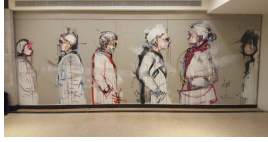


Profesjon eller person? - kommunikasjon i klinisk praksis



Delgado, 2014

Kjersti Grotmol og Tonje Lundeby
Forskere ved Regional kompetansetjeneste for lindrende behandling
HSØ og European Palliative Care Research Centre (PRC)
Ullevål, OUS

Hvilke forventninger har dere?



I dag

- Profesjonalisere kommunikasjon
- Struktur og avgrensning
- Følelser
- Depresjon
- Om å gi informasjon
- Samvalg

4

Kommunikasjon – hva tenker dere?

- Selvlært?
- Medfødt egenskap?
- Øker med erfaring?

- De fleste er selvlærte, og man antar at de erfarne er flinke.
- Man antar at de hyggelige er de flinke.
- En egenskap som man kan bli bedre på
- Mester-svenn kan bli problematisk om mesteren ikke er god.
- Kommunikasjon er noe profesjonelt. Hvorfor er det det?

Oslo universitetssykehus | Regional kompetansetjeneste for lindrende behandling (KLB), Helse Sør-Øst

5

Kommunikasjon er ikke en individuell stil

Kommunikasjon er profesjonell atferd!

Oslo universitetssykehus | Regional kompetansetjeneste for lindrende behandling (KLB), Helse Sør-Øst

6

Synet på kommunikasjon

- Ulik praksis - like holdninger (*Oken 1961, Novack 1978, Rogg 2010*)
- Man begrunner praksis med klinisk erfaring
 - Uavhengig av alder / erfaring (*Rogg 2010*)
- Forskningsresultater vil ikke påvirke holdningene
 - Bestemt av: personlige oppfatninger / følelser
- Leger anser kommunikasjon som noe privat (*Rogg 2010*)
 - Ikke profesjonalisert?
 - Myter florerer
 - Den eksepsjonelt flinke
 - Kvinner bedre enn menn
 - Kirurger dårlige

Oslo universitetssykehus | Regional kompetansetjeneste for lindrende behandling (KLB), Helse Sør-Øst

Hvordan forbedre kommunikasjon?

- **Motivasjon**
 - Forstå betydning av fleksibel kommunikasjon - empiri
 - Å ville bli bedre – FERDIGHET - trening
- **Refleksjon**
 - Hva får jeg til – hva kan forbedres?
 - Konkretiser – hvilke ferdigheter kan jeg forbedre - trene
- **Øvelse**
 - Observere andre: modellæring
 - Gruppeøvelser: tilbakemelding - observere andre – instruksjon & refleksjon
 - Videoopptak / lydopptak - instruksjon

Hva vet vi om dagens praksis?

- Vi ofte glemmer å hilse og presentere oss ordentlig
- At pasientene ofte avbrytes
- At vi stiller mange lukkede spørsmål
- At vi ofte unngår å spørre om vanskelige ting
- At vi føler at hvis vi snakker om noe vanskelig så må vi kunne "løse" det
- At pasienten ofte har tanker om årsaker og sammenhenger som vi ikke vet om, og som ikke er riktige



Hva vet vi om dagens praksis forts

- At man kan spørre om nesten hva som helst hvis man gjør det på en ok måte
- At vår IQ synker med mange poeng i en stress-situasjon
- At omtrent halvparten av palliative pasienter ikke vet at de ikke kan kureres (selv om de har blitt det fortalt)
- At man husker lite av informasjonsgivning i en konsultasjon
- At 90% av klagesaker i helsevesenet er grunnet dårlig kommunikasjon

Hvorfor er god kommunikasjon viktig?

- God relasjon - tillit
 - Tilfredshet
 - Bedre og mer nøyaktig informasjon - gi og få
 - Etterlevelse av råd – medisiner/trening etc
 - Andre utfallsmål som uro/angst/blodtrykk etc
 - Bedre diagnostikk – Avdekke depresjon f.eks
 - Respektfullt møte med et medmenneske
- Et gode for dere også?

