

Kommunikasjon som verktøy



Håndbok
i kommunikasjonstrening
på sykehus
- Diakonhjemmetmodellen



– Jeg har vært på mange
kurs, men dette er det
mest nyttige
av dem alle. (Lege og kursdeltaker)



Innhold

- 3 Jeg har *Fire gode vaner* i brystlomma
Anders Mohn Frafjord
- 4-5 Kommunikasjon betyr mer for behandlingen enn
vi kanskje liker å tro
Arnstein Finset
- 6 Vi vil bli tatt på alvor
Hilde Sofie Hamre og Liv Hopen
- 7 Brukerstemmen i pilotprosjektet
Maria Teresa Benedicto-Bjerke
- 8-11 *Fire gode vaner*
Torkil Berge og Ingrid Hyldmo
- 12-15 Diakonhjemmetmodellen
Torkil Berge og Ingrid Hyldmo
- 16-17 Erfaringer fra andre sykehus
- 18-21 Dette lærte vi på kurs
- 22-23 Dette brenner vi for!
Jardar Hals, Niels Kristian Thybo, Anders Mohn Frafjord
Jon Anders Takvam
- 24-25 Samarbeid på tvers gir bedre kommunikasjon
- 26-27 Å være prosjektleder
- 28-29 Å lede kursinstruktører
- 30-31 Å være kursinstruktør
- 32-33 Å gjennomføre kursene i praksis
- 34 Nyttig litteratur
- 35 Nyttig kursmateriell



Dette heftet

er utgitt av Kommunikasjonsavdelingen på
Diakonhjemmet Sykehus
Redaksjon: Pernille Lønne Mørkhagen,
Ingrid Hyldmo og Torkil Berge
Fotograf: Nicolas Tourenc
Layout: Annelie Sætre
Trykk: HG Media
Opplag: 2000
www.diakonhjemmetsykehus.no



Jeg har *Fire gode vaner* i brystlomma

“Fire gode vaner er ingen ‘quickfix’ i en travel og krevende sykehushverdag. Det krever ressurser”.

Diakonhjemmet Sykehus var det første sykehuset i landet som innførte obligatoriske kurs i kommunikasjon for alle nytilsatte leger. Etter hvert har vi videreutviklet kurstilbudet også til tverrfaglig helsepersonell. Vi tror at kommunikasjonstrening styrker pasientens helsetilbud.

Startpunktet hos oss var at den tidligere sjeflegen reflekterte over at mange klagesaker handlet mer om kommunikasjonssvikt enn om dårlig medisinsk behandling. Landets pasientombud har vært opptatt av det samme: Leger og annet helsepersonell kan være faglig superdyktige. Men hvis de mangler folkeskikk, blir møtet med pasienter og pårørende likevel dårlig.

Kursmetoden *Fire gode vaner* er utviklet av Kaiser Permanente i USA. Metoden er enkel, og vanene er jo nærmest barnemat. Enhver forstår at en lege må investere i begynnelsen av en samtale, utforske pasientperspektivet, vise empati og avslutte konsultasjonen på en respektfull måte.

Spørsmålet er bare hvordan man gjør det?

Vi har trent på disse fire gode vanene i noen år nå. Vi startet opp etter at forskere på Akershus Universitetssykehus hadde vist at denne metoden å trene kommunikasjonsferdigheter virker. Men det krever ressurser. *Fire gode vaner* er ingen «quick fix» i en travel og krevende sykehushverdag.

På Diakonhjemmet Sykehus har vi satset på interne krefter. Kommunikasjonstrenerne er våre egne erfarne klinikere. Vi driver opplæringen selv fordi vi tror at internt eierskap og daglig samarbeid mellom kolleger som har trent kommunikasjon sammen, setter dypest spor.

I 2014 ble vi kontaktet av Bærum Sykehus/Vestre Viken og Sykehuset i Vestfold. De ønsket også å styrke sin kompetanse på området. Dette resulterte i et samarbeidsprosjekt, støttet økonomisk av Helse Sør-Øst. De tre sykehusene har delt erfaringer og prøvd ut ulike varianter av *Diakonhjemmetmodellen* med internt drevne kommunikasjonskurs.

I denne håndboken deler vi disse erfaringene. Målet er å sette andre sykehus og institusjoner i stand til å drive intern kommunikasjonstrening etter samme modell.

I forbindelse med vår opplæring trykket vi opp en lommefolder til kursdeltakerne. Den minner oss om de fire gode vanene. Jeg er ikke kliniker, men jeg har fått et eksemplar som jeg alltid har på brystlomma. Den minner meg om at vi alle, uavhengig av om vi er helsearbeidere eller ikke, alltid kan bli bedre til å kommunisere.

Lykke til med kommunikasjonstreningen i din institusjon.

Anders Mohn Frafjord
Administrerende direktør
Diakonhjemmet Sykehus



Arnstein Finset

- er professor ved Avdeling for medisinske basalfag på Universitetet i Oslo
- har, sammen med forskerkolleger, publisert nærmere 200 vitenskapelige artikler om medisinsk psykologi og kommunikasjon
- var sentral da *Fire gode vaner-metoden* ble tilpasset norske forhold
- sitter i ledelsen av Oslo Communication in Healthcare Education and Research Group (OCHER) og er sjefredaktør for tidsskriftet Patient Education and Counseling
- OCHER er et nettverk av forskere innen feltet klinisk kommunikasjon i helsetjenesten, med en kjerne av forskere bestående av forskningsgruppene til Finset, Pål Gulbrandsen (Avdeling for helsetjenesteforskning ved Akershus universitetssykehus og Universitetet i Oslo) og Hilde Eide (Høgskolen i Sørøst-Norge).

OCHER arrangerer en årlig workshop for kommunikasjonsforskere.

Se: www.ocher.no



– Etter kurset sa jeg at jeg aldri skal glemme å lete etter pasientens perspektiv. Ofte har de veldig kloke tanker om hva som er galt, og uttrykker bekymringer det er grunn til å lytte til. (Lege og kursdeltaker)

PROFESSOR ARNSTEIN FINSET

– Kommunikasjon betyr mer for behandlingen enn vi kanskje liker å tro

Effektiv klinisk kommunikasjon styrker pasienttilfredshet og etterlevelse av behandlingen. Klagesakene reduseres, forbruket av helsetjenester minker og behandlingsresultatene bedres.

Det er også forsket på om kommunikasjonsferdigheter kan læres.

– Det gledelige svaret er ja. Vi kan alle bli bedre til å kommunisere. Ulempen er at det ikke finnes noen “quick fix”. Det tar tid, og det krever systematisk trening å bli bedre til å kommunisere, sier professor Arnstein Finset. Han er nestor innen klinisk kommunikasjonsforskning og var sentral ved innføringen av obligatorisk kommunikasjonstrening for nyansatte leger etter *Fire gode vaner-metoden* på Diakonhjemmet Sykehus i 2012.

Pasientsentrerte konsultasjoner

Begrepet pasientsentrerte konsultasjoner dekker flere kommunikasjonsmetoder for klinisk (eller medisinsk) kommunikasjon. Det avgjørende er at helsepersonell (eller legen) gjennom strukturen i konsultasjonen utforsker både sykdommen og pasientens opplevelse av sykdommen, og at man sammen finner fram til en felles forståelse med pasienten. *Fire gode vaner* er en slik metode. Finset var med og tilpasset metoden fra amerikanske til norske forhold på starten av 2000-tallet.

Storsynderen

– Å investere i begynnelsen, sette seg inn i pasientens perspektiv, vise empati og investere i avslutningen høres jo enkelt ut, medgir Finset. Men gjennom forskning og etter hvert ledelse av svært mange rollespill og gruppetreninger, har han også sett at det syndes mot vanene.

– *Hvilken av de fire vanene syndes det mest mot?*

– Uten tvil nummer to – å sette seg inn i pasientens perspektiv. Leger og annet helsepersonell har så mye teoretisk kunnskap i hodet og så mange kliniske erfaringer i ryggsekken at de har lettere for å lytte på seg selv enn til pasienten. Det å unngå å trekke konklusjoner for tidlig og fange opp pasientens bekymringer og egen forståelse er tydelig krevende i en travel klinisk hverdag, sier Finset.



Trening nytter

Han gleder seg over interessen for å trene kommunikasjonsferdigheter på norske sykehus. En omfattende oversikt over forskningslitteraturen konkluderer med at kommunikasjons trening må inneholde egenaktivitet med tilbakemeldinger over minst én dag for å gi effekt. I en annen oversikt anbefales tre dager (eller mer) for å sikre atferdsendring hos deltakerne. En stor norsk studie fra AHUS viser at to dagers veksling mellom teori og trening i små grupper (*Fire gode vaner*) resulterte i bedre konsultasjoner (Se faktaboks t.v.).

Vanskeligere kommunikasjon?

– Er kommunikasjonen mellom pasient og lege blitt vanskeligere?

– Moderne medisin er en veldig kompleks prosess som inkluderer mange ulike typer prøver og teknologier. De medisinske mulighetene har økt, pasientens forventninger har økt og kanskje er tidspresset også større. Men vi kan i alle fall slutte å snakke om at god kommunikasjon tar mer tid. God kommunikasjon er effektiv kommunikasjon, og forskningen viser at konsultasjonene ikke blir lengre når leger og annet helsepersonell lytter, viser litt empati og strukturerer konsultasjonen på en systematisk måte, sier Finset.

Internasjonal forskning viser at:

- tre av fire pasienter ble avbrutt av legen i gjennomsnitt etter 18 sekunder
- pasienter som får snakke uavbrutt i begynnelsen av en konsultasjon i gjennomsnitt bruker 92 sekunder
- pasienter ikke fremlegger sine bekymringer i prioritert rekkefølge, men at den største bekymringen ofte kommer fram etter to mindre bekymringer
- legens empati betyr mer for pasienttilfredshet enn rekvisisjon av ønskede tester
- leger som ikke fanger opp pasientens følelser får ofte pasientens største bekymring presentert på vei ut av konsultasjonen (dørhåndtaksyndromet)
- leger som utforsker en pasients følelsesmessige bekymringer i gjennomsnitt bruker ett minutt mer på konsultasjonen enn dem som ikke gjør det
- pasientsentrert kommunikasjon kan forebygge unødig overforbruk av helsetjenester
- pasientsentrerte konsultasjoner ikke varer lengre enn når kommunikasjonen er dominert av legens perspektiv
- god og skreddersydd kommunikasjon kan bidra til å fremme etterlevelse av legens anbefalinger

Kilde: *Skreddersydde samtaler*, kap.7
Flere lesetips og referanser side 34-35

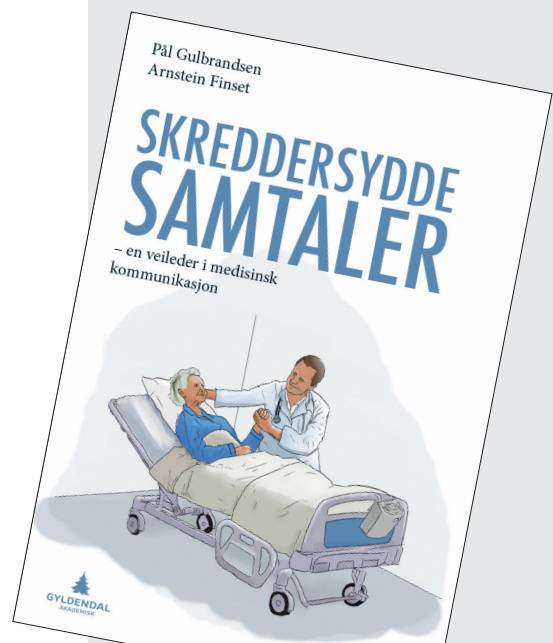
500 konsultasjoner på video

Professor Pål Gulbrandsen ved Avdeling for helsetjenesteforskning på Universitetet i Oslo og hans medforskere filmet i 2007/08 nesten 500 konsultasjoner på AHUS. Opptakene er analysert med både kvantitative og kvalitative metoder.

Et av mange funn er at to dagers trening i *Fire gode vaner* ga bedre konsultasjoner. Størst var utslaget for leger som hadde hatt kommunikasjon som del av utdanningen og hvor kurset derfor fungerte som repetisjon.

LESETIPS:

Arnstein Finset og Pål Gulbrandsen utga i 2014 boka *Skreddersydde samtaler – en veileder i medisinsk kommunikasjon*. Dette er en håndbok primært for leger og medisinerstudenter.



– Vi vil bli tatt på alvor

– For oss er helsepersonellets gode oppførsel et sentralt kvalitetsmål. Vi forventer at vår medvirkning er ønsket, blir aktivt tatt i bruk og ikke sees på som ”unødig heft”.

Det sier Hilde Sofie Hamre og Liv Hopen. De er erfarne brukerrepresentanter på Diakonhjemmet Sykehus. Brukerutvalget har vært pådrivere for at sykehuset har utviklet klinisk kommunikasjonstrening for helsepersonell.

Nye forventninger

– Før ble pasientrollen definert som passiv og autoritetstro. Nå forventer vi å få være aktive og medvirkende. Kall oss gjerne bevisste brukere. Lovendringer har både styrket våre rettigheter og synliggjort sykehusenes plikter. Loverket er krystallklart på involvering, klagemuligheter og informasjonsplikt. Vi og våre pårørende forventer å bli møtt med en åpen holdning der betraktninger, vurderinger og refleksjoner er velkomne og viktige. Målet er mest mulig likeverdighet i relasjonen mellom helsepersonell og oss, utdyper Hamre.

Uforståelig fagspråk

De to er opptatt av barrieren fagspråk skaper i kommunikasjonen:

– Hverdagsspråket har vi felles, og sjansen for å forstå hverandre er relativt stor. Likevel innprentes studenter i alle helsefag fremmedgjørende fagtermer. Når de endelig har lært seg fagspråket, må de oversette tilbake til dagligtale hver gang de snakker med pasientene og skal skape en tillitsfull relasjon! Det er en gedigen kommunikasjonsutfordring og et stort paradoks, sier Hopen.

Vi har også ansvar

De er opptatt av at dagens pasienter ønsker informasjon tilpasset deres forståelse, interesse og engasjement:

– Noen vil jo ikke vite så mye. Det må også respekteres. Enkelte bryr seg lite om hvordan de selv kan bidra i behandlingen og stoler på at «sykehuset ordner opp når det trengs». Men de fleste er som oss, vi vil vite mest mulig og i et

språk vi forstår. Uansett, det er helsepersonellets oppgave å motivere oss til å ta ansvar og til å etterleve de rådene som blir gitt. Å trene kommunikasjonsferdigheter er å ta oss på alvor!

Læring og mestring

Hopen minner om at læringstilbudet er en integrert del av behandlingsforløpet.

– Samhandlingen med pasienten må inneholde både behandling og veiledning. Og særlig når det dreier seg om langvarig sykdom, må målet være selvstendig læring og mestring. Her har sykehusene mye å gå på. Jeg støtter helseministeren når han sier at å mestre egen sykdom er en medisin som brukes for lite, sier Hopen.

