

At tale med børn – 13 når barnet er patient i almen praksis

Ruth Kirk Ertmann og Kirsten Lykke

Det er hyggeligt at kommunikere med børn og tit dejligt ligeføl. Nogle voksne har et særligt talent for at tale med børn, og børn elsker dem. For andre er det vanskeligt. Men evnen til at kommunikere med børn kan læres! Dels ved at tillegne sig teoretisk viden om, hvordan man bedst kommunikerer med børn i forskellige afdre, dels ved at øve sig og lære af sine erfaringer.

I dette afsnit beskrives kommunikationen med barnet, som den finder sted i en almen praksis-konsultation, hvor de fleste børn er ledsgæt af en af sine forældre (en sjælden gang en anden voksen). Vi har valgt dette, fordi børn er hyppige patienter i almen praksis, hvor de udgør 20 % af alle konsultationer, og det er her, vi har vores egne erfaringer fra. Den forskning, som vi kender og refererer til, omhandler kommunikation med børn i almen praksis, i specialgepraksis og i pædiatrisk ambulatorium, suppleret med udviklingspsykologi og psykologers/socialrådgiveres erfaringer med samtaler med børn.

Formålet er at videregive viden om barnets aldersmæssige evner for at kommunikere samt teoreiske, praktiske og helt konkrete anvisninger på, hvordan man kan gøre.

Lidt historie og aktuel forskning

Frem til 1980'erne var det almindeligt, at læger i konsultationen udelukkende spurgte forældrene, når lægen gerne ville høre om barnets sygehistorie. Der var set ingen fokus på, hvad barnet måtte opleve. I dag er det heldigvis anderledes; nu opfattes børn i den vestlige verden som mennesker med rettigheder. I 1989 besluttede FN, at børn har rettigheder – akkurat ligesom de voksne. Det blev stedfæstet i FN's børnekonvention, at børnet har ret til at have sin egen mening, ret til at sege, modtage og videregive information. Lægen skal nu re-

Medicinsk
kommunikation

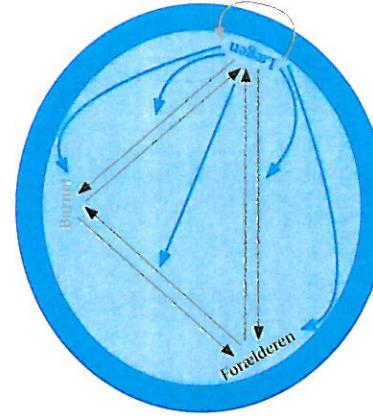
KAJ SPARLE CHRISTENSEN | SØREN COLD
SIGRID BJERGE GRIBSHOLT | TOVE HANSEN
MERETE JØRGENSEN | BIRGITTE DAHL PEDERSEN (RED.)

- At gøre barnet tryg – lægen »hyggesnækker«
- At give barnet lejlighed til at udtrykke sine tanker og oplevelser af symptomerne og sygdommen
- At undersøge barnet, fx hvor det gor ondt og hvor meget
- At formidle resultatet af undersøgelsen og vurdering til barnet (og forældrene) på en sådan måde, at barnet kan forstå det
- At lægen, barnet og forældrene bliver enige om behandlingen.

Sidst i 1960'erne så en ny type forskning dage i lys: forskning i konsultationsprocesserne i almen praksis. Den forskning medførte øget fokus på patientens autonomi og på patienten som vigtig aktør i håndtering af egen sygdom. Det blev vigtigt at undersøge patientens oplevelser i form af forventninger, bekymringer og forståelse af sygdom og behandling. Samtidig førte det til interesse for at undersøge konsultationsprocessen, når patienten var et barn. Hollandske, engelske og amerikanske videostudier af konsultationer med børn viste, at lægen »hyggesnækkede« med barnet, og at al væsentlig kommunikation omkring symptomer og behandling foregik mellem lægen og forældrene. Forskningen har siden vist, at børns komplians, fx med hensyn til at tage deres medicin, stiger, jo mere de inddrages i kommunikationen i konsultationen.

relation. Sat på spidsen kan man sige, at samtalens form er dydansk i sin proces, den foregår vekslende mellem lægen/barnet og lægen/forældrene, men triadisk i sin konsekvens, da det verbale og nonverbale sprog hele tiden foregår mellem dem alle tre; barn/forælder/læge, som der fremgår af figur 13.1. Indenst i figuren illustrerer trekanten med de ledsgende sorte pile, hvor kompleks børnesamtalen er. Lægen har sin opmærksomhed rettet mod forælderen og dennes fortælling og mod barnets udseende og adfærd. Lægen har samtidig opmærksomheden rettet mod konsultationens relationer: forælder-barn-, læge-barn- og læge-forælder-relationerne. Endelig har lægen også samtidig få en samtale i gang med barnet. Børn, som tidligt får taletid i konsultationen, deltager generelt mere i resten af konsultationen. Og forældre, som ikke tidligt får give udtryk for, hvad de har på hjerte, vil tendere mod helt at overtræde kommunikationen.

