

SAMHANDLING – KOMMUNIKASJON OG BESLUTNINGPROSESSER

PÅL GULBRANDSEN, HØKH, INSTITUTT FOR KLINISK MEDISIN UIO OG AVD FOR HELSETJENESTEFORSKNING (HØKH) AHUS

Det jeg er bedt om å si noe om

- Samhandling og samvalg
- Kommunikasjon og beslutningsprosesser mellom helsepersonell og pasient/pårørende
- Utfordringer dere har:
 - Pasienten forklarer smertemekanismer, merker at pasienten ikke forstår
 - Forklare når smerter trolig ikke skyldes vevsskade, unngå stigma
 - Pasienten forstår, men er uenig, jatter med eller argumenterer mot
 - Pasienten har klare forhåndsoppfatninger på tvers av behandlers anbefalinger
 - Pasienten har få meninger, forventninger eller preferanser – hvordan få dem frem?
 - Behandler har ikke noe å tilby – hvordan kommunisere om det?
 - Balanse mellom realisme – håp – og urealistiske forventninger

Mine begrensninger

- Jeg har bare 14 år i allmennpraksis, og det er 25 år siden
- Jeg har møtt mange med kroniske smerter, og har ikke mange sukseshistorier
- Jeg må derfor primært snakke om utfordringer i kommunikasjon, og tar gjerne kommentarer og spørsmål etter innlegget

Den lange smerten

– sort hull eller blind flekk for medisinen?

← Utposten nr. 5, 2015

www.utposten.no

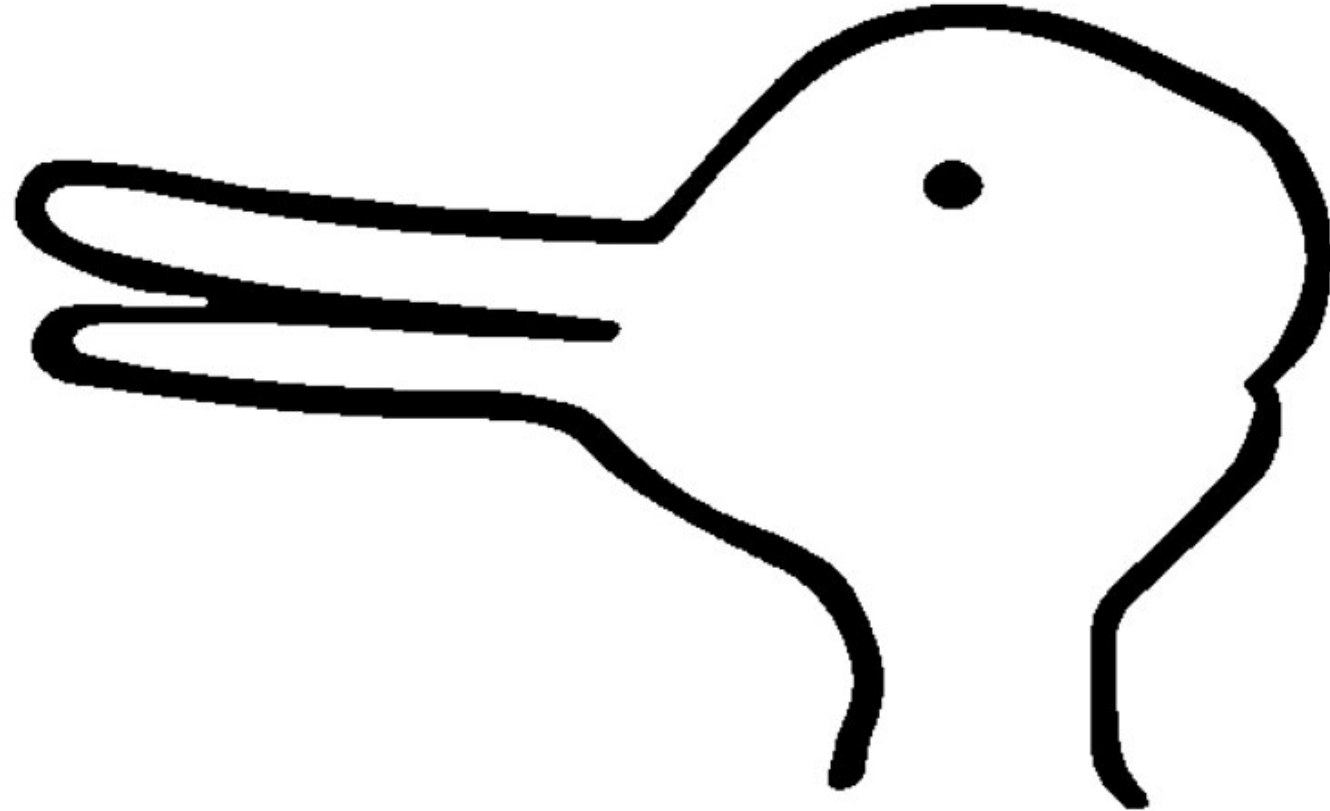
- Jeg har bare publisert én studie spesifikt om samtaler med smertepasienter

