

PROBLEMER KNYTTET TIL KOMMUNIKASJON,
INFORMASJON OG SAMARBEID I SYKEHUS/HELSEIN-
STITUSJONER, I FORHOLDET MELLOM INSTITU-
SJONER, SYKEHUSPERSONELLET OG PASIENTEN

Av professor Peter F. Hjort

Innledning til gruppediskusjon
(gruppe 1) ved Den Norske Syke-
husforenings landsmøte i Trond-
heim 11. juni 1976.

Vår gruppe skal arbeide med forholdet mellom institusjoner, sykehuspersonellet og pasienten. Én viktig part må være glemt ut, nemlig de pårørende, og jeg synes vi skulle ta dem med. Gjør vi det, blir det vår oppgave å diskutere kommunikasjon, informasjon og samarbeid i det jeg vil kalle basisteamet i helsetjenesten, nemlig *pasient — pårørende — personell*.

1. *Utgangspunkt*

Står vi overfor et problem på dette område eller gjør vi ikke? Mitt utgangspunkt er at vi ikke bare står overfor et problem, men overfor et av de viktigste og mest bekymringsfulle problemer i hele helsetjenesten. Folk klager ikke over behandlingen og sykepleien på sykehusene, men over at de ikke får vite noe, at de er hårt i maten, at de ligger på et samleband. De skriver bøker om «Farlige menn i hvitt?» (5), og det snakkes om tillitskrise. Hva kommer alt dette av? Jeg tror det skyldes at det er skjedd viktige ting på tre fronter (se også 8):

— Medisinen er blitt stadig mer innviklet og spesialisert, og helsetjenesten har måttet holde følge. Stadig flere mennesker bruker stadig mer komplisert teknikk for å undersøke og behandle stadig mindre deler av pasienten.

— Personellets situasjon er blitt forandret. Det er blitt mange flere av dem og de tilhører stadig flere yrkesgrupper. Arbeidstiden er blitt kortere, mange har deltid, og pasientene møter en vrimmel av nye mennesker, som alle arbeider under press.

— Pasientene har også forandret seg. De vet mer enn før, de er blitt mer bevisste, blitt mer vant til demokrati og mindre villige til å avfinne seg med at ting skjer over hodet på dem. De krever mer enn før (3).

Det er viktig for meg å få frem at dette *er* vanskelige problemer, og at de ikke kan forenkles bort ved å si at de skyldes slapphet eller uvitenhet. Dette er reelle problemer mellom jevnt bra mennesker. La *det* være utgangspunktet.

Vil forholdene rette seg? Hvis utviklingen får fortsette i fred, vil de bare bli verre. Derfor må noe gjøres, men *hva*?

2. *Medspillerne*

Før vi går løs på dette spørsmålet, må vi bli mer klar over medspillerne og deres situasjon. Det er tre parter i sykehussituasjonen:

— Pasientene er gjennomgående eldre; ca. halvparten er over 70 år. De har ofte flere sykdommer, og det er ingen enkel oppgave å sette dem inn i situasjonen på en slik måte at de både forstår og husker. De har samme forstand som andre folk — pasienter er forresten folk, men de har beskjedne forkunnskaper om kropp og sykdom. De er interessert i sin egen situasjon og fremtid, og de er som regel bekymret og engstelige.

— Pårørende er omtrent som pasientene, og det er et problem at det ofte er mange av dem.

— Personellet er gjennomsnittlig en generasjon yngre, og jeg har allerede beskrevet deres situasjon: opptrekket, masete, travelt.

Dette er situasjonen, og det er tydelig at informasjonen må klatre over iallfall tre barrierer: en kunnskapsbarriere, en tidsbarriere og en generasjonsbarriere.

3. *Målet*

Og målet er informasjon, kommunikasjon og samarbeid i trekantens pasient — pårørende — personell. Hvorfor er dette målet viktig? Det er 3 grunner:

— Den første har med menneskeverd og respekt å gjøre.