FIGUR 13.1



også sin opmærksomhed rettet mod sig selv og sine handlinger: Hvordan virker det, jeg gør? Der kan ikke opstilles gyldne regler for, hvor meget et barn skal inddrages i samtaLEN. Nogle børn vil gerne tale med lægen, og nogle forældre støtter deres barn i at kunne tale med lægen ved selv at være stille og komme med opfordringer til barnet. Andre forældre er måske mere fokuserede på, at lægen skal have de rigtige oplysninger, og vil ikke spilde lægens tid. Studier af børnekonsultationer har vist, at der ofte foregår en mindre eller større tydelig forhandling mellem barnet og forælderen om, hvem der skal føre ordet. For lægen er det en balanceakt at lytte til forældrenes budskaber og samtidig få en samtale i gang med barnet. Børn, som tidligt får taletid i konsultationen, deltager generelt mere i resten af konsultationen. Og forældre, som ikke tidligt får give udtryk for, hvad de har på hjerte, vil tendere mod helt at overtræde kommunikationen.

Grundregler for børnesamtalen

1. Det er vigtigt, at barnet ikke kommer til at føle sig forlegen, føle sig urettetset eller føle, at det har svaret/handlet forkert.
2. Der findes ikke forkerte eller umulige børn, men der findes børn, som ikke bliver hørt og forstået.
3. Børn er afhængige af voksne.
4. Respekter barnets autonomi og selvstændighed på områder, der allerede mestres.
5. Anerkend barnets situation, bekræft gyldheden af barnets egne tanker og følelser.
6. Det er den voksne, der sætter ord på barnets erfaringer, det kan små børn ikke selv.

Trekanten ned under illustrerer konsultationen. Hjørnerne er placeret henholdsvis barnet, forældrene og lægen. De nærværende pile udgør alle fra lægen og de illustrerer, hvordan lægen er opmærksom på barnet og forældrene og de relationer, som de indgår i. Lægen tolker det, hun eller han ser, og oplever konsultationen på baggrund af sit kendskab til det specifikke barn og familie (den lyseblå cirkel) og sine kundskaber vedrørende barn og familiens generelt (den mørkeblå cirkel).

Forudsætninger for den gode børnesamtale

Formålet med konsultationen er først og fremmest at hjælpe barnet med dets helbredsproblem, og således få samtaLEN flere formål:

7. Tænk på, hvordan barnet har det nu, her sammen med lægen i konsultationen.
De følgende afsnit vil omhandle børns kommunikative egenskaber i forhold til barnets alder og giver således vejledning i, hvordan man kan tilrettelægge konsultationen, så barnet bliver inddraget på etisk forsvarlig vis sammen med forældrene.

Børn på forskellige alderstrin

I de følgende afsnit overlapper børnenes alderstrin hinanden. Det har vi valgt ud fra den betragning, at en umoden femårig hører til aldersgruppen under den aktuelle alder. Barnet er fx ikke skolemindent. Når barn er syge over længere tid, kan de udvikle følelsesmæssige tilbagefald og opføre sig, som de gjorde på et tidligere udviklingsstrin. Dette kaldes regression.

Spædbarnet

Epokegørende udviklingsforskning i 1980'erne og 1990'erne tilskriver spædbarnet en betydelig større autonomi og egenudvikling end tidligere antaget. Barn evner fra fødslen at være opsigende og socialt interesserende; man kan sige, at barnet har en særlig neurologisk kapacitet, som ligner den kapacitet, barnet har forsyn og hørelse. Barnet forsøger fra først færd at kommunikere med omverdenen. Barnet har evne, men for at udnytte dem, er spædbarnet dybt afhængig af forældrenes evne til at være opmærksom, handle og respondere på spædbarnets udtryk. Man kan altså sige, at spædbarnet har en medfødt evne til at indgå i et rytmisk, dialogisk spædbarn, og forældrene besidder en tilsvarende, ubevist evne til at indgå i et rytmisk spædbarn med spædbarnet.

Forældre og andre voksne evner ubevist at tilpasse deres sprig og mimik til et spædbarns signaler. Et eksempel er, når forældre bevarer sig helt tæt på spædbarnets ansigt og overdratser ansigtsmimikken i et: »Hej, er du der, du er vel nok fin ... osv.« Forældrene introducerer fra først færd spørgestil at græde højlydt, hvis en fremmed som fx lægen kommer tæt på. Barnet udviser en angst- og afvægstistuation, hvilket er helt normalt. Det er en udviklingsmæssig sund reaktion, der viser, at barnet kan foretage en hensigtsmæssig kommunikationsorganisering; barnet er i stand til at foretage en tydelig diskrimination mellem kendt og ukendt.

Børn på 1½-3 år

Når et barn skal kommunikere med en fremmed, bruger det de signaler, der modtager fra forældrene. Barnet er i stand til at overføre tryghed fra en situation til en anden, hvis det modtager relevant støtte fra forældrene. Det kan forældrene gøre ved at invitere barnet til kommunikation med lægen ved at gøre lægen »kendt«. Man kan sige, at forældrene løfter lægen ind i samværet, fx ved at sige: »Se, der er lægen. Jeg kan se, det er en damelege, vi skal ind til.« Den lille sekvens, hvor forældrene indbyder lægen ind i familiekredsen, kaldes for social triangulering. Hvis barn befinner sig i utrygge situationer som det at komme til lægen, synes social triangulering at være særlig vigtig. De yngste børn i aldersgruppen kommunikerer endnu ikke helt sprogtigt, og de voksne fortolker og reagerer fortsat på barnets emotionelle udtryk og gestus. Sproget kommer dog hurtigt, og snart behersker barnet så mange ord, at det kan dele sine oplevelser med andre. Forældrene og andre voksne kan nu give barnet konkrete opgaver og kan beskrive situa-

Omkring 1-års-alderen behersker de fleste born få ord. Sproget bliver nu et værktøj for tanker og spørgsmål, og barnet kan nu sige »Sel«, når gråspurven kommer hen til klapvognen. Born i den her aldersgruppe kan helt umotivert pludselig give sig til at græde højlydt, hvis en fremmed som fx lægen kommer tæt på. Barnet udviser en angst- og afvægstistuation, hvilket er helt normalt. Det er en udviklingsmæssig sund reaktion, der viser, at barnet kan foretage en hensigtsmæssig kommunikationsorganisering; barnet er i stand til at foretage en tydelig diskrimination mellem kendt og ukendt.