Rammene for samtaler:

Struktur og avgrensning



Avgrensning

- Til dels utydelige rammer for sykepleiers kontakt med pasienten
- Tilsynelatende tilgjengelige hele tiden
- Alvorlige og viktige samtaler kan komme uforvarende

Er dette en problemstilling som dere kjenner dere igjen i?
Har dere strategier?

Hvordan få kontroll?

- Struktur bidrar til kontroll
- En måte oppnå struktur på er å snakke om at man snakker sammen
- **Du kan si**
- *Nå har jeg x lang tid, men om ikke vi får snakket om alt du ønsker i dag, kan vi avtale en ny tid*
- *Synes du at du har fått snakket om det du trengte i dag?*
- Avslutning er viktig
 - Oppsummere hva dere har snakket om
 - Avklare tiltak som evt. skal iverksettes
 - Skal det avtales en ny samtale?

Følelser



FØLELSER

- Hvordan utforske?
- Hvordan besvare?
- Når?

16

Hint

VIA 90AGS.COM

Oslo universitetssykehus | Regional kompetansetjeneste for lindrende behandling (KLB), Helse Sør-Øst

17

Hint

- Kan være bevisst eller ubevisst
- Kan være en test på om noe er ok å snakke om
- Kan bety at man ikke vil snakke om det
- Eksempler på hint om at pasienten kan være redd:
 - Usikkerhet - *Jeg lurer veldig på hvordan det går*
 - Forbehold - *Jo, det går vel i og for seg greit kanskje*
 - Metaforer - *Jeg føler meg spent som en buestreng*
 - Gjentakelser - *Som jeg sa, jeg har mye vondt i magen*
 - Hendelser - *Faren min døde av kreft i magen*

Oslo universitetssykehus | Regional kompetansetjeneste for lindrende behandling (KLB), Helse Sør-Øst

18

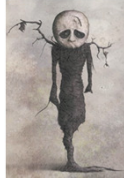
Hint film og oppgave

- Hvilke hint ga pasienten?
- Hvordan svarte legen?
- Var svaret adekvat?
- Var legen empatisk?

Oslo universitetssykehus

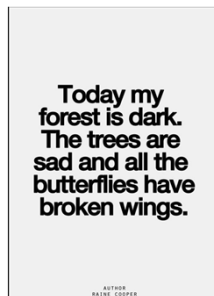
«Distanserende» teknikker fordi:

- Situasjonelle forhold?
- Manglende ferdigheter?
- Sykepleier kan frykte:
 - Å utløse sterke følelser
 - Å ødelegge pasient
 - Å få vanskelige spørsmål
 - Å bli for nær
 - Å bruke for mye tid



Oppskriften

1. Lytte
2. Fasilitere
3. Spørre mer direkte
4. Respondere



Lytte og fasilitere

- taushet
- nonverbale signaler (nikke, vise aktiv interesse)
- småord som viser at en følger med ("OK", "Akkurat")
- gjentakelse av nøkkelord, refleksjon
- oppmuntring, ros ("Så bra!")
- omformulering, parafisering

Spørre mer direkte/stille åpne spørsmål

22

Empati

Tre elementer i empati:

- Registrere at følelser formidles
- Bli berørt av disse følelsene
- Respondere

Empati - ivaretagelse - bry seg

Oslo universitetssykehus | Regional kompetansetjeneste for lindrende behandling (KLB), Helse Sør-Øst

23

Oppgave i grupper

- Gå sammen 3 og 3
- Les kasuistikkene på utdelte ark
- Kom med minst 3 konkrete formuleringer som er empatiske
- Diskuter hvorfor det er viktig å ta tak i følelsene
- Felles diskusjon om 10 minutter

Oslo universitetssykehus

24

Hva risikerer du ved å overse pasientens følelser?

Hvis du ikke åpner for følelser:

- Pasienten fortsetter å være urolig og redd
- Din informasjon når ikke fram
- Du oppdager ikke angst og depresjon

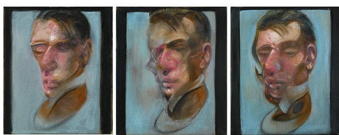
Hvis du ikke møter følelsene med en empatisk respons:

- Pasienten føler seg dårlig ivaretatt
- Etterlevelse av behandling kan bli dårligere
- Effekten av at du skaper en positiv effekt nøytraliseres

Oslo universitetssykehus | Regional kompetansetjeneste for lindrende behandling (KLB), Helse Sør-Øst

Pause 15 min

Depresjon



Bacon, 1980

Hvorfor depresjon?