Samvalg

Begrepet Shared Decision Making, på norsk ‘samvalg’ kommer nå for fullt inn i norske sykehus. Samvalg innebærer at pasient og helsepersonell sammen skal finne den beste behandling for pasienten. Samvalg gjelder ikke bare dialogen mellom lege og pasient, men skal involvere hele det tverrfaglige teamet rundt pasienten.

Pårørende stadig viktigere

Pårørenderollen har også endret seg. Liggetiden har gått ned og mye oppfølging etter utskrivning pålegges de nærstående. Mange pårørende er godt orientert om behandlingsvalg og rettigheter, og de forventer å bli møtt med respekt. Deres synspunkter og kunnskap er også viktig. – Helsepersonell kan bli flinkere til å oppfordre pasienten til å ha med nærstående til konsultasjoner og til å møte pårørende med respekt, mener de to brukerrepresentantene.

Elektronisk kommunikasjon

De minner også om at kommunikasjon i elektroniske kanaler stadig blir viktigere:

– Sykehusene må følge med og utvikle tilbud som interaktive læringsplattformer og ”chattegrupper” for pasienter. Mange pasienter forventer også å kunne endre timer og lage avtaler på sykehuset selv, og de vil kreve å kunne kommunisere elektronisk med helsepersonellet de samarbeider med. I tillegg må vi snarest få elektronisk tilgang til egen journal, dokumenter og resultater av undersøkelser. Ikke glem at god kommunikasjon handler om mer enn det personlige møtet, sier Hilde Sofie Hamre og Liv Hopen.





Brukerstemmen i pilotprosjektet

Maria Teresa Benedicto-Bjerke deltok i arbeidet med å prøve ut Diakonhjemmetmodellen på Bærum Sykehus og Sykehuset i Vestfold. Hun representerte det regionale Brukerutvalget i Helse Sør-Øst i prosjektets styringsgruppe.

– Det er sentralt for regionalt BU å støtte kommunikasjonstrening hos helsepersonell. Det er etterlenget og svært viktig at sykehusene satser på kompetanseheving innen kommunikasjon hos sine ansatte. Det er fantastisk at disse tre sykehusene satser på kommunikasjonskurs, sier Benedicto-Bjerke. Hun er opptatt av at en lyttende holdning hos legen bidrar til riktig diagnostikk.

– Men pasienten har også et ansvar for å komme forberedt til konsultasjon. Det er to viktige bidrag til et mer effektivt helsevesen og at tiden blir benyttet på en god måte.

Benedicto-Bjerke har vært opptatt av kommunikasjon i 50 år.

– Da jeg som 22-åring kom til Norge som innvandrers opplevde jeg at det var som å starte på nytt. Kommunikasjon ble ekstra viktig, for det å lære seg språket og tilegne seg de kulturelle kodene er sentralt for hvordan du har det i livet! Å snakke med en lege er som to kulturer som møtes. Vi snakker forskjellige språk og har ulik forståelse. Det er avgjørende at legen har evne til å forstå pasienten. «En sykdom er ikke den samme hos meg som hos deg». Legen trenger å forstå at samme symptombilde ikke trenger å bety at pasienter lever likt med sin sykdom og også at behandlingen må tilpasses den enkelte pasient.

Pasientenes kommunikasjonsferdigheter

Denne håndboken tar for seg trening i kommunikasjonsferdigheter for helsepersonell. Det er også gjort noen studier der man har sett på effekten av å gi pasienten trening i å kommunisere med leger. Her får pasienten råd om hva legene ønsker fra pasientene når det gjelder kommunikasjon om deres plager og behov, og om hvordan de kan fremme sine ønsker og synspunkter på en effektiv måte.

I studier der man har spurt allmennpraktiserende leger, sier legene at pasienter kommuniserer godt dersom de har adekvate kunnskaper, beskriver symptomer på en klar og oversiktlig måte, og har holdninger preget av tillit og ærlighet.

En lege sa: «Jeg tror ikke at pasientene helt skjønner hvor avhengige vi er av informasjonen de gir oss for å kunne stille riktig diagnose og gi rett behandling.» Legene verdsetter derfor at pasienten har forberedt seg til samtalen.

På kursene i kommunikasjon for pasienter rådes deltakerne til å forberede seg ved å skrive ned stikkord på forhånd om symptomer og plager, hvor lenge de har hatt dem, eventuelle tidligere behandlingstiltak, andre sykdommer de har og medikamenter de tar for dem, og hva de tenker om symptomene sine.



– Det er **avgjørende for pasienten** hvordan vi klarer å **møte dem, høre og se dem**. Jeg opplever at kurset ga meg **større oppmerksomhet** på hvordan min kommunikasjon **påvirker pasienten**.
(Lege og kursdeltaker)

Dette er *Fire gode vaner*

God kommunikasjon gir bedre behandling. Pasienten blir bedre i stand til å håndtere sykdommen sin.



Torkil Berge



Ingrid Hyldmo

Mange pasienter har opplevd samtaler med leger og annet helsepersonell som gir dem følelsen av å bli sett, ivaretatt og respektert. Motsatt har noen hatt samtaler der de tumler forvirret og engstelig ut.

Forskjellen mellom disse samtalene handler om kommunikasjon. Bedre kommunikasjon gir økt tilfredshet og bedre behandling. Det gjør også at pasienten lettere forstår hva som er årsak til sykdommen og hva den innebærer. Pasienten blir bedre i stand til å håndtere sykdommen, til å ta medikamenter slik de skal tas, og til å følge opp råd fra leger og annet helsepersonell. Derfor får helsepersonell tilbud om kurs for å trene opp sine kommunikasjonsferdigheter.

Kommunikasjonskurset *Fire gode vaner* bygger på den amerikanske hel-

seorganisasjonen Kaiser Permanentes modell og er tilpasset norske forhold av professorene Arnstein Finset og Pål Gulbrandsen.

Ved Diakonhjemmet Sykehus ble kurset innført som obligatorisk for alle nyansatte leger, og det er også tilpasset andre yrkesgrupper. Hensikten er å lære grunnleggende ferdigheter for god og effektiv kommunikasjon og å øve dem inn som fire gode vaner.

Vanene omfatter kommunikasjonsstrategier som fremmer et gunstig klima for gjensidig utveksling av viktig helseinformasjon og vurdering av tiltak som er optimalt tilpasset pasientens situasjon. Hensikten er at man raskt skal bygge opp tillit, tilrettelegge for effektiv utveksling av informasjon, vise at man bryr seg og øke sannsynligheten for etterlevelse av anbefalte behandlingstiltak.

FORSKNING VISER

Øvelse gjør mester

Forskning viser at kommunikasjonstreningen må inneholde mye egenaktivitet med tilbakemeldinger over to dager for å gi effekt. En oversikt over kommunikasjonstrening i onkologi anbefaler tre dager (eller mer) for å sikre atferdsendring hos deltakerne. Dessuten vil en rekke faktorer rundt implementeringen av et program som *Fire gode vaner* avgjøre om tiltaket får en varig effekt for tilbudet pasientene får ved sykehuset (Se *implementeringsråd fra side 24*).

Torkil Berge og Ingrid Hyldmo

er psykologspesialister knyttet til Enhet for psykiske helsetjenester i somatikken, Diakonhjemmet Sykehus. Berge er fagutviklingsrådgiver ved Enhet for kunnskapsutvikling i Voksenpsykiatrisk avdeling Vinderen. Hyldmo leder *Fire gode vaner*-kursene på sykehuset og har ledet pilotprosjektet med utprøving av intern implementering av kursene på Bærum sykehus/Vestre Viken og Sykehuset i Vestfold.



Fire gode vaner i lommeformat

Her er huskereglene for *Fire gode vaner* for kommunikasjon med pasienter. På Diakonhjemmet Sykehus er de utformet som en lommefolder som påminner i en travelt sykehushverdag.

1. Invester i begynnelsen

- Etabler kontakt tidlig
- Få fram hva pasienten har på hjertet
- Planlegg sammen med pasienten

2. Utforsk pasientens perspektiv

- Utforsk pasientens forståelse
- Sjekk forventningen til deg
- Få fram betydningen for dagliglivet

3. Vis empati

- Vær åpen for pasientens følelser
- Gi tydelig uttrykk for empati
- Vis empati også nonverbalt
- Vær oppmerksom på egne reaksjoner

4. Invester i avslutningen

- Gi diagnostisk og annen relevant informasjon
- Vektlegg læring og mestring
- Involver pasienten i beslutninger
- Avslutt og sjekk ut på en ryddig måte

Invester i begynnelsen

Starten på legebesøket slår ofte an tonen for samtalen, og det skal mye til for å snu et dårlig førsteinntrykk. På kurset lærer legene om hvor viktig holdningen de møter pasienten med er; å være høflig, til stede og henvendt til pasienten. Dette gjelder alt fra håndtrykk, kroppstilling og øyekontakt.

Så skal legen få fram hva pasientene har på hjertet, la dem snakke ferdig og skaffe seg oversikt. «Hva trenger du hjelp med i dag?» Kanskje får pasienten ikke fram alle sine bekymringer med en gang, men det kan legen bidra til ved å spørre om det er noe mer. Mange avbryter pasienten for tidlig i samtalen, ofte etter svært kort tid, uten å la pasienten få snakke ferdig.

Studier viser at pasienter som får snakke uavbrutt i innledningen, i snitt bare snakker i 92 sekunder. Leger som greier å vente, får tidligere tak i viktig informasjon som gjør at samtalen går i riktig retning. Da får både pasienten og legen mer ut av den.

1

Vis empati

Her lærer legen hvor viktig det er å vise empati og respekt, og hvordan han eller hun kan gå fram for å oppnå det. Slik får pasienten opplevelsen av å bli tatt på alvor på en omsorgsfull måte. Legen må fange opp de små hintene pasientene gir om sine bekymringer, slik at pasientene unngår å komme med dem idet de er i ferd med å gå ut døren, noe leger omtaler som «dørhåndtaksyndromet».

Støtte og oppmuntring er vanlig i legekonsultasjoner, ofte ut fra en tanke om at det reduserer pasientenes bekymring og gjør dem mer fornøyd med samtalen. Men virkningen av oppmuntring er ofte ikke så stor som legen tror. Det er vanligvis viktigere at pasientene opplever at legen prøver å leve seg inn i deres situasjon og fanger opp hva som opptar dem. Det kan legen trygt gjøre uten å sprengre tidsrammene. Studier viser at leger som utforsker pasientens følelsesmessige bekymringer, i gjennomsnitt bare bruker ett minutt mer på en konsultasjon enn de som ikke gjør det.

3

Få frem pasientens perspektiv

Her har legen tre oppgaver:

- 1) å få tak i hvordan pasienten vurderer sin tilstand
- 2) å klargjøre pasientens forventninger til konsultasjonen
- 3) å undersøke hvilken innvirkning plagene har på pasientens hverdag.

Dersom vi som pasienter får redegjort for våre plager og vår forståelse av dem, husker vi mer informasjon, og vi vil føle større ansvar for behandlingen.

Forskning viser at vi også er mer fornøyde med behandlingen, uansett om behovene blir oppfylt eller ikke. En grunn til det er at vi slipper å bekymre oss for noe som opptar oss og som vi ikke fikk snakket med legen om.

2

Invester i avslutningen

Den siste gode vanen innebærer at legen gir god informasjon og oppmuntrer til å delta i beslutningsprosessen fram mot en felles plan. Legen skal gi tydelige begrunnelser for alle forslag til tiltak, og så undersøke om pasienten har forstått og slutter seg til det legen foreslår.

Et nyttig spørsmål her er: «Hva kan hindre deg i å gjennomføre dette tiltaket?» Det øker sjansen for at pasientene faktisk får gjort det de skal.

4



Sjekkliste for *Fire gode vaner*

1 Investere i begynnelsen

Ferdigheter

Etabler kontakt tidlig

Få fram hva pasienten har på hjertet

Planlegg konsultasjonen sammen med pasienten

Teknikker og eksempler

- Hils vennlig, introduser deg selv for alle til stede
- Vis at du kjenner pasienten
- Sørg for at pasienten føler seg vel
- Kom gjerne med en sosialt preget kommentar

- Still åpne spørsmål til å begynne med
 - Du er henvist for ... Kan du si litt om...
 - Er det noe mer du vil ta opp innledningsvis?

- Oppsummer din forståelse av hva timen gjelder, sjekk pasientens forståelse og aksept
- Forklar pasienten hva du skal gjøre
- Prioriter om nødvendig

Gevinst

- En god atmosfære
- Legger grunnlaget for pasienttilfredshet
- Raskere tilgang til pasientens oppfatning av konsultasjonen
- Legger grunnlaget for mer presis diagnostikk
- Reduserer forekomst av dørhåndtaksyndromet
- Reduserer konfliktpotensialet

Utforsk pasientens perspektiv

2

Ferdigheter

Utforsk pasientens forståelse

Sjekk forventningen til deg

Få fram betydningen for dagliglivet

Teknikker og eksempler

- Kartlegg pasientens forståelse av sykdommen
 - Hvilke tanker har du selv om dette?
 - Hva tror du er årsaken til disse plagene?
 - Hva er det du føler deg mest bekymret for?
- Spør gjerne om hva pårørende mener

- Få fram hvilke forventninger pasienten har
 - Hva har du tenkt om denne legetimen?

- Sjekk ut følgene av sykdommen i dagliglivet
 - På hvilken måte påvirker sykdommen deg?
 - Aktiviteter i dagliglivet? - Arbeid? - Familieliv?

