

God kommunikasjon – også for legenes skyld!

Å beherske kommunikasjon med pasientene er en vesentlig klinisk ferdighet, men emnet er praktisk talt fraværende i sykehus. Vi har prøvd ut et amerikansk undervisningsopplegg for sykehusspesialister ved Akershus universitetssykehus. Opplegget karakteriseres ved tydelig struktur som er lett å huske og vektlegging av systematisk trening i praksis. Men ikke minst viktig er det at legene skal oppleve god kommunikasjon som effektivt og berikende for dem selv.

Pål Gulbrandsen

pal.gulbrandsen@ahus.no
HØKH, Forskningscenteret
Akershus universitetssykehus
1478 Lørenskog
og
Fakultetsdivisjon Akershus universitetssykehus
Universitetet i Oslo

Det er kanskje ikke så underlig at det å kunne kommunisere med pasienter er undervurdert. Det er så mange andre krevene ferdigheter som må læres – og trenes – som følge av kunnskapsutviklingen i faget. De fleste av disse er spesifikke for medisinen og bidrar dermed til identiteten som lege. Men den manglende interessen for å kvalifisere legene bunner nok også i at det hersker en forestilling om at det ikke er så viktig, at det i beste fall bedrer pasienttilfredsheten og har lite å si for behandlingsresultatet. Ikke få har en idé om at det handler om «koseprat» og tar for mye tid, hvilket er galt.

En annen motkraft er oppfatningen om at kommunikasjonsevne er noe man er utstyrt med og som i liten grad kan forbedres. Dette synet er spesielt uheldig siden det knytter kommunikasjonsevnen til individet som en egenskap, ikke en ferdighet. Dermed blir kommunikasjon en del av jeget, man blir sårbar for kritikk eller velmente forbedringsforslag, og man vokter seg også for å gi råd til kolleger som kunne trengt dem. Mange leger kan fortelle at ingen kolleger noensinne har vist interesse for, kommentert eller sett på deres møter med pasienter for å se hvordan de fungerer.

Onkologene, med sitt hyppige behov for å beherske det å gi dårlige nyheter og komplisert informasjon om behandling, har imidlertid for lengst tatt inn over seg at det er mulig å lære god kommunikasjon. I deres utdanning er det blitt obligatorisk. Likeledes har allmennlegene etablert video-filming av konsultasjoner og tilbakemelding fra kolleger i veiledningsgrupper som

et nødvendig element i sin utdanning, inspirert av viktige foregangsmenn bl.a. i Storbritannia (1, 2). Forskning på betydningen i spesialisthelsetjenesten har det vært lite av, men siden slutten av 1980-årene har man i den amerikanske helseorganisasjonen Kaiser Permanente skreddersydd et undervisningsopplegg for spesialister (3). I en observasjonsstudie har man påvist god og varig effekt både på legenes egen følelse av mestring og på pasienttilfredshet (4). En vesentlig grunn til at opplegget er gjennomført i hele organisasjonen, som omfatter ca. ti millioner amerikanere, er at det har vist seg populært hos legespesialistene, fordi legene bruker tiden i konsultasjonene mer effektivt etter å ha lært de forholdsvis enkle grunnferdighetene.

Selv om det ut fra etiske betraktninger, demokratisk praksis og etablert kunnskap er utvilsomt at pasientsentrert kommunikasjon må anvendes, skjer dette i beskjeden grad i sykehusene. Vi håper at det at legene blir klar over at de selv har godt av å endre praksis, kan endre på denne situasjonen.

Hva er god kommunikasjon?

Vi vet hva som karakteriserer god kommunikasjon. Kunnskapen er sammenfattet i noe ulike læringsmodeller, men i det store og hele er det samme innhold som formidles. Kaiser Permanentes modell «Four Habits», som vi har gitt navnet «Fire gode vaner», har vi nå prøvd ut overfor ca. 100 norske sykehusleger – de fleste i Akershus universitetssykehus, som ledd i et forskningsprosjekt (5). Prinsippene er allmenne og kan brukes i praktisk talt ethvert lege-pasient-møte, men sammenhengen avgjør i hvor stor grad de ulike delene passer. Viktige modulerende faktorer er om man kjenner pasienten fra før eller ikke, om møtet gjelder en konkret undersøkelse, foregår i poliklinikk, ved sykesengen, i mottak eller ved utskrivning. Men ingen av elementene er noensinne irrelevante, det er vektleggingen av dem som kan variere.

Valget av navnet «Fire gode vaner» er et pedagogisk grep – det er lett å huske og viser behovet for å trene. Leger har nok å memorere, og skal en ferdighet øves i travel klinisk praksis, må den ikke representere for store krav til hukommelsen. Vanene gjenspeiler langt på vei stadier i lege-pasient-møtet og læres også sekvensielt. Mange av våre kursdeltakere fremhever det enkle rammeverket som en viktig suksessfaktor (5).