Health care providers communicate less well with patients with chronic low back pain – A study of encounters at a back pain clinic in Denmark

Pål Gulbrandsen^{a,*}, Henrik Bjarke Madsen^b, Jurate Saltyte Benth^a, Even Lærum^c

- Dansk spesialklinikk for ryggsmarter, videostudie av kommunikasjon mellom helsepersonell (leger, fysioterapeuter, kiropraktorer) og pasienter
- Sterk negativ sammenheng mellom varighet av pasientens ryggsmarter og kvalitet på kommunikasjonen
- Sterk negativ sammenheng mellom pasientens alder og kvalitet på kommunikasjonen

Forutinntatthet



Betydningen av relasjon over tid kan neppe overvurderes

Emner vi må innom i dag

- Filosofi
- Samtalekunnskap
- Medisinens autoritet
 - Forventninger og skuffelse
 - Makt og avmakt
- Samvalg – samhandling?
 - Hvem har rett til å beslutte?
- Hva kan hjelpe?

- Til slutt: Kanskje en quiz og en misjonsbefaling

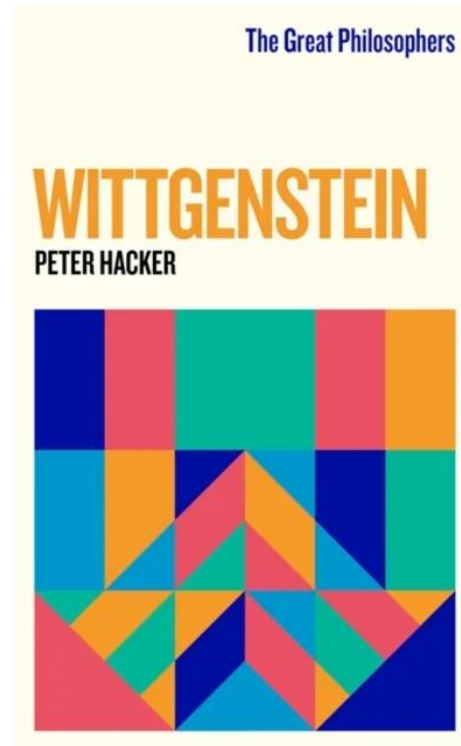
Filosofi

Kropp, sjel og eksistens

- Descartes
- Wittgenstein



René Descartes
(1596-1650)



Ludwig Wittgenstein
(1889-1951)

Anna Luise Kirkengen

Hvordan krenkede barn blir syke voksne.
Oslo:
Universitetsforlaget,
2005.



