den?)
- Gensvar:
 - o Udvidende ("fortæl mig mere om...") >< Lukkede ("hvor sidder...")
 - o Pt: "altså...hvornår...bliver den der...øh...operation...senere?"
 - Kognitive ("OP er kl...") >< Affektivt ("du lyder bekymret...? (pause))
 - o Konfronterende ("Er du bange for, at du ikke vil vågne igen?") >< Tildækkende ("vi skal alle samme vej/ det skal nok gå")
- Midler
 - o **Fri fortælling** (i gang sættes ved åbne spørgsmål – gerne i starten af samtalen, så pt. kan starte med at udvide billedet, og senere kan man så selv indsnævre det → "viser hvad pt. vælger at fokusere på! (kontrol, uro, disponering)
 - o Gentagelser/pappegøje metoden (hvis man vil have mere ud af pt svar)
 - o Opfølgende spørgsmål (... "hvad mener du præcis med...") (pt. forståelse/opfattelse af symptomet)
 - o Parafrasing (gentage pt egne ord = signalerer vi lytter aktivt + opsummering)
- Vigtige elementer:
 - o **Brug af stilhed** (lægge vægt på det næste du siger; ikke så stresset; for at få pt. til at åbne op / føle sig mere tryk, hvis pt har svært ved at åbne op; giver pt tid til "komme sig" emotionelt)
 - o **Aktiv lytning** (Giver den behøvede tillid/tryghedsforhold mellem læge/pt. = høre på det følelsesmæssige udsagn, der ligger mellem linjerne ; "positiv forstærkning" (nikke, øjenkontakt etc) → nb: pt's ord er "mudrede" (taler ikke præcist), og vi er nødt til at decifere ordene, så de kan forstås meningsfuldt (nogle behøver mere deficerer end andre; nogle pt kan vi som person ikke decifere – måske en anden kan)
 - o **Non verbale signaler** + kropssprog + "måden at sige tingene på + tonen"
- Pas på:
 - o Ledende spørgsmål (inducerer en reaktion hos pt "er det en stikkende fornemmelse?" → i stedet: "beskriv din smerte")
 - o Alternativgivende spørgsmål (er den rød, gul, eller grøn ? → hvad nu hvis den ikke er en farve: man indskrænker de svar, man kan få – og svarene vil være afgrænset af ens egen subjektive holdning til symptomet...du mener kun det kan være rød, gul eller grøn)
 - o Dobbelt spørgsmål (hvad får man svar på? Forvirrer pt)
- **Metakommunikation:**
 - o Hvis man mener, at samtalen er forstyrret (evt pga frygt / uro etc), så tal om det ("jeg forstår, at du er urolig...*stilhed*"....men jeg er nødt til at få undersøgt dig, så vi kan komme til bunds i det her etc)
 - o Pas på med at grine for meget i en alvorlig samtale med patienten, hvis pt ikke selv indbyder til det (latter kan fra pt's side være udtryk for frygt / usikkerhed, og bør tages alvorligt) . Dog er der intet der er så alvorligt, at det ikke er sjovt, og vice versa (= patch adams: latter og aktiv lytning er den bedste medicin) – hårfin grænse mellem snik-snak og tale
- Feedback (konstruktiv kritik)
 - o Om at give feedback
 - Gives konstruktivt, venligt, positivt (ingen lærer noget ved at blive slået i hovedet)
 - Sig hvad DU så (og giv gerne eksempler)
 - DU behøver ikke have løsningen på problemet (men sig til, hvis du ser et problem / kritikpunkt alligevel)
 - o Om at modtage feedback (= lukkes inde i "boxen", hvor man hører, men ikke kan tale → evt se ned i bordet og lyt)
 - Lyt tavst (ingen forklaringer eller forsvar)
 - Tag det med dig, som DU kan bruge

- Til sidst, når alle har sagt deres punkter = egne kommentarer (og før de får lov, kan man også komme med sine kommentarer)

Den normale samtale med indlæggelsespatienten (fx AMA):

Guldorn:



- "Trakten" (start med fri fortælling/åbne spørgsmål → uddybende: anvend evt. gensvar, som ses herover – særligt anvendt er kognitivt < affektivt) + grundregel: "Sig hvad du vil gøre og gør det så" (virker banalt, men det er godt! – særligt, når man anvender empati, som indgang)

