

---

## Det menneskelige møde i konsultationen

---

KRONIKK

JAN-HELGE LARSEN

Email: [jhl@dadlnet.dk](mailto:jhl@dadlnet.dk)  
Panum Institutet  
Blegdamsvej 3  
DK-2200 København N  
Afdelingen for almen medicin

LENE MALMSTRØM

Ryparken 166 1. tv  
DK-2100 København Ø

---

Når patienten beslutter sig for at henvende sig til lægen, er han – bevidst eller ubevidst – kommet i kontakt med et eller to af menneskets grundvilkår: dødens uundgåelighed og vores fundamentale ensomhed. Det er angsten for at komme til kort over for disse to grundvilkår, der får ham til at søge dig for at få dig til at dele oplevelsen med ham og måske få din professionelle hjælp til en løsning. Hvordan håndterer vi denne angst?

---

Basert på artikkel publisert i Månedsskriftet for Praktisk Lægegering (18)

---

---

### Konsultationen – mødet mellem to angste mennesker

”Som patient er man som et menneske med kun eet ben, nem at vælte og utrolig taknemmelig at støtte” (en patient, 1984).

Når patienten beslutter sig for at henvende sig til dig er han bange for både at blive konfronteret med sin egen dødelighed og med sin eksistensielle ensomhed (1). Han oplever angst på flere planer: Han føler sig usikker på, hvad han fejler, og hvad det kan

komme til at betyde for ham (i værste fald død). Og han føler sig usikker på, hvordan du vil tage imod hans henvendelse (i værste fald ensomhed).

Angsten udvikler sig i svælget mellem nutiden og de forskellige, usikre fremtidsscenarier, man forestiller sig. Når opmærksomheden drages mod usikre fremtidsscenarier, indsnævres opmærksomhedsfeltet i den aktuelle samtale (situation), hos nogle patienter måske til blot at be- eller afkræfte skrækfantasier. Denne be- eller afkræftelsesproces kan føre til, at patientens opmærksomhed bliver så selektiv, at vigtige informationer slet ikke opfattes eller misforstås. Derfor må du mindske patientens angst, før du går i gang med at informere.

Men du ved heller ikke, hvad patienten har med til mødet med dig, og det kan give dig en følelse af usikkerhed i forhold til, om du vil slå til såvel fagligt som menneskeligt. Mange læger søger at bekæmpe denne usikkerhed ved hurtigst muligt at udspørge patienten og finde ud af, hvad han fejler, den biomedicinske refleks (2). Det kan af patienten føles som om du ikke giver ham lov til at komme til orde – eller at du ikke tager hans angst alvorligt. Og så er der lagt op til konflikt. Patienten forventer, at du først forholder dig til, hvad helbredsproblemet *betyder* for ham i hverdagen, *inden* du kaster dig over dine egne kliniske overvejelser. Rækkefølgen er betydningsfuld (3).

---

## Vi ser med vore erfaringer

I vores forsøg på at begribe verden, søger vi efter ligheder med tidligere erfaringer. I mødet med patienten, vil du helt ubevidst kategorisere ham eller hende i forhold til mennesker, du tidligere har mødt. Måske ligner hun et familiemedlem eller minder om en patient, du ikke har kunnet hjælpe?

I løbet af de første sekunder mærker du, om jeres kemi passer sammen. Det hele foregår så hurtigt og ubevidst, at man mange gange ikke når at blive klar over, at det kører skævt. Men hvis du mærker, at noget er forkert, kan du undersøge, om patienten repræsenterer egenskaber, som du har et problematisk forhold til, eller spejler irriterende træk hos dig selv. Denne proces kan føre til en dybere personlig forståelse (4).

Nogle gange er det tilstrækkeligt, at du siger til patienten: ”Jeg ved ikke, hvad der sker, men jeg fornemmer, at vi taler forbi hinanden, oplever du det også sådan?” Ved på denne måde at stoppe op i samtalen og se på forløbet og på forholdet, træder begge parter ud af samtalen og kan tale om den (meta-kommunikation (5)). Når man meta-kommunikerer, taler man sammen som to ligeværdige voksne personer.

I et længerevarende patient-lægeforhold kan du reflektere over forholdet til dine besværlige patienter fx ved at tale med en eller flere kolleger (6).