Eksempel:

Moderen viser spædbarnet en rød range, og spædbarnet trækker ud efter den. »Ja, den er fin, den her range, kunne du godt tænke dig at lege med den?« Moderen holder ranglen op foran barnet, ventet til barnet strækker armen ud, og barnet pludselig. Moderen trækker så ranglen mod barnet, som griber ranglen, og idet barnet beveger hånden, afgiver ranglen en klokkelyd, og barnet ser forbauset på moderen. Moderen ser også forbauset trilbage på barnet og smiler.

I denne lille sekvens udspiller der sig en komplett dialog. Mellem mor, far og barn udspiller der sig tætlig lignende episoder, og når barnet er med i den form for social leg, styrkes dets opmærksomhed og koncentration. Man kalder det, at barnet får sin »verden trianguleret« – der opstår en trekantsrelation mellem dig (forælder)- mig (barn)-verden (ranglen). Sæt på en anden måde: Spædbarnet kommunikerer endnu ikke helt sprogtigt, og de voksne fortolker og reagerer fortsat på barnets emotionelle udtryk og gestus. Sproget kommer dog hurtigt, og snart behersker barnet så mange ord, at det kan dele sine oplevelser med andre. Forældrene og andre voksne kan nu give barnet konkrete opgaver og kan beskrive situa-

tioner, der kan styre barnets forventninger og regulere barnets følelser. Barnets forståelse af sproget og forældrenes anvisninger forslår dog ikke helt når barnet står over for noget ukendt som at komme til lægen. Det er derfor vigtigt at være opmærksom på både barnets og sin egen nonverbale kommunikation.

Konsultationen

Forældrene har ofte forberedt barnet på besøget hos lægen ved at have læst børnebøger om det at gå til lægen. Når forældre og barn ankommer, skal man først hilse på barnet, men ikke røre det. Derefter skal man hilse på forælderen. Barnet vil ofte sidde hos forælderen, og lægen kan bringe legetøj hen til dem. Oftest har barnet sit eget trostedyr med og sin sut. En del børn vil være utrygge og have let til gråd. Når barnet er i gang med legetøjet, kan man henvende sig til forælderen og starte en vanlig konsultationsproces om henvendelsesårsag, symptomer og bekymringer osv. Til sidder barnet helt stille og lagtfinger lægen med alvor for så at bryde ud i gråd, når man forsigtigt nærm sig. Det er vigtigt at anerkende det ubehag, som vil være forbundet med undersøgelsen.

Eksempel:

Læge: »Leg kan forstå, at du har en lille perle oppe i næsen. Det er sikkert en fin perle, men det dur ikke med perler oppe i næsen, så mor har taget dig med hæred, så jeg kan pille den ud. Du skal blive sidstalende hos mor. Så vil jeg tage perlen ud med den her. Det gør en lille smile ondt.«
Barn: »Aah! Barnet hyller.
Læge: »Sådan! Det gjorde ondt. Men nu er den ude!«

*Lægen trækker sig væk fra barnet og venner,
til barnet er falden til ro.*

Læge: »Se, den er helt red af blod. Nu va-

skej jeg den, så kan du få den med hjem..«

En sådan beskrivelse og anerkendelse af barnets reaktioner kan hjælpe med at opnå relativ tryghed og følelsesmæssig stabilitet på dette alderstrin.

Nøgle praktiske undersøgelsesråd

Lægen kan lægge stetoskopet på barnets tøj, fx på knæet, lade barnetøre (læge med) hovedet på stetoskopet. Man kan begynde med at lytte på maven, der er mindre skrammende end på brystet. Til tider virker det at lege, at stetoskopet er en lille mus. Sørg for, at stetoskopet ikke er koldt. Før otoskopien er det en god ide at lyse på barnets hånd, lade barnetøre lyskilden (nogle børn tror, lyset er varmt) og fortælle, at man vil lyse i øret. Det kan være en god ide fx at nuse ørefluppen først i en lille leg. Skal halsen inspiceres, er det det sidste, man gør. Oftest kan man kun løv en gang, så vær parat med en eventuel pudepind. Derefter græder barnet ofte, og det er vigtigt at fortælle, at nu er undersøgelsen slut. Ryk tydeligt væk fra barnet, så forælderen kan troste og give tøj på. Det viser barnet, at det er rigtigt, at undersøgelsen er slut.

Nøgle børn i denne aldersgruppe vil slet ikke være med til undersøgelsen, de græder og vrider sig i forældrenes arme. Forældrene undskylder ofte og synes, de har et umuligt barn. Her er det vigtigt at fortælle forældrene og barnet, at der er helt ok, og at det hører alderen til. Fortæl forælderen, hvad du vil gøre, og hvad de skal gøre for at hjælpe dig. Fortæl fx, at du sagtens kan lytte til lungerne, selvom barnet skriger. Giv en grundig instruktion i, hvordan de

skal holde barnet, og fortæl, at barnet også rager på, at det bliver holdt fast. Anerkendt, at det for mange forældre er en overvindelse at skulle tvinge barnet til at blive undersøgt.