Arne Johan Vetlesen i boka «Smerte»

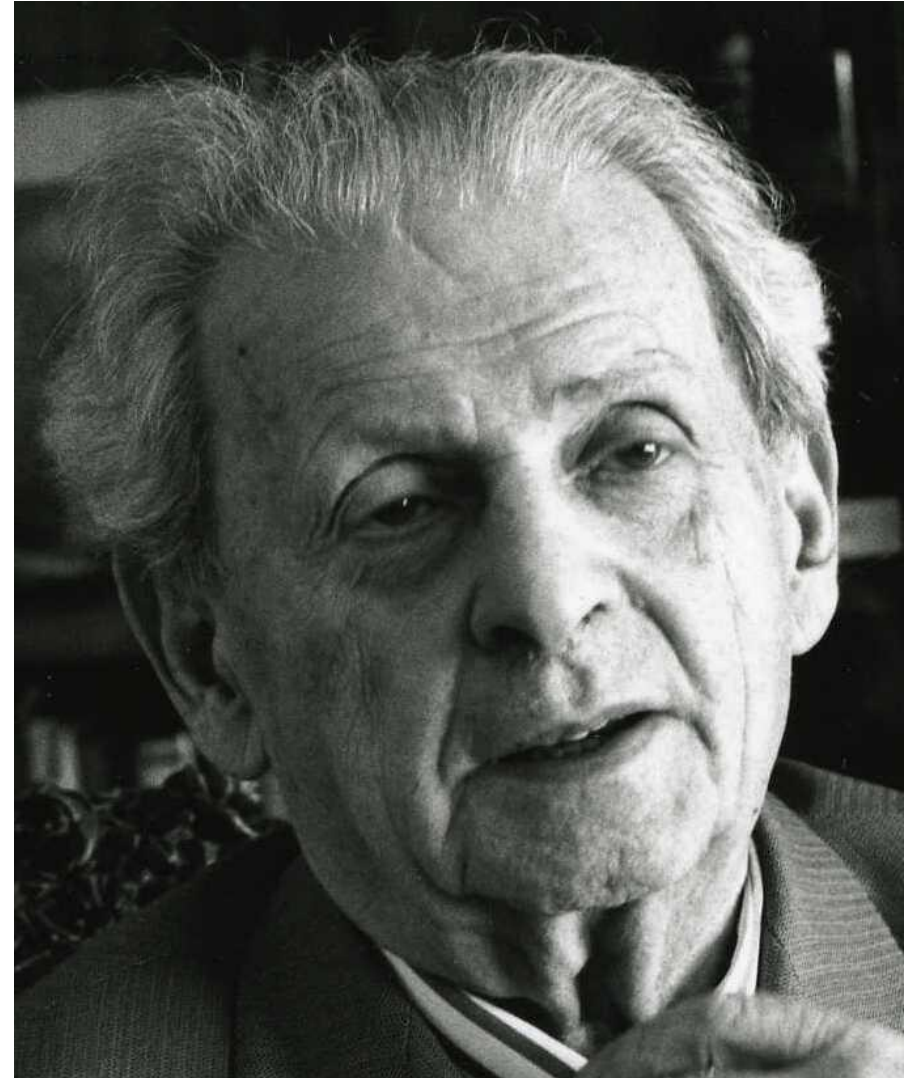
Når øksa treffer leggen, blir jeg skadet; skaden har sin egen objektivitet, den kan observeres av andre, og de med egnet kompetanse kan søke å lege den. Jeg formoder at smerten som utløses av øksehugget mot min legg, vil være akkurat den samme, og således arte seg på samme måte og utløse samme reaksjon og behov for lindring, hos en hvilken som helst annen person som utsettes for det samme...

...Innsikten som trenger seg på, er at kroppen – kroppens utsatthet for smerte – like gjerne kan hevdes å være noe som skiller mennesket ad som det forener oss alle. Det er smerten som avgjør: smerten bestemmer om jeg opplever meg og min eksistens i verden som grunnleggende lik, og som del av, andre menneskers eksistens i den, eller om jeg tvert om opplever min eksistens som radikalt frakoblet alle andres.