Gevinst

- Bringer skjulte agendaer og nøkkelinformasjon fram i lyset
- Gjør det lettere å oppdage depresjon eller angst
- Respekt for mangfold og ulikhet
- Gir gode innfallsvinkler til informasjonen legen skal gi senere i konsultasjonen

3 Vis empati



Ferdigheter

Vær åpen for pasientens følelser

Gi tydelig uttrykk for empati

Vis empati også non-verbalt

Vær oppmerksom på dine egne reaksjoner

Teknikker og eksempler

- Se og lytt etter verbale og nonverbale hint
- Oppmuntre og tydeliggjør pasientens følelser
- Utnytt mulighet for å vise empati minst én gang:
 - Anerkjennelse “Nei, det kan ikke være lett”
 - Speiling “Fortvilet, sier du”
 - Påpekning “Jeg ser at du blir berørt”
 - Legitimering “Det er jo svært forståelig at...”
 - Støtte “Dette vil jeg hjelpe deg med”
 - Partnerskap “La oss se om vi sammen...”
 - Ros “Jeg synes du takler det fint”
- Hold øyekontakt, vær oppmerksom på ansiktsuttrykk og kroppsholdning, bruk pauser
- Ta dine egne følelser som hint om hva pasienten føler

Gevinst

- Bygger tillit
- Legger grunnlag for mer presis diagnostisk informasjon
- Styrker etterlevelse
- Gjør det lettere å sette grenser
- Gir konsultasjonen en emosjonell dimensjon

4 Invester i avslutningen

Ferdigheter

Gi diagnostisk og annen relevant informasjon

Fremme læring og mestring

Involver pasienten i beslutninger

Avslutt og sjekk ut på en ryddig måte

Teknikker og eksempler

- Formuler diagnosen i et språk pasienten forstår, basert på pasientens egen forståelse, gi deg tid
- Sjekk at pasienten har forstått informasjonen
- Forklar grunnen til prøver, undersøkelser og eventuelt behandling, forklar bivirkninger
- Gi eventuelt skriftlig informasjon
- Gjør pasientens egne ressurser, mestring, motivasjon og atferdsendringer til temaer
- Diskuter behandlingsmål, alternative beslutninger og pasientens preferanser
- Sjekk aksept og barrierer for etterlevelse
- Spør om det er noe mer
- Sjekk om pasienten er fornøyd
- Forsikre deg om at det foreligger klare avtaler

Gevinst

- Fremmer potensialet for samarbeid
- Fremmer etterlevelse
- Positiv betydning for behandlingsresultatet
- Reduserer behovet for nye timer
- Oppmuntrer til egenmestring

Diakonhjemmetmodellen

Intern implementering av kommunikasjonstrening på sykehus



Av Torkil Berge



Ingrid Hyldmo

Diakonhjemmet Sykehus har, som det første sykehuset i landet, innført obligatorisk kurs i kommunikasjon for alle nytilsatte leger, og vi har ved sykehuset innført et tilsvarende kurstilbud for tverrfaglig helsepersonell. Vi har også erfaringer fra samarbeid med Bærum sykehus/Vestre Viken og Sykehuset i Vestfold om implementering av interne kommunikasjonskurs der etter samme modell. Her er noen råd om implementering, skrevet til dere som vurderer å drive kommunikasjonskurs selv ved sykehuset deres.

Målet med implementering etter Diakonhjemmetmodellen er at treningen blir en integrert og permanent del av sykehusets drift og kvalitetsutvikling, der medarbeiderne føler eierskap til kommunikasjonstreningen.

Betydningen av varig implementering

Kommunikasjons- og samhandlingsferdigheter må øves opp og holdes ved like for å bli etablert som gode vaner i en hektisk og presset sykehushverdag. Generelt handler implementering om hvordan kunnskapsbaserte metoder integreres i ordinær klinikk og tilbys pasientene. I følge forskning på implementering er det mange faktorer som bestemmer om man lykkes eller ei. Viktig er forhold knyttet til sykehuset som organisasjon, som administrativ

tilrettelegging og ledelse, og kompetanse i rekruttering, veiledning og opplæring. Implementering er ikke en tilfeldig endring av praksis. Det er en planlagt, målrettet og systematisk prosess, som ofte går i faser over flere år.

Å etablere nye vaner tar tid, og også gamle kommunikasjonsvaner er vonde å vende. Implementering i klinisk praksis er et kontinuerlig og krevende arbeid. En generell tilbakemelding fra kursledere og administrativt personell har vært at organisering av denne type kurs har vært tid- og ressurskrevende i en oppstartsfasen og at det er viktig med kontinuerlig oppfølging, både av kursledernes kompetanse og av rutiner og rammer (Se erfaringer sidene 24-33).

Viktige suksessfaktorer

Sørg for at programmet for kommunikasjonstrening har en klar forankring i ledelsen fra starten av, hos direktør så vel som hos avdelingsledere. Legg til rette for å frigjøre tid til kommunikasjonskursene. Rekrutter kursinstruktører som er sentrale og respekterte fagpersoner innenfor sine spesialiteter. Kursinstruktører må få et eget opplæringskurs og gode rammer for denne virksomheten, slik at kompetansen og engasjementet holdes ved like.

Lokal forankring av kursinstruktører og klinikknærhet er viktig, der de store kliniske avdelingene ved sykehuset bør bidra med hver sine fagpersoner som kursinstruktører. Når både kursinstruktører og deltakere på kurset senere ser hverandre i gangene på sykehuset og jobber sammen til daglig, holdes kurset og kunnskapen levende. Vår implementeringsmodell bygger på en visjon om at når man benytter egne krefter bidrar det til oppmerksomhet om klinisk

kommunikasjon i praksis. Det gir et helt annet eierskap til temaet kommunikasjon i arbeidsmiljøet enn om kursene holdes av eksterne kursleverandører eller ansatte drar enkeltvis på kommunikasjonskurs.

Bygg kommunikasjonstreningen på et opplegg som har vært prøvd ut på andre sykehus og som har vist dokumentert effekt. Denne håndboken omhandler primært erfaringer med det evidensbaserte opplegget *Fire gode vaner* (se side 8-11) og hvordan sykehus selv kan ta ansvar for implementeringen.

For å motivere til deltakelse er det viktig at kursene er meritterende i spesialitetenes etterutdanning. Det er også viktig at ferdighetstreningen tar utgangspunkt i situasjoner som er kjente og selvopplevde for deltakerne i møter med pasienter. Det fremmer opplevelsen av relevans og nytte for egen arbeidshverdag.



Kursinstruktører fra Diakonhjemmet Sykehus, Bærum sykehus og Sykehuset i Vestfold samlet til fagdag sammen med prosjektlederne for pilotprosjektet og professor Arnstein Finset (sittende helt til venstre).

Første fase

Prosjektplan og kommunikasjonsstrategi

Opprett en styringsgruppe med sentrale representanter for de ulike yrkesgrupper og avdelinger som skal delta. Engasjer en prosjektleder med ansvar for gjennomføringen av implementeringen ved sykehuset. Utarbeid en plan som forankrer satsingen i sykehusets strategier og verdier, og konkrete tiltak for å involvere toppledelsen. Kartlegg barrierer for gjennomføring av kommunikasjonskurs, og planlegg framgangsmåter for å passere barrierene og sikre forankring i avdelinger og enheter.

Utform en tydelig begrunnelse for hvorfor og hvordan sykehuset satser på kommunikasjonstrening, og sikre, gjennom en kommunikasjonsstrategi til sykehusets ansatte, at budskapet blir godt forstått. Sørg tidlig for tett samarbeid med sykehusets kommunikasjonsansvarlige.

Hver enkelt avdeling må se betydningen av å sette av tid og ressurser. Gi doku-

mentasjon som bidrar til forankring i den enkelte enhet, for eksempel undervisning på morgenmøte for leger og informasjon til ledere som skal bidra med kursinstruktører. Gå systematisk frem for å etablere et forpliktende samarbeid mellom psykisk helsevern og somatikk ved sykehuset for å få til en tverrfaglig kursledelse.

– Jeg tenker på kurset så å si daglig i mine møter med pasienter. (Lege og kursdeltaker)

Andre fase

Rekruttering og opplæring av kursinstruktører

Velg ut erfarne og anerkjente behandlere fra hver av de store kliniske avdelingene. Kursinstruktører blir forbilder og ambassadører for kommunikasjonstrening i sine avdelinger. I tillegg er det viktig med tverrfaglig kursledelse. Rekrutter psykologer eller psykiatere med interesse for somatikk, eventuelt fra prestetjenesten, som kursinstruktører i tillegg til erfarne og respekterte overleger. Kursets format krever at kursinstruktører har erfaring fra klinikk, undervisning, ferdighetstrening og ledelse av gruppeprosesser. De skal kunne løfte fram lærings- og endringsbegreper og bidra til refleksjon og atferdsendring. Dersom dere starter tverrfaglige kommunikasjonskurs, rekrutter kursinstruktører fra de involverte profesjoner, som sykepleiere og fysioterapeuter med interesse for og gode kommunikasjonsferdigheter. Det har vært en

Les mer

Tredje fase

Utvikling av metoder for evaluering

Ved oppstart og avslutning av hvert kurs svarer deltakerne på et spørreskjema om hvordan de vurderer sin ferdighet i kommunikasjon. Bruk spørreskjemaet på side 35. I tillegg sendes det ut en 'questback' for evaluering av kurset, se www.diakonhjemmetsykehus.no.

Diskuter hvorvidt dere kan sikre tilbakemelding også fra pasientene om opplevd nytteverdi av tiltaket. Gå gjerne i dialog med sykehusets brukertilvalg for at de kan bidra med sine erfaringer og innspill. Ta eventuelt kontakt med andre sykehus som har utviklet metoder her. Vestre Viken HF har for eksempel utviklet en elektronisk brukerundersøkelse med spørsmål som går direkte på kommunikasjon, og som tidligere har vært benyttet for å fange opp brukertilfredshet på dette området. Sykehuset i Vestfold har under utvikling en annen variant av brukerundersøkelse.

Tilbakemeldinger fra kursdeltakere

Diakonhjemmet Sykehus har holdt fire årlige kurs siden 2012 (to tverrfaglige og to for leger) og i tillegg er Bærum sykehus/Vestre Viken og Sykehuset i Vestfold godt i gang med sine kurs. Tilbakemeldingene vi har fått så langt fra deltakerne på kommunikasjonskursene er overveiende positive. Kursene oppleves som nyttige og gir konkrete verktøy inn i arbeidshverdagen. Evalueringene viser at nær sagt alle kursdeltakere vil anbefale kurset til sine kolleger.

gjennomgående tilbakemelding fra kursdeltakerne både på tverrfaglige kurs og legekurs at det har vært konstruktivt med slik tverrfaglig kursledelse.

Sørg for at opplæringen av kursinstruktører ("train the trainers") gis av erfarne kursledere. Det anbefales opplæring av minimum seks kursinstruktører i to dager (to x åtte timer) til legekursene, hvorav tre er leger og tre psykologer eller psykiater. Det samme anbefales for de tverrfaglige kursene der de aktuelle faggruppene inngår i kurslederteamet. Kursene bør maksimalt ha 21 deltakere.

Kursformatet består av fellesundervisning om vanene, ferdighetstrening i smågrupper med maksimalt syv gruppedeltakere og drøftinger både i smågrupper og plenum av læringspunkter. Ferdighetstrening i smågrupper ledes av et tverrfaglig kursinstruktørpar, og hoveddelen av kurstiden benyttes for ferdighetstrening i disse gruppene.

Psykologene/psykiaterne som deltar må ha forståelse for de helsefaglige kravene, det høye tempoet og den store kompleksiteten i somatikken. Lær gjerne opp ekstra kursinstruktører for å ha fleksibilitet ved sykdom og annet fravær. Ved Diakonhjemmet har vi fått opplæring som kursholdere av professorene Arnstein Finset og Pål Guldbrandsen. I samarbeidsprosjektet ved Bærum Sykehus og Sykehus i Vestfold har Finset, samt erfarne psykologspesialister, stått for kursinstruktør-opplæringen. Det er en forutsetning at instruktørene har gått grunnkurs i

det programmet for kommunikasjons- trening dere benytter, i vårt tilfelle *Fire gode vaner*.

Sikre at gruppen av instruktører blir godt kjent med hverandre. Del dem inn i instruktørpar som sammen skal lede smågruppene med ferdighetstrening. Parene bør være tverrfaglig sammensatt, for eksempel leger og psykolog, eller sykepleier og psykiater/psykolog. Instruktørgruppen er sentral for at dere skal lykkes i å gjennomføre kursene, og den må fungere godt sammen og ha utfyllende kompetanse både som gruppe og som instruktørpar. Sett av tid til å bli kjent, fordel fellesundervisningen om hvert tema, tren i par, undervis for hverandre, bestem hvem som leder introduksjon og diskusjoner i plenum og fordel roller i instruktørparene.

Benytt en detaljert beskrivelse av prinsipper for kursledelse hvor både ledelse av kurset, undervisning i plenum, ledelse av smågrupper og oppsummeringer i plenum er konkret og detaljert beskrevet. Ledelse av ferdighetstrening i små grupper følger også en mal som er nøye beskrevet (se side 35). Dette inkluderer kursmaterieell som power point-presentasjoner, beskrivelse av kursledelse, og beskrivelse av ledelse av rollespill og av de sentrale elementene i kommunikasjons- treningen.



Fjerde fase

Praktisk gjennomføring av kursene

God administrasjon er viktig for å lykkes med implementering. Ha en leder for instruktørene med ansvar for faglig oppdatering av kurslederne, for eksempel justering av innhold i power point-presentasjoner, tiltak for vedlikehold av metodiske ferdigheter, styrket samspill mellom instruktørene, fordeling av ansvar og oppgaver for hvert kurs og ansvar for koordinering og fastsettelse av datoer for kurs og formøter for kurs. Gjennomfør i god tid planlegging av datoer som passer for sykehusets avdelinger og sikre egnede kurslokaler.

Lederen for kommunikationskursene på sykehuset har et stort ansvar og trenger administrativ støtte. Hvis sykehuset ikke har kurskonsulenter i HR-avdelingen eller i en organisasjonsutviklingsenhet, må slik bistand hentes fra annen stabsavdeling. Det er viktig å bruke et godt påmeldingssystem og sikre gode rutiner for alt fra kopiering og utsendelse av kursmateriell, bestilling av mat og møterom, registrering av gjennomført kursdeltakelse og til utsending og oppfølging av "quest-back" etter kursene (Se flere tips side 32-33).

– Jeg har vært på mange kurs, men dette er det mest nyttige av dem alle». (Lege og kursdeltaker)



Femte fase

Oppfølging av instruktører

Instruktører gir tilbakemelding om at det er morsomt og faglig spennende å jobbe med kursledelse sammen med andre faggrupper. Men det er også krevende å være instruktør fordi metoden fordrer at du må kunne beherske flere ferdigheter samtidig, undervisning, ledelse av ferdighetstrening og prosessledelse. Derfor er det viktig at instruktørene både har komplementære ferdigheter og at de får oppfølging. De må rett og slett sikres gode rammer for sin virksomhet og anerkjennelse for innsatsen. Denne innsatsen er så vidt omfattende at man vil være avhengig av at det settes av tid til forberedelse og vedlikehold av instruktørferdigheter i arbeidstiden. Gjennomfør oppfølging med erfaringsdeling, og sørg gjerne for at instruktørene og andre involverte møter personer i tilsvarende roller ved andre sykehus for å utveksle erfaringer.

Kurs à la carte

Det er laget en brosjyre som beskriver ulike interne kommunikationskurs ved Diakonhjemmet Sykehus. Vi anbefaler at man bearbejder denne til bruk ved eget sykehus.



