
Kan den patientcentrerede konsultationsmetode anvendes i tandlægepraksis?

MARIANNE ENGBERG

Den patientcentrerede konsultationsmetode har inden for det seneste årti vundet anerkendelse i den lægevidenskabelige uddannelse, bl.a. i Danmark, som det anbefalelsesværdige teoretiske grundlag for gennemførelse af konsultationer i almen praksis¹. Rationalet for anvendelse af netop denne konsultationsmodel er, at behandleren ved anvendelsen af metoden bliver klar over grunden til, at patienten søger behandlingskontakten. Behandleren hører patientens oplevelse af situationen og bekymringer i sammenhængen og forstår patientens behov for information. Derefter kan undersøgelse og information foregå på et tilstrækkeligt grundlag, og behandleren kan i samarbejde med patienten planlægge og udføre en fagligt forsvarlig behandling. Dette kan måske fremstå som ren logik i et patient-behandlerforhold, men man har traditionelt, i både lægepraksis og tandlægepraksis, anvendt en biomedicinsk og paternalistisk orienteret behandlingsmodel, hvor symptomer og undersøgelsesresultater har resulteret i en given behandlingsadfærd fra behandlerens side, uden at patienternes individualitet – og deraf følgende forskellige behov i behandlingssituationen – er taget i betragtning.

Der har i de senere år, også inden for tandlægepraksis, været opmærksomhed rettet mod den patientcentrerede behandling². Der er dog ingen undersøgelser, der viser, hvor udbredt den patientcentrerede behandlingsmodel er i tandlægepraksis i dag. Formålet med denne artikel er at give en kort oversigt over ind-

holdet af den patientcentrerede konsultationsmetode, og hvad der kunne opnås af ønskede virkninger med benyttelsen af den.

Hvad er den patient-centrerede konsultationsmetode?

Der er ikke nogen universel definition af begrebet, men almen praksis opererer traditionelt med seks centrale komponenter i den patientcentrerede konsultation³⁻⁴:

1. Lægens udforskning af patientens sygdom, herunder udforskning af fire dimensioner af patientens oplevelse af lidelsen – patientens følelser, forestillinger, betydningen for patientens dagligdag og funktion, og patientens forventninger til konsultation og behandling.
2. Lægens forståelse af den „hele“ patient.
3. Behandlingen opstår i en fælles forståelse mellem lægen og patienten.
4. Forebyggelse og sundhedsfremme inkluderes i konsultationen.
5. Læge-patientforholdet udvikles.
6. Gennemførelsen skal være realistisk, særligt i forhold til eventuelle personlige begrænsninger, tid og resurser i øvrigt.

Begrebet Den patientcentrerede konsultationsmetode kan også anskueliggøres ved opstilling af fem dimensioner⁵, der er centrale for forståelsen af, hvordan en patientcentreret konsultation adskiller sig fra den traditionelle biomedicinske behandlingsmetode:

1. Det bio-psyko-sociale perspektiv

Hermed menes, at man som behandler forsøger at forstå patientens lidelse og sygdom i et videre perspektiv end det biomedicinske. Andre faktorer end blot lidelsens art og objektive alvorlig-

hedsgrad har indflydelse på tærskelværdien for henvendelse til en behandler, og denne viden bør medtages i beslutningsprocessen omkring behandlingen. Sociale og psykiske aspekter har i høj grad indflydelse derpå. Man skal som behandler være opmærksom på, om patienterne har en anden dagsorden end den umiddelbart præsenterede.

2. Patienten som en person

Her drejer det sig om at forstå patientens egen oplevelse af lidelsen. Oplevelse af den samme lidelse vil være forskellig fra patient til patient og bl.a. afhænge af livserfaring, køn, alder, social status, kultur og lignende. Også betydningen for patienterne af den samme lidelse vil være individuelt forskellig. En tandskade betyder noget andet for en fotomodel end for en bokser, for en ung end for en ældre, og den relevante behandling afhænger af dette. Kun patienten selv kender oplevelsen og betydningen af lidelsen, og behandleren må kende til disse forhold, før den rette behandling kan tilbydes.

3. Fælles om indflydelse og ansvar

Konsultationen skal hvile på et ligeværdigt forhold mellem behandleren og patienten. Det drejer sig for behandleren om at anerkende lægmandsviden og at respektere patienten som et ligeværdigt og autonomt individ, også i beslutningsprocessen omkring behandlingen.