Sårbarhet som grunnvilkår

«The I, from head to foot and to the bone marrow, is vulnerability.»

Emmanuel Lévinas (1906-55)



Wikimedia Commons: Bracha L. Ettinger

Samtalekunnskap

Sosiolingvistikk – eller kommunikasjonsfysiologi?

- Det finnes mange grunnregler i kommunikasjon
- Viktigste her i dag er
 - Du kommuniserer alltid både informasjon og relasjon
 - Profesjonelle samtaler er alltid asymmetriske
 - Kommunikasjon bygger kontinuerlig på det som skjer rett før
- Informasjonsutveksling?
 - Informasjon skapes i øyeblikket
- Gjør du to ting på en gang?
 - Tenker du på det neste du skal si mens du lytter?
 - Små pauser hele tiden er kritisk nødvendig

Foto av et barn med et nesehorn er fjernet

Medisinsens autoritet

Hvorfor er det ofte så vanskelig?

- Makt
 - Helsetjenesten er naturvitenskapens kirke
- Vi må ha noe å sette vår lit til
 - Høye forventninger
 - Men både vi – og pasientene – tror først og fremst på naturvitenskapen, det er den vi behersker, det er den som har slikt fantastisk ry
 - Samtidig gjør vi gjerne det vi kan fra før – hvor ofte går vi nye veier?
- Avmakt
 - Pasienter: Skuffelse – fortvilelse – sårbarhet – aggresjon
 - Helsepersonell: Hjelpeløshet – sårbarhet – forsvar og ev. aggresjon
 - «Det er denne pasienten/denne legen det er noe galt med» – stereotypisering

Samvalg – samhandling?

Pasienter har rett til å være med å beslutte i spørsmål om diagnostikk og behandling

- Men er forutsetningene til stede?
- Det må finnes flere muligheter
- De må være medisinsk forsvarlige og ha dokumentert effekt
- Pasienten må være tilstrekkelig informert til å forstå fordeler og ulemper ved alternativene
- Pasienten må også forstå hvorfor han/hun inviteres til å være med på beslutningen, og at de ikke må være med på beslutningen

Clip-art fjernet



Hvordan ser det ut under «samtalemikroskopet»?

- Legen får frem pasientens syn/standpunkt, sjekker forståelsen og motivasjonen
- Men leger bruker ofte dette utgangspunktet på ulike måter for å oppnå at pasienten velger det legen (eller MDT-møtet) mener er best

Landmark AMD et al. .Negotiating treatment preferences: Physicians' formulations of patients' stance. Soc Sci Med 2016; 149: 26-36

Anniken Fleisje: metoder i beslutningsdiskusjoner



Anniken
disputerer i
morgen på
OsloMet

Ikke-kontrollerende

Kontrollerende

Informere

Overbevise

Overtale

Manipulere

Tvinge el true



Er det en grense for pasientinvolvering i beslutninger?

- Det er i hvert fall situasjoner som ikke passer godt
- ► Samfunnets/andres interesser veier tyngre enn den enkeltes ønsker
 - Antibiotikabehandling, vaksiner, kostbar medisin som systemet ikke prioriterer
- ► Utilstrekkelig eller manglende evidens for gunstig effekt
 - Behandlingen pasienten ønsker er ikke tilstrekkelig underbygget av vitenskap
- ► Redusert beslutningskapasitet
 - Forbigående eller mer varig tap av kognitiv funksjon
- ► Det foreligger alvorlig eksistensiell usikkerhet
 - Svært vanskelige situasjoner der f.eks. overlevelse er utelukket, men håpet er sterkt

Hva kan hjelpe?

