

Kapittel 4

Forebyggende kommunikasjon

Læringsmål:

Deltakeren på todagerskurset skal:

1. **Kjenne til** teorier rundt kommunikasjon med pasienter
2. **Kjenne til** ulike kommunikasjonsmessige hensyn som kan benyttes i møte med mennesker med ulike forstyrrelser i vurderingsevnen
3. **Ha kunnskap om** en modell for kommunikasjon med pasienter
4. **Ha kunnskap om** en strategier for kommunikasjon
5. **Kunne anvende** spesifikke ferdigheter ved nonverbal kommunikasjon
6. **Kunne anvende** spesifikke ferdigheter ved verbal kommunikasjon

Del 1: Teoretisk og empirisk bakgrunn

Forebyggende kommunikasjon

Av Dr. Caroline Logan

INNLEDNING

Kommunikasjon er viktig innen psykisk helsevern. Klare beskjeder som formidles på en gjennomtenkt måte og effektiv lytting til svaret som gis, er nøkkelelementer for å utvikle en god behandlingsrelasjon og til slutt få pasienten frisk og utskrevet. Uklar kommunikasjon kan derimot bli oversett eller misforstått, gjøre pasientene usikre og forvirret samt øke faren for forstyrrende atferd og tap av

engasjement. Men hva gjør kommunikasjonen god? Hva skiller god og dårlig kommunikasjon? Hva må personalet gjøre for å bli gode, eller i det minste bedre til å kommunisere? I dette kapittelet fokuserer vi på god praksis for kommunikasjon innen psykisk helsevern. Vi vil konsentrere oss om kommunikasjonen mellom helsearbeidere og pasienter og trekke frem gode måter å håndtere hverdagskommunikasjon med pasientene på. Kommunikasjonsferdigheter som er

relevante for krise- eller konfliktsituasjoner og nedtrapping av slike situasjoner er nærmere omtalt i kapittel 5 i denne manualen. Formålet med dette kapittelet er a) å fastsette et grunnlag for god praksis for kommunikasjon med pasienter generelt, og b) utvikle praksis gjennom bruk av særskilte ferdigheter og teknikker som effektiviserer kommunikasjonen i viktige kliniske situasjoner. Som andre steder i denne manualen gis det nyttig informasjon etterfulgt av øvelser for å oppmuntre ansatte til å sette det de har lært ut i livet.

SENTRALE KOMMUNIKASJONSFERDIGHETER

Innledning

Hva mener vi når vi snakker om kommunikasjon? Dette spørsmålet er det viktig å stille, for med mindre vi er tydelige på hva vi ønsker å si og hvordan vi kan respondere på svaret vi får, risikerer vi at kommunikasjonen blir ineffektiv. Ordet «kommunikasjon» har følgende dynamikk som utgangspunkt: Person A gir informasjon til person B. Innenfor psykisk helsevern er kommunikasjonen imidlertid alltid toveis: Person A og person B har en samtale der viktig informasjon utveksles og vurderes, samtidig som begge parter er åpne for observasjoner. Pasienter er innlagt for å få behandling, og psykiatrisk behandling er mest effektiv når den utføres av personell som kjenner pasientene sine. Å lytte er derfor avgjørende for kommunikasjonen: for å være god til å kommunisere må man være god til å lytte. Pasientene har tendens til å være mer interessert i å snakke med noen som lytter, og personell som har oppfattet det pasienten har fortalt, står bedre rustet til å handle i tråd med behovene det blir gitt uttrykk for. Effektivt personell blir med større sannsynlighet fornøyd med jobben de gjør. All kontakt med en pasient er viktig.

Tenk over følgende scenario:

Knut sitter i dagligstuen på avdelingen. Han er helt stille og snakker ikke med noen. Dette er uvanlig for ham, for han er en ganske sosial ung mann. Du observerer ham diskret i noen minutter mens du tar deg av andre oppgaver i dagligstuen. Du ser at leppene og hendene hans beveger seg, som om han hadde en samtale med noen han ikke vil andre skal vite om. Du danner en hypotese om at han hører, og responderer på auditive hallusinasjoner. Denne observasjonen skaper et dilemma for deg. Etter planen skal Knut ha permisjon med ledsager hjem til sin mor. Men, det er nettopp moren han tidligere har gått til angrep på. Knut hadde gått til angrep på henne under en akutt psykose der han hørte farens stemme be ham om å drepe henne, en stemme han følte han ikke kunne ignorere fordi han mente han i så fall ville være dømt til evig fortapelse. I tillegg, da Knut ble innlagt på sykehuset rett etter å ha gått til angrep på sin mor, ble hans tilstand akutt forverret og han overfalt flere ansatte. Knut har fremstått som psykisk stabil over tid, faktisk flere måneder, og har hatt en svært positiv utvikling. Hvis hypotesen din er korrekt, vil Knuts progresjon antakelig bli forsinket mens sykdommen hans revurderes og behandlingen justeres. Permisjonen hans i kveld vil sannsynligvis bli trukket tilbake ettersom risikoen ved å gjennomføre denne vil utsette både hans mor og ledsagerne for fare. Du må snakke med Knut for å teste hypotesen, og avhengig av hva diskusjonen resulterer i, konsultere med kollegene på skiftet ditt og deretter informere Knut om hvilke beslutninger som er tatt. Hvis Knuts psykiske tilstand er

dårlig, vil det være svært viktig hvordan du starter samtalen med ham for å samle viktig informasjon, og hvordan du deretter fortsetter med å gi ham de dårlige nyhetene angående permisjonen og behandlingsplanen.

Spørsmål til personalet:

- Hvordan tilnærmer du deg Knut for å samle den informasjonen du trenger for å fastslå om det er riktig at han hører stemmer?
- La oss si at hypotesen din er korrekt – Knut *hører* stemmer – hvordan kan du fortelle ham at han ikke lenger skal på permisjon i kveld, samtidig som du unngår konflikt?

Før du fortsetter, be personalet om å ta en pause på fem minutter og skrive ned noen ideer for hvordan de kan tilnærme seg Knut for å vurdere ham, og med utgangspunkt i hva de finner ut, hvordan de videre kan fortelle ham at permisjonen hans i kveld er trukket tilbake.

Fortsett deretter diskusjonen med følgende punkter som rettleiding for møtet som planlegges med Knut.

Planer og forberedelser

Alle møter, eller så mange som mulig, med psykiatriske pasienter, i hvert fall alle som har et formål, bør til en viss grad være planlagt.

Før man møter pasienten, bør man vurdere følgende: a) hva er *formålet* med dette møtet (f.eks. relasjons- eller tillitsbygging, samle informasjon, formidling av gode eller dårlige nyheter?), b) hvordan kan pasienten *reagere*, både på personalet som har bedt om møtet og begrunnelsen for det (f.eks. motvillig, sint eller villig) og hvordan vil den mulige reaksjonen bli *håndtert* (kan dette møtet f.eks. destabilisere pasienten, og hvordan

kan en slik reaksjon håndteres?), c) hvordan man *tilnærmer* seg pasienten, hvordan man kan starte samtalen (f.eks. «*Hei, Knut – kan jeg få snakke litt med deg? Jeg vil vite hva du vil ha til lunsj*»), og hvilken *strategi* kan brukes for å håndtere møtet (f.eks. nysgjerrighet, støtte, bekymring, containing), d) *hvem* er den personen som er best egnet til å håndtere pasienten på dette tidspunktet (f.eks. en ansatt som allerede har et godt forhold til Knut?), e) *hvor* skal møtet være (f.eks. i et åpent område i avdelingen for å oppmuntre ham til medvirkning og redusere risikoen for en defensiv reaksjon?), og f) hvordan bør det viktige innholdet i, og resultatet av møtene *registreres* og *formidles til andre*?

Hvis møter med pasientene ikke forberedes i det hele tatt, risikerer man å miste kontrollen over møtet. Dersom personalet ikke har kontroll, kan pasienten dominere møtet, og formålet med det blir kanskje ikke innfridd.

I noen minutter før du møter Knut, bør du planlegge hvordan du skal tilnærme deg og vurdere ham. Diskuter planene dine med en kollega hvis du kan. Målet ditt er ideelt sett å vurdere sinnstilstanden hans uten å gjøre ham så mistenksom på deg at han trekker seg tilbake. Selv om nettopp det i seg selv kan være avslørende, vil det begrense hvor mye du da vil kunne avdekke. Du risikerer også at han stoler mindre på deg på lengre sikt, noe som kan gjøre det vanskelig for deg å arbeide med ham i fremtiden. Du kan tilnærme deg ham direkte og be ham bli med deg inn i et annet rom, men dette kan gjøre ham mistenksom og føre til at han nekter å bli med deg. Eller du kan dikte opp en grunn til å snakke med ham om noe annet (f.eks. hva han vil ha til lunsj) og bruke det som et utgangspunkt for direkte og indirekte spørsmål og observasjoner rundt sinnstilstanden hans. Hvilken tilnærming

vil du være mest komfortabel med, og hvorfor?

