



# 4 gode vaner

## Kommunikasjon som verktøy i klinisk hverdag

Kurs for leger i klinisk kommunikasjon

# Program dag 1

- 09.00 Velkommen, introduksjon og forventningsavklaring
- 10.00 Første gode vane. Introduksjon i plenum
- 10.30 Pause
- 10.45 Første gode vane. Trening i grupper
- 12.00 Første gode vane. Diskusjon i plenum av gruppeerfaringer
- 12.15 Lunsj
- 13.00 Andre gode vane. Intro i plenum
- 13.15 Andre gode vane. Trening i grupper
- 14.30 Pause
- 15.00 Andre gode vane. Diskusjon i plenum av gruppeerfaringer
- 15.15 Introduksjon til vane 3
- 16.00 Slutt første dag

# Program dag 2

- 09.00 Erfaringer fra i går
- 09.15 Tredje gode vane. Intro i plenum
- 09.30 Tredje gode vane. Trening i grupper.
- 10.45 Pause
- 11.00 Tredje gode vane. Diskusjon i plenum av gruppeerfaringer
- 11.15 Fjerde gode vane: Intro i plenum
- 11.45 Lunsj
- 12.30 Fjerde gode vane. Trening i grupper
- 13.45 Fjerde gode vane. Diskusjon i plenum av gruppeerfaringer
- 14.00 Pause
- 14.15 Hva vil jeg gjennomføre av det jeg har lært? Smågruppene.
- 15.15 Oppsummering.
- 16.00 Slutt

# Presentasjon & forventningsavklaring

---



# Praktisk informasjon

---

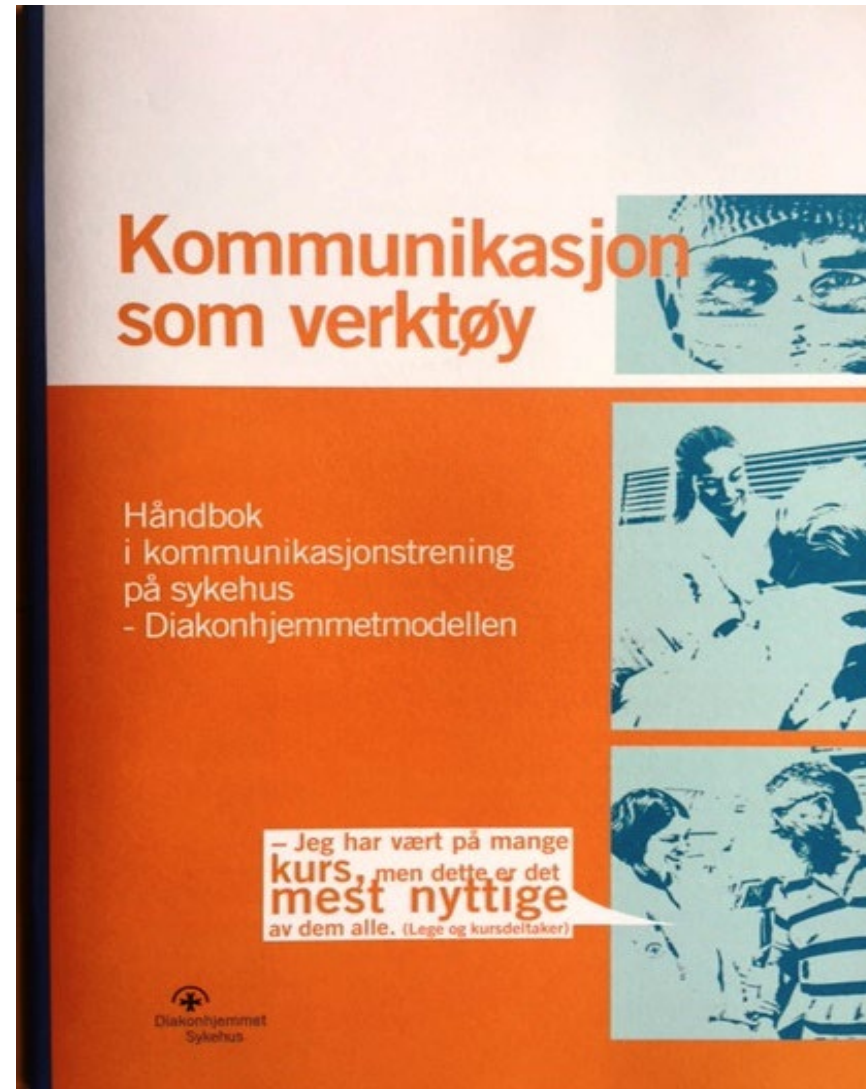


# Fire gode vaner

---

- Konsept utviklet av Kaiser Permanente/USA
  - Richard M. Frankel
- Testet ut i Norge i et stort prosjekt på AHUS
  - Prosjektleder: Pål Gulbrandsen
  - Samarbeid mellom Gulbrandsens gruppe på AHUS og Finsets gruppe ved Universitetet i Oslo