— Den andre har med god medisin å gjøre: resultatene blir bedre, hvis en får pasient og pårørende med på laget, slik at alle

forstår og vil det samme. Vi bør huske at passive pasienter er lettere å behandle, men vanskeligere å helbrede, mens aktive pasienter er vanskelige å behandle, men lette å helbrede.

— Den tredje har med ressurser å gjøre: i det lange løp sparer helsetjenesten tid og krefter, hvis en får laget til å fungere. Det er som i orienteringsløp: 2 minutter bortkastet i starten er 10 minutter spart i løypa.

Kan vi være så sikre på at pasientene *vil* bli informert? For over 10 år siden kom det en bok i England om «Human relations and hospital care» (2), og forfatterinnen fant allerede den gang at over 80% av pasientene ønsket informasjon. I dagens Norge er tallet sikkert enda høyere.

4. Midlene

Så kommer jeg til midlene, og jeg har forsøkt å ordne dem i 11 punkter. Listen kunne vært dobbelt så lang, men jeg tror disse 11 punktene dekker det vesentligste og gir et grunnlag for diskusjonen.

4.1 *Holdningen*. Det første og mest grunnleggende punktet gjelder personell^s holdning til informasjon, kommunikasjon og samarbeid. Personellet må være overbevist om at dette er helt avgjørende mål, de må forstå at det gjelder hver enkelt av dem, og de må stole på egne krefter. Av og til tenker jeg med gru på at vi ender med å ansette spesialister til å ta seg av dette spørsmålet også — kommunikatører. Det må aldri skje, for dette er en oppgave for alle.

Det er skrevet meget om personell-legeforholdet, både av leger, pasienter og forfattere (1, 3, 7, 8). Og en finner pliktskyldige artikler om dette i mange lærebøker. Jeg tror vi gjør den første store feilen, hvis vi gjør dette forholdet til noe spesielt og mystisk, noe utenom alle andre forhold. Vi bør tvert imot forsøke å gjøre dette til et alminnelig forhold mellom alminnelige mennesker. Personalet skal ha respekt for mennesket i pasienten og vise ham alminnelig velvilje, høflighet og hensynsfullhet. «Respekt for individet», er nøkkelen. Dette er utgangspunktet for det hele, resten gir seg ofte av seg selv.

Nøyaktig det samme gjelder forholdet mellom personell og på-

rørende, og mellom de forskjellige personellgrupper innbyrdes. La oss komme ned på jorden og erkjenne at vi trenger hverken psykologer, sosiologer eller kommunikatører for denne oppgaven. Det vi trenger er bare alminnelig oppdragelse — folkeskikk.

4.2 *Miljøet*. Det er ikke bare den enkelte som må ha holdning til disse oppgaver; hele miljøet må ha det. Psykiaterne snakker om det terapeutiske samfunn, og alle de andre avdelingene burde også gjøre det. Miljøet må være slik at det viser en felles holdning av respekt for pasienten.

Det sies ofte at legens viktigste hjelpemiddel, så å si hans viktigste medikament, er hans egen person. Jeg tror det er riktig, spesielt ved de kroniske sykdommer. Dette gjelder ikke bare for legen, men hele miljøet ved avdelingen. Det ligger i luften, en fornemmer det i samme øyeblikk en kommer inn på avdelingen, og alt personell er med på å skape det. Det har noe med trygghet å gjøre, og et godt forhold mellom de ansatte er selvfølgelig avgjørende. Hvis dette miljøet ikke er der, får en følgende syndrom (2):

- overlegene er fjerne,
- assistentstlegene er usikre,
- sykepleierne er travle,
- hjelpepleierne er lite informert,
- pasientene er lite informert, usikre og engstelige.

La meg ikke glemme en ting, det noen føler er den viktigste egenkap for alt helsepersonell, nemlig godt humør. Det skal være lys stemning på et sykehus. Kanskje er det et alvorlig problem for oss at helsetjenesten er i ferd med å gå sur, av stress, møter, partsinteresser, lønnsforhandlinger, prestisje og tusen andre ting.