Introduksjon og orientering

Viktige oppgaver i starten av ethvert møte med en pasient bør være a) å *håndtere sterke følelser* pasienten har (f.eks. angst eller frykt, som kan komme til uttrykk som sinne eller irritasjon), slik at de ikke kommer i konflikt med målet med møtet, b) å *bygge tillit* helt fra starten av ved å prøve å skape et vennskapelig møte hvor man tydelig prøver å forstå pasientens situasjon og kommunikasjonen er så tydelig som mulig fra begges side, og c) å gjøre det åpenbart at pasientens meninger og observasjoner er *sentrale* for alle planer som legges, og at planer i størst mulig utstrekning legges *i samarbeid* med pasienten. Ved at disse oppgavene tas hånd om allerede fra starten av, legger man til rette for en best mulig psykologisk innstilling hos både pasienten og personalet, og skaper en mest mulig hensiktsmessig sosial dynamikk mellom dem (Fisher og Gieselman, 1992).

Man kan håndtere følelser i starten av et møte ved å bruke en av, eller ideelt sett en kombinasjon av følgende teknikker:

- være godt forberedt og vite i hvert fall noe om personen du snakker med,
- foregripe pasientens reaksjon på begrunnelsen du gir for møtet,
- være forberedt på å reagere,
- være empatisk og støttende,
- å kommunisere tydelig og samtidig lytte,
- samarbeide med pasienten for å samle informasjon og legge planer,
- ha et rolig og jevnt stemmeleie uavhengig av hvordan pasienten snakker,
- validere pasientens følelser (f.eks. «*Det er greit at du er opprørt*»), heller enn «*Jeg forstår ikke hvorfor du gråter!*»).

Shepherd og Griffiths (2013) går nærmere inn på disse nøkkeltrinnene for relasjonsbygging ved hjelp av atferd de beskriver som oppmerksom atferd for relasjonsbygging, sammenfattet i akronymet RESPONSE:

- *Respect* – respekt. Den ansatte formidler en genuin respekt for pasienten (varme, oppriktighet, oppmerksomhet og gode manerer) som ikke avhenger av at pasienten gjengjelder følelsene overfor den ansatte – respekten bør altså være betingelsesløs.
- *Empathy* – empati. Den ansatte prøver å forstå ting fra pasientens ståsted ved hjelp av taktfulle spørsmål om hva han eller hun tenker, god lytting og tydelig og sammenhengende kommunikasjon. Empati handler *ikke* om å belære, være enig eller uenig eller gi råd om noe. Empatiske ansatte oppmuntrer pasienten til å dele, motvirker konflikt og fremmer velfungerende relasjoner.
- *Supportiveness* – støtte. Denne atferden refererer til teknikker som skal hjelpe, oppmuntre til og opprettholde informasjonsflyten fra pasienten, samt skape et grunnlag for å legge mer følelsesvar og avpassede planer. Teknikkene omfatter blant annet å gi pasienten mulighet og «rom» til å snakke og komme med støttende kommentarer (f.eks. «*Jeg kan forstå at dette er vanskelig for deg*») og redusere presset (f.eks. «*Ta den tiden du trenger*»).
- *Positiveness* – positivitet. Være høflig, godt forberedt og velorganisert, informativ og tydelig, og å kunne håndtere pasientens følelser (altså å bekrefte slike følelser, men ikke speile

dem. Hvis pasienten hever stemmen under samtalen, skal ikke personalet rope tilbake)

- *Openness* – åpenhet. Dette handler om alltid å være oppriktig, ærlig og tydelig i all samhandling med pasientene, herunder å svare på spørsmål pasienten stiller, foregripe pasientens bekymringer og respondere på dem før de kommer til uttrykk, å ha kunnskap om pasienten, og å være ærlig når det er noe man ikke vet eller ikke har forstått.
- *Non-judgemental stance* – ikke-dømmende holdning. Dette innebærer at den ansatte overfor pasienten ikke skal gi uttrykk for sin mening eller sitt personlige syn på pasienten eller hans eller hennes atferd, spesielt ikke hvis meningen eller synet er negativt. I stedet skal den ansatte prøve å være objektiv og unngå at pasienten føler seg bedømt eller mislikt, noe som lett kan føre til disengasjement.
- *Straightforward talk* – rett på sak. Denne atferden innebærer tydelige og enkle spørsmål og kommentarer (altså i korte setninger) uten hastverk, for å gi pasienten tid til å fordøye det som diskuteres. Personalet bør unngå lange og komplekse setninger eller utsagn, vanskelige ord, hastverk, samt uengasjert lytting.
- *Equals talking 'across' to each other* – «likemenn» som snakker med hverandre som likeverdige. Man må jobbe litt for å gjøre maktbalansen mellom ansatt og pasient litt jevnere enn den virkelig er. Dette ved å respektere pasientens syn og personlige behov ved for eksempel å

svare på spørsmål og sørge for at pasienten forstår.