# Diakonhjemmetmodellen



# Kommunikasjonsprogrammet

## Fire gode vaner

**Målgruppe:** Alle som arbeider med pasienter

Gjennomføres innen to år etter ansettelse

Praktiske problemstillinger tilpasset profesjon eller enhet. Hovedvekt på ferdighetstrening

2 dager

## Kommunikasjonskurs á la Carte

**Målgruppe:** Avdelinger, enheter, profesjonsgrupper Gjennomføres etter vurdering av behov og interesse

### Aktuelle tema:

- Den vanskelige samtalen
- Teamarbeid og tverrfaglig samarbeid
- Snakk om døden

Elektronisk kommunikasjon

- Taushetsplikten sett fra pasientens perspektiv

1 time → 1 dag

# Fire gode vaner

---

Vane 1 Invester i begynnelsen

Vane 2 Utforsk pasientperspektivet

Vane 3 Vis empati

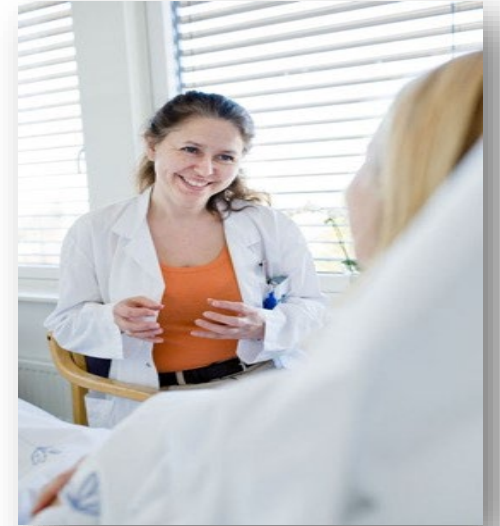
Vane 4 Invester i avslutningen



# Vane 1 Invester i begynnelsen

---

- Etablér god kontakt tidlig
- Få oversikt over hva pasienten har på hjertet
- Planlegg konsultasjonen/ sykehusoppholdet/ dagen/ behandlingsplan sammen med pasienten



# Vane 2 Utforsk pasientperspektivet

---

- Utforsk pasientens forståelse
- Sjekk pasientens forventninger
- Få fram sammenhengen mellom tilstand og dagligliv



# Vane 3 Vis empati

---

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



# Vane 4 Invester i avslutningen

---

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



# Oversikt over vanene

	Det aktuelle medisinske	Pasienten
Innledning	Vane 1	Vane 3
Informasjonsinnhenting	Vane 2	
Oppsummering	Vane 4	

# Hvorfor kommunikasjonstrening?

- Helsepersonells kommunikasjonsatferd kan ha betydning blant annet for:
- Pasienttilfredshet
- Etterlevelse
- Klagesaker
- Ressursbruk
- Behandlingsresultatet



Oversikt: kapittel 7 i Skreddersydde samtaler

# Vane 1

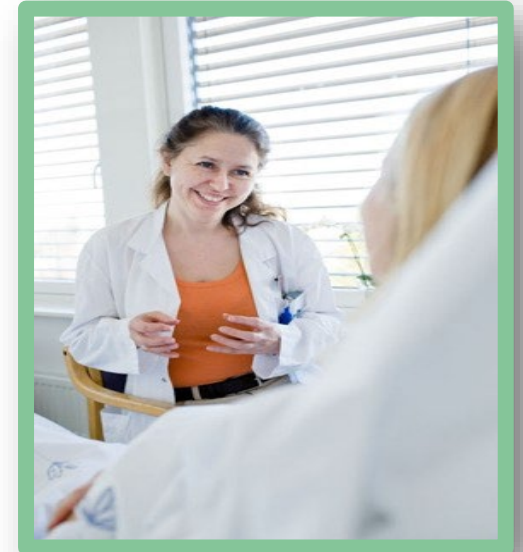
## Invester i begynnelsen



# Vane 1 Invester i begynnelsen

---

- Etablér god kontakt tidlig
- Få oversikt over hva pasienten har på hjertet
- Planlegg konsultasjonen/ sykehusoppholdet/ dagen/ behandlingsplan sammen med pasienten





# Etabler god kontakt (1)

---

- Hils vennlig, si hvem du er til alle i rommet
- Om du er forsinket, beklag det kort\_uten å tvære det ut.
- Vis at du kjenner pasienten eller vet hvem han/hun er
  - Vise til tidligere kontakt
  - Hvordan har pasienten hatt det siden sist

# Etabler god kontakt (2)

---

- Vis interesse for at pasienten føler seg vel
- Hvis det er naturlig, kan du starte med en liten ikke-medisinsk kommentar eller spørsmål, noe knyttet til været, adkomst, hva som helst, aldeles kort og likevel langt nok til at pasienten slapper av
- Forsøk å tilpasse deg til å samtale med denne pasienten
  - tempo
  - din kroppsstilling
  - språk

# Få oversikt over hva pasienten har på hjertet

---

- Ved konsultasjoner i sykehus er agendaen ofte gitt (henvisning, kontroll etc.)