4.3 *Teamet*. Så kommer jeg til et viktig problem, nemlig teamet. Teamet blir lovprist i skrift og tale, men sannheten er at det er et nødvendig onde i sykehus-medisinen. Spør en pasientene, får en klar beskjed om at de ikke ønsker seg noe team. En kan ikke ha noe personlig forhold til et team, en komite av behandlere. Det gir pasienten følelse av byråkrati, papirer, møter og — avstand. Pasi-

entene ønsker nær kontakt med noen få mennesker og helst de samme hele tiden. «Min lege», sier de, aldri «mitt team».

Moderne sykehusmedisin er slik at en må arbeide i team, og utviklingen vil derfor gjøre dette problemet stadig verre. Løsningen kan ikke ligge i å avskaffe teamet, men i å sette inn to mennesker mellom pasienten og teamet, en lege og en sykepleier. Disse to må diskutere med teamet, og pasienten kan nøye seg med å lære disse to å kjenne.

Dette krever at en organiserer arbeidet på en ny måte, og på legesiden skulle det ikke være så vanskelig. Pasientens lege behøver ikke være den som bestemmer i teamet, men det er hans jobb å snakke med pasienten, forklare hva som skal gjøres og hvorfor, og svare på spørsmål. De eldre legene må vise pasienten at de har full tillit til hans lege og at han har teamet i ryggen. Pasienten må få beskjed så tidlig som mulig hvem han skal holde seg til, helst også ved senere kontroller.

Det er nok vanskeligere å organisere dette på sykepleiersiden, spesielt hvis det er mange på deltid. Jeg er ikke i tvil om at vi må forsøke å få det til, og det er særlig viktig for pasienter med alvorlige og langvarige sykdommer.

Hele denne arbeidsmåten forutsetter nok en viss holdningsendring hospersonellet. De må prioritere dette, være villige til å ta individuelt ansvar, og de må være flinke til å utveksle erfaringer og informasjonen innen teamet. Jeg synes dette er et særlig viktig punkt å få belyst i diskusjonen.

4.4 *Arbeidsformer.* Dette leder over til neste punkt, som gjelder arbeidsformer på avdelingen. Jeg tror det er behov for en del revisjoner. De er ikke lette, for de forutsetter at vi er villige til å skjære gjennom tradisjoner og prestisje. Jeg vil nevne 3 eksempler på arbeidsformer som skaper avstand og minsker kontakten mellom pasient og personell: — Visitten omfatter for mange mennesker og tar for lang tid. Både diskusjonen mellom legene og den personlige kontakt med pasientene bør foregå utenfor visitten.

— Møter er blitt en pest, og sykepleierne er blitt like møteglade som legene. Det paradoksale er at redusert arbeidstid og deltid har

ført til at pasientene er omgitt av flere mennesker som må bruke mer tid på møter og derfor mindre tid på pasientene. På en eller annen måte må vi finne en løsning på dette, for eksempel at kardedkortet er så fyldig at det ikke er nødvendig med detaljerte rapportmøter.

— Pasienter og pårørende burde delta mer i arbeidet, ikke for å spare penger for sykehusene, men arbeid er det beste kontaktmiddel; det gir folk en følelse av å høre til.

4.5 *Informasjonskurven*. En behøver ikke informere like meget hele tiden. Jeg tror en kan spare mye arbeid, småmas og engstelse, hvis en blir klar over at det for de fleste pasienter er to spesielt viktige informasjonsfaser:

— Like etter innkomsten må pasient og pårørende få vite noe om avdelingen, personellet — inklusive navnene på de to nøkkelpersoner, arbeidsrutiner, og planen i store trekk for hans eget vedkommende. Samtidig må han bli lovet en ny «informasjonstopp» når en er kommet langt nok i arbeidet.

— I god tid før utskrivningen må han få en grundig og personlig samtale om det som er funnet, tenkt og gjort, og om planen videre. Hvis det dreier seg om en ondartet sykdom, må denne samtalen finne sted senest på dagen før utskrivningen, slik at pasienten får tenkt seg om.