Shepherd og Griffiths (2013) beskriver også en kommunikasjonsfremmende adferd som det er helt avgjørende å benytte fra begynnelsen av i all håndtering av en pasient. Denne atferden omfatter tegn på oppriktighet (f.eks. smil og passende ansiktsuttrykk), en åpen kroppsholdning (altså at armer og bein ikke er krysset), lett foroverlent, øyekontakt når det er passende (altså et fast blikk heller enn å stirre gjennomtrengende), og hodenikk og støttende ytringer for å vise at man lytter aktivt og interessert.

I tilfellet med Knut vil det være rimelig å forvente at han vil bli mistenksom hvis et personale ber om å få snakke med ham. Angsten hans kan reduseres dersom personalet er en han kjenner godt og tilnærmingen er hensynsfull, vennlig og nysgjerrig: «Hei, Knut! Kan jeg få snakke litt med deg? Jeg vil vite hva du vil ha til lunsj»

[vent på svar]

«Går det bra med deg, Knut? Jeg synes du ser virkelig trøtt ut – sover du godt?»

[vent på svar]

«Det var leit å høre. Hvorfor tror du at du ikke får sove? Er det noe annet som ikke stemmer for tiden?»

[vent på svar]

«Det er leit å høre at du føler deg slik.»

[vent på svar]

«Hvis alle på avdelingen irriterer deg, betyr det at du er litt på vakt overfor alle sammen? Føles det som at du ikke har noen venner? Jeg ville ikke likt å føle det sånn. Hva kan vi sammen gjøre for å gjøre det bedre for deg?»

[vent på svar]

«Da jeg møtte deg i begynnelsen,

hjalp trening i treningsrommet deg å slappe av. Hva tror du kan fungere for deg nå?»

[vent på svar]

«Hvordan vil du takle din mor når du har det slik som dette?»

[vent på svar]

«Hør, Knut – for å være helt ærlig, er jeg usikker på om det er så lurt med permisjon hos din mor i kveld siden du forteller om mye stress i livet ditt akkurat nå. Hva synes du selv?»

[vent på svar]

«Jeg er fortsatt bekymret, Knut. Jeg er bekymret for at besøket ikke skal gå bra, og at det vil opprøre dere begge.»

[vent på svar]

«Det er veldig viktig at du kan si fra når du ikke føler deg bra. Da kan vi begge jobbe for at du skal føle deg bedre. Forstår du hva jeg mener?»

[vent på svar]

«Jeg setter stor pris på at du har fortalt meg alt dette i dag. Jeg vil at vi skal utsette besøket ditt hos din mor. Vi kan gjøre noe annet i stedet – sånn at vi kan tilbringe litt tid sammen så jeg kan forstå hvordan du har det for tiden. Kan vi gjøre det slik?»

[vent på svar]

«Skal vi ta en kopp kaffe og se om vi kan legge noen planer?»

Stille spørsmål, be om opplysninger

Shepherd og Griffiths (2013) antyder at personell med dårlige kommunikasjonsferdigheter regelmessig gjør følgende:

- de snakker for mye og lar dermed ikke pasienten tenke og bidra
- de er ikke tilstrekkelig oppmerksomme på hva pasienten sier
- de har sin egen agenda i stedet for den som er avtalt med pasienten

- de begrenser pasientens spillerom når det gjelder å bidra fritt til diskusjonen, ved å dominere samtalen og avbryte pasienten
- de er forutinntatte og antar, eller til og med forteller pasienten at de allerede vet hva svaret er, eller hva pasienten tenker eller hvilken motivasjon pasienten har
- de stiller lange, komplekse eller begrensende spørsmål, og fyller stillhet i samtalen uten å gi pasienten tid til å svare.
- de skifter tema på en uberegnelig måte, haster gjennom spørsmål, avbryter pasienten, og både forstyrrer konsentrasjonen deres og lar dem slippe unna med ikke å måtte huske viktig informasjon.