Det er likevel bra å starte med åpne spørsmål:

*«Nå er du inne på sykehuset for å ..., men det er fint om du forteller meg med egne ord om....»*

- Lytt til pasienten uten å avbryte første utsagn, la ham/henne fortelle sin historie
- Oppmuntre pasienten til å si hva han/hun venter å få tatt opp

# Planlegg konsultasjonen sammen med pasienten

---

- Oppsummer og sjekk at du har forstått pasientens anliggende riktig
- Forklar hva du har tenkt å gjøre, planlegg sammen med pasienten
- Om du må prioritere noe og velge noe annet vekk, sjekk med pasienten at det er OK

*«Har jeg forstått deg riktig når ... er det viktigste for deg i dag, og .... Jeg foreslår da at vi gjør ..... og ....., og så tar vi ev. ....om vi rekker det. Er det OK?»*

# Gevinster ved vane 1

---

- En god atmosfære
- Legger et grunnlag for pasienttilfredshet
- Raskere tilgang til pasientens oppfatning av situasjonen
- Legger grunnlaget for mer presis observasjon
- Reduserer forekomst av ”dørhåndtaksyndromet”
- Reduserer konfliktpotensialet

# Hva du risikerer ved en dårlig start

---

Hvis du slurver med kontaktetableringen

- Pasienten får et dårlig førsteinntrykk, kan bli irritert
- Pasienten kan ha vært nervøs, blir mer anspent etter hvert

Hvis du ikke kartlegger hva pasienten har på hjertet

- Du kan gå glipp av hva pasienten ønsker å ta opp
- Pasienten kan ha misforstått

Hvis du ikke planlegger konsultasjonen

- Det kan komme overraskelser underveis

# Hva vet vi om betydningen av å få en god start (vane 1)?

God kontaktetablering gir økt pasienttilfredshet  
Pasienten er fornøyd når

- legen hilser med et håndtrykk

(Makoul et al., 2007)

- legen åpner konsultasjonen med en høflig og respektfull holdning

(Wallace et al., 2009)

- legen slår tonen an med ørlite grann «small talk» når konsultasjonen starter

(Eide et al., 2003)

# Hva vet vi om betydningen av å få en god start (vane 1)?

- God planlegging av timen
  - ... er assosiert med økt pasienttilfredshet  
(Mauksch et al. 2008)
  - ...forebygger at pasienten tar opp uløste anliggende på slutten av timen  
(White et al., 1994)
  - ...fremmer felles forståelse mellom lege og pasient  
(Dyche & Swiderski, 2005)



# Demonstrasjon vane 1

# Ferdighetstrening vane 1

# LUNSJ



# Vane 2

## Utforsk pasientperspektivet



# Vane 2 Utforsk pasientperspektivet

---

- Utforsk pasientens forståelse
- Sjekk pasientens forventninger
- Få fram sammenhengen mellom tilstand og dagligliv



# Vane 2 som del av informasjonsinnhenting

---

- Etter innledningen av konsultasjonen informasjonsinnhenting på vanlig måte
  - Sykehistorie
  - Det aktuelle
  - Somatisk undersøkelse / prosedyre

Vane 2 representerer en integrert del av samtalen om sykehistorie og det aktuelle

# Utforsk pasientens forståelse

---

I forbindelse med kartlegging av symptomer

- *«Hvilke tanker har du gjort deg om dette?»*
- *«Hva har du tenkt at disse symptomene kan skyldes?»*
- *«Hva sier kona di/barna dine da?»*
- *«Hva har du gjort så langt for å lindre disse plagene?»*

I forbindelse med diskusjon rundt mulig eller kjent diagnose

- *«Hva har du hørt om denne diagnosen/tilstanden?»*
- *«Hva vet du om denne diagnosen/tilstanden?»*

# Sjekk pasientens forventninger

---

- Dette handler ikke om agendaen (vane 1)
- Her tenker vi mer på *forventninger* om hva sykdommen betyr og innebærer, og hva som kan gjøres med den på kort og lang sikt
  - «*Hva bekymrer deg mest med dette?*»
  - «*Gruer du deg?*»
  - «*Er det noe du tenker på, som kan være litt vanskelig å si?*»
  - «*Hva håper du vi kan få til?*»
  - «*Hva håper du jeg kan gjøre for å redusere ubehag under undersøkelsen?*»



# Få frem sammenhengen mellom tilstand og dagligliv

---

Det som har skjedd tidligere og livet slik det er nå, påvirker pasientens tilstand og hvordan den uttrykkes. Tilstanden kan også få konsekvenser fremover.