Mellom disse to informasjonstoppene trenger pasientene selvfølgelig løpende informasjon om undersøkelser og behandling, men min erfaring er at de roer seg, hvis de får vite at full beskjed vil bli gitt så snart tiden er inne.

Det fremgår av det jeg har sagt at personellet skal ta initiativ og gi viktig informasjon uten at pasientene behøver å spørre. Ikke alle er enige i dette synet, men mange undersøkelser (for eksempel 2) har vist at pasienter som ønsker informasjon ofte ikke våger å spørre, fordi de er engstelige, beskjedne eller redde for å dumme seg ut. Disse følelser avhenger av miljøet, og det er lett å skape et miljø hvor bare få pasienter våger å spørre. De som lettest gir opp, er de gamle og de lavere sosialgrupper (2).

4.6 *Muntlig eller skriftlig informasjon.* Nordmenn kan lese, men allikevel bruker vi så godt som aldri skriftlig materiale i vår informasjon. Jeg tror dette er en feil, og det er et viktig ugjort arbeid å lage slikt materiale, for eksempel:

— en inntaksbrosjyre kan gi alle generelle opplysninger om avdelingen, dens personell og arbeidsmåte.

— korte gjennom-illustrerte brosjyrer om vanlige sykdommer, operasjoner og problemer, for eksempel om de problemer som møter infarkt-pasienten når han kommer hjem fra sykehus. Kanskje burde Den Norske Sykehusforening lage en årlig konkurranse om slikt informasjonsmateriale, for å finne frem til en god standard for format, lay-out og innhold.

— plansjer som letter forklaringen, for eksempel om inngrep og undersøkelser.

— huskelister, for eksempel for medisiner ved utskrivningen. Det burde være en regel at bruksanvisningen for medisiner blir gitt skriftlig. Erfaringen viser at informasjon om medisiner er særlig dårlig. I en nylig svensk undersøkelse (4) viste det seg for eksempel at hele 80% av pasienter med kronisk sykdom ikke visste noe om hvilke bivirkninger medikamentene deres hadde; $\frac{1}{3}$ av dem som tok diuretika visste ikke at disse tablettene var urindrivende, og noen av dem som fikk digitalis mente det dreide seg om en alminnelig styrkemedisin som de tok etter behov og inspirasjon.

Jeg foreslår ikke at en skal erstatte direkte kontakt med papir, men at pasientene forstår og husker mer, hvis den muntlige informasjon blir understøttet med godt skriftlig materiale.

4.7 *Hvor skal en informere?* Jeg har tatt med dette som et viktig punkt, bare for å få sagt at enhver personlig informasjon må gis under fire øyne. Partene må sitte ned, og en må skape en atmosfære av ro og tid, selv om en bare har få minutter. Alle vet at forholdene mellom mennesker avhenger av omstendighetene, og for meg er det to ytterpunkter på en skala. I den ene enden sitter bilistene og tuter irritert til hverandre; i den andre har vi fotturis-

tene som møter hverandre på fjellet fulle av avslappet hjelpsomhet og velvilje. En må prøve å skape fottur-klimaet.

Mange smiler overbærende, for de vet at vi ikke har tid til slikt. Jeg tror ikke de har rett i det. For det første vil en slik samtale spare all verdens mas og uro senere, fordi den legger grunnen til et forstandig samarbeid som sparer tid i annen omgang. For det andre har vi tid til det vi prioriterer. Vil vi dette, får vi heller redusere litt på prøver og møter.

4.8 *Hvem skal få informasjon?* Det burde være selvsagt at det er pasienten som har førsteretten til informasjon, men det er to hyppige problemer:

— hvis sykdommen er ondartet, nedlegger de pårørende ofte forbud mot at pasienten skal få beskjed. Har de rett til det? Jeg føler nei, men dette er et stort kapittel, som jeg ikke har tid til å gå nærmere inn på nå.

— hvis pasienten ikke er myndig, er det jo som regel foreldrene som får beskjed. Stort sett, har vi kanskje en tendens til både å glemme og undervurdere barnet selv.