4. Terapeutisk alliance

At opnå en terapeutisk alliance er et nødvendigt fundament for enhver behandling. Hvis en terapeutisk alliance ikke opstår under konsultationen, kan det bl.a. have negative konsekvenser for, om en aftalt behandlingsplan gennemføres af patienten, dvs. nedsat compliance. Patienten skal have en oplevelse af, at behandlingen, som skal hvile på en fælles målsætning og beslutningsproces for behandler og patient, er relevant og virkningsfuld. Hvis behandleren har en venlig og sympatisk fremtræden,

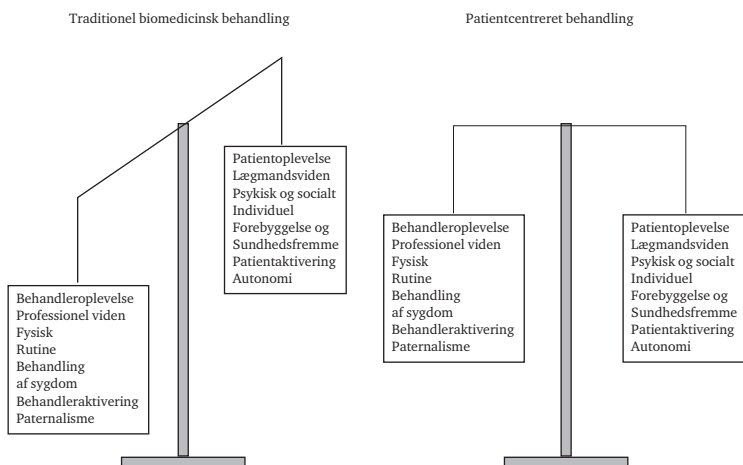
kan dette også påvirke patientens evne til at følge behandlingsplanen positivt, mens negative følelsesmæssige reaktioner kan medføre det modsatte.

5. Lægen som en person

Omhandler behandlerens egen opmærksomhed på betydningen af sine personlige kvaliteter. Det skal anerkendes, at behandlere, trods de samme objektive biomedicinske kompetencer, er subjektive individer og dermed indgår i et behandler-patientforhold, hvor begge parter påvirker hinanden. Dette kan være i hensigtsmæssig eller uhensigtsmæssig retning. Man bør derfor som behandler være opmærksom på og have indsigt i både patientens og ens egne reaktioner i behandlingssituationen (modificeret efter⁵).

Figur 1 illustrerer, at den patientcentrerede konsultationsmetode fokuserer mere på patienternes oplevelse og behov og støtter patienten i at spille en mere aktiv rolle i behandlingsforløbet, end den traditionelle biomedicinske behandling gør.

Graden af aktivitet fra patientens side og det ansvar og den involvering, som tillægges patienten, må varieres i forhold til pa-



Figur 1.

tientens ønsker og resurser og behandleren selv. Graden af aktivering afhænger således af personlige forhold, herunder alder, køn, uddannelse, kulturel baggrund, personlighedsmæssige og mentale resurser i øvrigt, og ikke mindst af interaktionen mellem behandleren og patienten. Det er behandlerens opgave at sørge for den bedst mulige kommunikation under de givne rammer, herunder at behandleren forstår interaktionen mellem sig selv og patienten, og hvad den betyder for kommunikationen med patienten. Den patientcentrerede konsultationsmetode medfører, at behandleren på professionel måde er i stand til at forstå, hvad den enkelte patient ønsker, men også hvad denne magter i behandlingssituationen. Derefter kan det besluttes, hvilken vægtning af de forskellige komponenter, der er den mest optimale i det individuelle forløb. Den skitserede brede beskrivelse af den patientcentrerede konsultationsmetode, er et problem, når man ønsker at undersøge konsekvenserne af brug af metoden. Der findes imidlertid ikke en mere klar definition af begrebet^{6,7}.

Hvorfor overveje at bruge den patientcentrerede metode i sine konsultationer?

I relation til behandlingen i almen praksis vil patienterne gerne have konsultationer, som indeholder de centrale dele af den patientcentrerede konsultationsmetode^{7,8}. Også patienter i tandlægepraksis efterspørger gode kommunikationsevner hos deres tandlæge^{9,10}.