Børn på 3-5 år

Over tid kan forælderen relaterer den aktuelle konsultation til tidligere erfaringer, som barnet og lægen har med hinanden, og derved hjælpe med at gøre barnet tryg i situationen.

Sproget hos en 3-4-årig er veludviklet. Barnet bruger sproget til at få opmærksomhed, formidle behov, ønsker og oplevelser. Barnet bruger også leg til at give udtryk for sine oplevelser, fx gennem tegninger eller rollelege. Børn i denne aldersgruppe er egocentrede i deres tankegang og sprog, det kan være svært at forstå, hvad de fortæller om. De kan ikke skegne klart mellem fantasi og virkelighed. De har ej heller noget klart tidusbegreb – som for eksempel »i går« og »sidste uge« – og de kan ikke forstå begreber som fremtid. Børn i denne alder har en meget konkret opfattelse af ord og handlinger og kan let mistforstå, hvad der sker eller bliver sagt. Pas derfor på med dit billede og det er vigtigt at fortælle, at nu er undersøgelsen slut. Ryk tydeligt væk fra barnet, så forælderen kan troste og give tøj på. Det viser barnet, at det er rigtigt, at undersøgelsen er slut.

Giv barnet lejlighed til at tage dig i øjesyn, for du indleder den egentlige dialog. Hils på barnet og vis barnet hen til dit legetøj. Fortæl, hvem du er, og vis, at du ved, hvem barnet er. Når du henvender dig til barnet, er det en god ide at vise, at du har set eller er bekendt med interessante ting hos barnet. Dette kaldes identitetsmarkører, fx: »Jeg kan se, du kan lide fodbold«, »Jeg kan se, du er blevet storebrobrø.«

Brug af identitetsmarkører får barnet til at føle sig anerkendt, og barnet får lov til at præsentere sig på sine egne præmisser. Gå eventuel i knæ, så du er på øjenhøjde med barnet.

Beskriv herefter »her og nu«-situationen for barnet, fx: »Nu skal du sidde oppe hos far, og så skal vi tale om, hvorfor du er her i dag.«

Eksempel:

Læge: »Jeg kan forstå, at din far er bekymret for dig, fordi du hoster så meget, og han har bestemt, at vi skal finde ud af, hvorfor du hoster så meget. Det er derfor, I er kommet her i dag. Nu vil jeg fortælle dig, hvordan jeg vil undersøge det ...«

Herefter vil man ofte få lov til at lytte til barnet.

Læge: »Jeg tænker også på, hvad du mærker inde i kroppen.«

Barn: »Det gør ondt her.« Peger på mave.

Læge: »Ok, det må vi få til at gå væk. Jeg kan høre, at du er syg inde i kroppen, og derfor skal du have noget medicin, som far skal hjælpe dig med at drikke, så du kan blive rask igen. Nu skal jeg lige tale lidt med far om medicinen. Så du må gerne leve videre, hvis du vil.«

Hos et barn på 4-5 år kan lægen godt drage barnet ind i beslutningen om medicinen.

Læge: »Du skal have noget medicin, det kan man få som noget, man kan drikke, eller som nogle piller, hvad tror du og far, er bedst for dig?«

En sådan støttende samtale har en tydelig ansvarsfordeling, og det fremmer barnets tryghed i situationen.

Sproget af identitetsmarkører får barnet til at føle sig anerkendt, og barnet begynder at kunne fremlægge sine egne oplevelser, tanke og erfaringer i mere sammenhængende fortællinger. De yngste børn i den her aldersgruppe har brug for hjælp til at finde ord og begreber, de kan støtte sig til. De kan også være meget »firkantede« i deres opfattelse af ting.

De opfatter regler og principper som absolute størrelser og ikke som noget, der er socialt konstrueret, som for eksempel når voksne afgiver fra regler, hvis de finder det hensigtsmæssigt. Barnet begynder aktivt at inddrage moralske overvejelser i sine tanker og de sociale situationer, de indgår i. For eksempel kan en femårig blive meget vred, hvis faderen laver andre regler for illebror end for ham. Børn i denne aldersgruppe kan ikke skegne mellem årsag og virkning. Det kan få den uheldige konsekvens, at barnet løb på skylden for en handling, som det har deltaget i, fx: Et det mon min skyld, at far og mor skal skilles?

Konsultationen

Børn i denne aldersgruppe har allerede oplevet at være hos lægen en del gange, og der byges sådtes videre på tidligere erfaringer. Hils på barnet, giv håndtryk, og hils derefter på forældrene. Som leder af samtaLEN bør lægen sætte sig, således at barnet kan se lige ud uden at blive direkte fængt af lægens blik. I en sådan position fristilles barnet til at kigge, hvorehen det vil, og det giver barnet ro og frihed til at tænke og handle, fx at bevæge sig rundt i konsultationslokalet. På den måde opstar trekantsforholdet mellem barnet, lægen og forælderen. Giv barnet plads til at reagere og bringe identitetsmarkører.

Eksempel:
Læge: »Du skal sidde i den her stol, og der henne skal far side. Du må også gerne sidde hos far... Vi har jo aftalt at mødes i dag for at snakke om, hvordan du mærker, at lungemedicinen arbejder i din krop.«
Barn: »Det smager grint...«

Læge: »Jeg tenker på, hvordan du har det med at løbe...«
Barn: »Til fodbold løber jeg hurtigt...«
Læge: »Og nu skal vi tale om, hvordan du skal tage medicinen de næste 14 dage, og hvad du skal gøre, hvis du pludselig får... (osv.)«

Ved at følge en sådan fremgangsmåde bliver det tydeligt for barnet, at de voksne ved, hvad der skal ske, og det giver barnet ro. Barnet vil som regel reagere positivt, og lægen kan som oftest få barnet til at samarbejde. Børn har lettere ved at håndtere råd og information omkring for eksempel medicin, hvis informationsne knytes til handlinger. Undersøgeren har vist, at børn med kroniske lidelser opnår bedre symptom- og sygdomskontrol, når de på lignende vis bliver inddraget i samtalen.