Sylvie Lafrenaye (Sherbrooke universitetet, Québec, Canada)



- En eksperimentell studie med flere intervensjoner
- Utgangspunkt: hypotese om at de som behandler pasienter med kronisk smerte ofte unnviker pasientens blick fordi det kjennes sårbart.
- Én av intervensjonene var at 11 leger og 12 fysioterapeuter fikk se en video av kun øynene til to pasienter med kronisk smerte, og de måtte se inn i blikket på videoen i stillhet i 11 sekunder (via Teams-plattform, de ble selv filmet mens de så på videoen)
- En måned etter hadde 17 av deltakerne begynt å ha mer øyekontakt med sine smertepasienter

Lafrenaye et al (2023). Look and listen: how the coldness of health care providers is modifiable. J Fam Med 2023; 10(4): 1339

Begynn med deg selv

- Vær et subjekt sammen med pasienten – forsøk å forstå verden sammen
- Bli kjent med pasientens verden – lytt!
- Tenk på hvordan du kommuniserer og hva du kommuniserer, og tenk før du sier noe
- Ha Ryan & Deci «self-determination theory» i bakhodet – hva skal til for at et menneske trives og har det godt?

Å føle seg selvstendig – Å føle seg kompetent – Å høre til

- Ikke spør om smertens grad på en skala fra 1-10, spør hva pasienten mest av alt skulle ønske hen kunne gjøre, som smerten forhindrer

Utfordringer jeg har fått høre at dere har:

- Pasienten forklarer smertemekanismer, merker at pasienten ikke forstår
- Forklare når smerter trolig ikke skyldes vevsskade, **unngå stigma**
- **Pasienten forstår, men er uenig, jatter med eller argumenterer mot**
- **Pasienten har klare forhåndsoppfatninger på tvers av behandlers anbefalinger**
- Pasienten har få meninger, forventninger eller preferanser – hvordan få dem frem?
- Behandler har ikke noe å tilby – hvordan kommunisere om det?
- Balanse mellom realisme – håp – og urealistiske forventninger

Pasienten forklarer smertemekanismer, merker at pasienten ikke forstår

- Før du gir informasjon om smertemekanismer, må du vite hva pasienten vet fra før om dette
- Før du ev. gir informasjon, må du vite om pasienten er interessert og motivert for å lære noe om det
- Informasjonen må tilpasses det nivået pasienten er på, og du må begynne med å bekrefte det de kan som stemmer med din kunnskap, før ev. korreksjon av feiloppfatninger
- All informasjon må gis med én setning av gangen og pause mens du ser på pasienten, minst tre sekunder hvis pasienten ikke umiddelbart sier noe/spør

Forklare når smerten trolig ikke skyldes vevsskade, **unngå stigma**

- Sørg alltid for først å kartlegge hva pasienten tror/vet/tenker om årsak til smerten – og hvorfor den ev. er kronisk
- Legg an forklaring som bygger på pasientens oppfatning, gjerne etter vennlig korreksjon, men finnes det felles forståelse så bruk den
- FØR du i det hele tatt nevner «psykisk», «stress» eller liknende – få et godt overblikk over pasientens liv, før og nå
- Ikke «forstå» hvis det er mye belastninger – si heller «det høres krevende ut», «jeg vet ikke om noe av dette kan ha gitt deg smertene...» – ikke påstå sammenhenger – pasienten må ev finne ut dette selv gjennom refleksjon
- Om pasienten er mottakelig, kan du forsøke deg med naturvitenskapelig forklaring (ja, det er gjerne det folk vil ha, men de blir sjelden friskere av det)

Pasienten forstår, men er uenig, jatter med eller argumenterer mot

- Jatter med...
 - Legg din observasjon på bordet: Si noe slikt: «...det virker som du ikke er enig med meg...»
 - Inviter hvis ikke umiddelbar respons: «La meg høre hva du tenker...»
 - Spør etter hvert: «Siden vi tenker veldig ulikt, ser du noen nytte i det jeg foreslår...?»
- Argumenterer mot
 - Viktigst her er å unngå å gå i forsvar, enten på vegne av deg selv eller vitenskapen – «saklig» argumentasjon når folk har det vanskelig har lett for å skape mer konflikt enn nødvendig
 - Si heller: «Ok, det er fint at du ser etter løsninger...» – avvent respons på denne typen «mini-ros»
 - Hold rolig fast på det du kan stå for faglig

Pasienten har klare forhåndsoppfatninger på tvers av behandlers anbefalinger

- Ikke kritiser pasienten for å ha andre oppfatninger, si heller noe slikt som «...Ok, det stemmer ikke med mine erfaringer/min kunnskap...»
- La pasienten snakke til de blir lei av at du lytter
- Spør så noe a la dette: «Vel, er du interessert i hva jeg tenker om dette?»