- *«Ser du noen mulig sammenheng mellom livssituasjonen din/noe som nylig har skjedd/etc. og disse symptomene?»*
- *«Slik du har det nå, hvordan påvirker det dagliglivet ditt?»*

# Gevinster ved vane 2

---

- Bringer skjulte agendaer og nøkkelinformasjon frem i lyset
- Gjør det lettere å oppdage depresjon eller angst
- Fremmer respekt for mangfold og ulikhet
- Gir deg gode innfallsvinkler til informasjonen du skal gi senere i konsultasjonen

# Hva du risikerer ved å ignorere pasientperspektivet?

---

## *Hvis du ikke spør om pasientens forestillinger og følelsesmessige bekymringer*

- Du går glipp av informasjon som er nyttig når du skal informere om diagnose og behandling
- Du går glipp av eventuelle skjulte agendaer

## *Hvis du ikke kartlegger forventninger?*

- Du kan gå glipp av hva pasienten forventer av timen

## *Hvis du ikke klarlegger følgene av sykdommen?*

- Du går glipp av relevant informasjon som kan være barriere for etterlevelse

# Hva vet vi om betydningen av å utforske pasientens perspektiv (vane 2)?

- Å utforske pasientens perspektiv ...  
...er assosiert med større pasienttilfredshet

Lang et al. (2002) fant at pasienten var mer tilfreds og opplevde at de hadde fått mer tid når legene utforsket pasientens perspektiv sammenliknet med når de ikke gjorde det, selv om konsultasjonene var like lange

# Hva vet vi om betydningen av å utforske pasientens perspektiv (vane 2)?

- Leger uten klagesaker utforsket pasientens perspektiv mer og involverte pasienten i konsultasjonen mer (Levinson et al. 1997)

# Ferdighetstrening vane 2

Pause

---



# Plenumsdrøfting vane 2



# Introduksjon til Vane 3

## Vis empati





SIEMENS



Doktorzentrum  
Sykehus



# Introduksjon til Vane 3 Vis empati

---

- Hvilke følelser er mest utfordrende for deg i møte med pasienter?

**Takk for i dag og  
velkommen i  
morgen!**



Diakonhjemmet  
Sykehus

# Dag 2

---



# Program dag 2

---

09.00	Erfaringer fra i går. Plenum
09.15	Tredje gode vane. Intro i plenum.
09.30	Tredje gode vane. Trening i grupper.
10.45	Pause
11.00	Tredje gode vane. Diskusjon i plenum av gruppeerfaringer
11.15	Fjerde gode vane: Intro i plenum.
11.45	Lunsj
12.30	Fjerde gode vane. Trening i grupper.
13.45	Fjerde gode vane. Diskusjon i plenum av gruppeerfaringer
14.00	Pause
14.15	Hva vil jeg gjennomføre av det jeg har lært? Smågruppene.
15.15	Oppsummering, gjennomgang av erfaringer. Planer for oppfølging.
16.00	Slutt

# Vane 3

## Vis empati





# Vane 3 Vis empati

---

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



# Tre elementer i empati

---

- **Registrere** at den annen part faktisk formidler følelser
  - observere den andre
- **Selv** kunne bli **berørt** av disse følelsene
  - være til stede med den andre, åpne opp for å bli berørt
- **Respondere** i forhold til den annen parts følelser
  - formidle til den andre at budskapet er mottatt
  - formidle akseptering, respekt og støtte
  - noen ganger reflektere og utdype budskapet

# Følelser

---

- Følelser er alltid til stede i en eller annen grad
- Ubehagelige (negative) følelser vil ofte ikke eksponeres
- Følelser som ikke er bagatellmessige vil hindre
  - Kommunikasjonen
  - Hukommelsen
- Derfor må slike følelser ivaretas først – og det er der empati kommer inn

# Være åpen for pasientens følelser

---

- Oppmuntre til å ta opp følelser når det er aktuelt
- Lytte etter verbale og nonverbale hint som empatiske muligheter

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*
- **Nøling** - *Eh.....*
- **Metaforer** - *Batteriet er utladet*
- **Gjentakelser** - *Som jeg sa, jeg har mye vondt i magen*
- **Hendelser** - *Faren min døde av kreft i magen*

# Hvordan svare på hint?

---

- Når vi hører et hint, hvordan kan vi hjelpe pasienten til å sette mer tydelige ord på hintet?
- En åpenbar mulighet (jfr. vane 2): et direkte, åpent spørsmål: «Hva er du mest bekymret for?»
- *Direkte spørsmål* er noen ganger viktig, men kan av og til gjøre at pasienten trekker seg
- *Fasiliterende* kommunikasjon kan noen ganger være nødvendig

# Eksempler på fasilitering

---

- Skru ned tempoet, gi pasienten rom for å uttrykke seg
  - Stillhet, kort pause
  - Nonverbale signaler og oppmuntringer
  - God blikk-kontakt
  - Småord som viser at du følger med
- Oppmuntre pasienten til å uttrykke seg
  - Parafrasering, reformulering (men ikke mekanisk gjentakelse)
  - Reflektere eller speile følelser
  - Sammenfatte, oppsummere og så spørre

# Gi tydelig uttrykk for empati

---

- Anerkjenn pasientens uttrykk for bekymring eller andre følelser
- Dette krever både tilstedeværelse og ferdighet (jfr. definisjon av empati)

## Eksempler på utsagn:

- Anerkjennelse «*Dette høres ikke greit ut*»
- Sette navn på følelsen «*Fortvilet og redd, sier du*»
- Påpekning «*Jeg ser at du blir berørt av dette*»
- Legitimering «*Det er ikke så rart at du opplever det slik*»
- Støtte «*Dette vil jeg gjerne hjelpe deg med*»
- Partnerskap «*La oss se om vi sammen kan ...*»
- Ros «*Så fint at du tar opp dette*»

*Viktig å finne ditt eget uttrykk!*

# Vis empati nonverbalt

---

- Øyeblikkontakt
- Kroppsholdning
- Ansiktsuttrykk
- Stemme
- Aktivt uttrykk for oppmerksomhet
- Berøring?