8-12 år

Sproget er nu næsten fuldt udviklet. Barnet kan forstå sociale sammenhænge og hændelser som uafhængige af sig selv. Barnet begynder at forstå, at moral også kan være et forhandlingsspørgsmål, der har at gøre med, hvad der er hensigtsmæssigt og muligt her og nu. I de sidste år af denne aldersgruppe kan de fleste børn tænke hypotetisk, og dermed kan man diskutere forskellige alternativer som for eksempel behandling/ikke-behandling med

barnet. Barnet har nu styr på begreber som fortid, nutid og fremtid og kan bruge de begreber til at fortælle om hændelser i en tidsmæs-sig sammenhængende og logisk struktur. Barnet kan dog fortsat have svært ved at forstå mange sociale hændelser. Det kan få den a-fledte effekt, at barnet let oplever et misforhold mellem tanker og realiteter. De voksne siger, det er usundt at ryge, men de ryger alligevel selv osv.

Børn i denne aldersgruppe har udviklet en overordnet identitet, der kan beskrives som »Jeg dur!«/»Jeg dur ikke«. Identitetsfolelsen er fortsat skrøbelig, omskifflig og kontekstaf-hængig.

Konsultationen

Børn i denne aldersklasse kan godt være svært i tale. Lægen kan forsøge at få samtaLEN i gang ved at vise barnet, at relationen mellem lægen og forælderen er god nok, ved at småsnakke med forælderen om fælles viden eller oplevelser. Ved en god relation til forældrene understøtter du voksen-barn-hierarkiet, som forældrene, der synes, at barnet og de selv har brug for at tale med lægen. Det bliver derfor en vigtig opgave for lægen at bibringe barneinteresse og tro på, at det kan betale sig at tale om problemet.

Eksempel:

Læge: »Det er vanskeligt for dig at tale om det her? Jeg har meat mange børn, som har haft suert ved at snakke om, at de bliver drillet i skolen, men jeg synes, du klarer det godt.« (Lægen gætter kvalificeret).

www

eller

Læge: »Jeg kender en dreng på din alder. Han hedder Peter, og han fortalte sin mor...« (Lægen generaliserer).

eller

Læge: »Jeg har lagt mærke til, at du tit har ondt i maven og er lidt trist... Jeg har spekulert over, hvad det man handler om.« (Lægen konstaterer).

Lægen opnår ved en sådan fremgangsmåde at bekræfte barnets følelser og oplevelser, og samtidig få øjen forstått, at barnets oplevelser er almindelige. Man kan såge, at lægen ved beskrivelse af barnets følelser foretager en form for mentalisering, dvs. der sættes ord på barnets psykologiske proces. Ved at fortælle parallele historier om et andet barn, som har haft lignende oplevelser, kan barnet nojes med at bekræfte eller rette lægen. Ved at bruge parallelhistorier viser lægen, at han forstår den sociale kontekst, barnet befinder sig i, og dermed hjælper barnet med at orientere sig i sin sociale virkelighed. I sådanne samtalere er der plads til barnets egen initiativer og afslutninger, og det er vigtigt at opfange og bekräfte barnets stopsignaler, også selvom man bare ikke kommer videre den dag.

12-16 år

Baggrund

En tolvårig er nu kommunikationsmæssigt næsten på højde med den voksne. Barnet kan nu medvirke i en dialog indeholdende både logiske og moralske overvejelser og evner at be-

skrive handlemønstre. Børn i denne aldersgruppe behersker også ironi og hentydnninger. Det er dog fortsat svært for en tolvårig at skelne mellem det ideelle og det reelle. Dette kan give sig udslag i frustrerende konflikter, hvor den voksne oplever, at man ikke kan nå den unge med formuelt argumenter fra virkelighedsverden.

Konsultationen

Børn i den her aldersgruppe har travlt med at udvikle deres identitet og stiller sig spørgsmål om, hvor det står i forhold til det, der sker. Når lægen giver udtryk for sine synspunkter omkring sygdom og behandling, skal lægen passe meget på, ikke at komme til samtidigt at under-kende barnets spørgsmål og perspektiv. Barnet er ofte fortsat ledsgaget af forældrene. Lægen skal i henhold til børnekonventionen arbejde hen imod, at barnets synspunkt og vilje kommer til udtryk. Spring lige ud i det:

Eksempel:
Læge: »Fortæl, hvorfor kommer du her i dag... (osv.)«
Ofte vil man få et svar, og konsultationen er i gang. Andre gange kigger barnet på forælderen, som så tager over. Lædt henne i samtalen, hvor lægen har fået afdækket henvendelsesårsagen, og hvad der be-kymrer den voksne, kan lægen forsøge at få barnet på banen igen.

Læge: »Jeg har brug for at vide, hvordan du oplever det i din krop...«
Læge: »Nu må du hjælpe mig, det er jo dig, der skal spise pillerne.«

Lægen bør inddrage barnet i samtalen omkring symptomer og anamnesen og derefter informere barnet om sine overvejelser på en sådan måde, at barnet har forstået det. Barnet bør også indgå i diskussionen og give sin accept af evt. behandlingsplan. Ofte er samtalene med børn i den her aldersgruppe helt ukomplerede og flyder som en vokensamtale. De mere komplicerede samtalene er beskrevet i næste afsnit.