Train the trainers-opplæring

- Instruktører i *Fire gode vaner* må ha deltatt på grunnkurset
- Train the trainers-kursene har vært i grupper på seks eller sju med to eller tre kurslederinstruktører
- Opplæringen har gått over to dager og har fulgt malen for grunnkursene ved Diakonhjemmet (se program på www.diakonhjemmetsykehus.no):
 - Undervisning om hver vane og hva som vektlegges ved gjennomgang i plenum
 - Inndeling i instruktørpar (tverrfaglig sammensatt). Parene jobber sammen i ferdighetstreningstringsgruppene (på maks sju kursdeltagere), og de fordeler roller og oppgaver seg i mellom (se materiell for instruktør-opplæring)
 - Trening i grupper for hver vane hvor parene trener på å være instruktører sammen og får tilbakemeldinger fra kurslederinstruktørene og de andre instruktørene
 - Trening i oppsummeringer i plenum, kursledelse og prosessledelse
- Kurslederinstruktørene har vært med på det første kurset for å gi tilbakemeldinger til instruktørene både på plenums- og gruppesesjoner
- Det har vært tett dialog mellom kurslederinstruktørene og instruktørene underveis
- Årlig erfaringsutvekslingsdag for de tre sykehusene som har implementert Diakonhjemmetmodellen

Erfaringer fra andre sykehus

Det satses på kommunikasjon ved flere sykehus. Her er to eksempler.
Hva skjer på ditt sykehus?

Haukeland Universitetssykehus bruker Fire gode vaner på sin måte



Ragnhild Findal
Manger
Haukeland
Universitetssykehus

Sykehusdirektøren ønsket en satsing på kommunikasjon for å sikre god behandling og verdige møter mellom pasienter, pårørende og ansatte, og etablerte et program for etikk og kommunikasjon der prosjektet klinisk kommunikasjon var et av fem innsatsområder.

I Klinisk kommunikasjon har prosjektgruppen bestått av meg som prosjektleder, tre klinikere (to leger og en intensivsykepleier) og to stabspersoner (en fra Seksjon for pasientsikkerhet og en fra Personal- og organisasjonsavdelingen). I tillegg har vi hatt med en representant fra kommunikasjonsavdelingen i gruppen.

Våren 2015 startet vi prosjektarbeidet, og i begynnelsen brukte vi mye tid på å innhente nyttige erfaringer fra andre steder, blant annet Diakonhjemmet Sykehus, før vi tok en avgjørelse på hvilken kursmetode vi ville ha. Flere faktorer var utslagsgivende for å velge Fire gode vaner.

Vi var – og er – opptatt av eierskap og gjenkjennelse i sykehusmiljøet, og har mange kompetente medarbeidere som vi ønsket å bruke til å utvikle noe som var «vårt eget». Vi hadde en forventning om rask leveranse, og vi innså at det ville være svært tid- og ressurskrevende å lage noe helt eget. *Fire gode vaner* er evidensbasert og godt utprøvd, og alle vi snakket med som hadde vært på kurset eller kjente til det, anbefalte



metoden sterkt. Vi likte de korte og enkle prinsipper som er lette å huske i en travel hverdag, at metoden er tilpasset norske forhold og at noen før oss hadde benyttet den og vist at den fungerer. Måten Diakonhjemmet Sykehus har tilpasset kommunikasjons- og organisasjons-til sine behov og sin organisasjon gjorde at vi tenkte at vi kunne få til å tilpasse det vårt eget sykehus. Det har vært en fordel å kunne benytte kursmaterieell fra Diakonhjemmet, blant annet likte vi de små lommefolderne veldig godt, og har tatt dem i bruk på Haukeland.

Viktige elementer i prosjektgruppens arbeid var:

- Kartlegge ulike modeller for kommunikasjonskurs og planlegge implementering i sykehuset.
- Presentere prosjekt og modell på ledermøter og internundervisninger på sykehuset, og holde foredrag og innlegg i ulike sammenhenger.
- Ha et tett samarbeid med Kommunikasjonsavdelingen for å spre informasjon,

publisere nyhetssaker og etablere og vedlikeholde prosjektsiden på sykehusets intranett.

- Utarbeide kursmaterieell og kursevalueringer tilpasset Haukeland Universitetssykehus, administrere kurs og påmeldinger, svare på henvendelser og sende ut informasjon til kursdeltakerne.
- Organisering av prosessen rundt opplæring av instruktører.
- Opprette en intern samspillside for deling av informasjon, møtereferat, presentasjoner, planer og artikler for prosjektgruppens deltakere og instruktører.

Suksesskriterier og barrierer:

Det er avgjørende med god forankring i toppledelsen og nær kontakt med andre involverte. Vi er avhengig av et godt samarbeid med kurs- og konferansesenteret vårt. Grundig og god opplæring av instruktører som er motiverte og fleksible er viktig. Vi er sikre på at målet og innholdet i kursene våre er godt, viktig og etterspurt på sykehuset.

Den største barrieren for å komme raskt i gang med å holde kurs er tidsaspektet i kombinasjon med driften på sykehuset. Å frigjøre ansatte til todagerskurs er ikke gjort i en håndvending. Leger har ofte planlagt driften av poliklinikker seks måneder fram i tid.

Utvelgelse og oppfølging av kursledere

Instruktørkorpset vårt består av klinikere og stabspersoner. Klinikkerne representerer ulike yrkesgrupper, ulike klinikker/avdelinger og jobber klinisk parallelt med at de er instruktører. Stabspersonene har ofte en annen fleksibilitet i hverdagen sin, og kan dermed inneha andre oppgaver enn klinikere i organiseringen av kursene.

Alle instruktører skal ha gjennomført grunnkurset i *Fire gode vaner*, de må være motivert og engasjert, og ønske å jobbe med dette over tid. Tidsbruk og rammer for instruktørene må være avklart med den enkeltes nærmeste leder.

Det er avgjørende at instruktørene kjenner hverandre godt. Vi møtes jevnlig, minst tre ganger i halvåret, der vi evaluerer avholdte kurs, drøfter hvilke element vi selv trenger å trene på og får faglig påfyll.

De første instruktørene fikk opplæring av Somsagt AS vinteren 2015/16. Vi holdt vårt første kurs på Haukeland i mars 2016. Vi er to instruktører og det er plass til 16 deltakere per kurs. Våre kurs er ikke obligatoriske, men ambisjonen er at alle ansatte skal få tilbud om å delta på kurs.

Det er et pågående arbeid å etablere gode rutiner for vedlikeholdstrening for de som allerede har vært på kurs. God kommunikasjon er en ferdighet som må trenes på, om og om igjen.

Danske erfaringer med klar tale

I Danmark har Sygehus Lillebælt satset på et stortilt kommunikasjonsprogram kalt *Klar tale med patienterne*.



SygehusLillebælt er en samling av sykehusene i Fredericia, Give, Kolding, Middelfart og Vejle (bildet).

Målet er at alle kliniske avdelinger og alle kliniske serviceavdelinger får utdannet lokale undervisere. I sin tur skal disse personene ivareta undervisningen i god kommunikasjon til eget personale. Sykehuset består av fem undersykehus, med over 4200 ansatte, og har over 60 000 innlagte pasienter hvert år.

Klar tale-kurset er tidligere prøvd ut på fire danske sykehusavdelinger. Evalueringen viste økt pasienttilfredshet og økt mestringsopplevelse blant personalet både i kommunikasjonen med pasienter og kolleger. Resultatene er publisert i internasjonale fagtidsskrifter.

Kurset som går over to pluss én dag, er utviklet i samarbeid mellom sykehuset, den danske legeföreningen, helseforskere og helsemyndigheter. Det skal øke deltakernes forståelse for psykologiske faktorerets betydning for kommunikasjon og utvikle ferdigheter i en del utvalgte, vanskelige samtalsituasjoner. Deltakerne tar blant annet opp en

video fra en samtale med en pasient som de får konkret tilbakemelding på.

De som står bak *Klar tale*-kurset sier at de ikke har klart å finne eksempler på vitenskapelige studier som har evaluert implementering av et kommunikasjonsprogram i en så stor skala som det her er snakk om. Som en del av prosjektet vil de derfor undersøke i hvilken grad de lykkes med implementeringen i hele sykehusorganisasjonen, og hva som hemmer og fremmer denne prosessen. Vi kan altså forvente oss mange nyttige og spennende forskningsresultater fra dette kreative danske miljøet i årene framover.

Les mer om prosjektet:
www.sygehuslillebaelt.dk/wm361199

Dette lærte vi på kurs

Les hva noen av deltakerne som har gått på *Fire gode vaner*-kurs har lært. Erfaringene kan sammenfattes med: **Nyttig, praktisk rettet, stort læringsutbytte, skaper struktur for konsultasjonene, spennende og litt skummelt.**

– *Jeg skal aldri glemme å lete etter pasientens perspektiv*



Håkon Lerstad
LIS-lege i Medisinsk avdeling
Diakonhjemmet Sykehus

– Som fersk lege gikk jeg på det obligatoriske *Fire gode vaner*-kurset på Diakonhjemmet Sykehus. Etter kurset sa jeg at jeg aldri skal glemme å lete etter pasientens perspektiv. Ofte har de veldig kloke tanker om hva som er galt, og uttrykker bekymringer det er grunn til å lytte til. Min teknikk er at jeg ofte stiller direkte spørsmål, gjerne flere ganger, som «Hva tror du selv det kan være» og «Er det noe du er spesielt bekymret for». Pasienten kommer ikke med bekymringene i sortert rekkefølge. Når man er betuttet og redd er det ikke så lett å huske heller. Når jeg spør om legemidler kan pasienten først si at han ikke bruker noen. Og så viser det seg, fjerde gang jeg spør, at han husker en lang liste.

Jeg har også lært meg å sette meg ned. Særlig når jeg går visitt i følge med flere, ser jeg den umiddelbare effekten av å sitte når jeg lytter. Da får jeg en mer avslappet kroppsholdning, og pasienten og jeg er i samme høyde. Jeg prøver også å være så ærlig jeg kan. Vi leger er verken allvitere eller tryllekunstnere. Men jeg ser at noen ikke liker at jeg viser usikkerhet. Da er det ikke noe poeng å formidle den.

Stress er den største utfordringen som sykehuslege. Da er det godt å ha trent på noen enkle teknikker. Noen ganger må jeg avbryte og forklare at det er så stort trykk her i dag at jeg må få stilt noen nødvendige spørsmål for å avklare pasientens situasjon. Bare jeg

husker å si det, så aksepterer pasientene det. Men særlig er det vondt å avbryte eldre pasienter som ønsker å fortelle meg ting som ikke nødvendigvis har noe direkte med sykdommen å gjøre. Det er lett å få sympati for de eldre når jeg tenker at dette mennesket foran meg har vært like lite som mine barn, men at kroppen har forrådt dem. I sin forvirring vender de tilbake til barnet i seg og kan spørre etter mamma. Da er det vanskelig å ikke føle med dem.

– Jeg liker at kurset er så praktisk rettet



*Ragnhild Helene Størkson
overlege og gastrokirurg
Sykehuset i Vestfold*

gode rammer for ferdighetstreningen og bidro til at jeg følte meg sett og forstått.

Den respekten jeg ble møtt med både av instruktører og de andre kursdeltakerne bidro til at jeg etter hvert kunne slappe helt av og gi av meg selv. De fleste av oss har jo høye skuldre når vi skal rollespille. Tryggheten vi oppnådde i treningsgruppa gjorde at jeg fikk stort utbytte av kurset. Jeg opplevde at de andre på kurset erfarte det samme.

Det var også avgjørende at vi fikk jobbe med konkrete og relevante problemstillinger fra en travel, klinisk hverdag. At kursdeltakerne og kursinstruktørene kom fra ulike profesjoner fungerte bra, det ga et innblikk i ulike roller vi har overfor pasientene vi møter.

– Etter tjueto år i klinikken og mange pasientskjebner, har jeg en del erfaring med hva som fungerer og ikke fungerer i kommunikasjon. Så da jeg ble spurt om å gå inn som en av kursinstruktørene ved sykehuset, takket jeg ja til det. Det innebar at jeg først måtte ha grunnkurset i *Fire gode vaner*. Det fikk jeg på det tverrfaglige kurset som Diakonhjemmet Sykehus arrangerer.

Kurset ble svært nyttig for meg. Det at kurset var så praktisk rettet likte jeg spesielt godt! Vi hadde først undervisning om hver vane, for deretter å trene i mindre grupper med to instruktører i hver gruppe. Dette ga

For å tro på metoden var det også viktig for meg at mine tanker og ideer stort sett passet inn i kurset. Et tydelig læringsutbytte er at jeg nå bruker vanene bevisst til å sette struktur og rammer for konsultasjonene med pasientene mine. Jeg erfarer at pasientene blir tryggere og at denne tryggheten blir en form for «indre smerte- stillende».

Kurset har også hjulpet meg til å bli mer bevisst på deler av kommunikasjonen som jeg ikke har vært oppmerksom på tidligere. Jeg fikk blant annet ryddet bort noen uvaner som jeg fikk tilbakemeldinger på under kurset. Det hjelper å se seg selv utenfra, gitt...

Jeg er også blitt enda mer bevisst på og fascinert av hvordan kommunikasjon må skreddersys for ulike individer og situasjoner – selv om grunnprinsippene alltid er de samme.

– Konkrete verktøy for meg som fysioterapeut

– Jeg deltok på tverrfaglig kurs i kommunikasjon for et år siden og opplevde at jeg fikk med meg konkrete verktøy jeg har bruk for i mitt yrke som fysioterapeut. Det var også nyttig å gå på kurset sammen med kollegaer slik at vi etter kurset kunne minne hverandre på hva vi hadde lært og derved hjelpe hverandre å bruke vanene. Jeg ser nå, såpass lang tid etter kurset, at jeg gjerne skulle frisket opp kunnskapen, og at dette er en stadig tilbakevendende prosess.

Fra selve kurset husker jeg at jeg gruet meg til rollespill, men at dette samtidig var noe av det jeg lærte mest av. Både det å være aktør og det å observere andre var nyttig, og det var utrolig bra å få konstruktive tilbakemeldinger på egen kommunikasjon. Det skjer ikke ellers og gir veldig gode muligheter til å bli mer bevisst hva man gjør og ikke gjør.



*Eirinn Hopland
fysioterapeut
Diakonhjemmet Sykehus*

Jeg synes også det var veldig lærerikt å møte andre faggrupper og lære av deres erfaringer. Kurset var godt lagt opp med vekslende mellom teori, trening og drøftinger. Jeg har anbefalt det til alle mine kollegaer: dette er gode vaner for oss fysioterapeuter!

Les flere
erfaringer

– Jeg gruet meg til rollespill



*Marianne Holm
LIS-lege
Medisinsk avdeling
Diakonhjemmet
Sykehus*

– Det er over to år siden jeg var på kurs, og jeg husker at jeg gruet meg til rollespill. Under studiet trente vi på kommunikasjon og ble tatt opp på video, og det husker jeg var svært ubehagelig. Når det er sagt, var det kanskje dette jeg lærte aller mest av. Når vi på kurset trente i grupper med andre leger fikk jeg både innspill på hvordan jeg selv kommuniserte og hva jeg kunne

gjøre annerledes. Det var viktig for meg at tilbakemeldingene ble gitt på en konstruktiv måte som jeg kunne lære av.

Jeg lærte også mye av å se på de andre. I min gruppe var det leger fra ulike spesialiteter, og jeg husker at jeg ble inspirert av å se hvordan fastlegen i gruppen gjennomførte konsultasjonen sin: Han fikk gjort utrolig mye på kort tid!