Andre argumenter for brug af metoden er, at udviklingen i samfundet generelt betyder, at patienter ønsker mere information og større indflydelse i forbindelse med undersøgelse og behandling. Befolkningens ønsker på dette område afspejles i den voksende mængde af lovmæssige regler om behandleres pligt til at informere patienterne og indhente samtykke fra patienterne under behandling, regler om patienters retsstilling osv. Patien-

ters selvbestemmelse og rettigheder skal som den absolutte hovedregel respekteres i ethvert behandlingsforløb. Der er de senere år for læger som for tandlæger i Danmark sket kraftig stigning i antallet af klagesager¹¹ til Patientklagenævnet i Danmark, selv om antallet af klagesager over tandlæger stadig udgør en mindre del af det samlede antal. Klagesager udtrykker naturligvis en utilfredshed med behandlingen, hvor behandlingen ikke har levet op til patientens forventninger. Anvendelse af den patientcentrerede konsultation tilgodeser mange af de behandlingsprincipper, som befolkningen efterspørger. Patienternes tilfredshed med behandlingen burde derfor kunne øges ved anvendelse af den patientcentrerede konsultationsmetode, og man ville samtidig automatisk tilgodese mange af de detaljerede regler, som efterhånden findes i lovgivningen om behandlerpligter.

Der er evidens for, at de særlige aspekter, der indgår i den patientcentrerede konsultation, hvor der fokuseres på patientens behov, og patienten får en mere aktiv rolle, medfører en øget tilfredshed, øget compliance og mindre sygelighed hos patienterne¹². Patientcentrerede konsultationer i almen praksis har vist sig at medføre en større grad af lettelse i ubehag og bekymringer hos patienterne, et bedre følelsesmæssigt helbred og færre diagnostiske tests og viderehenvisninger⁴.

Selvom teorierne og modellerne for den patientcentrerede konsultation primært er udviklet til brug for læge-patientforholdet, tyder meget på, at det også kan bruges i tandlæge-patientforhold¹³. I tandlægepraksis har mindre omfattende konsultationsmodeller end den patientcentrerede model kommunikationsmæssigt set medført større patienttilfredshed og flere positive følelser for tandlægen^{2,9,14}. Undervisning i og efterfølgende brug af metoden kan øge tandlægenes jobtilfredshed og patienternes compliance i forhold til behandlingen².

Der er således flere begrundelser for, at den patientcentrerede kommunikationsmodel er en kommunikationsmodel, der kunne være relevant for tandlægepraksis.

Forskningsområdet omkring den patientcentrerede konsulta-

tion er imidlertid vanskeligt, og undersøgelser af effekten er sparsomme, både inden for almen praksis men i særdeleshed inden for odontologien, hvor man ikke desto mindre er fremkommet med forslag til en operationalisering af effektmålene¹⁵. Problemerne med vurderingen af virkningerne af den patientcentrerede metode i både læge- og tandlægepraksis består især i, at definitionen på begrebet er bred og uklar, og at det bl.a. derfor er vanskeligt at finde valide effektmål. Det er derfor betvivlet, om der overhovedet eksisterer evidens for fordelene af patientcentreret behandling, ikke fordi det er påvist, at der omvendt er uhenigtsmæssige virkninger, men fordi der er mange metodemæssige problemer i forskningen omkring emnet, og fordi der indtil videre er begrænset dokumentation på området⁶.

Hvordan kan den patientcentrerede konsultation struktureres?

Ved gennemførelsen af den patientcentrerede konsultation i almen praksis deler man konsultationen op i patientens del, lægens del, og fællesdelen (se figur 2).