- Relation >< Struktur (det er en balance imellem at skabe en samtale og en relation med pt, og samtidig holde strukturen, som "kræves" når man har tidsgrænse, skal nå alt, ikke skal ud af tangent hele tiden = small talk gerne, men få halet pt ind igen med "...det lyder super godt. Jeg vil gerne tilbage og tale om dit diaré" = tilbage i trakten)
- Pt typer:
 - Den talende pt.: Vær stærk i strukturen; hal hende ind, når hun begynder at gå ud af en tangent ("hvis vi lige kan komme tilbage til...") + Opsummer oftere, så du ved, du får det med, der behøves. De fleste kan tale uafbrudt i 2 min max – lad eventuelt pt. frit fortælle fuldt i starten uden afbrydelser ("få talt af...") ELLER hvis man har flere konsultationer med dem, så lad dem snakke første dag, og dig anden dag
 - Den stille pt.: lad være stille
- Lyt aktivt ; lad stilheden råde (pauser kan være gode for jer begge!)
- Når man opsummerer: anvend ord som "er det rigtigt forstået at...." eller "er der mere du vil tilføje.."

1. Rammesætningen

- Velkommen (egen præsentation = titel, navn – nb: gør det x2, når I har sat jer igen, så pt husker det)
 - Pt. CPR, navn
- Formål og disposition (det her skal vi tale om i dag – er der andet du ønsker at tale om? Er det ret forstået, at det er det her vi skal tale om? (BALA-modellens B og A – se nedenunder)

- *Tid (hvor lang tid tager det cirka + har I god tid>< skal det gå stærkt?)*
 - *Forstyrrende elementer (fx "jeg skriver lige end for at få alt med, men jeg hører stadig")*
 - *Beroligende elementer (sidder du godt?, sid i øjenhøjde, luk gardiner etc) – evt ICE-spørgsmål allerede hér*
2. **Journaler (anvend trakten! = så pt får lov at tale selv!)**
- a. **Anamnesen (nb: husk at 3a (afslutningmarkering) skal være tydelig når man går fra punkt til punkt + 3c = opsummer efter fx hele "aktuelt", da man så forstår, hvad pt har lavet)**
 - i. **Aktuelt (PC) / det, der er vigtigst for pt (og fortsæt med en fokuseret anamnese!)**
 - b. **Objektivt (forklar hvad du vil gøre, og gør det så – med pt's accept enten stiltiende eller udtalt)**
3. **Afslutning**
- a. **Markering af afslutning af samtalen**
 - b. **Plan (specificer = closed loop, så pt ved, hvad der skal ske når du går ud af døren – hvis du ikke ved det, så sig det, og sig du kommer med en, der ved det = så pt ikke lades i stikken)**
 - c. **Opsummering af hele samtalen (husk også dette, hvis man har lang samtale og opsummer efter vigtige delelementer)**
 - d. **Questions x2 (spørg 2 gange om de har spørgsmål) + ICE (Ideas, Concerns, Expectations → kan puttes ind i samtalen, hvor nødvendigt fx i starten, hvis de er meget nervøse (C) for noget)**

EXIT + Farvel!

Andre kommunikationsmetoder (som kan indgå i "Formlen")

Kommunikation (se kommunikations noten i "pensummet"-noten) = samtale > udspørgelse

- "Formlen" (se herover): Åbne spørgsmål i starten (overblik over hvad I skal snakke om: fx nævnes dyspnø, brystmerter etc) → lad pt tale 2 min i starten → opsummer hvad du har af symptomer, der skal snakkes om på dit papir (fx brystmerter, dyspnø) – er der andet? Hvis ikke, så → uddybende spørgsmål om symptomerne
- **BALA-metoden** (hurtig og god indenfor almen praksis, kan blive upersonlig, så gør den personlig!) (1) Behov for pt ("hvorfors kommer du i dag") 2) Accept ("er der andet end det vi skal tale om, ellers taler vi om det i dag") 3) Løsning på problem 4) Accept af løsning) → anvendes indenfor økonomi, men er rigtig god i almen praksis (og som grundstruktur på sygehus)
- **ICE-spørgsmål** + empatisk udspørgelse: (Ideas = hvad tror de, det kan være ; Concerns = hvad er de mest urolige for (be- eller afkræft), Expectations = hvad forventer de, at VI kan gøre som læger (eller prognosen for deres sygdom er → lettere at få dem til at sige det, end at vi siger "du har ikke meget tilbage")!