# Vær oppmerksom på dine egne reaksjoner

---

- Når vi snakker med pasienten om følelser, kan vi selv bli emosjonelt berørt. Hva gjør vi med det?
- *Anerkjenne følelsene overfor oss selv*
- *Noen ganger formidle egne følelser til pasienten. Når? Hvordan?*
- *Bruke vår innsikt om egne følelser til å regulere følelsene våre i møtet med pasienten*
- *Ta opp våre reaksjoner i kollegial veiledning*
- Feller vi kan komme til å gå i
  - undertrykke følelsene
  - bli overveldet av følelsene

# Gevinster ved vane 3

---

- Bygger tillit
- Legger grunnlag for mer presis diagnostisk informasjon
- Styrker etterlevelse
- Gjør det lettere å sette grenser

# Hva du risikerer 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 de følelsene som kommer med en empatisk respons*

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

# Forskning om følelser og bekymringer

---

- Svært ofte starter formidlingen av hva som er emosjonelt viktig med et lite hint
- Svært ofte blir dette hintet oversett
- Det er vanligvis få hint og bekymringer i medisinske konsultasjoner
  - 1-2-3 per konsultasjon, opptil 6-7
  - Antall hint bestemmes både av
    - trekk ved pasienten (engstelse, depresjon)
    - trekk ved legens kommunikasjonsstil
- Noen ganger ser vi en opptrapping, der hintet formidles et hakk sterkere for hver gang legen overser det

# Hva vet vi om betydningen av vise empati (vane 3)?

I en forskningsoppsummering fra 2012 ble det konkludert med positive sammenhenger mellom empati og...

- ... pasienttilfredshet og etterlevelse
- ... mindre depresjon og bedre livskvalitet
- ... bedre mestring av egen sykdom

(Neumann et al., 2012)

# Hva vet vi om betydningen av å vise empati (vane 3)?

Empatisk kommunikasjon kan påvirke fysiologiske sykdomsparametre

- Lavere forekomst av metabolske komplikasjoner ved diabetes

(Del Canale, 2012)

- Bedre blodsukkerverdier ved diabetes

(Hojat et al., 2011)

- Mindre alvorlighetsgrad og kortere varighet av forkjølelse, positive endringer av IL-8 og neutrofiler

(Rakel et al., 2011)

# Ferdighetstrening vane 3

Pause

---





# Plenumsdrøfting vane 3

# Vane 4

## Invester i avslutningen



# Vane 4 Invester i avslutningen

---

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



# Mye forskning om betydning av informasjon

---

I en rekke undersøkelser er god informasjon knyttet til:

- Tilfredshet
- Etterlevelse
- Godt behandlingsresultat

# Ta ut gevinsten av å ha gjennomført vane 1-3:

---

- De tre første vanene danner grunnlaget for å ”nå” pasienten slik at dere sammen kan spille på lag for best mulig helse
- Særlig viktig er dette der:
  - en dårlig nyhet skal gis (NB! Hvis du vet du har dårlige nyheter, kan du ikke bruke lang tid på vane 1-2-3, du må relativt hurtig rett på sak)
  - ved sykdommer der pasientens egenmedvirkning er spesielt viktig for et godt resultat (kroniske sykdommer og livsstilssykdommer)
- Da må man på forhånd ha oppnådd god kontakt og avklart ”hvor pasienten er”

# Gi diagnostisk og annen relevant informasjon

---

- Gi informasjon med utgangspunkt i det du vet om pasientens egen forståelse
- Forklar tydelig, bruk lite sjargong
- Prioriter hva du vil si
- Gi tid til å fordøye informasjon
- Gjør informasjonsgivin til en to-veis prosess
- Sjekk at pasienten har forstått

# Å gi støtte ved dårlige nyheter

---

Sørg for å ha et skjermet sted og nok tid

Sjekk kort ut pasientens egen forståelse

Gi et signal om at det er dårlige nyheter

Tilbake til pasientperspektivet:

- Gi pasienten tid og mulighet for å gi uttrykk for egne reaksjoner og følelser
- Vær empatisk
- Gi realistisk håp

Inviter med pårørende der det er mulig / ønskelig

Sørg for oppfølging

# Fremme læring og mestring

---

Forklar *begrunnelsen* for prøver og behandling

Forklar mulige *bivirkninger* og forventet utvikling

Gi *skriftlig* informasjon, vis til kilder som *pasienten kan oppsøke selv*

Gjør pasientens egne ressurser, mestring, motivasjon og atferdsendringer til temaer

Sjekk hva som påvirker plager og livssituasjon

Motiver pasienten til livsstilsendringer



# Samvalg: Involver pasienten i beslutninger (shared decision making)

Dele  
kunnskap

Vurdere  
alternativer

Ta informert  
valg

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

# Pasient- og brukerrettighetsloven

---

Vurdere  
alter-  
nativer

## § 3-1, første ledd

- Pasient og bruker har rett til å medvirke ved gjennomføring av helse- og omsorgstjenester. Pasienten har herunder rett til å medvirke ved valg mellom tilgjengelige og forsvarlige undersøkelses- og behandlingsmetoder. Medvirkningens form skal tilpasses den enkeltes evne til å gi og motta informasjon.