I den første del af konsultationen, patientens del, kan det betale sig at anvende åbne spørgsmål, så patienten opfordres til at fortælle om, hvorfor hun/han kommer, og sin oplevelse af tilstanden. For eksempel kan man spørge „Hvad kommer du for i dag?“, „Hvorfor kommer du i dag?“, „Hvordan går det?“ eller andre formuleringer, man selv har det godt med, og som passer til situationen. Det er en faldgrube at man begrænser spørgsmålet, selv om det indledes med et åbent spørgeord, fx ved at sige „Hvor har du ondt?“. Konstatationer virker lukkende, fx at man siger „Nå, du kommer til en rutinekontrol!“ eller lignende. Det er vigtigt at få afklaret henvendelsesårsagen, og om patienten har en anden dagsorden end den umiddelbart præsenterede, og eventuelt få begrænset konsultationens indhold, hvis der er flere årsager til henvendelsen. Med patientens følelser forstås, at bekymringer,

Patientens del

Det er hensigtsmæssigt at lade patienten komme til orde i starten af konsultationen. De vigtigste mål er at blive klar over årsagen til at patienten henvender sig, *patientens oplevelse* af sin tilstand og de *følelser* som denne udløser, patientens *forestillinger* om, hvad der evt. er galt, og hvilke *forventninger* patienten har til den aktuelle konsultation. Desuden er det vigtigt at forstå *betydningen* for patienten. Til slut *resumerer* lægen, hvad patienten har sagt, og det sikres, at lægen har forstået patienten rigtigt.

Lægens del

Herefter kommer der *supplerende diagnostiske spørgsmål* fra lægen til patienten, information om påtænkt *objektiv undersøgelse* gives og foretages, og indicerede *parakliniske undersøgelser* udføres. Til sidst fastlægges diagnosen, eller et skøn over tilstanden.

Fællesdel

Information af patienten om *diagnosen*, eller skøn over tilstanden, og *prognosen*, samt handle og *behandlingsmuligheder*. Patientens *forståelse* sikres. En eventuel *behandling* vælges, eller der lægges en behandlingsplan, i samarbejde med patienten. *Informeret samtykke* skal opnås. Den praktiske *gennemførlighed* skal sikres. Herefter kan den aftalte behandling gennemføres, eller behandlingsplanen starte. Patientens skal informeres om *det forventede forløb*, og om hvad patienten skal gøre, hvis det ikke forløber som ventet.

Modificeret efter Klaus Witt. Konsultationsprocessen. Almen medicin¹

Figur 2. *Strukturering af den patientcentrerede konsultation i almen praksis.*

angst, vrede og andre følelser i forbindelse med tilstanden afklares. Denne afklaring supplerer desuden forståelsen for den betydning, som lidelsen har for patienten, men lidelsens indflydelse og betydning i forhold til patientens dagligdag og funktionsniveau skal også afklares. Den samme lidelse kan være en petitesse i nogle liv, i andres liv kan lidelsen være anderledes betydningsfuld. Man skal som behandler kunne holde pause, og ikke umiddelbart afbryde patienten.

Den lægelige/tandlægelige del i konsultationen udgør i store træk den kliniske undersøgelsesteknik og diagnostiske proces, som både tandlæger og læger er uddannet i under deres studium. Her er de mere præcise, lukkede spørgsmål relevante „Er der problemer med at tygge?“ „Gør det ondt?“ „Hvor gør det ondt?“ „Har du haft feber?“.

Fællesdelen udgør en slags forhandling med patienten om det videre forløb på et informeret grundlag, patienten skal forstå de givne informationer, og processen skal ende med enighed om beslutningerne, hvor patienten skal støttes i at tage mest muligt ansvar. Et sikkerhedsnet skal laves, såfremt det ikke går som ventet. Den skitserede struktur af konsultationen er en meget forkortet udgave af konsultationsprocessen i almen praksis, og refererer til en standardgennemførelse. Både i almen praksis og i tandlægepraksis må strukturen af konsultationen tilpasses den aktuelle problemstilling, og man skal bruge de dele af processen, som er relevante i den aktuelle konsultation. Det er i ovenstående forudsat, at man hilser pænt på patienten til velkomst og farvel. Der henvises til lærebogen i almen medicin i Danmark for en bredere beskrivelse¹.

Kan den patientcentrerede konsultationsmetode implementeres i tandlægepraksis?