Investering i begynnelsen

Hensikten med ferdighetene i den første gode vanen er raskt å bygge tillit, senke pasientens skuldre, og å få dannet seg en oversikt over hvilke aktuelle helseproblemer pasienten har. Høflig presentasjon eller vennlig signal om gjenkjennelse er en selvfølge. Litt ikke-medisinsk småprat er en fordel, det krever ikke mange sekundene. I det hele tatt er leger som har vært på kurs, overrasket over hvor mye som foregår i løpet av de første par minuttene. Legen må innlede med et åpent spørsmål, lytte konsentrert og henvendt til pasienten, og skaffe seg oversikt over alt pasienten tror legen kan ordne i det aktuelle møtet. Det er ofte flere ting enn det legen venter. Deretter prioriteres i samråd med pasienten hva det er viktigst å håndtere innen gitt tidsramme, og så kan man gå videre til detaljene. Mange leger tror de mister kontroll over tiden på denne måten, men det er oftere det motsatte som skjer. Uforløste spørsmål fra pasienten blokkerer ofte mottaket av informasjon, og har likevel en lei tendens til å komme mot slutten og forårsake forsinkelser. Spesialisten får allerede i begynnelsen ryddet vekk problemstillinger som ikke er relevant på hans arbeidsområde. I denne fasen må avbrytelser reserveres for persevererende pasienter. Det blir morsomere å være lege når man oppdager at man får mer orden på bruken av tid og bedre anamneser ved å anvende den første gode vanen.

Få frem pasientperspektivet

Hensikten med denne andre gode vanen er å bevisstgjøre legene på å skaffe seg informasjon om hvilke forestillinger pasienten har om sin tilstand og hva som må gjøres, hva pasienten forventer at legen gjør og hvilken innflytelse den aktuelle tilstanden har på livet til pasienten. Forbausende ofte utelates dette. Det vanlige vi ser er at legen, når situasjonen biomedisinsk er noenlunde



Mange leger tror de mister kontroll over tiden når de vektlegger god kommunikasjon med pasienten, men det er ofte det motsatte som skjer. Illustrasjonsfoto © Keith Neale/Masterfile/SCANPIX

avklart, går rett til å gi informasjon. Denne faller ofte på steingrunn fordi den er retningslinjebasert, sjablongpreget og ikke tilpasset den enkeltes behov. I liten grad får legen innsyn i forestillinger som kan stå i veien for god etterlevelse av behandlingen. Dessuten har leger, som folk flest, en betydelig tendens til å ha forhåndsoppfatninger om livssituasjon ut fra hvordan pasienten ser ut, snakker og oppfører seg (6). Legearbeidet blir mye mer givende når man tar seg tid til å se mangfoldet, og det oppleves godt for pasienten at legen faktisk spør om hvilke hverdagsvanskeligheter sykdommen eller behandlingen påfører dem.

Vis empati

Empati må ikke forveksles med høflig interesse, og heller ikke med å skape en jovial atmosfære. Antakelig har de fleste legene evne til empati, som innebærer å legge merke til følelser hos pasienten, gjenkjenne følelsen hos seg selv, og være i stand til å gi uttrykk for den med ord og

kroppsspråk. Men i travel praksis ser det ut til at det glipper.

Det har nok flere årsaker. Konsentrasjonen om intellektuelt og ofte praktisk krevende oppgaver tar oppmerksomheten bort fra følelsessfæren. Ikke minst den moderne oppgaven å gi mye korrekt informasjon stiller store krav til legehjernen. Til dette kommer allestedsnærværende krav om dokumentasjon og hyppige avbrytelser fra telefoner, kolleger og assistenter. Men viktigst er kanskje likevel at legene tror det tar for mye tid å vise empati. Og det er galt.

Visst kan det ta tid, men det er ikke regelen. I løpet av en konsultasjon, ofte når legen har vist interesse for pasientens hverdag, dukker det nesten alltid opp en mulighet til å gi et enkelt uttrykk for deltakelse. Det kan være en anerkjennelse (Jeg forstår godt at det må være vanskelig), legitimering (Vi ser mange som har det som deg med dette) eller ros (Det er godt gjort at du holder ut). En støttende berøring tar nesten ikke tid. At slike små utsagn er godt for legen er kanskje ikke innly-

sende. Men ofte gir de god kontakt og takknemlighet fra pasientens side. Og i en hverdag der vi stadig oftere hører om stress, dårlig arbeidsmiljø og økonomiske innsparring – er det å kunne være til stede følelsesmessig sammen med en pasient en vederkvegelse.

Invester i avslutningen

Hvor mange har ikke opplevd å skule på klokken og undre på hvordan man skal komme seg ut av konsultasjonen i løpet av de neste to minuttene? Denne vanen handler mest om hvordan man gir informasjon og sikrer etterlevelse av behandlingen. Men det underslås ikke at dette tar tid, fordi man helt og holdent er avhengig av pasientens evne til å ta imot, prosessere og stille spørsmål. Derfor må man begynne avslutningen av konsultasjonen tidlig!