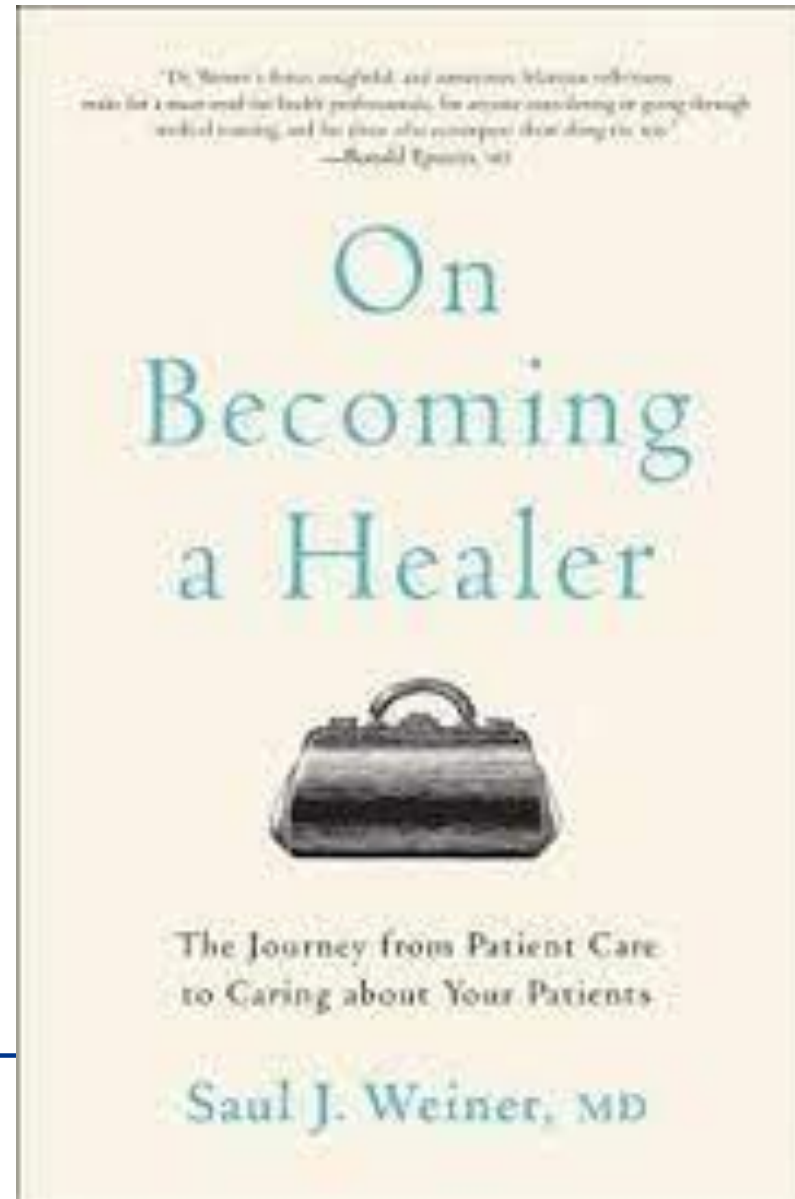
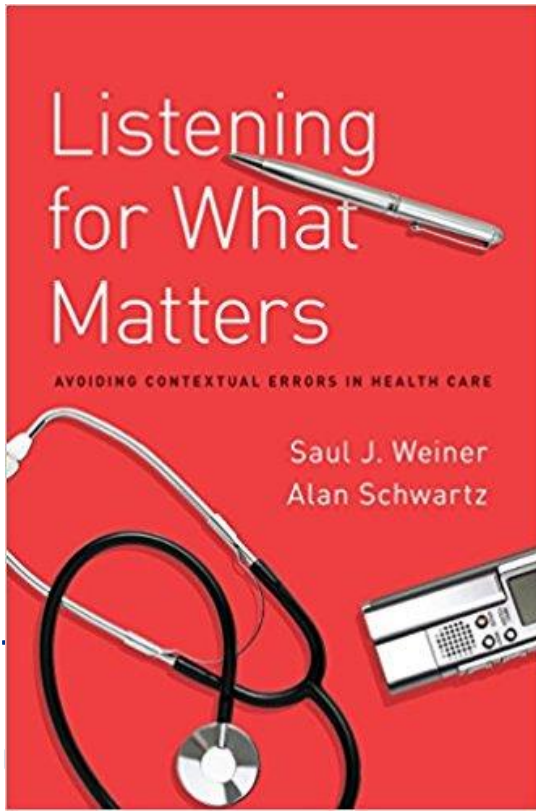
- Ikke gi behandling du ikke kan stå for faglig – det verste som kan skje er at pasienten blir misfornøyd eller klager på deg
- Det er likevel ikke det verste. Det verste er at pasienten fortsatt lider, men siden hen ikke er mottakelig så er det ikke din feil