Jeg mener at god kommunikasjon er svært viktig for at vi skal klare å være gode leger. Det er jo avgjørende for pasienten hvordan vi klarer å møte dem, høre og se dem. Jeg opplever at kurset ga meg større oppmerksomhet på hvordan min kommunikasjon som lege påvirker pasienten.

– Jeg skulle gjerne gå på kurs en gang til

– Dette kurset skulle jeg gjerne gått på en gang til! Jeg lærte så mye og jeg vil gjerne lære mer! Lommefolderen henger over pulten min, og jeg ser på vanene hver dag. Jeg har også tatt bilde av den og sendt til kolleger på andre sykehus.

Etter kurset endret jeg rett og slett praksis. Før startet jeg med å informere med en gang og forsøkte å overse pårørende som så sinte og irriterte ut. Jeg fikk tilbakemelding på kurset om at det kunne være lurt å bruke vane nummer to mer aktivt, altså først undersøke pasientens og pårørendes forståelse av sykdommen og forventninger til meg. Når jeg gjør det, ser jeg at både pasientene og jeg blir mer fornøyde, det blir mindre styr og det blir morsommere for meg å være lege.

Når jeg ønsker meg et kurs til, er det fordi jeg har lyst til å trene enda mer på å gi dårlig nyheter. Det kunne også vært nyttig å trene mer på kommunikasjon med pasienter fra andre kulturer.



*Sana Khan
LIS-lege i Medisinsk avdeling
Diakonhjemmet Sykehus*

– Etter kurset underviser jeg kolleger i å møte pasienter fra andre kulturer



*Majid Nasratullah
overlege i ortopedi
Kirurgisk avdeling
Diakonhjemmet Sykehus*

– Jeg er blitt mer effektiv. Det er lettere å få til mer sammen med pasientene på kortere tid!

Det jeg lærte mest av var strukturen, hvordan jeg skal legge opp mine konsultasjoner med pasientene. Det alene har bidratt til at jeg blir mer effektiv!

Innholdet i kurset var i tråd med hva jeg har tenkt er viktig at vi leger praktiserer, men strukturen, det å benytte vanene systematisk, er vesentlig og viktig for å få til god kommunikasjon i praksis.

Jeg likte de ulike formatene i kurset med felles undervisning, ferdighetstrening og drøftinger i plenum. Det var særlig givende med drøftingene i plenum, hvor jeg fikk høre andre kollegers erfaringer etter gruppetreningen.

Kurset inspirerte meg til å jobbe sammen med mine kolleger for å bedre hvordan vi kommuniserer med pasienter fra andre kulturer. Etter *Fire gode vaner*-kurset la jeg opp en egen undervisning for mine kolleger hvor jeg benyttet *Fire gode vaner* som redskap til å møte disse pasientene. Jeg mener for eksempel at det er avgjørende at vi husker at pasienter fra andre kulturer kan oppleve at enkelte sykdommer er forbundet med skam og frykt. Da er det viktig at vi kan anvende vane to, utforsk pasientens egen forståelse, for å kunne møte dem på en god og respektfull måte.

Det er også slik at ulikheter mellom by og land, samt utdanningsnivå, kan være av betydning for hvordan pasienten forstår sine symptomer. Det er derfor viktig at vi tar oss tid til å kartlegge dette. På den måten kan vi også skreddersy informasjonen vi gir til pasienten slik at det blir tilpasset deres egen evne til å forstå, altså vane fire som omhandler hvordan vi gir informasjon og

avslutter konsultasjonen på en god måte.

Jeg mener at likeverdige helsetjenester ikke er det samme som å gi samme tilbud til alle, vi må tilpasse tilbudet til den enkelte pasient for å lykkes. Da er det også viktig å bruke vane tre som fokuserer på empati, for etablere den tilliten pasienten trenger for å være trygg på behandlingen. Jeg tror også at det i mange kulturer er viktig at vi som leger er en autoritet, slik at de får en trygghet for at selv om vi tar de med på råd, kan vi ta beslutninger og være tydelige. Vi må for eksempel våge å si at jeg tror at det er best for deg at vi gjennomfører behandlingen på denne måten. Pasientene vil i mye større grad være trygge på en lege som selv er trygg.

Liv og lære i kommunikasjon

Har du tenkt på hvor forskjellig utgangspunkt pasient og helsepersonell egentlig kan ha når de skal snakke sammen?

Her er noen stikkord som beskriver forskjeller. Du finner sikkert flere...

PERSONELL	PASIENT
Travel hverdag	Eksistensiell krise
Profesjon	Person
Fornuft	Følelser
Intellektuelt skjerpet	Mentalt svekket
Kunnskap	Uvitenhet
Makt	Avmakt
Dagens 20. pasient	Jeg er unik
Uniform	Avkledd
Stående	Liggende

Dette brenner vi for!

Pasientens helsetjeneste krever at våre ansatte har gode kommunikasjonsferdigheter. Da må vi gi dem anledning til å trene og lære.



Anders Mohn Frafjord
adm. direktør
Diakonhjemmet Sykehus



Jardar Hals
klinikkdirektør
Bærum Sykehus/VVHF



Jon Anders Takvam
avdelingssjef
Medisinsk avdeling
Sykehuset i Vestfold



Niels Kristian Thybo
avdelingssjef
Medisinsk avdeling
Bærum Sykehus/VVHF

Økende forventninger

Det er økende forventninger til hva 'pasientens helsetjeneste' skal levere. Tidligere kunne behandlerne i høy grad styre det som skjedde under utredning og behandling, og fikk ikke så ofte spørsmål. Nå er det helt andre krav til pasientens delaktighet. Vi har solid kunnskap om at medvirkning har en positiv effekt på behandlingen. Vi vet at vi bør formidle fakta på en god måte slik at pasienten får et riktig bilde av sin sykdom og av mulige tiltak, og der vi sikrer etterlevelse av anbefalte tiltak. Men kommunikasjon er ikke alltid enkelt. Medisinens utvikling går stadig raskere, og behandlingsmulighetene blir flere. Samtidig er sykdomsbildet blitt mer komplisert, med en domnans av kroniske sykdommer som pasientene selv må lære å mestre i hverdagen. Det er vanskelig å forklare kompliserte forhold på en måte som er begripelig for folk flest.

Dagens pasienter er gjennomgående mer kompetente og bevisste på hva de trenger. De tar ikke alt for god fisk. Det kan skape usikkerhet hos helsepersonell. Pasienten kan ha googlet sin egen sykdom og har klare synspunkter. Samtidig kan ikke behandlere bare gjøre det pasienten ber dem om å gjøre. De må stå for sin faglige vurdering og anbefaling. Det stiller økt krav til kommunikasjon og til at behandleren er trygg i sin rolle.

Akselererende utvikling

I sykehusene skal vi være mer effektive enn tidligere. Det er både mer som skal gjøres på kortere tid, og det er mer som skal dokumenteres. På 80-tallet

slutt!". De som har en holdning om at de fortsatt skal få plass til å gjøre alle de tingene de gjorde før, vil kunne slite seg helt ut. Det å gi den samme tryggheten til pasienten, men på en annen måte, stiller store krav til vår kommunikasjonssevne.

Livsviktige møter

Som behandler møter du mennesker i en svært sårbar situasjon. Både pasienten og de pårørende er naturlig nok engstelige. Det kan handle om liv eller død, og utryggheten kan gi seg utslag i misnøye og sinne. Disse signalene må kunne tolkes riktig. Du må ha menneskeforståelse og vise respekt og empati, og kunne si de kloke tingene.

“God kommunikasjon er viktig for pasientsikkerheten. Mange av klagesakene handler direkte eller indirekte om at det ikke kommuniseres godt nok.”

var pasienter med hjerteinfarkt innlagt i tre til fem uker og som lege gikk du visitt hver dag. Du hadde mange timer til rådighet for å snakke med pasienten, også om ikke-medisinske temaer, og tid til å bygge fortrolighet og tillit. Nå har du langt mindre tid. Ved hjerteinfarkt er det i dag i snitt liggetid på om lag to døgn. Da er det en fare for at kommunikasjonen blir upersonlig. Det kan gå ut over pasientens opplevelse av omsorg, noe som også kan påvirke behandlingsresultatet, ved å svekke effekten av å føle seg godt ivaretatt, bli tryggere og få styrket håp – og bli litt friskere bare av det. Da er det desto viktigere at du kan kommunisere godt fra starten av og innenfor tidsrammen du har.

Denne utviklingen har gått svært fort. Mange medarbeidere føler at de fanges i en tidsklemme. Noen sier: "Vi løper fortere og fortere, nå må det snart ta

God kommunikasjon er dessuten viktig for pasientsikkerheten. Mange av klagesakene handler direkte eller indirekte om at det ikke er kommunisert godt nok. Her har vi en jobb å gjøre.

Sats på egne kurs

Hvordan kan så interne kommunikasjonskurs etableres som en varig del av kulturen ved sykehuset? Implementering av god praksis er generelt et kontinuerlig og ofte krevende arbeid, og det er barrierer som må møtes på en klok måte. Vi har valgt å satse på egne kurs. Vi mener det er en risiko for ikke å lykkes med endringene ved å over-

“Dagens pasienter er gjennomgående mer kompetente og bevisste på hva de trenger. De tar ikke alt for god fisk.”

“Entusiasme gir drivkraft, og det har vært gledelig at så mange ved våre sykehus har stilt opp som instruktører og kursdeltakere.”

late jobben til eksterne tilbydere. Men hvis du skal gjøre jobben internt, må du sette opp det rammeverket og de ressurser som skal til for å lykkes. Kursavviklingen må være en pågående virksomhet som nærmest går av seg selv. For å ha en reell effekt må kursene gå over år og nå mange. Du må sikre god gjennomføring slik at tiltaket ikke kommer i miskreditt og renner ut i sanden. Erfaringene fra våre sykehus er hovedtemaet for heftet du har i hånden.

Erkjenn barrierene

Det finnes barrierer for implementering av slike kurs. Sykehusene har generelt en tung tradisjon på hva som er ”den rette” måten å gjøre ting på, noe som kan bli en hindring for endring. En annen barriere er frykten for at behandlerens autonomi kan bli svekket. Noen kan tenke: ”Skal jeg virkelig måtte gå på kurs for å lære å snakke med pasienten etter mange år i yrket?”. Noen kan tenke at slike kurs innebærer en form for ensretting: ”Skal alle nå måtte kommunisere på samme måte?”. Dette er et område der mange føler at de har god kompetanse og at de har funnet sin egen måte å gjøre det på.

Tidsbruken kan også bli en barriere ved at behandlere føler at de må være borte fra viktig klinisk arbeid. Det er forståelig med en slik reaksjon. Kommunikasjonskurs er ikke sykehusets kjernevirksomhet, og de krever tid og ressurser. Vi bruker for eksempel helst ressurssterke og respekterte medarbeidere som kursinstruktører, og dermed trekkes de ut av klinikken i den tiden de går inn i den rollen. Og med hensyn til evidensbasert medisin, er jo dette mykt stoff, det er snakk om verdier og holdninger, og det er ikke så lett målbart.

Suksessfaktorer for implementering

Entusiasme gir drivkraft, og det har vært gledelig at så mange ved våre

sykehus har stilt opp som instruktører og kursdeltakere. Men i alle endringsprosesser blir det før eller senere et tilbakeslag, der pendelen svinger. Mottoet må derfor være: «Oppfølging, oppfølging, oppfølging». Som leder må du vise engasjement, gi endringene en klar retning og formidle at dette skal vi få til. Samtidig må du være klar på økonomien, kunne tåle å si at dette koster, og gi kursene nødvendige rammer når budsjettet settes opp. Det er også avgjørende med forankring helt inn på nærmeste ledernivå, det vil si lederen nærmest den enkelte medarbeider, og

få gode rammer, for eksempel ved at de får tid nok til å forberede seg. De vil også trenge et nettverk der de kan møte instruktører fra andre sykehus og få vitaliserende faglig påfyll. Dessuten må de gjøres stas på ved at deres viktige erfaringer blir synliggjort i sykehuset.

Kursene bør være en selvfølgelig del av behandlernes faglige utvikling, men de bør kanskje ikke være obligatoriske, for ikke å oppleves som et ork eller i verste fall en slags straff. Kursene må være attraktive i seg selv. Fornøyde kurs-



“Tidsbruken kan bli en barriere. Behandlerne føler at de må være borte fra viktig klinisk arbeid. Det er en forståelig reaksjon”

at hun eller han ser viktigheten av slike kurs. Lederne må være pådrivere og være de som peke ut hvem som skal delta hver gang. De bør også helst selv ha tatt kurset, både som del av lederopplæringen og for å kunne være gode ambassadører.

Det er selvsagt viktig at kursene i kommunikasjon har kvalitet og at de blir godt evaluert av deltakerne. Den viktigste suksessfaktoren er instruktørene. I det øyeblikket de blir lunkne eller demotiverte, stagnerer det hele. Derfor må instruktørene tas vare på og

deltakere er de beste ambassadørene for sine kolleger.

Trygghet på kommunikasjon er viktig for å oppleve mestring og tilfredshet med jobben. De beste dagene som kliniker er når du kan gå hjem og vite at i dag har du hatt en ekstra god samtale der du kommuniserte godt og bidro med noe som gjorde en viktig forskjell for den andre. Det er svært belønnende å føle at du behersker kommunikasjon, både i de vanskelige og i de gode samtalerne.

Samarbeid på tvers gir bedre kommunikasjon

Diakonhjemmetmodellen forutsetter at kursinstruktørene rekrutteres både fra somatikken og psykisk helsevern. Det styrker samarbeidet og gir bedre kurs.

– Samhandling på tvers er noe av det mest spennende for tiden

– Folk som kommer i kontakt med helsetjenesten skal bli sett, hørt og møtt på gode måter. Når folk klager over møter med oss, handler det ofte om at de ikke føler seg respektfullt behandlet. Det er sider ved vår organisering, journalsystemer, tidspress og lignende som gjør at vi utvikler uvaner som lett kan oppleves som støtende, selv om det ikke er ment slik. Kontinuerlig arbeid med gode holdninger og kommunikasjon er noe jeg ser på som sentralt i vår virksomhet.

Samhandling på tvers av fagområder og tjenester er noe av det mest spennende som skjer for tiden, synes nå jeg. Ved Bærum DPS henger vi oss på samarbeidsprosjekter når vi får mulighet og finner ressurser til det. Selv om det krever en del av oss, gir det også energi og inspirasjon. Vi ser at behandling og oppfølging blir mer effektiv når vi snakker sammen og kjenner ansiktene til ansatte i de ulike systemene. Vår involvering og bidrag til *Fire gode vaner*-kursene er bare ett av flere tverrfaglige prosjekter vi har engasjert oss i.