---

## Patientens tillid

Med et ord fra bankverdenen kan man beskrive forholdet mellem patient og læge i form af en konto, som bl.a. omfatter tillid (7). Patienten fører en tillidskonto i forhold til lægen. I akutte situationer eller i mødet med en ny læge vil de tidligere erfaringer – grundindstillingen – først dominere (8).

---

## Skuffelse

”Nej, det værste er, at man har blottet sig. Man har vovet sig frem for at blive imødekommet – og er ikke blevet det” (9, 10).

Hvis patienten føler sig skuffet i forhold til den tillid, han viste dig ved at henvende sig, er der tale om en dobbelt skuffelse, dels én over det patienten kommer med og måden du tager imod det, dels en skuffelse i forhold til at han har udleveret sig selv. Den første kan man klage over: Du burde have været venligere, brugt mere tid, taget det mere alvorligt, givet bedre behandling osv. Den anden, selvudleveringen, er u håndgribelig og dog så elementær: på den ene side er det vanskeligt at klage over den, og på den anden side rummer den kernen i tillidsbegrebet, dét at blive mødt med en selvfølger accept af medmennesket, dig. Hvis patienten føler sig afvist af dig, konfronteres han med sin eksistentielle ensomhed – og det var blandt andet den, han søgte hjælp til. Og vreden bliver en dækfølelse for angst og ensomhed.

Almindeligvis fører mødet mellem patient og læge til, at patienten får hjælp. Måske blot den hjælp, der ligger i at dele sine tanker med et andet menneske. Og når den ægte menneskelige kontakt opstår, oplever både patienten og lægen at den eksistentielle ensomhed er brudt for en stund.

---

## Når lægen føler sig truet

Når mødet mellem patient og læge fører til, at patienten får hjælp, kvitterer patienten almindeligvis med taknemmelighed. Vi vænnes til taknemmelighed, som bliver en vigtig del af lønnen for vores arbejde. Hvis taknemmeligheden udebliver, trues vores selvopfattelse: Er jeg ikke god nok? Og bag den lurer vores eksistentielle ensomhed.

Hvis patientens taknemmelighed truer med at udeblive, trues lægens selvopfattelse. Det bidrager til, at vi er parat til at strække os ganske langt for at realisere forestillingen om patientens taknemmelighed.

Rolle-mønstre i det omgivende samfund har også afsmitning på forholdet mellem patient og læge. Hvis patienten i sit møde med lægen overvejende opfatter sig selv som en forbruger, der via sin skat har krav på bestemte ydelser fx henvisning til diverse specialister, trues rollefordelingen hjælper-hjælpsøgende; lægen føler sig reduceret til ekspedient i et sundhedsvæsens supermarked. Væk er patientens tillid til lægens faglige kvalifikationer – og vi er tilbøjelige til også at opfatte det som mistillid til vores person. Der sker et tab af mening og betydning i lægearbejdet, ligesom dengang købmanden blev til kassedame. Når patienten optræder som forbruger, nedprioriterer han tilliden til lægens person, og det kan få lægen til at svare tilbage med mistillid, en negativ proces er sat i gang.

---

## Hvad kan lægen konkret gøre?

Her følger nogle forslag til, hvad du kan gøre for at skabe de bedst mulige rammer for et menneskeligt møde i konsultationen.

### **Sørg for at have afsluttet den foregående konsultation**

En forudsætning for at være fuldt til stede er, at vi mentalt har afsluttet den foregående konsultation, eller – billedligt talt – at vores kop er tom før mødet med patienten (11). Det gør vi på forskellige måder – og det er vigtigt du gør dig klart, hvordan du bedst bliver parat til den næste patient.

### **Spørg interesseret til patientens verden**

Lad patienten fortælle og ledsag hans fortælling med affektive kvitteringer som fx ”det lyder svært”. Patientens uforstyrrede beretning om problemet, hans overvejelser, bekymringer og ønsker, mindsker hans angst og letter hans hjerte – han får tømt sin kop. Samtidig øges patientens tillid til den person, der har lyttet til ham, og han bliver selv parat til at lytte. Tillidskontoen øges.