Tandlægen kommunikerer traditionelt ofte med patienterne i en situation, hvor patienten har ringe muligheder for at deltage med verbal respons^{2,14}, hvor de har munden fuld af hjælpemidler og instrumenter, og hvor de måske også befinder sig i liggende eller halvliggende stilling. Tandlægepraksis afviger bl.a. fra lægepraksis ved, at der næsten altid under konsultationen med patienten skal udføres en aktiv behandling, hvilket kan belaste både patienten og tandlægen¹⁴, og den aktive behandling tager tid at gennemføre. Den odontologiske behandlingsprocedure skal natur-

ligvis gennemføres under konsultationen, men den patientcentrerede kommunikation kan ikke gennemføres sideløbende. Hvis tandlægen skal benytte sig af den patientcentrerede metode, kræver det, at patienten før og efter den odontologiske undersøgelse og behandling kommer til orde på en ligeværdig måde, psykisk og fysisk, idet man bl.a. skal være opmærksom på den negative emotionelle betydning, som tandlægestolen eventuelt kan have¹⁴.

Kan den patientcentrerede konsultationsmetode anbefales til brug i tandlægepraksis?

Ja! Den patientcentrerede konsultationsmetode er en metode, der trods begrænset forskningsaktivitet på området må vurderes som brugbar i tandlægepraksis med henblik på at bedre kommunikationen med patienten. Patienterne i tandlægepraksis værdsætter gode kommunikationsevner hos deres tandlæge. Metoden vil sandsynligvis kunne bedre patienternes følelsesmæssige respons og compliance i forhold til behandlingen og øge tilfredsheden hos både patient og tandlæge. Anvendelse af metoden vil tilgodese befolkningens ønsker om information og indflydelse i beslutningsprocessen omkring behandlingen og desuden medføre, at lovmæssige regler derom bliver tilgodeset.

Gennemførelse af den patientcentrerede konsultationsmetode i tandlægepraksis vil måske medføre et øget tidsforbrug, men næppe et voldsomt øget tidsforbrug i forhold til den traditionelle konsultation.

LITTERATUR

- 1 Østergaard I, Andersen JS, Christensen B, Damsbo N, Lauritzen T, Witt K, red. *Almen medicin*. København: Munksgaard Danmark, 2003.
- 2 Nestel D, Betson C. An evaluation of a communication skills workshop for dentists: cultural and clinical relevance of the patient-centred interview. *Br Dent J* 1999;187:385-8.
- 3 Stewart M, Brown JB, Weston WW, McWhinney IR, McWilliam CL, Freeman TR. *Patient-centered Medicine: Transforming the Clinical Method*. Thousand Oaks: Sage Publications, 1995.
- 4 Stewart M, Brown JB, Donner A, McWhinney IR, Oates J, Weston WW, Jordan J. The impact of patient-centered care on outcomes. *J Fam Pract* 2000;49:796-804.
- 5 Mead N, Bower P. Patient-centredness: a conceptual framework and review of the empirical literature. *Soc Sci Med* 2000;51:1087-110.
- 6 Mead N, Bower P. Patient-centred consultations and outcomes in primary care: a review of the literature. *Patient Educ Couns* 2002;48:51-61.
- 7 Stewart M. Towards a global definition of patient centred care. *BMJ* 2001;322:444-5.
- 8 Little P, Everitt H, Williamson I, Warner G, Moore M, Gould C, Ferrer K, Payne S. Preferences of patients for patient centred approach to consultation in primary care: observational study. *BMJ* 2001;322:468-72.
- 9 Sondell K, Soderfeldt B, Palmqvist S. Dentist-patient communication and patient satisfaction in prosthetic dentistry. *Int J Prosthodont* 2002;15:28-37.
- 10 Lahti S, Tuutti H, Hausen H, Kaariainen R. Comparison of ideal and actual behavior of patients and dentists during dental treatment. *Community Dent Oral Epidemiol* 1995;23:374-8.
- 11 <http://www.pkn.dk/statist/statisti.htm>
- 12 Putnam SM, Lipkin M. The patient-centered interview: Research Support. In: Lipkin M, Lazare A, Putnam SM. *The Medical Interview*. New York: Springer-Verlag 1995.

- 13 Kulich KR, Berggren U, Hallberg LR. A qualitative analysis of patient-centered dentistry in consultations with dental phobic patients. *J Health Commun* 2003;8:171-87.
- 14 Sondell K, Soderfeldt B. Dentist-patient communication: a review of relevant models. *Acta Odontol Scand* 1997;55:116-26.
- 15 Phillips C. Patient-centered outcomes in surgical and orthodontic treatment. *Semin Orthod* 1999;4:223-30.