Ta  
infor-  
mert  
valg

## § 3-2, første ledd

- Pasienten skal ha den informasjon som er nødvendig for å få innsikt i sin helsetilstand og innholdet i helsehjelpen. Pasienten skal også informeres om mulige risikoer og bivirkninger.

## • § 3-5, første og annet ledd

- Informasjonen skal være tilpasset mottakerens individuelle forutsetninger, som alder, modenhet, erfaring og kultur- og språkbakgrunn. Informasjonen skal gis på en hensynsfull måte.
- Personellet skal så langt som mulig sikre seg at mottakeren har forstått innholdet og betydningen av opplysningene.

Dele  
kunn-  
skap

# Fire elementer i samvalgsprosessen

Etter Stiggelbout et al., 2015

Legen informerer pasienten om at en beslutning må tas

Dele  
kunnskap



Vurdere  
alternativer



Ta informert  
valg

Legen forklarer pasienten hvilke muligheter som foreligger, fordeler og ulemper

Lege og pasient diskuterer pasientens preferanser og hva som er viktig for pasienten.

Lege (og pasient) fatter beslutning og drøfter eventuell oppfølging

# The Three-Talk Model (Elwyn et al)

## Team talk

Invitere pasienten til en diskusjon og forklare hvorfor

## Option talk

Vise frem alternativene og lytte til hva pasienten tenker om dem

## Decision talk

Diskutere seg frem til hva som er den beste løsningen for denne pasienten i denne situasjonen