Depresjon opptrer langt oftere hos pasienter med kreft enn i den generelle befolkningen (15% vs 5%)

Depresjon er forbundet med:

- Mer kroppslige plager
- Reduksjon av livskvalitet
- Lengre sykehusopphold
- Økt belastning for pårørende
- Ønske om å framskynde døden

Warrach et al, 2004; Mitchell et al, 2011; Li et al, 2011



PICASSO 1904

28

Hvorfor depresjon?


- Depresjon hos pasienter med kreft blir ofte ikke oppdaget av helsepersonell *Rayner et al, 2011*
- Alvorlighetsgraden underestimeres *Keller et al, 2000*
- Behandling igangsettes for sent *Brelin et al, 2015*

Oslo universitetssykehus | Regional kompetansetjeneste for lindrende behandling (KLB), Helse Sør-Øst

29

Hvorfor depresjon?

- Depresjon hos pasienter med kreft blir ofte ikke oppdaget av helsepersonell *Rayner et al, 2011*
- Alvorlighetsgraden underestimeres *Keller et al, 2000*
- Behandling igangsettes for sent *Brelin et al, 2015*
- Men behandling virker *Li et al, 2016*



Oslo universitetssykehus | Regional kompetansetjeneste for lindrende behandling (KLB), Helse Sør-Øst

30

Hva får dere til å mistenke at en pasient har en depresjon?

Oslo universitetssykehus | Regional kompetansetjeneste for lindrende behandling (KLB), Helse Sør-Øst

Diagnosekriterier for depresjon (DSM V)

1 Nedsatt stemningsleie

2 Gledesløshet



Diagnosekriterier for depresjon (DSM V)

1 Nedsatt stemningsleie

2 Gledesløshet

3 Selvbebreidelse/skyldfølelse



Diagnosekriterier for depresjon (DSM V)

1 Nedsatt stemningsleie

2 Gledesløshet

3 Selvbebreidelse/skyldfølelse

4 Tilbakevendende tanker om død/selv mord



Diagnosekriterier for depresjon (DSM V)

- 1 Nedsatt stemningsleie
- 2 Gledesløshet
- 3 Selvbekreidelse/skyldfølelse
- 4 Tilbakevendende tanker om død/selv mord
- 5 Psykomotorisk uro/retardasjon

Diagnosekriterier for depresjon (DSM V)

- 1 Nedsatt stemningsleie
- 2 Gledesløshet
- 3 Selvbekreidelse/skyldfølelse
- 4 Tilbakevendende tanker om død/selv mord
- 5 Psykomotorisk uro/retardasjon
- 6 Vekttap

Diagnosekriterier for depresjon (DSM V)

- 1 Nedsatt stemningsleie
- 2 Gledesløshet
- 3 Selvbekreidelse/skyldfølelse
- 4 Tilbakevendende tanker om død/selv mord
- 5 Psykomotorisk uro/retardasjon
- 6 Vekttap
- 7 Søvnvansker

Diagnosekriterier for depresjon (DSM V)

- 1 Nedsatt stemningsleie
- 2 Gledesløshet
- 3 Selvbekreidelse/skyldfølelse
- 4 Tilbakevendende tanker om død/selv mord
- 5 Psykomotorisk uro/retardasjon
- 6 Vekttap
- 7 Søvnvansker
- 8 Konsentrasjonsvansker

Diagnosekriterier for depresjon (DSM V)

- 1 Nedsatt stemningsleie
- 2 Gledesløshet
- 3 Selvbekreidelse/skyldfølelse
- 4 Tilbakevendende tanker om død/selv mord
- 5 Psykomotorisk uro/retardasjon
- 6 Vekttap
- 7 Søvnvansker
- 8 Konsentrasjonsvansker
- 9 Fatigue

Diagnosekriterier for depresjon (DSM V)