Den fjerde vanen begynner med handicap om ikke man har fått frem pasientperspektivet. Kortfattet forklares rasjonale i diagnostiske overveielser og ev. behandling. Er det mange elementer, er det en

fordel å skrive ned hovedpunktene. Man bør kartlegge hvilke barrierer som står i veien for at pasienten skal klare å gjennomføre sin del av opplegget, og avveie tiltak i samråd med pasienten. Deretter er det tid for oppsummering. Leger gjør ofte det selv. Det er bedre å be pasienten gjøre det, slik at man får oppklart misforståelser. Dette er dessuten en fin begynnelse på selve avslutningen, som ev. inneholder en klar plan for etterkontroll og oppfølging. En ryddig avslutning til planlagt tid er naturligvis en god opplevelse for legen.

Norske erfaringer

«Fire gode vaner» er det eneste undervisningsprogrammet som har dokumentert effekt på tvers av kliniske spesialiteter i sykehus, selv om det hittil bare har vært vist i observasjonsstudier (4). Det betyr ikke at det ikke finnes andre gode tilnærminger (7). Ved Akershus universitetssykehus er vi nå ferdige med datainnsamlingen i en randomisert, kontrollert undersøkelse som har involvert ca. 70 leger og mer enn 500 lege-pasient-møter. Tre måneder etter kurset har vi hatt samtaler med ca. en tredel av legene om erfaringer de har gjort seg. Nesten alle kan fortelle om positive erfaringer, og flere har gitt oss beskrivelser av situasjoner der den nyervervede kunnskapen var til stor hjelp. Men – og det er et stort men – til tross for sterke oppfordringer om å trene, er det nok et mindretall som aktivt har gjort dette. Mens alle kan fortelle at det de lærte er med dem og blir brukt, spørs det om treningen

gjennomføres på en så systematisk måte at vanene blir nettopp vaner. Blant identifiserte barrierer er særlig to fremtredende: Selv om legene velger å tro og har erfart at de ikke taper tid, makter de ikke å holde fast ved ferdighetene når de er under stort tidspress. Og kommunikasjon er fortsatt et ikke-tema i klinisk arbeid. Legene får stadig mindre tid til faglige drøftinger, og når de først har slike drøftinger, er det faget og ikke ferdighetene de snakker om. Noen få rapporterer også om enkeltstående negative erfaringer, enten at en pasient har snakket altfor mye eller at de pga. bevissheten om å kommunisere riktig har glippet i den medisinske anamnesen.

Veien videre

Det er en innebygd motsetning mellom den tradisjonelle måten det undervises i å ta en medisinsk anamnese på, og det vi vet om effektiv klinisk kommunikasjon (8). Vi må komme ut av denne klemmen, og vi må ikke minst gjøre det i spesialisthelsetjenesten. Hoveddelen av studentenes og turnuslegenes læretid er i sykehus, med et flertall rollemodeller som ikke selv har fått utdanning i kommunikasjon. Det er behov for et nasjonalt initiativ for å etter- eller videreutdanne alle leger under spesialistutdanning. Universitetene må ta den faglige ledelsen, helseforetakene må finansiere satsingen som ledd i kvalitetsforbedring, og etter hvert som tilbudet kommer på plass, bør Legeforeningen foreslå for Helse- og omsorgsdepartementet at opplæring i klinisk kommunikasjon blir en obligato-

risk del av videreutdanningen til alle kliniske spesialiteter.

Oppgitte interessekonflikter: Ingen

Litteratur

1. Pendleton D, Havelock P, Schofield T et al. The consultation. Oxford: Oxford University Press, 1984.
2. Kurtz S, Silverman JD. The Calgary-Cambridge Referenced Observation Guides: an aid to defining the curriculum and organizing the teaching in communication training programs. *Med Educ* 1996; 30: 83–9.
3. Frankel R, Stein T, Krupat E. The Four Habits Approach to effective clinical communication. Oakland, CA: The Kaiser Permanente Medical Group. Physician Education and Development, 2003.
4. Stein T, Frankel RM, Krupat E. Enhancing clinical communication skills in a large healthcare organization: a longitudinal case study. *Patient Educ Couns* 2005; 58: 4–12.
5. Gulbrandsen P, Krupat E, Benth JS et al. «Four habits» goes abroad: report from a pilot study in Norway. *Patient Educ Couns* 2008; 72: 388–93.
6. Gulbrandsen P, Hjortdahl P, Fugelli P. General practitioners' knowledge of their patients' psychosocial problems: multipractice questionnaire survey. *BMJ* 1997; 314: 1014–8.
7. Rao JK, Anderson LA, Inui TS et al. Communication interventions make a difference in conversations between physicians and patients. A systematic review of the evidence. *Med Care* 2007; 45: 340–9.
8. Kurtz S, Silverman J, Benson J et al. Marrying content and process in clinical method teaching: enhancing the Calgary-Cambridge guides. *Acad Med* 2003; 78: 802–9.

Manuskriptet ble mottatt 16.9. 2008 og godkjent 18.11. 2008. Medisinsk redaktør Odd Terje Brustugun.