”Fortæl mig, hvad der er svært for dig, som bekymrer dig eller gør dig vred osv.!” Ved på denne måde at vise din accept og møde patienten interesseret, kan du vise, at du ikke lader dig skræmme af patientens angst. Det er i sig selv beroligende.

### **Forsøg at rumme patientens angst og vrede**

Patienter kan føle en vis umiddelbar lettelse og tilfredsstillelse ved at ”aflevere nogle af deres plager” hos lægen. Når du på denne måde lader patienten udtømme sin angst, smerte og vrede og lytter aktivt til hans beretning, er forudsætningen at du kan rumme følelserne. Patientens følelser aktiverer dine, men i misforstået respekt for patienten, holder du måske dine egne følelser tilbage og lader dem gå indad, så de gør ondt fx i mave eller muskler. Du kan ”lufte” dine egne følelser fx ved sige ”det lyder smertefuldt, plagsomt, irriterende osv”. Hvis du ophober for mange følelser, bliver du forpint og træt, og det kan føre til forskellige former for udbrændthed (12).

### **Få følelserne frem ved at generalisere**

Patientens møde med symptomer og sygdom ytrer sig oftest i aggressionens modsætning, en form for depression, hvor angsten slår indad og hæmmer patientens følelsesmæssige udtryk. Umiddelbart stiller denne patient få krav til dig, virker sagtmødig, nem og tilfreds, men bag overfladen er han endnu mere hjælpeløs, fordi han føler sig låst og ikke kan fortælle, hvordan han har det (4, 13). Din første opgave er at blive klar over, at hans reaktionsmåde ikke er adækvat i forhold til den situation, han er i. Her må du skelne mellem en depressiv reaktionsmåde og egentlig depression (13). Måske kan du hjælpe til at få følelserne frem ved at generalisere og give rum: ”De fleste mennesker i en lignende situation, som du er i nu, ville blive meget ophidsede, men det gælder måske ikke for dig?” Denne spørgeform giver patienten tilladelse til at komme frem med det, han måske er fyldt af, fordi det ville være normalt og forventeligt i den situation, han er i. På den anden side vil det også være OK, hvis han ikke kommer frem med noget. Først derpå kan I komme frem til, hvad der kan gøres ved situationen.

## **Hold et spejl op foran patienten**

En noget farligere metode er, at holde ”et spejl” op for patienten: ”På mig virker det som om du er vred.” Måske er det nok til at sætte en refleksion i gang i patienten. Faren er, at patienten blot kommer til at føle sig mere alene i sin magtesløshed og angst, hvis han ikke samtidig får vished for, at du accepterer hans vrede og vil hjælpe, fx med eftersætningen: ”Kunne du ikke tænke dig at fortælle mig lidt mere om baggrunden?”

## **Få patienten til at udpensle angst og fantasier**

Nogle (mange) angste patienter taler meget og tester ubevidst, om de kan skræmme os med deres angst. Ved at opmuntre patienten til at udpensle sin angst og sine fantasier om, at der fx bag hovedpinen kan skjule sig en hjernetumor, får patienten luftet sin angst i fuldt dagslys. Det gør det lettere for lægen ved sin undersøgelse at møde patienten, når han forstår, hvad hun dybest set er bange for. Og patienten får en kvittering, der kan berolige.

## **Du kan ikke omvende nogen på 15 minutter**

Når patienten kommer har han gjort sig nogle forestillinger om, hvordan tingene hænger sammen. Disse forestillinger er det svært at ændre på, så du må tidligt i samtalen blive klar over dem, eventuelt ved at spørge ”hvad tror du selv?” (3, 14). Ellers risikerer du, at patienten ikke vil tage imod den behandling, du foreslår, fx hvis han tror på alternativ behandling. Så kan du føle dit trogrundlag og dermed din hjælperolle (identitet) truet – med mindre du vælger at holde fast i, at patientens henvendelse også er udtryk for tillid.

På tilsvarende måde kan patienten føle sit trogrundlag – og dermed sin identitet – truet, hvis du ikke møder patientens forestillinger og forventninger med accept og forståelse. Og du kan ikke omvende en patient – eller noget som helst andet menneske – på 15 minutter.