– En forutsetning for å få til samarbeidet på tvers er at vi som ledergruppe er positivt innstilt til slike prosjekter, og at det støttes videre oppover i linjen. Det må være noen engasjerte personer å spille på både i toppledelsen ved sykehuset og i avdelingen. En annen forutsetning er at vi klarer å finne ansatte som blir inspirert av å gjøre det lille ekstra – og som liker å bli utfordret. Som leder handler



Hanne Reichelt
seksjonsleder
Bærum distriktpsikiatriske senter
Psykisk helse og rus
Vestre Viken HF

det om å ha tillit til at ressursene er der, stole på at vi får øye på dem, få frem gnisten, legge ved på bålet og blåse litt så det tar fyr. Vi må rett og slett motivere, støtte og gi rom for utvikling både mentalt og praktisk. Samtidig er det viktig at det ikke kreves for stor ekstrainsats. Det er grenser for hvor mye folk kan spre seg på ulike oppgaver før de går i spagaten.

– Helsetjenesten skårer dårligst på kom



Finn Hall
klinikkssjef
Klinikk psykisk helse
og rusbehandling,
Sykehuset i Vestfold

– Kommunikasjon med og informasjon til pasienter er det området som helsetjenesten oftest får mest klager på og skårer dårligst på. Dette gjelder både somatikk og psykisk helsevern. Profesjonene i psykisk helse og rusfeltet bør i utgangspunktet ha et godt grunnlag for og god kunnskap om kommunikasjon. Men det viser seg dessverre at det ikke er en garanti for at dette oppleves i praksis.

– Vi må jobbe sammen for pasientens beste



Cecilie Skule
avdelingssjef
Voksenpsykiatrisk avdeling Vinderen
Diakonhjemmet Sykehus

– Tiden er over for et skarpt skille mellom somatisk og psykisk helsevern. Tjenestene overlapper i høy grad, og vi må jobbe sammen for pasientens beste. Barrierene bør bygges ned.

Kommunikasjonskursene *Fire gode vaner* er for meg et strålende eksempel på at vi blir bedre av å samarbeide. Tjenestene har forskjellig kompetanse som utfyller hverandre. I psykisk helsevern jobber vi mye med kommunikasjon, relasjoner og mellommenneskelige prosesser. Vi er trent på å snakke om det emosjonelt vanskelige og konfliktfylte. Erfarne klinikere i somatikken sørger for at kursene blir skreddersydd spørsmålene som pasientene i somatikken stiller og den hektiske hverdagen i sykehus. De vet hvor skoen trykker og hvilke situasjoner som er særlig krevende å kommunisere i når det gjelder sykdom og håndtering av sykdom. Jeg tror denne sammenkoblingen av kompetanse bidrar til at kommunikasjonskursene treffer så godt som de gjør.

Forutsetningen er at psykologer og psykiatere som er kursinstruktører må ha forståelse for tempo og arbeidsform som kjennetegner deler av somatikken. Dette setter krav til effektiv og tydelig kommunikasjon. Det er en psykologspesialist fra vår Enhet for psykiske helsetjenester i somatikken (se fakta) som leder *Fire gode vaner*-kursene på Diakonhjemmet. Også alle instruktørene fra psykisk helsevern til kursene rekrutteres fra denne enheten.

Vi sender også våre egne ansatte i psykisk helsevern på kursene, og får tilbakemeldinger om at kursene er høyst relevante for møtene med våre pasienter. Ingen er utlærte på dette feltet. Det er fint hvis vi kan bidra til at våre kolleger i somatikken står enda bedre rustet i sitt arbeid.

Psykiske helsetjenester inn i somatiken

Diakonhjemmet Sykehus har en egen Enhet for psykiske helsetjenester i somatikken. Den fungerer som en bro mellom psykisk helsevern og somatikk. Enheten består av psykologer, psykiater og psykiatrisk sykepleier. Alle er ansatt ved Voksenpsykiatrisk avdeling, men har sitt arbeidssted i de somatiske avdelingene.

Tilbudet ble etablert i 2006 for å bistå med vurderinger av pasienter innlagt i somatikken og som hadde alvorlige psykiske vansker, for eksempel ved akutt psykose eller mulig selvmordsfare.

I 2011 ble tjenesten utvidet til også å omfatte en klinisk helsepsykologisk tjeneste, der pasienter og pårørende kan få hjelp til å mestre sykdom eller psykiske vansker i kjølvannet av somatisk sykdom. Det er psykologer og psykiater fra dette teamet som bidrar som kursinstruktører ved *Fire gode vaner*-kursene internt. De kjenner godt hverdagen i de somatiske avdelingene.

Les mer om enheten på www.diakonhjemmetsykehus.no

munikasjon og informasjon

Kommunikasjon er vesentlig i tillitsforholdet mellom pasient og behandler. Åpenhet og tillit er grunnlaget for å skape samvalg og gi pasienten mulighet for å forstå og gjøre gode valg for sin helse. Kommunikasjon er rett og slett viktig for å engasjere pasientens egne krefter og engasjement i egen helse.

Jeg ser på satsingen på kommunikasjons-

kurs her på sykehuset som en viktig arena for at psykisk helsevern og somatikk skal møtes. Kursene og behovet for å bruke ressursene på tvers, bidrar til økt kjennskap til hverandres arbeidsfelt og arbeidsmetoder. Det bryter ned forestillinger og fordommer om hverandres fagfelt.

Mitt bidrag i dette arbeidet er at jeg har snakket varmt om disse perspektivene

gjennom lederlinja og sammen med brukerutvalgets leder. Engasjement og forståelse i ledelsen er sentralt. Vi må erkjenne at nå-situasjonen ikke er god nok og at vi både kan og vil gjøre noe med den. *Fire gode vaner*-kursene er et virksomt verktøy i det arbeidet

Å være prosjektleder

Implementering av kursene krever ledelsesforankring, gjentatt informasjon, engasjement og ryddighet. Prosjektlederne må ha kraft og utholdenhet, og tro på verdien av intern kommunikasjonstrening.

– Forankring skjer ikke én gang



Ingrid Hyldmo
psykologspesialist
Diakonhjemmet Sykehus

– Jeg har hatt mange roller i utprøvingen og implementeringen av *Fire gode vaner*-kursene på sykehuset, både som prosjektleder, leder for kursinstruktørene og instruktør selv. Jeg har også vært prosjektleder i samarbeidet med å prøve ut Diakonhjemmetmodellen på Bærum Sykehus og Sykehuset i Vestfold og har vært med å trene opp kursinstruktører ved de to sykehusene. Så mange hatter er utfordrende, og det krever inn-

syn og anerkjennelse hos min leder om at ansvaret og oppgavene tar tid. Men med så mange roller blir også gleden og stoltheten over hva vi får til, både internt og i samarbeidet mellom sykehusene, større. Jeg må innrømme at jeg i starten var litt skeptisk til et i utgangspunktet amerikansk opplegg for kommunikasjonstrening. Men med inspirerende opplæring og samarbeid med gudfedrene Pål Gulbrandsen og Arnstein Finset og snart fem års erfaring med kursene, er jeg overbevist om at metoden virker. For oss her på Diakonhjemmet har det vært avgjørende at instruktørgruppen har vært stabil. At de er kompetente og utfyller hverandre er gull verdt for at kursene blir gode. Å sette av tid til å videreutvikle oss som instruktører er viktig. Det at vi også trives og har det morsomt sammen i gruppa tror jeg preger kursene våre og bidrar til en god stemning. Det har også vært inspirerende å samarbeide med de andre sykehusene og se at det har fungert godt både å starte opp med tverrfaglige kommunikationskurs,

slik Bærum har gjort, og å starte opp med legekurs slik Tønsberg har gjort.

– Dette er imidlertid ingen jobb som man blir ferdig med. Jeg opplever at kommunikasjonstrening er «ferskvare» – at det alltid er nye spørsmål, men også at ansatte som har vært på kurs ønsker oppfriskning og nettverk å diskutere kommunikasjonsproblemer med. Stadig nye grupper av ansatte ønsker også å ta i bruk metoden ut fra sine behov. Vi har for eksempel tilpasset *Fire gode vaner* til kontorpersoneell og jobber også med et tilpasset kurs hvor vi trener en enhet sammen.

Jobben med å informere, forankre i ledelsen og å få klinikkledelsen til faktisk å prioritere kursdeltakelse for sine ansatte er en oppgave som ikke gjøres én gang – vi må stadig informere på nytt. Å holde kursene levende, handler rett og slett om hele tiden å sikre at kommunikasjonstreningen forblir på sykehusets dagsorden og prioriteringsliste.

– Bred rekruttering er viktig



Jon Anders Takvam
leder av Medisinsk avdeling
Sykehuset i Vestfold

– På Sykehuset i Vestfold har vi organisert ledelsen av kommunikasjonstreningen i en prosjektgruppe med klinikkjefene for de tre deltakende klinikkene (medisin, kirurgi og psykisk helse) i tillegg til sekretær og lederen for kursinstruktørene. Vi har vært

samlet hvert tertial i pilotperioden og planlegger fortsatt regelmessige treff mellom alle instruktører og prosjektgruppen for erfaringsutveksling og prioriteringer framover. Hos oss er kurset kun rettet mot leger.

– Personlig har det vært givende å delta i utvikling av et nytt sykehusovergripende tilbud med direkte relevans både for pasientbehandlingen og ansattes tilfredshet. Men det var krevende å få aksept og engasjement i hele organisasjonen for prosjektets nytte og for at det med stor sannsynlighet er kostnadseffektivt, uten at vi har kunnet måle akkurat det. Jeg har dessuten fått ny innsikt i betydningen av god kommunikasjon og erfarer at *Fire gode vaner* har relevans langt ut over rent medisinsk kommunikasjon.

– Tid er det største utfordringen!

– På Bærum sykehus har det vært en forutsetning fra starten at *Fire gode vaner*-kursene skulle arrangeres for tverrfaglige grupper, altså ingen egne legegrupper. Kursene inngår som en av flere kurspakker i sykehusets kommunikasjonsprogram og er en del av en langsiktig strategisk satsing på kommunikasjon. Hos oss er klinikkdirektøren en tydelig ambassadør for programmet, og jeg har derfor hatt lett tilgang til ledergrupper og interne kommunikasjonskanaler for å informere om treningsmodellen.



Kjersti Vanberg
fagsjef helsefag
Bærum sykehus

Vi fulgte opplegget fra Diakonhjemmet tett og har dratt stor nytte av erfaringene derfra. Men det ga én tydelig utfordring: Diakonhjemmetmodellen forutsetter at psykolog eller psykiater helst skal være representert i alle instruktørparene (til sammen seks instruktører). Dermed måtte vi rekruttere instruktører som ikke jobber på Bærum, men hører til innen psykisk helsevern i vårt overordnede Vestre Viken HF eller som jobbet i primærhelsetjenesten.

Vi har vært så heldige at to av instruktørene påtar seg oppfølgingsansvaret for kursledergruppen. De to fagutviklingssykepleierne er initiativrike ildsjeler som har «drevet» kursene. Dette har vært en viktig suksessfaktor for å skape et sammensveiset instruktørgruppe. Samtidig har de påtatt seg mange oppgaver en kursavdeling

burde gjort. Ettersom vi ikke har noe slikt hos oss, har den praktiske gjennomføringen av kursene falt på administrasjonskonsulent som ikke har dette som fagområde.

Vi ser at noe av det mest sårbare ved denne måten å drive kommunikasjons trening på, er å få avsatt nok tid for instruktørene. De skal både trene kommunikasjonsferdigheter, veiledning og gruppeprosesser selv før de skal instruere sine kolleger. De må få tid til å forberede og gjennomføre todagerskurs hvert halvår. I tillegg trenger de tid til refleksjon, kursjusteringer og faglig påfyll. Vi samlet instruktører fra oss, Diakonhjemmet Sykehus og Sykehuset i Vestfold til fagdager hos oss, noe som var inspirerende og lærerikt for alle.

TIPS:

Barrierer som kan gjøre kursimplementering vanskelig:

- Manglende forankring hos ledelse
- Organisasjonens og den enkeltes vilje til å bruke tid på kommunikationskurs sett opp mot sykehusets aktivitetskrav
- Motivasjon hos medarbeidere som har fått mangelfull informasjon
- Kunne ivareta et langsiktig perspektiv, fritak fra andre oppgaver

Slik sikrer du suksess i gjennomføringen av kursene:

- Planlegg i god tid
- Skaff gode lokaler som ikke er tett på den daglige driften
- Sikre merkantil støtte til innkalling og praktisk gjennomføring
- Sørg for god og gjentatt informasjon både generelt til hele organisasjonen og til målgruppen for kursene
- Bruk tid på å velge gode interne kursinstruktører – de skal både være rollemodeller for sine kolleger, interesserte i fagfeltet og utfylle hverandre
- Etterstreb lik kjønnsfordeling i instruktørkorps
- Bruk tid med kursinstruktørene fra starten for å utvikle et godt og varig team

Utfordringer knyttet til rollen som prosjektleder:

- Å skape engasjement både blant instruktører og deltakere
- Frigjøre egen tid i en travel hverdag til oppfølging av prosjektet

Råd til deg som skal bli prosjektleder:

- Sikre god forankring i toppledelsen og fra brukerne (for eksempel Brukerutvalget)
- Vær engasjert selv
- Tenk utradisjonelt i valg av instruktører
- Lær av andres erfaringer med implementering av kommunikasjonstrening

Å lede kursinstruktører

Rollen som leder for kursinstruktørene handler om å finne plass i travle kollegers kalendere, sikre at de får eierskap til kursinnholdet og være pådriver for at de får faglig påfyll.

– Inspirerende å bli kjent med andres kompetanse

– Det har vært både nyttig og utrolig inspirerende å være del av et tverrfaglig sammensatt instruktørkorps. Å lede dem er kanskje ikke det mest inspirerende, men noen måtte jo ta styring og sikre at vi alle får den informasjonen vi trenger. Gaven har vært å bli så godt kjent med kolleger fra ulike profesjoner og deler av organisasjonen, oppleve hvor ulikt vi ser på ting ut fra vårt eget ståsted og erfare at vi sammen kan se bredt.

Som sykehusprest er min rolle vanligvis litt utenfor behandlingssystemet. Jeg kan ikke plasseres i noen boks og står på mange måter fritt. Det har fungert fint også som leder for instruktørkorpsset og som kursinstruktør. Felles har vi uansett en genuin interesse for kommunikasjon og at vi raskt oppdaget at vi måtte legge selvhøytideligheten til side. Vi var alle nybegynnere som instruktører for kolleger.

Viktigst av alt har nok vært at instruktørene har legitimitet i organisasjonen, både i forhold til ledelse og kolleger. Det er også viktig at de kommer fra forskjellige klinikker slik at hver klinikk får et eierforhold til kursene.

En absolutt forutsetning for gode kurs etter denne interne implementeringsmodellen er at instruktørene selv kurses



Liselotte Wettby
sykehusprest
Sykehuset i Vestfold

skikkelig. To dagers kurs holder, men det var helt nødvendig med korrigeringer og påfyll på en egen instruktørdag etter første kurs. Hos oss var det en veldig god start at vi fikk instruktørene fra Diakonhjemmet som også veiledet oss gjennom første kurs.