Den vanskelige børnesamtale

Mange mennesker, herunder læger, har en faststillet tendens til at undlade at tale med børn om noget, der er smertefuldt for barnet. Vi vil så nogle gange ikke bringe uodvendig alvor ind i børnenes verden, men ved omsorgsbunden tavshed svigter vi børnene. Lægen kan frygte, at han eller hun ikke er dygtig nok og derved komme til at føre ondt værre. Når vi kommunikerer, ønsker vi, at det går godt, og når vi står over for en vanskelig samtale, kan lægen frygte, at initiativet mislykkes. Samtalen er gået i kluddet, hvis barnet spørger »Er vi færdig nu?« eller gentagne gange svarer »Det ved jeg ikke«. Lægen sidder tilbage med en oplevelse af at blive alvist, og barnet sidder med oplevelsen af, at lægen ikke forstod. Samtaler, som ikke lykkes, resulterer i en selvforstærkende proces, der ofte fører til, at man forsøger at undvige yderligere dialog. Vi vil helst fokusere på det positive og fremadrettede. Det kan få den konsekvens, at børn, der befinder sig i en

vanskelig livssituation, ikke får mulighed for at tale om det. En anden konsekvens kan være, at børnet oplever, at de voksne fordrerer virkeligheden i forhold til barnets egne erfaringer. Et eksempel er faderen, der har slæbt barnet, hvor det reduceres til, at »Far var lidt sur i går«. Børn, som har det vanskeligt, kommer ikke af sig selv i vores konsultation; aftalen er arrangeret af de voksne, og denne omstændighed er vigtig at tænke ind i planlægningen af samtalen.

Der er flere typer vanskelige samtalere med børn, hvor lægen skal aldelelte problemernes årsag og konsekvens for barnet og overveje, om de er af en sådan karakter, at barnet bør henvises, eller om lægen føler sig kompetent til at hjælpe.

Vi vil i det følgende beskrive tre svære samtaletemaer med børn i skolealderen:

- Forældre, som er bekymrede over barnets symptomer, eller at barnet ikke trives.
- Forældre, som mener, der er noget galt med barnet pga. barnets adfærd.
- Lægen, der tager initiativet til en fælles samtale med forældrene og barnet, for eksempel hvis en forælder rammes af svær sygdom.

Fælles for alle tre samtaletemaer gælder, at lægen viser respekt for barnets autonomi inden for barnets mestringskompetence, og at lægen understøtter barnets erfaring. En anden vigtig opgave for lægen er at afeje informationen, så den passer til barnets udviklingsniveau, samt at frifrage barnet for ansvar. For alle tre samtaletemaer kan følgende fremgangsmåde følges.

Forældre, som er bekymrede over barnets symptomer, eller at barnet ikke trives

Lægen bør inddrage barnet i samtalen omkring symptomer og anamnesen og derefter informere barnet om sine overvejelser på en sådan måde, at barnet har forstået det. Barnet bør også indgå i diskussionen og give sin accept af evt. behandlingsplan. Ofte er samtalene med børn i den her aldersgruppe helt ukomplerede og flyder som en vokensamtale. De mere komplicerede samtalene er beskrevet i næste afsnit.

Der er flere typer vanskelige samtalere med børn, hvor lægen skal aldelelte problemernes årsag og konsekvens for barnet og overveje, om de er af en sådan karakter, at barnet bør henvises, eller om lægen føler sig kompetent til at hjælpe.

Vi vil i det følgende beskrive tre svære samtaletemaer med børn i skolealderen:

- Forældre, som er bekymrede over barnets symptomer, eller at barnet ikke trives.
- Forældre, som mener, der er noget galt med barnet pga. barnets adfærd.
- Lægen, der tager initiativet til en fælles samtale med forældrene og barnet, for eksempel hvis en forælder rammes af svær sygdom.

Fælles for alle tre samtaletemaer gælder, at lægen viser respekt for barnets autonomi inden for barnets mestringskompetence, og at lægen understøtter barnets erfaring. En anden vigtig opgave for lægen er at afeje informationen, så den passer til barnets udviklingsniveau, samt at frifrage barnet for ansvar. For alle tre samtaletemaer kan følgende fremgangsmåde følges.

Hvis barnet går i stå, så lav en opsummering eller en reformulering.
Slut samtalen anerkendende:

Læge: »Jeg er imponeret over, at du har fortalt om de svære ting, du går og tænker på. At Mikkel står henne i skolen ...«

Forældre, der mener, der er noget galt med barnet pga. barnets adfærd

Børn, der udviser problemadfærd, er børn, som tydeligt viser, at de er i knibe. De har i al-lerhøjeste grad behov for voksenstøtte. Barnets adfærd er netop et udtryk for, hvor højt det må »råbe« for at få de voksne til at se, at det er bragt i en situation, det ikke kan mestre – »Det er aldrig barnet, der er problemet; det er problemet, der er problemet!«. Problemet kan være relateret til hjemmet, skolen eller andre steder, hvor barnet skal fungere socialt. Når børn ikke falder naturligt ind i den sociale virkelighed, de er en del af, kæmper de hårdt for deres plads i fællesskabet. Når det aligevel ofte ender med konflikt med andre børn eller voksne, så kan barnet efterhånden få den opfattelse, at det er det selv, der er problemet. Problemerne kan vokse sig så store og virke så omsigribende, at barnet til sidst ikke kan adskille problemet fra sig selv, og dermed overtager problemet barnets personlighed: »Jeg er umulig«. »Der er ingen, der vil lege med mig« osv.