Modellen er IKKE lineær – og kan foregå over flere samtaler

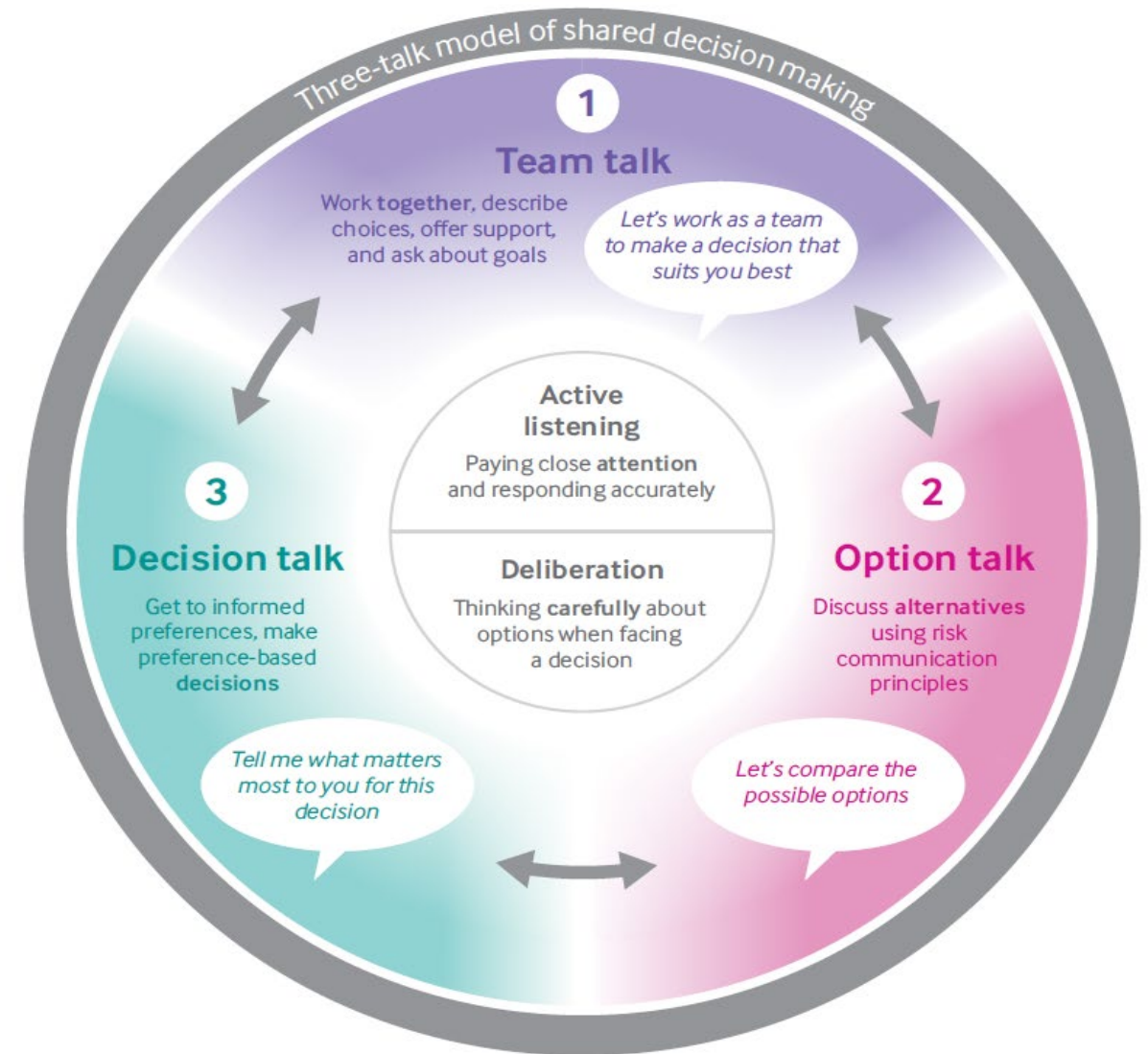


Fig 3 | Three-talk model of shared decision making, 2017

# Andre samvalgsmodeller

## 6 steg til samvalg (Norge)

- Jürgen Kasper og Simone Kienlin er sentrale utviklere
- Samvalgssenteret ved UNN er også en viktig aktør
- Modellen er ikke i konflikt med Three Talk Model
- Læringsmateriellet er spesialtilpasset ulike profesjoner og oppgaver

## Andre modeller dominerer Internasjonalt

- Stiggelbouts modell, som har 4 punkter
- Elwyns Three Talk Model, som imidlertid er videreutviklet fra en modell med flere punkter

# Involvér pasienten i beslutninger

---

- Diskuter mål for behandling
- Diskuter muligheter og lytt til pasientens preferanser
- Vurder pasientens evne til og motivasjon for å gjennomføre behandling
  - Er behandlingen akseptabel for pasienten?
- Er det barrierer for gjennomføring?
- Sett grenser for hva som er realistisk

# Avslutt og sjekk ut på en ryddig måte

---

- Oppsummer hovedpunktene i samtalen
- Sjekk om pasienten har flere spørsmål
- Evaluer samtalen
- Ha en klar plan for oppfølging (har pasienten nok informasjon om hva som skal skje når og hvem som skal sørge for det?)
- Vennlig avslutning

# Gevinster ved vane 4

---

- Fremmer potensialet for samarbeid
- Fremmer etterlevelse
- Fremmer behandlingsresultatet
- Reduserer behovet for nye timer/samtaler
- Oppmuntret til egenmestring

*Den fjerde vanen tar tid – og må ofte gjennomføres i flere omganger (konsultasjoner)*



# Hva du risikerer ved en dårlig avslutning

---

## *Hvis du slurver med informasjonen*

Pasienten vet ikke eller husker ikke hva som er sagt

## *Hvis du ikke involverer pasienten*

Pasienten får en behandling han/hun ikke er motivert for eller ikke skjønner hvorfor blir gitt

## *Hvis du ikke sjekker ut på en god måte*

Oppfølgingen kan bli hengende i lufta

*Etter å ha gitt en dårlig nyhet kan du etterlate pasienten i en krise – med fare for liv og helse hvis du ikke sjekker ut på en god måte og sørger for oppfølging*

# Hva vet vi om betydningen av å gi medisinsk informasjon (vane 4)?

Eksempler fra forskningen om effekt av informasjon:

Informasjon og pasienttilfredshet

- Størst tilfredshet med informasjonen ved pasientsentrert kommunikasjon og når legen blir opplevd som kunnskapsrik  
(Mallinger et al., 2005)

# Hva vet vi om betydningen av å gi medisinsk informasjon (vane 4)?

## Informasjon og etterlevelse

- Best etterlevelse når legen gir god informasjon og samtidig engasjerer pasienten aktivt i samtale om informasjonen  
(Tan et al., 2012)

## Informasjon og behandlingsresultat

- God informasjon assosiert med selvrapportert symptombedring, redusert bruk av helsetjenester og bedre blodsukkernivåer hos diabetespasienter  
(Kaplan et al., 1989)