Hva er ens forpliktelse overfor de pårørende? Det klarer seg jo mange ganger å snakke med pasienten, men jeg tror vi ofte bør ta initiativet til å snakke med de pårørende også, spesielt hvis sykdommen er langvarig eller alvorlig. De pårørende er en viktig del av laget, og det gjelder å få dem med.

4.9 *Hvem skal gi informasjon?* På en god avdeling skal alle informere, og la meg i parentes minne om at informasjon begynner med at en presenterer seg — i en engelsk undersøkelse gjorde bare 70% av legene det (2). I denne undersøkelsen viste det seg at de pasienter som var godt informert hadde sine opplysninger fra både leger og sykepleiere. Klarer en å skape et godt miljø, blir det naturlig for alle å gi opplysninger, og legene og sykepleierne utfyller hverandre.

Alt personell må venne seg til å gi informasjon, spesielt like før de skal foreta seg et eller annet med pasienten. Men den viktigste informasjon — det store øyeblikket — den tror jeg legene

bør gi, spesielt hvis det dreier seg om alvorlig sykdom. Pasientene reagerer som regel på slik informasjon med to spørsmål: hvordan skal dette gå, og hva kan gjøres? Det er legen som best kan svare på dette, og derfor bør han gi slik informasjon. Som jeg alt har nevnt, er det viktig at det er klare ansvarsforhold, og pasienten skal vite hvem han skal holde seg til — en lege og en sykepleier.

Så snart viktig informasjon er gitt, må personalet forøvrig få beskjed, slik at de kan følge opp. Spesielt er det viktig at «alle vet, når pasienten vet», hvis han har ondartet sykdom. Derfor må en ha enkle systemer for slikt, for eksempel at en setter et kryss på kurve eller kort, når pasientene er informert.

4.10 *Hva skal en informere om?* Som regel har pasientene tre enkle spørsmål:

- Hva feiler jeg?
- Hvordan vil det gå?
- Hva skal gjøres?

Alt dette bør de få beskjed om, og en bør legge hovedvekten på praktiske ting av betydning i det daglige liv: mat, hvile, arbeid, trening, behandling og kontroll. Ikke bare er det lettere å snakke om slikt enn å vikle seg inn i medisinske og filosofiske problemer, men de gir også pasienten en følelse av at noe kan gjøres. Det setter ham i gang i stedet for å lamme ham i angst og bekymring.

4.11 *Hvorledes skal informasjonen gis?* For å illustrere et pedagogisk prinsipp, har jeg gjemt det viktigste til slutt. Riktignok har jeg streift dette spørsmålet flere ganger, men la meg nå sammenfatte og supplere:

- Skap det rette *klima* for samtalen. Sitt ned, ansikt til ansikt, under fire øyne, skap et klima av tillit og tid — fotturklima.
- Lag en *plan* for samtalen. Bestem på forhånd hva som skal sies og hvorledes. Men glem ikke å skru på egen mottaker, for det må være 2-veis kommunikasjon, og det kan bli nødvendig å endre både mål og metode under veis. Disponer samtalen slik at det er lett for pasienten å følge med og huske. Gjem de viktigste praktiske retningslinjene til slutt.

— *Hvordan* skal det sies? En må tilpasse informasjonen til pasienten, slik at han forstår og husker. Derfor må en vurdere pasienten: alder, almentilstand, bakgrunn, erfaring, miljø. Noen føler at det er udemokratisk å oppkaste seg til bedømmer av andre mennesker, men en slik vurdering er en betingelse for å nå frem med informasjon og — enda viktigere — med kommunikasjon.

— *Hva* skal sies? Sannheten, sier de fleste, men hva er sannheten? Mitt syn er at en skal presentere en optimistisk versjon av sannheten og alltid legge hovedvekten på det praktiske, på det som kan gjøres.