Her følger et eksempel med en dreng. Hans virkelighed er, at der i skolen er uro og mange konflikter omkring ham. Lægen skiller problemet ad ved, at problemet får benævnelsen »Drille-Lene«:

Introduktion af temaet:

Læge: »Velkommen Sofie, det er vel nok godt, du kommer her i dag. Din mor og jeg har talit om, at vi i dag skal tale om, at du så tit har ondt i hovedet!«.

Identifikationsmarkør:

Læge: »Din mor har fortalt, at du er dygtig til at spille håndbold, og så var det, jeg tenkte, om du også har hovedpine, når du spiller håndbold.«

Barn: »Nej, når jeg spiller håndbold, spiller jeg bare håndbold, og ...«

Gentag ordret hvad barnet har sagt (»pægejemetode«). Jo yngre barnet er, jo bedre virker metoden. Det giver barnet en tilbagemelding på, at lægen har modtaget indholdet, og det stimulerer til fortsættelse af samtalen.

Læge: »Så du spiller bare håndbold, der er jo dejligt, så er det, at du får mig til at tænke på, om du mon har hovedpine henne i skolen?«

Barn: »Mikkel riber så høj og siger, at jeg skal ...«

Læge: »Mikkel sagde, at ... jeg hører, at du blev meget ked af det, og ...«

Lægen må opgive at stille spørgsmål, men i stedet bruge ord som »Så fik du den ide«, »Så tænkte du ...«, »Det var smart«, »Det må være vanskeligt«, »Det var trist/god«, »Hvad gjorde Mikkel?« osv.

Eksampel:
Læge: »Din far fortæller mig, at han er træt af, at du høne i skolen laver så meget balade og hele tiden kommer op og stås med Martin. Din far kan ikke forstå, at du ikke har kan holde op.«

Børn: »Marie og Børge får aldrig skæld ud ... og så bliver jeg så gal ...«

Læge: »Ja, du er godt nok god til at blive gal, men der er bare det ved det, at den vrede bryder, at du får en rigtig dum dag med slåskamp og skældud ... Så var det, jeg tenkte, om vi ikke kan aftale, at den vrede, der giver dig problemer, skal hedde Drille-Lene ... Og kan du så ikke, når vreden kommer, sætte Drille-Lene over i vindueskarmen, så du og Martin kan sidde sammen, uden at I kommer op og slás?«

Lægen hjælper barnet og forældrene til at se problemet som noget, der ligger uden for barnet selv. Derved gøres det tydeligt, at de voksne i overnævnte eksempel bor på går ind og finde ud af, hvad der egentlig sker i børnegruppen. Bliver drengen i eksemplet ovenfor driller af de andre børn, eller har han slet ikke overskud til at indgå i almindelig leg, fordi han bruger sin energi med at spekulere og bekymre sig om et problem derhjemme. Lægen kan hjælpe barnet ved at italesætte barnets tanker, følelser og oplevelser. Lægen må forsøge sig med om-sørgfuld hypotesetestning, for eksempel »Kunne det tænkes, at ...« i modsætning til at komme med påstande som sætninger med »Du gör«, »Du er« osv.

Børn, som udviser adfærdsproblemer, er ofte børn, som har vanskelige opvækstvilkår. Børnene kan have forældre, som er uforudsættelige og ofte avisende i deres kontakt til bar-

net. Børn, som er specielt utsatte, er børn, hvis forældre har et misbrug eller lidet af personlig-hedsforstyrrelser eller andre psykiske lidelser. De børn, som har vanskelige opvækstforhold, har ofte det, man kalder en ujævn udviklingsprofil. Fx kan de være fysisk alderssvarende, for tidlig modne, »den lille voksne«, men socialt og psykisk kan de svare til et yngre barn. Barnet forventer sjældent støtte fra de voksne, det er så vant til, at det alligevel ikke kan regne med dem. I grelle tilfælde ser vi, at det er barnet, der tager sig af mindre søskende. Disse børn har ofte forstyrrelser i deres selvbilleder og opfattelse af andre – og samtalter med dem er en specialistopgave. Men lægen kan blive bragt i en situation, hvor han eller hun er nødt til at tale med barnet. Her er det vigtigt for lægen at vide og tage hensyn til, at børn vejer at forblive loyale mod forældre og andre betydningsfulde voksne i deres liv, også selvom de voksne skaber utryghed eller udviser omsorgs-svigt.

Børn, som rammes af kreativsygdom, modnes også tidligt. Man kan sige, at sygdommen stjæler deres barndom.

Lægen, der tager initiativet til en fælles samtale med forældrene og barnet, for eksempel hvis en forælder rammes af svær sygdom
Ved begivenheder som svær/kronisk sygdom, skilsmisse, dødsfald og lignende hændelser er der altid brug for, at de voksne er udfærende og tager initiativ til samtalen. Det handler om at give barnet plads til at dele sine oplevelser og sætte ord på hændelser og følelser. Hvis barnet ikke får lejlighed til at tale om de ulykkelige begivenheder, er barnet henvist til sine egen private opfattelser af, hvad der foregår. Formålet

med denne type samtal er at støtte barnet i en svær livssituation. Samtalen er fokuseret på at sætte barnets oplevelser i centrum. Lægen kan ved at lytte, beskrive og bekrafte barnets tanker og følelser og tage imod deres emotionelle reaktioner bekrafter, gyldiggøre og normalisere barnets oplevelser og reaktioner.