– Tverrfaglige kurs gir merverdi

– Som ledere for instruktørgruppen har vi en administrativ rolle i tillegg til undervisningsrollen. Men først er vår rolle å sikre at undervisningsmaterieell er oppdatert og at instruktørene tilpasser undervisningen til de aktuelle faggruppene. På Bærum sykehus holder vi tverrfaglige kurs for både leger og sykepleiere. Kursdeltakerne gir tilbakemelding om at det er nyttig å være en tverrfaglig gruppe og at en viktig bonus er at det gir innsyn i hverandres hverdag og utfordringer.

Det er ikke gitt at leger melder seg på tverrfaglige kurs. Hos oss har dette imidlertid fungert godt fordi sykehusledelsen har vært tydelige på at dette er viktig. Vår erfaring er at *Fire gode vaner* egner seg svært godt som kommunikasjonskurs for sykepleiere, men vi savner et bredere teorigrunnlag for denne profesjonen. For oss har det derfor vært

viktig å sikre at kommunikasjon mellom sykepleier og pasient tydeliggjøres i både kunnskapsgrunnlag og rollespill.



Eva Salterøe Engebrigtsen (t.v.) og
Kari Anne Blaaflat
fagutviklingssykepleiere
Bærum sykehus

– Også instruktører har behov for faglig påfyll

– Å være leder for instruktørkorpset er i perioder tidkrevende. Jeg kaller det en øvelse i kalenderplanlegging og koordinering. Vi har heldigvis to kurskonsulenter som bidrar med tilrettelegging av kursmateriell, bestilling av kurslokaler og drift av et godt system for påmelding. Jeg vet nesten ikke hvordan vi ellers skulle klart det.

Det viktigste jeg kan bidra med som leder for kursinstruktørene er å sikre at gjengen får faglig påfyll og at vi får tid til å utvikle et godt samarbeid. Å være instruktør for kolleger er utrolig givende, men kommer på toppen av en travelt hverdag for mange. Da må vi sikre at jobben anerkjennes i ledelsen og at den er faglig givende og inspire-



*Ingrid Hyldmo
psykolog-
spesialist
Diakonhjemmet
Sykehus*

rende. Rollen som instruktør innebærer at du må by på deg selv og tørre å vise fram hvordan du selv prøver å kommunisere godt med pasientene. Du skal også kunne vise når du kommer til kort.

TIPS:

Råd til deg som påtar deg rollen som leder for kursinstruktører:

- Du må ha så stor tro på kursmodellen dere bruker at du synes det er verdt å bruke tid på å koordinere kolleger selv om det kommer i tillegg til alt det andre du skal gjøre
- Vær opptatt av at gruppen fungerer best mulig og at alle opplever at de er inkludert
- Sikre deg de viktigste arbeidsverktøyene som leder for instruktørkorpset: Oppdatert e-post- og telefonlister
- Skaff hjelp til kaffekoking og matservering fra noen som ikke er del av instruktørkorpset på selve kursdagene

Engasjementet holder etter fem år som instruktører



*Anette Hylan Ranhoff
overlege geriatri, professor
Diakonhjemmet Sykehus*

– Hvert kurs er givende

– Jeg har vært med som instruktør siden kursene startet hos oss i 2012. Jeg sa ja til å være med fordi kommunikasjon er så enormt viktig for den diagnostiske prosessen. Som leger kan vi ikke basere oss på prøveresultater, bildediagnostikk og sjekklister alene. Ved god kommunikasjon blir de diagnostiske vurderingene mer presise, og vi kan tilpasse behandlingen til pasienten. Som instruktør har det vært sentralt å benytte et verktøy som jeg selv opplever er veldig nyttig i klinisk praksis.

Det er givende hver gang jeg holder kurs. En grunn til det er det tette samarbeidet vi har i instruktørgruppa hvor erfarne klinikere og psykologer utfyller hverandre: det løfter kursene! Det andre som gjør dette så spennende er at deltakerne selv bringer inn vanskelige situasjoner fra klinikken som de øver på. Her er det mange velkjente dilemmaer, men alltid nye refleksjoner.



*Sigrid Ødegård
overlege revmatologi
Diakonhjemmet Sykehus*

– God kommunikasjon er ressursbesparende

– Kommunikasjon er det viktigste verktøyet legen har for å få tak i opplysninger som er grunnlaget for valg av videre utredning av sykdom og plager. Ved god og effektiv kommunikasjon kan vi raskere komme fram til riktig diagnose. Gode kommunikasjonsferdigheter er viktig for å kunne hjelpe pasientene til å mestre sykdom og plager.

En meningsfull bonus av å være instruktør på kommunikasjonskursene er at vi blir bedre kjent med kollegaer på andre avdelinger. Det samme gjelder kursdeltagerne. Dette tror jeg er svært positivt for kommunikasjonen og samarbeidet mellom de ulike avdelinger på sykehuset.

En drivkraft for meg som instruktør gjennom disse årene har vært forståelsen av hvor betydningsfullt kommunikasjon er gjennom mange års yrkeserfaring og erfaring som pårørende.



*Anders Husby
overlege gastrokirurgi
Diakonhjemmet Sykehus*

– Enkelt og ukomplisert konsept

– Jeg ble med som kursholder fordi jeg mener at det er viktig at leger trenes i kommunikasjon. Samtale og anamnese danner det viktigste grunnlaget for at vi som leger skal finne riktig diagnose og den beste behandlingen ut fra pasientens forutsetninger og forventninger.

Påfyll som kursinstruktør får jeg ved at vi møtes før hvert kurs for å forberede oss. Vi benytter også pausene i løpet av kursdagene aktivt til å gi hverandre innspill på konkrete dilemma vi opplever.

Jeg liker *Fire gode vaner* fordi det er et enkelt og ukomplisert konsept. Det er veldig hyggelige kollegaer å holde kurs sammen med. Dessuten lærer jeg selv noe nytt for hvert kurs!

Å være kursinstruktør

Etter at Diakonhjemmetmodellen er prøvd ut på tre sykehus, har et tyvetalls interne klinikere erfart hvordan det er å trene sine egne kolleger i kommunikasjon. Erfaringene kan oppsummeres med ordene: Utfordrende, meningsfylt, utviklende og arbeidskrevende.

– Vi blir bedre klinikere av å trene andre



Arne Repål
psykologspesialist og
spesialrådgiver OU
Sykehuset i Vestfold

– Som tidligere fagdirektør har jeg godt inn-syn i klagesaker. Mange saker handler om svikt i kommunikasjon. Jeg har erfart både hvordan saker kan løse seg etter en god samtale og hvor tidkrevende klagesaksbehandling er for klinikere og ledelse. Derfor er det viktig å være opptatt av kommunikasjon.

Det har vært stimulerende og spennende å jobbe sammen med andre fag-

grupper i kommunikasjonstreningen. Vi bringer med oss ulik kompetanse og perspektiver, og jeg er sikker på at også vi kommunikasjonstrenerne er blitt bedre klinikere av å trene *Fire gode vaner*. Men vi er alle travelt opptatt. Det er viktig å finne balansegangen mellom tidsbruk som instruktør og de ordinære arbeidsoppgavene. Hos oss var det vanskelig bare å finne datoer for egen instruktørtrening og kurs.

Det mest spennende har vært å se hvordan deltakerne tok i mot kurset. Tilbakemeldingene har stort sett vært veldig positive, men deltakerne er som oss andre: De fleste er sårbare når de byr på seg selv i påsyn av andre.

– For viktig til å si nei til

– Da jeg ble spurt om å bidra, tenkte jeg at dette er for viktig til å si nei til, selv om jeg ikke har tid. Jeg tror ledelsen har et poeng i at kommunikasjonstrenerne bør være interne og erfarne klinikere som «vet hvor skoen trykker».

For å bli kursinstruktør var jeg helt avhengig av at vi gjennomførte et to-dagers “train the trainers”-kurs. Det var krevende å ta eierskap til kurset og plutselig være trener selv etter to dagers kurs. Som vanlig kliniker har det vært veldig god hjelp å ha en psykolog som partner i treningen. Vi har utfyllt hverandre godt. Psykologen har brukt gode metakommunikative grep som har vært nyttige for læringen. Min styrke er den kliniske erfaringen og at jeg etter hvert er blitt trygg nok til å kunne vise egne svakheter. Det har vært utrolig inspirerende å observere aha-opplevelser i gruppen i enkelte rollespill. Fastlåst kommunikasjon kan løses ved enkle grep fra vanene, for eksempel å anerkjenne pasientens følelser.



Tale Nordbye Wien
overlege i medisin
Bærum sykehus

Hvis det er noe jeg skulle ønsket meg, var det enda mer hjelp til praktisk tilrettelegging av kursene. Vi er på vei til å få til dette på Bærum nå, men på de første kursene brukte vi mye krefter på å rigge møbler, skrive plakater etc. på morgenen før treningen. Det er tid vi optimalt kunne brukt på å forberede oss mentalt.

– Gøy og intenst å trene andre



Nadia Flesjø
fysioterapeut
Diakonhjemmet Sykehus

– Det er et privilegium å få avsatt tid til å jobbe med et så viktig og engasjerende fagfelt som kommunikasjon. Jeg har tro på at *Fire gode vaner*-kurset fremmer bedre kom-

munikasjon, og jeg trives veldig godt med å få jobbe med og i grupper. Det er også inspirerende å jobbe tverrfaglig med flinke folk og å møte så mange kursdeltakere og lære om deres arbeidshverdag.

Det er gøy og intenst. Som instruktør må jeg passe tiden, følge med, involvere alle, ivareta heterogene grupper med ulikt refleksjonsnivå og balansere behovet for støtte og utfordring. Det skjer så mye samtidig. Det krever virkelig full konsentrasjon og tilstedeværelse å skulle prioritere hva vi skal trene på til enhver tid samtidig som jeg forsøker å få med meg mest mulig av gruppeprosessen.

TIPS:

Tips til deg som skal bli instruktør:

1. Sett deg inn i dokumentasjon og bakgrunn for kurset
2. Etabler et tett samarbeid med hele kursledergruppen og særlig med din fremtidige treningspartner
3. Våg å by på deg selv som kursleder – følg konseptet, men gjør stoffet til ditt eget
4. Lytt til deltakerne – ikke gå i forsvar om noen er kritiske innledningsvis
5. Vær tydelig, kort og poengtert i tilbakemeldingene ved rollespill, trekk fram både det som er bra og forbedringspunkter som bør trenes mer på
6. Sørg for at ledelsen er klar over hvor mye tid som faktisk går med til opplæring og trening også ut over kurssamlingene

– Inspirerende og trygt å jobbe i par



Jørghild Jensen
fagsykepleier
Diakonhjemmet Sykehus

– Kommunikasjon er både en viktig del av sykepleien og av stor betydning for pasienter og pårørendes opplevelse av hele sykehusoppholdet. Erfaring hjelper, men i klinikken vil vi alltid møte nye kommunikative utfordringer. Sånn sett er kommunikasjon «ferskvare» – konstruktive tilbakemeldinger, trening og faglig påfyll er alltid nyttig.

Som kursleder har det vært viktig å være del av en gruppe. Det er både inspirerende og trygt å være to med ulik profesjon og kompetanse som jobber i par. Kombina-

sjonen undervisning og øvelse med tilbakemeldinger har gitt meg et verktøy å bruke videre i mitt kliniske arbeid. Erfaringsutveksling med andre sykehus som bruker metoden *Fire gode vaner* har også vært nyttig og gir tanker om andre måter å gjennomføre kurs på.

Noe av det mest krevende som kursleder er å håndtere dynamikken i den enkelte gruppen. Det krever veldig mye oppmerksomhet. Etter to dagers intensivt kurs er det rett og slett helt nødvendig med en rolig kveld.

– Utfordrende å kaste seg ut i forelesninger

– Først av alt, det er flott å få være med på å formidle et svært konkret, viktig og nyttig redskap som *Fire gode vaner*. Å være kursleder selv gjør også at jeg er nødt til å holde kunnskapen og arbeidsmetoden vedlike.

Det er både givende og lærerikt for egen del å jobbe sammen med andre faggrupper fra forskjellige avdelinger og å møte kursdeltakere med ulik fagkompetanse og erfaringsgrunnlag. Men som fersk instruktør var det krevende å kaste seg ut i de første forelesningene og gruppearbeidene. Kursdeltakerne er jo godt voksne og svært erfarne kolleger. Det er også uvant å gi tilbakemeldinger, spesielt

overfor folk jeg kjenner fra før.

En forutsetning for å være instruktør er at det legges godt til rette for opplæring av oss i god tid i forveien for første kurs. Spørsmålet er om vi burde ha to veilederkurs før oppstart? I alle fall var det betryggende å ha en erfaren «train the trainer»-instruktør fra Diakonhjemmet med på hele første kursrunde som ga oss konstruktive tilbakemeldinger som instruktører. Det er også avgjørende at sykehuset har en definert person som organiserer møter og alt det praktiske rundt kursene og at påmeldingene følges opp av avdelingslederne i god tid slik at hvert kurs blir fulltegnet og ingen må trekke seg i siste liten.



Anette Faye-Lund
overlege i medisin
Sykehuset i Vestfold

Å gjennomføre kursene i praksis

God detaljplanlegging, erfaring med å gjennomføre kursarrangementer og praktisk sans – det er tre nødvendige forutsetninger for å kunne administrere intern opplæring av *Fire gode vaner*.

– Det krever mye å få fulle kurs

Lise Tangen Aagnes og
Kyrre Johan Bentzen
kurskonsulenter
Diakonhjemmet Sykehus



Diakonhjemmet Sykehus: Lise Tangen Aagnes og Kyrre Johan Bentzen er sykehusets kurskonsulenter i HR-avdelingen. De har fått fire års praktisk erfaring med *Fire gode vaner*-kursene etter Diakonhjemmetmodellen. Sykehuset kjører fire kurs årlig – to for leger og to for tverrfaglige grupper.

– Vi skal ikke underslå at det er mye jobb med kursene (se huskeliste til høyre). Det som krever mest ressurser fra oss er faktisk alle invitasjoner og påminnelser som må ut for å fylle kursene. Å sende et tyvetalls leger samtidig på kurs i to dager oppfattes tydelig som veldig krevende i klinikken. Vi opplever ofte at noen melder seg på først på overtid, melder avbud rett før kurset, dukker ikke opp

kursdagen eller må forlate kurset for å løse akutte kliniske oppgaver.

Aagnes tar ansvar for de tverrfaglige kursene, Bentzen for legekursene. Erfaringen er uansett den samme: Det aller viktigste er tett samarbeid med psykologspesialist Ingrid Hyldmo, lederen for kursene på sykehuset. Hun jobber med rekruttering i sine kanaler og gjennom ledelsen, mens de to tekniske arrangørene bruker e-post og intranett ved rekruttering og påminnelser til kursdeltakere.