- Minst 5 av 9 kriterier tilstede siste 14 dager**
- 1 Nedsatt stemningsleie } & minst ett hovedkriterium må oppfylles
 - 2 Gledesløshet }
 - 3 Selvbekreidelse/skyldfølelse
 - 4 Tilbakevendende tanker om død/selv mord
 - 5 Psykomotorisk uro/retardasjon
 - 6 Vekttap
 - 7 Søvnvansker
 - 8 Konsentrasjonsvansker
 - 9 Fatigue

Diagnosekriterier for depresjon (DSM V)

Minst 5 av 9 kriterier tilstede siste 14 dager

1 Nedsatt stemningsleie } & minst ett hovedkriterium må oppfylles
2 Gledesløshet }

3 Selvbekreidelse/skyldfølelse

4 Tilbakevendende tanker om død/selv mord

5 Psykomotorisk uro/retardasjon

6 Vekttap

7 Søvnvansker

8 Konsentrasjonsvansker

9 Fatigue



Sorg og depresjon kan likne

Sorg og depresjon kan likne

Sorgen

Varierer i intensitet gjennom dagen og over tid

Depresjonen

Varierer lite i intensitet

Sorg og depresjon kan likne

Sorgen

Variere i intensitet gjennom dagen og over tid

Utløses gjerne av «triggere»

Depresjonen

Variere lite i intensitet

Lite påvirket av ytre endringer

Sorg og depresjon kan likne

Sorgen

Variere i intensitet gjennom dagen og over tid

Utløses gjerne av «triggere»

Liten (eller ingen) funksjonsnedsettelse

Depresjonen

Variere lite i intensitet

Lite påvirket av ytre endringer

Noe eller betydelig funksjonsnedsettelse

Sorg og depresjon kan likne

Sorgen

Variere i intensitet gjennom dagen og over tid

Utløses gjerne av «triggere»

Liten (eller ingen) funksjonsnedsettelse

Reduseres gjerne i intensitet med tiden

Depresjonen

Variere lite i intensitet

Lite påvirket av ytre endringer

Noe eller betydelig funksjonsnedsettelse

Intensitet reduseres vanligvis ikke uten behandling

Hvordan framstår en person som er deprimert?

- Mimikkfattig
- Tom i blikket, lite eller ustabil øyekontakt
- Snakker lavt og langsomt
- Vanskelig å mobilisere
- "Vender rompa til verden"
- Likegyldig



Picasso 1904

oppgave



Kan du komme på en pasient du har hatt som du har mistenkt at er deprimert?

Hvordan håndterte du det?

Spør gjerne om dette for å avdekke depresjon:

Hvordan er humøret ditt?

Kan du kjenne glede over å gjøre ting som du har pleid å glede deg over?

Hvordan har du det oppi alt dette?

Hvordan påvirker sykdommen deg?

Jeg ser at du har krysset x på spørsmålet om y på ESAS.

Kan du fortelle litt mer om det?

Jeg får et inntrykk av at dette plager deg. Kan du si litt mer om det?

Har du tenkt på at du kan være deprimert?

Om pasienten er deprimert

- Formidle at pasienten ikke er alene
- Normalisere ved å formidle at dette er vanlig, men like fullt alvorlig
- Mange kan føle seg skamfulle, at de er svake og ikke mestrer
- God informasjon til pasient og pårørende



Picasso 1904

Hvordan møte pasienten der den er?



Å gi informasjon

- Vi overvurderer hvor mye pasient får med seg av det som formidles
- Pasienten kan ha misoppfatninger om sykdom, prognose og behandling
- I krise opplever man sterk følelse av å miste kontroll
- Kan lindre kontrolltap og styrke mestring ved å gi informasjon som pasienten forstår

52

LYTT - FORTELL - LYTT

SJEKK ALLTID FORSTÅELEN FØR DU INFORMERER

For å være sikre på at vi har en felles forståelse, kan du fortelle meg hva legene har fortalt deg?

Hva er du blitt fortalt om «...»?

Hva trenger du å vite?