— *Hvordan* skal en snakke? Systematiske undersøkelser med lydbånd har vist at de fleste bruker unødig innviklet fagspråk når de snakker med pasientene. I en amerikansk undersøkelse viste det seg for eksempel at over halvparten av barnelegene ikke klarte å gi sitt budskap i enkle ord som mødrene kunne forstå (7). Her har vi mye å lære, også sykepleierne, og alle burde få se og høre seg selv på videobånd med mellomrom. — Jeg vil føye til en reservasjon. Hvis pasienten har kronisk sykdom, bør en ta seg tid til å lære ham en del viktige fagord, for eksempel ødem, angina, blodplater, o.s.v., fordi det forenkler kommunikasjonen senere.

— Hvor mye skal en *forklare*? De tause menn i hvitt føler at det er bortkastet å snakke med pasientene, for de forstår allikevel ikke noe. De usikre menn snakker så mye at pasientene blir forvirret og glemmer alt unntaken det han har lyst til å huske. En må regne med at minst halvparten er glemt umiddelbart etter samtalen, og glemsels-prosenten øker, jo mer legen snakker (7). Den kloke begrenser seg derfor til få og enkle ting, og han sikrer seg ved spørsmål at de er forstått. Min egen erfaring er at jeg i en slags informasjonsmani innvikler meg i for lange og for vitenskapelige forklaringer, og jeg må legge bånd på meg for å huske på de tre K'er: kort, klar, kategorisk.

— *De siste ord* i samtalen skal gjelde praktiske retningslinjer, og her må en tvinge seg til enda større presisjon. Si aldri: «De får være litt forsiktig», men gi presise forskrifter — helst skriftlig på en huskelapp. Jeg har også gjort den erfaring at hvis jeg

dropper halvparten av forbudene, er det større sjanse for at pasienten gjør det jeg sier.

— *Det aller siste ordet?* Det er lett, det er håp. Ikke urealistisk, godfjottet optimisme som pasienten gjennomskuer, men ærlig håp. Det er alltid håp om noe, og det er vår jobb å holde håpet oppe.

5. *Pasientens rettigheter*

Dermed er jeg ferdig med punktene mine, og jeg vil slutte med et spørsmål som opptar meg meget: Hvorledes kan vi komme noen vei med alt dette? Det er tre tenkelige veier:

Den ene veien er å *snakke*, slik vi gjør her, i håp om å påvirke. En bør ikke tro for meget på det, for en taler som regel til en liten menighet av allerede overbeviste.

Den andre veien er å bringe legfolk mer inn i styringen av sykehusene, slik at de får mer innflytelse og *makt*. Dette er en god tanke, men erfaringen viser at de ofte gjør seg lite gjeldende i slike organer, fordi de lett blir dominert av eksperter og administratører.

Den tredje veien er å styrke pasientens *rett* til klage, for eksempel til en ombudsmann. En slik institusjon måtte helsetjenesten høre på, og da vil vi få en bedre balanse — mellom den lille mann i kommunal nattskjorte og de travle, tause menn og kvinner i hvitt.

Referanser

1. Carling, F.: Pasienten og lægen. Foredrag i Medicinerforeningen 4.12 1959. Bilag til T.norske llægeforen. nr. 4, 1960, 13 s.
2. Cartwright, A.: Human relations and hospital care. Routhledge and Kegan Paul, London 01964, 262 s.
3. Fugelli, P.: Det hvite demokrati. Samtiden 152-157, 1976.
4. Hellström, K. & Leijd, B.: Vad vet patienter om sina sjukdomar och deras medikamentella behandling? Läkartidningen 73, 968-970, 1976
5. Jakobsen, T.: Farlige menn i hvitt? Dreyer, Oslo 1975, 192 s.
6. Joyce, C.R.B. et al.: uantitative study of doctor — patient communication. uart. J.Med. 38, 183-194, 1969
7. Korsch, B.M. & Negrete, V.F.: Doctor-patient communication. Sci.Am. 227, 66-74, Aug. 1972
8. Pellegrino, E.D.: Protection of patients' rights and the doctor-patient relationship. Prev.Med. 4, 398-403, 1975.