– Har fått spennende nye nettverk



Kjersti Vanberg, fagsjef og Ellen Svarstad Birkheim, administrasjonskonsulent, Bærum sykehus

Bærum sykehus: Utprøvingen av Diakonhjemmetmodellen skapte noen spesielle utfordringer fordi sykehuset manglet «egne» psykologer som kursinstruktører. Løsningen var nye samarbeidspartnere i Bærum kommune og i den felles klinikken for psykisk helse og rus i Vestre Viken HF.

Fagsjef Kjersti Vanberg har vært både prosjektleder og kursarrangør på Bærum, men fikk mye praktisk hjelp av administrasjonskonsulent Ellen Svarstad Birkheim. Sykehuset har ingen kurs- og konferanseavdeling så de to ble ansvarlige for hele kursgjennomføringen:

– Meningsfylt å bidra til bedre kommunikasjon

Sykehuset i Vestfold har også prøvd ut Diakonhjemmetmodellen, men foreløpig bare for legegruppen. I starten var det avdelingsledelsen som bestemte hvem som skulle på kurs.

Kurskoordinator Marianne Jacobsen ved Lærings- og mestringssenteret har vært sekretær i prosjektgruppen og holdt tett kontakt med alle påmeldte for å sikre at de møtte som de skulle. Hun la stor vekt på ryddighet i planlegging, tilrettelegging, informasjon om kursene og tett kontakt med kursholderne. Hun fikk også god hjelp til informasjonsmateriellet fra sykehusets Kommunikasjonsavdeling.

– Vi brukte legenes fellesmøte som første orientering om kursene, men vi trengte gjentatte påminnelser til avdelingsledelsen for å fylle kursene. Her hjalp det godt å knytte kontakt med avdelingssekretærene.

– For meg personlig var det spennende og lærerikt å samarbeide med prosjektledelsen ved Diakonhjemmet og å kunne bidra til å styrke kommunikasjonsferdighetene hos ansatte gjennom god tilrettelegging av kursene. Jeg opplever at verktøyene legene



*Marianne Jacobsen
kurskoordinator
Sykehuset i Vestfold*

trener på er virksomme i den kliniske hverdagen. Kombinert teori og rollespill i trygge omgivelser er tydelig effektivt. Jeg er takknemlig for samarbeidet med kursinstruktørene og for at jeg har kunnet bidra til å styrke nettverket mellom de som er engasjert i kommunikasjonstrening hos oss.

– Det var en stor jobb å gjøre kurset kjent. Vi måtte være standhaftige pådrivere hele veien og jobbet mye med rekruttering til kursene. Dessuten investerte vi mye i dialogen med instruktørene om alt fra kursmaterieill og påmeldinger til deltaker-sammensetning på hvert kurs. Innhold og praktiske øvelser må tilpasses den aktuelle yrkesgruppen, og instruktørene må «eie» innholdet i kursene.

Både Vanberg og Svarstad Birkheim synes piloteringen av Diakonhjemmetmodellen har vært personlig utviklende: – Vi er blitt kjent med nye kolleger gjennom prosessen og dessuten med folk i kommunehelsetje-

nesten og Klinikk for psykisk helse og rus for å innfri kravet om at noen instruktører skulle være psykologer.

– Vi slet litt i starten med å forklare hvorfor ansatte skulle på kurs (hvorfor melder min overordnede akkurat meg på dette?). Dessuten var det utfordrende å kjøre alle kurs med tverrfaglige grupper som vårt sykehus ville prøve ut. Det er ikke alle vaner som er like aktuelle eller utfordrende for alle yrkesgrupper, og kursmateriellet er best utviklet for leger og sykepleiere.

TIPS:

Arrangørens huskeliste:

- Finne kursdatoer som kolliderer minst mulig med andre arrangementer
- Send ut tidlig informasjon og invitasjon til alle ledere og potensielle deltakere + gjentatte påminnelser både fra kursleder og tekniske arrangører
- Publisere informasjon om kommende kurs på intranettet
- Åpne 'questback' for påmelding (internt) og 'participant' (eksterne deltakere)
- Sikre gode kursrom nær klinikken
- Sørge for matbestilling og -levering
- Sjekke IT- og kursromsfasiliteter
- Innhente godkjenning fra aktuelle foreninger/forbund
- Fylle kursmapper (se nedenfor)
- Kopiere signaturliste for frammøte
- Sende ut kursbevis etter kurset

Innhold i kursmappene:

- Powerpoint-presentasjon for hele kurset, med notatfelt
- Fagartikkel Patient education and counseling av Fosli Jensen, Gulbrandsen og Finset, 2010, Elsevier
- Artikkelen Kommunikasjon som verktøy, 2014, Tidsskrift for Den norske legeforening
- Lommefolderen Fire gode vaner
- Spørreskjema til bruk før og etter kurset
- Evalueringskjema
- Deltakerliste

Gode vaner for kurskonsulentene:

- Start markedsføring og rekruttering av kurset tidlig
- Arbeid for et godt samarbeid med avdelingsledelsen
- Hold tett kontakt med påmeldte deltakere og sørg for tilstrekkelig informasjon og forberedelser
- Etabler tydelige rutiner for den praktiske gjennomføringen av kurset

Nyttig litteratur

Effekt av kommunikasjons-trening

Barth J. & Lannen P. (2011). Efficacy of communication skills training courses in oncology: a systematic review and meta-analysis. *Annals of Oncology*, 22, 1030–1040.

Berkhof, M., van Rijssen, H.J., Schellart, A.J.M. et al. (2011). Effective training strategies for teaching communication skills to physicians: An overview of systematic reviews. *Patient Education and Counseling*, 84, 152–162.

Finset A. (2013). How communication between clinicians and patients may impact pain perception. I: L. Colloca, M.A. Flaten & K. Meissner (red.), *Placebo and pain* (s. 1003–1015). Amsterdam: Elsevier.

Gulbrandsen, P., Jensen, B.F. & Finset, A. (2009). Endring i mestrings-tillit hos sykehusleger etter kurs i klinisk kommunikasjon. *Tidsskrift for Den norske legeforening*, 129, 2343–2346.

Haskard, Zolnierok, K.B. & Dimatteo, M.R. (2009). Physician communication and patient adherence to treatment: A meta-analysis. *Medical Care*, 47, 826–834.

Jensen, B.F., Gulbrandsen, P., Dahl, F.A., Krupat, E., Frankel, R.M. & Finset, A. (2010). Effectiveness of a short course in clinical communication skills for hospital doctors: Results of a crossover randomized controlled trial. *Patient Education and Counseling*, 84, 163–169.

Levinson, W., Roter, D.L., Mullooly, J.P. et al. (1997). Physician-patient communication; The relationship with malpractice claims among primary care physicians and surgeons. *JAMA*, 277, 553–559.

Stein, T., Frankel, R.M. & Krupat, E. (2005). Enhancing clinical communication skills in a large healthcare or-

ganization: A longitudinal case study. *Patient Education and Counseling*, 58, 4–12.

Stensrud, T. L., Gulbrandsen, P., Mjaaland, T. A., Skretting, S. & Finset, A. (2014). Improving communication in general practice when mental health issues appear: Piloting a set of six evidence-based skills. *Patient Education and Counseling*, 95, 69–75.

Stewart, M.A. (1995). Effective physician-patient communication and health outcomes: A review. *CMAJ*, 152, 1423–1433.

Zimmerman, C., Piccolo, L.D. & Finset, A. (2007). Cues and concerns by patients in medical consultations: A literature review. *Psychological Bulletin*, 133, 438–463.

Danske erfaringer

<http://www.sygehuslillebaelt.dk/wm361199>

Forskning på implementering

Fixen, D.L., Blase, K.A., Naom, S.F. & Wallace, F. (2009). Core implementation components. *Research of Social Work Practice*, 19, 531–540.

Fixen, D.L., Naom, S.F., Blase, K.A., Friedman, R.M. & Wallace, F. (2005). *Implementation research: A synthesis of the literature*. Tampa, FL: University of South Florida, Louis de la Parte Florida Mental Health Institute, The National Implementation Research Network.

Pasientens kommunikasjonsevne

Mary R. Talen, M.R. et al. (2008). What physicians want from their patients: identifying what makes good patient communication. *Families, Systems & Health*, 26, 56–66.

Fire gode vaner

Frankel, R.M., Stein, T. & Krupat, E. (2003). *The four habits approach to effective clinical communication*. Oakland, CA: The Kaiser Permanente Medical Group. Physician Education and Development. Bearbeidet for norske forhold av Finset, A., Gulbrandsen, P. & Westgaard, E.E. (2007).

Gulbrandsen, P. & Finset, A. (2014). *Skreddersydd samtaler. En veileder i medisinsk kommunikasjon*. Gyldendal Akademisk.

Gulbrandsen, P., Krupat, E., Benth, J.S., Garratt, A., Safran, D.G., Finset, A. & Frankel, R. (2008). «Four habits» goes abroad: Report from a pilot study in Norway. *Patient Education and Counseling*, 72, 388–393.

Hyldmo, I., Fjerstad, E., Bragason, A., Husby, A., Lang, N., Ranhoff, A., Ødegård, S. & Finset, A. (2014). Kommunikasjon som verktøy i klinisk hverdag. *Tidsskrift for Den norske legeforening*, 134, 1925–1926.

Lundeby, T., Gulbrandsen, P. & Finset, A. (2015). The Expanded Four Habits Model – A teachable consultation model for encounters with patients in emotional distress. *Patient Education and Counseling*, 98, 598–603.

Nyttig kursmateriell

Vi har ved Diakonhjemmet Sykehus utarbeidet kursmateriell både for kursene i kommunikasjonstrening og for ledelse av dem. Det er viktig å sikre at kursene med de ulike kursholderne gjennomføres på en måte som er i tråd med metoden *Fire gode vaner*. Du finner alt dette materialet på www.diaconhjemmetsykehus.no.

I materialet, som er utviklet av Ingrid Hyldmo, Nina Lang og Arnstein Finset, finner du blant annet oversiktlige og konkrete lister for kursleders oppgaver. Formatene vi benytter er korte forelesninger om hver enkelt vane, ledelse av ferdighetstrening i smågrupper, oppsummeringer i plenum og drøfting både i smågrupper og plenum. Ledelse av ferdighetstreningen er krevende, og fordrer at oppskriften følges på en systematisk og pedagogisk måte. Kursdeltakerne trener på konkrete situasjoner de opplever i sin kliniske hverdag. De øver på å bedre sin evne til å kommunisere med pasienter også i de mest vanskelige situasjonene, for eksempel preget av uenighet og sterke følelser.

På www.diaconhjemmetsykehus.no finner du også Power Point-presentasjoner som vi bruker i undervisningen om kommunikasjon og om metoden *Fire gode vaner*, og noen faglige artikler om temaet. Dessuten kan du laste ned et skjema for evaluering av kursene som vi har benyttet (se under).

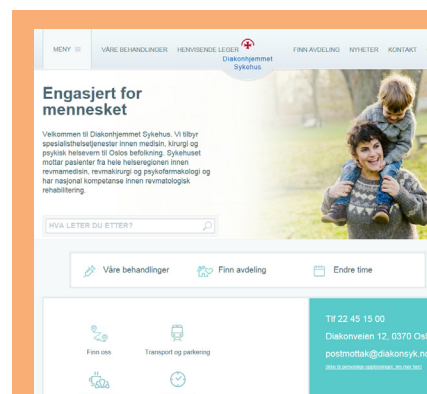
Evaluering av kommunikasjonstrening

Kursene er rettet mot å styrke helsepersonells ferdigheter i kommunikasjon. Da er det viktig å fange opp om deltakerne selv føler økt tro på sin evne til å kommunisere med sine pasienter. Et nyttig verktøy er et skjema på ni spørsmål, som deltakerne fyller ut før og etter kurset:

Hvor sikker er du på at du på en vellykket måte kan utføre hver av de følgende oppgavene?

1. Innlede en samtale med en pasient om hans eller hennes bekymringer
2. Avslutte en konsultasjon med et resyme av problemene og en behandlingsplan
3. Vurdere symptomer på angst og depresjon
4. Formidle dårlige nyheter til en pasient
5. På en passende måte konfrontere en pasient som benekter sykdommen sin
6. Håndtere at pasient og eventuelt pårørende markerer uenighet med deg som fagperson
7. Oppmuntre en pasient til å snakke om sine følelser
8. Utforske intense følelser hos en pasient, for eksempel sinne
9. hjelpe en pasient til å håndtere en usikker situasjon

Vurderingene rangeres på en skala fra 1 (Slett ikke sikker) til 10 (Svært sikker). Måleverktøyet er oversatt fra engelsk til norsk av Gulbrandsen, Jensen og Finset (2009), og er benyttet i undersøkelser også på norske sykehus. Du finner skjemaet på www.diaconhjemmetsykehus.no



www.diaconhjemmetsykehus.no
Søk: Fire gode vaner

Gode resultater

Ved Diakonhjemmet Sykehus har vi også benyttet dette evalueringsskjemaet. En innsamling av data fra 82 kursdeltakere fra de første kursene, viste at et klart flertall etter kurset rapporterer økt tro på sine kommunikasjonsferdigheter på alle de ni spørsmålene. Det er lovende resultater. Den samme tendensen sees i evalueringen etter de første kursene på Bærum sykehus/Vestre Viken og Sykehuset i Vestfold.

I tillegg til disse spørreskjemaene sender de tre sykehusene ut en 'quest-back' kort tid etter kursene for å få tilbakemelding fra kursdeltakerne på form og innhold i kursene. En klar tendens her er at kursdeltakerne jevnt over er fornøyd med både undervisning og ferdighetstrening og vil anbefale kurset til sine kolleger.



– Det var skummelt å skulle delta i rollespill, men det var det jeg lærte mest av.
(Lege og kursdeltaker)

Kommunikasjon som verktøy

Forskning viser at god klinisk kommunikasjon mellom lege og pasient bidrar positivt både til behandlingsresultater og pasienterfaring. Forskning viser også at leger og annet helsepersonell blir bedre til å kommunisere ved systematisk trening.

Denne håndboken beskriver erfaringene med intern kommunikasjonstrening for leger og annet helsepersonell ved flere norske sykehus.

Diakonhjemmet Sykehus var først i landet med å innføre obligatorisk kommunikasjonstrening for nytilsatte leger i 2012. Håndboken beskriver hvordan sykehuset har videreutviklet det evidensbaserte kommunikasjonsprogrammet *Fire gode vaner* for intern implementering og hvordan denne metoden nå er forsøkt ut ved Bærum Sykehus/Vestre Viken og Sykehuset i Vestfold.

Håndboken gir praktisk innføring i metoden og steg for steg-opplæring for sykehus og institusjoner som ønsker å ta ansvar for klinisk kommunikasjonstrening selv.

ExtraStiftelsen og Helse Sør-Øst RHF har støttet utprøvingen av *Fire gode vaner* etter Diakonhjemmet-modellen.