# LUNSJ



# Ferdighetstrening vane 4

Pause

---

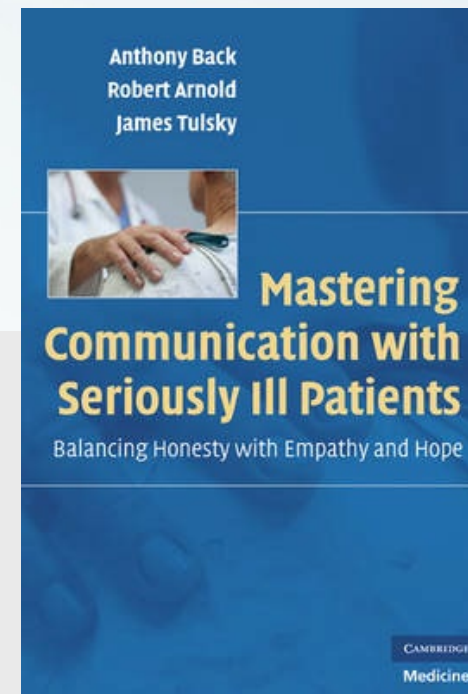
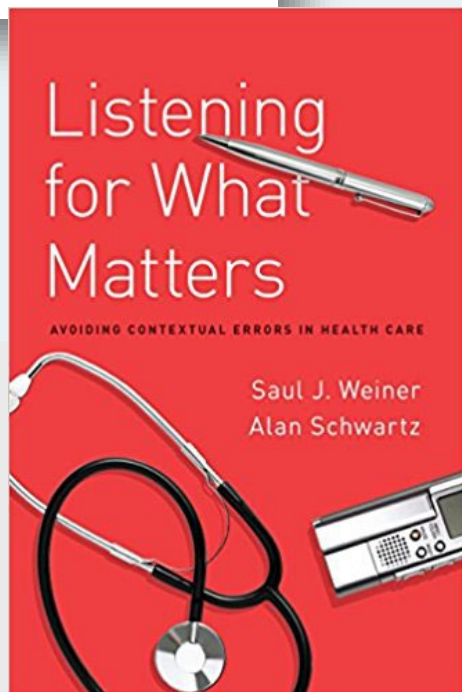
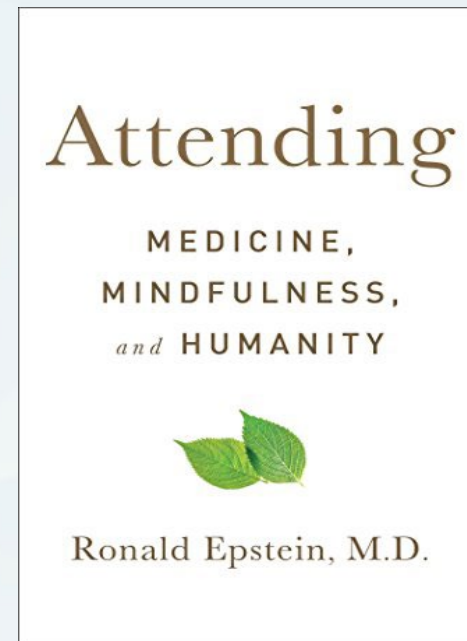
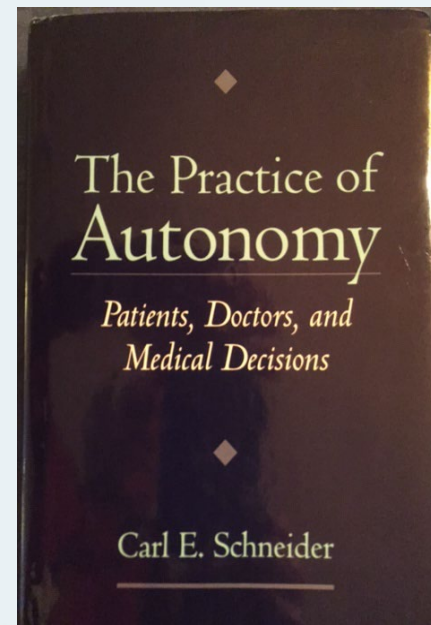
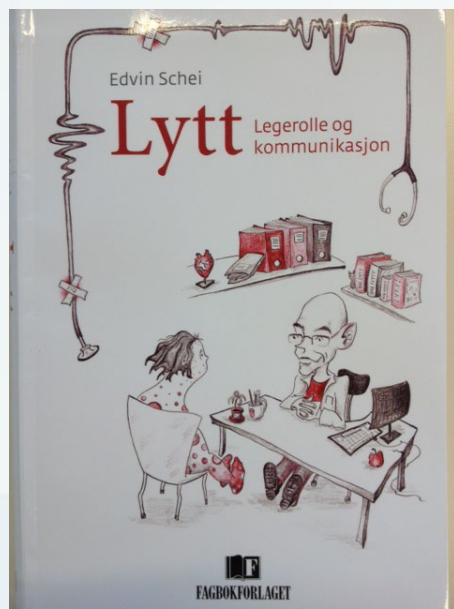
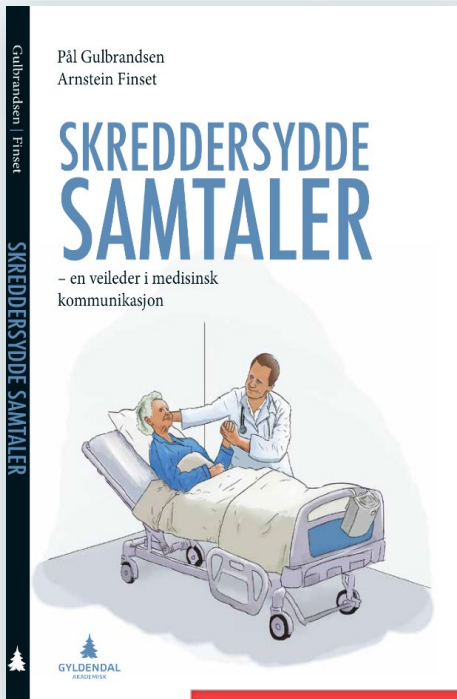


# Plenumsdrøfting vane 4

# Oppsummering i gruppene



# Oppsummering i plenum



et

**TAKK!**



Diakonhjemmet  
Sykehus