Pasienten har få meninger, forventninger eller preferanser – hvordan få dem frem?

- Trygghet og invitasjon er viktig her
 - «Det er viktig for meg å forstå hva du tenker om disse smertene...»
 - «Hva har du lest eller hørt om hva som er mulig når det gjelder...»
- Mange er stillferdige og forsiktige
 - Det er en måte å være på, som bare er sånn, eller skyldes beskjedenhet, usikkerhet, erfaring med ikke å bli hørt eller tatt på alvor
 - Vær likevel oppmerksom på underliggende depresjon, slitenhet, oppgitthet
- Spør om hva de håper du kan gjøre
 - Lytt til forslag, om det kommer noen, og gjerne til du er sikker på at de er uttømt (tar tid)
 - Avvent egne synspunkter til du er sikker på at du har forstått personen og livssituasjonen
 - Spør om de kan være med på det du først tenker å foreslå

Behandler har ikke noe å tilby – hvordan kommunisere om det?

- Viktigst her:
 - **Hvordan føles det for deg?**
 - **Hvordan viser du empati?**



12 ELEMENTER I DET Å GJØRE GODT

Grunnregel 1

TA PAUSER

Grunnregel 2

REDUSER MAKTULIKHETEN

Grunnregel 3

SJEKK ANTAKELSENE DINE

Grunnregel 4

SKAP EN FØLELSE AV TILHØRIGHET

Grunnregel 5

UTFORSK TVETYDIGE SIGNALER

Grunnregel 6

ERKJENN EGEN OG ANDRES SÅRBARHET

Grunnregel 7

VÆR VENN MED USIKKERHET

Grunnregel 8

SKAP STRUKTUR

Grunnregel 9

SKREDDERSY INFORMASJON

Grunnregel 10

**VÆR
OPPMERKSOM PÅ
KOGNITIV
OVERBELASTNING**

Grunnregel 11

GJENSKAP AUTONOM KAPASITET

Grunnregel 12

**TILLAT DEG SELV
Å BLI BERØRT**

*Every person is a universe, conceived in a big bang,
growing ever since, a body of information, a body in-
formation.*

In every talk, see the stars, search for the dark matter.

Understand the powers, respect gravity and borders.

*When meeting patients, relatives, students, colleagues,
friends alike – be curious.*

Be compassionate. Be courageous. Be clear.

You will make a difference.

Go there.