 Regional kompetansetjeneste for lindrende behandling (KLB), Helse Sør-Øst

53

LYTT - FORTELL - LYTT

1 FORENKLE
 Jo mer informasjon som gis, dess mindre huskes
 Snakk til en ungdomsskoleelev

2 STRUKTURER
 Få og tydelige informasjonsenheter
 Hovedpunkt først, deretter detaljer

3 ENGASJER
 Følg med på pasientens reaksjoner
 Gi rom for avbrytelser

 Regional kompetansetjeneste for lindrende behandling (KLB), Helse Sør-Øst

54

LYTT - FORTELL - LYTT

SJEKK FORSTÅELEN ETTER AT DU HAR GITT INFORMASJON

Er det noe av det vi har snakket om som jeg skal gjenta, mye av dette er jo ganske komplisert?

Hva kommer du til å fortelle XX når du kommer hjem i dag?

Nå vet jeg ikke om jeg fikk forklart dette på en tydelig nok måte, kan du fortelle hva du sitter igjen med?

Hva tar du med deg fra samtalen vår?

 Regional kompetansetjeneste for lindrende behandling (KLB), Helse Sør-Øst

Hva synes dere om informasjonsgivingen i dette klippet?



Pause 15 min

SAMVALG
Shared decision-making



Definisjon av SAMVALG

«Helsepersonell og pasient deler den beste, tilgjengelige kunnskap når beslutninger skal tas, og pasienten støttes i å vurdere ulike alternativer, for å kunne ta et informert valg»



Elwyn et al., til norsk av Nylenna, 2015

Vi vet at...

- Samvalg ikke er gjengs praksis (*Gulbrandsen et al, 2012*)
- En stadig større andel av pasientene ønsker å ta del i beslutninger
- Kun 34-42% av kreftpasientene involveres i beslutninger om behandling i den grad de ønsker (*Chen et al, 2017*)
- Få sykepleiere og leger får opplæring i samvalg
- Samvalg kan bla.a. bidra til økt livskvalitet, valg i tråd med egne ønsker, mindre «kvaler» i ettertid

Fire skritt i samvalgsprosessen Etter Stiggelbout et al., 2015

1. Helsepersonell informerer pasienten om at en beslutning må tas
2. Helsepersonell forklarer pasienten hvilke opsjoner som foreligger OG fordeler og ulemper ved hver
3. Helsepersonell og pasient diskuterer pasientens preferanser og hva som er viktig for pasienten
4. Helsepersonell (og pasient) fatter beslutning og drøfter eventuell oppfølging



Utforsk pasientperspektivet

- Helsepersonell er ikke så gode til å gjette hva som er viktig for den enkelte *(Bruera et al, 2001)*
- Ikke bare hente frem, men oppmuntre til overveielse
- Pasienter underdriver egen kompetanse *(Joseph-Williams, 2014)*
- ..og trenger støtte *(Brown, 2002)*

Rollespill

- Gå i grupper
- Finn et sted å sitte ute i gangen
- Velg en sykepleier og en pasient
- Rollespill kasusene og bruk de 4 trinnene i samvalgpros.
- Bli enige om gode formuleringer
- Diskuter hva som ble gjort **bra** – Noter!
- Vi går rundt og veileder dere
- Felles diskusjon om 20 minutter

Tema vi har snakket om:

- Hint
- Empati
- Depresjon
- Lytt-fortell-lytt
- Samvalg

Kommunikasjon er ikke en individuell stil - men en profesjonell atferd!

Anbefalt litteratur

- Nordisk lærebok i palliasjon, 3. utgave 2016
Kap 15 *Praktisk klinisk kommunikasjon*
Kap 36 *Angst & depresjon*
- <http://vitaltalk.org/topics/nurses-role/>
- Stiggelbout et al, 2015





Oslo universitetssykehus eies av Helse Sør-Øst og består av de tidligere helseforetakene Aker universitetssykehus, Rikshospitalet (inkl. Radiumhospitalet) og Ullevål universitetssykehus. Oslo universitetssykehus leverer spesialisthelsetjenester og ivaretar både lands-, regions- og lokalfunksjoner. Sykehuset er landets største med over 20 000 ansatte og har et budsjett på 18 milliarder kroner. Oslo universitetssykehus står for en betydelig andel av medisinsk forskning og utdanning av helsepersonell i Norge.