## **Brug nøglespørgsmål**

Under patientens beretning har du lyttet efter den betydning patienten tillægger sine symptomer, og i hvor høj grad de to grundvilkår ensomhed og død indgår i patientens historie. Næste trin består i, at du med udgangspunkt heri hjælper med at tydeliggøre det, patienten har fortalt, fx ved brug af nøglespørgsmål i en omskrevet form, der passer til din person og stil (3, 11, 14 – 16)). Med tiden bliver nøglespørgsmålene værdifulde og selvfølkelige redskaber, som kan lette din dagligdag og bidrage til at patienten arbejder mere, mens du selv får overskud til overblik og til kreativt at finde nye veje (11).

## **Resumé**

Du kan undervejs resumere det patienten har fortalt og dermed vise, at du lytter og er nærværende og accepterende (3). Når patienten er færdig med sin beretning kan du sammenfatte og mere direkte kvittere fx: ”Hvis jeg forstår dig rigtigt, så er forløbet sådan, du er bekymret for, og du vil godt have min hjælp til . . ., er det rigtigt forstået?” Herefter kan du gå over til den efterfølgende velkendte biomedicinske del af konsultationen.

---

## Handling giver forvandling

Vi håber at du har fået nogle ideer til at bedre rammerne for det menneskelige møde i konsultationen. Men først ved at undersøge hvad vi gør, kan en egentlig forandring begynde. Mange danske læger har valgt at gå sammen i videosupervisionsgrupper for at arbejde med denne del af deres faglighed (17). Vi takker Ole Risør, Jørgen Nystrup og deltagere i supervisionsgruppen Kanaltorvet, Albertslund.

---

### LITTERATUR

1. Yalom ID. Kærlighedens bøddel. København: Reitzel, 1994.
2. Rudebeck CE. Medicinens mänskliga språk. Läkartidningen 1998; 95: 4500 – 7.
3. Larsen J-H, Risør O. Konsultationsprocessen i almen praksis. Månedsskr Prakt Lægegern 1994; 72: 319 – 30.
4. Larsen J-H. Besværlige patienter? Månedsskr Prakt Lægegern 1983; 61: 473 – 84.
5. Metze E, Nystrup J. Samtaletræning. København: Munksgaard, 1997.
6. Larsen J-H, Risør O, Nystrup J. Gruppe-supervision af video. Månedsskr Prakt Lægegern 1997; 75: 163 – 76.
7. Pendleton D, Schofield T, Tate P, Havelock P. The Consultation. Oxford: Oxford University Press, 1984.
8. Larsen J-H, Lassen LC. Læge/patientforholdet i almen praksis belyst ud fra konsultationen – rapport fra en pilotundersøgelse. Stencil. København: Institut for almen medicin, 1985.
9. Løgstrup KE. On trust. I: Jodalen H, Vetlesen AJ, red. Closeness. An ethics. Oslo: Scandinavian University Press, 1997.
10. Løgstrup KE. Den etiske fordring. København: Gyldendal, 1956.
11. Larsen J-H, Risør O. Om at arbejde unødigt meget i konsultationen. Månedsskr Prakt Lægegern 1996; 74: 493 – 504.
12. Fugelli P. Den utbrente legen. Nord Med 1987; 102: 360 – 2.
13. Torsteinsson S. Min depression – en læges oplevelse. Månedsskr Prakt Lægegern 1999; 77: 467 – 82.
14. Malterud K. Allmenpraktikerens møte med kvinnelige pasienter. Bergen: Tano, 1990.
15. Kallerup H, Lunde IM. En anderledes måde at tale med patienterne på. Månedsskr Prakt Lægegern 1999; 77: 387 – 97.
16. Lipkin M, Putnam SM, Lazare A, red. The medical interview. New York: Springer-Verlag, 1995.

17. Larsen JH, Nystrup J, Risør O. "Konsultationslaboratoriet" – træning i klinisk samtale. Tidsskr Nor Lægeforen 1999; 119: 52 – 5.

18. Larsen J-H, Malmstrøm L. Hvordan kan jeg bedre forholdet til patienten? – om angst, ensomhed, tillid, mistillid, forstillelse og vrede. Månedsskr Prakt Lægeger 2000; 78: 445 – 58. \_

---

Publisert: 20. januar 2001. Tidsskr Nor Legeforen.

Opphavsrett: © Tidsskriftet 2026 Lastet ned fra tidsskriftet.no 11. juli 2026.