Eksampel:

Læge: »Jeg har på fornemmelsen, at du helst er fri for at komme her i dag, det vil jeg naturligvis respektere. Når du nu alligevel er her, er det så i orden, jeg stiller dig et par spørgsmål ...?«

Eksampel:

Læge: »Jeg kan forestille mig ...«

Når barnet er i en vanskelig situation, kan det være en fordel at fokusere på barnets ressourcer. Det er gennem den ressourcefokuserede samtale, at barnet kan udvikle kompetencer, tage nye skridt og se forandringsmuligheder. Lægen kan spørge ind til, hvad barnet interesserer sig for, hvad barnet er god til, hvad barnet ønsker, og bekrafter barnets gode intentioner osv. Hvis barnet mistet en forælder, bør lægen sørge for, at barnet henvises til relevant professionel hjælp, som kan hjælpe barnet med at bearbejde sorgreaktionen.

Etik

Der indgår en række etiske udfordringer i lægens vurdering af barnet, når barnet ikke trives. For lægen har respekten for forældrenes autonomi stor betydning og kan medføre et di-

Resume

Kapittel gennemgår samtal med børn, som de finder sted i en almen praksis-konsultation.

14

Kommunikation med læger og sygeplejersker

Der gives konkret vejledning i, hvordan man kan tilrettelegge samtaLEN i forhold til barnets alder og kommunikative egenskaber. Kapitlet indledes med et afsnit om den aktuelle viden om den gode børnesamtale og den tilhørende dialogs grundregler, interaktionen mellem forældre-barn, forædre-læge, læge-barn. Der næst kommer et aldersinddelte afsnit, som indledes med et kort afsnit om børns udviklingspsykologi for at glide over i konkrete anvisninger på dialog: spædbarnet, børn 1½-3 år, 3-5 år; 5-8 år, 8-12 år og 12-16 år. Kapitlet afsluttes med teoretisk og konkret anvisning på, hvordan man kan håndtere den vankelige børnesamtale, hvor forældrene er betydnede over barnets symptomer/trivsel, eller hvor familien er ramt af alvorlig sygdom eller dødsfald.

- Fundingrsrud HP. Barn som snakker med kroppen. Ueposten, 2005: 33-37.
Glistrup K. Hvad børn ikke ved ... har de ikke ondt af. Hans Reitzels Forlag, 2007.
Meeuwesen, Log. Kaptein M. Changing interactions in doctor-parent-child communication. Psychology & Health 11,6, 1996: 787-95.
Merrild Log Fleischer AV. Samtaler med børn - redskaber til professionelle og andre voksne. Kobenhavn: Borns Vilkår, 2010.
Stern DN. Barnets interpersonelle univers. København: Hans Reitzels Forlag, 1991.
Tates, K et al. Doctor-parent-child relationships: a 'pas de trois'. Patient Educ Couns. 48,1, 2002: 5-14.
Tates, K og Meeuwesen L. 'Let mum have her say': turn-taking in doctor-parent-child communication. Patient Educ Couns. 40,2, 2000: 151-62.
Tates, K et al. 'I've come for his throat': roles and identities in doctor-parent-child communication. Child Care Health Dev 28,1, 2002: 109-16.

- Wassner, F et al. How do paediatricians communicate with children and parents? Acta Paediatr 93,11, 2004: 1501-06.
Øvreide H. At tale med børn. Kobenhavn: Hans Reitzels Forlag, 1997.
Bo, K-A og Gehl I. Børnesamtalen. Dansk Socialrådgiverforening, 6, 2003.
Doctor-parent-child communication. A (re)view of the literature. Social Science & Medicine 52,6, 2001: 839-51.

Litteratur

Forskræmmende læsning. Der beskrives omfattende problemer i kommunikationen mellem sundhedsprofessionelle, både mellem leger og sygeplejersker og mellem leger og andre læger. Det gælder både internt på den enkelte afdeling, og når fagpersoner fra forskellige afdelinger kommunikerer. Der beskrives alvorlige fejl i patientbehandlingen pga. dårlig kommunikation, og der beskrives mangelfuld vejledning og uddannelse for de involverede fagpersoner. Desuden medfører mangelfuld kommunikation store udgifter til transport og unødvendige undersøgelser og behandlinger. Men der er også beskrevet en række vigtige og effektive virkemidler og tiltag, som kan bedre kommunikationen mellem faggrupper og mellem de enkelte fagpersoner. Det vigtige, vi kan tage med os fra dette forskningsstift, er, at 1) der for hver enkelt af os som klinikker er nogle åbenbare udfordringer i kommunikationen med vores fagfæller, som har stor betydning for, hvordan vores patienter bliver behandlet,

Formål og struktur i kapitlet

Den unge læges relation til og faglige kommunikation med sygeplejersker og andre læger adskiller sig ligesom læge-patient-relations fra den daglige kommunikation, vi har med mennesker i vores hverdag. At mestre dette er vigtigt for at kunne bidrage til det kliniske arbejde og opnå det bedste mulige resultat for en given patient og for at kunne lære af det og udvikle sig som fagperson. For at kunne det er det nødvendigt at kende de vilkår, der er for kommunikation med andre læger og med sygeplejersker, og det er vigtigt at være bevidst om, hvilke muligheder man har som medicinstuderende eller ung læge for selv at påvirke og tage aktivt del i disse former for kommunikation.

Litteraturen om kommunikation i sundhedsystemer er interessant og til tider lidt