En slik dårlig praksis oppmuntrer ikke pasienten til å være åpen og ærlig. Slik praksis kan faktisk skape problemer, for den fører til frustrasjon, forvirring og konflikt som ikke pasienten kan lastes for – men pasienten kan bli skadelidende som en konsekvens av et slikt reaksjonsmønster. Hvordan kan det gjøres annerledes?

En god kommunikasjonsstil er avgjørende for å bygge en velfungerende relasjon og for å oppnå en jevn flyt av nyttig og relevant informasjon (f.eks. Fisher og Gieselman, 1992; Morrison, 2014; Shepherd og Griffiths, 2013). Noen gyldne regler som kan anbefales:

- Bruk åpne spørsmål oftere enn lukkede spørsmål. Still altså heller spørsmålet *«Hvorfor tror du at du ikke får sove?»* [vent på svar] som legger opp til et langt svar, heller enn et spørsmål som *«Spilte du PlayStation til langt på natt – er det derfor du ikke får sove?»*, som bare legger opp til å få ja eller nei til svar. Lukkede spørsmål passer når det bare er

nødvendig med en enkel bekreftelse. De bør imidlertid ikke brukes med forventning om at de direkte oppmuntrer til dialog.

- Unngå ledende spørsmål (som også ofte er lukkede spørsmål), hvor svaret personalet forventer fra pasienten avsløres: «*Du hører stemmer igjen, ikke sant?*» Prøv i så stor grad som mulig å formulere spørsmålene slik at de avslører lite av hva personalet vet eller antar om pasienten og hans eller hennes situasjon. Fokuset bør altså være nøytralt (Fisher og Gieselman, 1992), som for eksempel «*Hører du stemmer igjen, Knut?*»
- Prøv å unngå å formulere spørsmål negativt – «*Du hører ikke stemmer igjen, gjør du vel, Knut?*» – eller enda verre, spørsmål som inneholder doble negativer – «*Du har ikke begynt å unnlate å ta medisinen din igjen, vel?*» Negativt formulerte spørsmål kan være vanskeligere å oppfatte enn positivt formulerte. Prøv å omformulere et negativt formulert spørsmål på denne måten: «*Hører du stemmer igjen, Knut?*»
- Unngå å stille flere spørsmål samtidig, da det signaliserer at personalet ikke egentlig vet hva de vil ha svar på. I stedet for det første spørsmålssettet under, hvor alle stilles samtidig, brukes det andre settet, med korte, enkle og trinnvise spørsmål.
Spm: «*Hører du stemmer igjen, Knut?*
Altså, hører du din fars stemme i hodet igjen? Det er det som plager deg, ikke sant?» osv.

Spm: «*Hører du stemmer igjen, Knut?*»

[vent på svar]

Spm: «*Hvilke stemmer hører du?*»

[vent på svar]

Spm: «*Hva sier disse stemmene?*»

[vent på svar]

Spm: «*Hvilke følelser gir dette deg?*»

[vent på svar] osv.

Sørg for at spørsmålene stilles slik at det blir en pause mellom pasientens svar og det neste spørsmålet (Shepherd og Griffiths, 2013). Ikke bruk noen av disse pausene til å ta notater. Prøv å unngå å miste øyekontakten (det faste blikket) med pasienten. Når blikket fjernes fra pasienten, for eksempel for å skrive ned noe, er det en tapt mulighet til å observere ham eller henne, og øker risikoen for at pasienten føler at han eller hun ikke blir lyttet til. I stedet bør øyekontakten opprettholdes i pauser, og personalet bør non-verbalt formidle forventningen om at mer informasjon både ønskes og forventes. Vurder å ta en pause på mellom tre og fem sekunder, og helt opp til 15–20 sekunder, mellom pasientens svar og personalets neste spørsmål. Lengden på pausene avhenger av hvor viktig emnet som diskuteres er (f.eks. kan viktige emner kreve lengre pauser) og pasientens respons på slike pauser (f.eks. hvis de gjør pasienten urolig eller pasienten føler seg undertrykt og at det dermed oppstår risiko for at han eller hun ikke engasjerer seg, bør pausene forkortes heller enn forlenges). Den generelle retningslinjen er å gjennomføre møtet i et så langsomt til moderat tempo som det er trygt å gjøre for å skape rom for viktige detaljer som gir personalet både informasjon og tid til å tenke og samtidig organisere møtet.

Flett inn vurderinger i møtet med pasientene for å få mulighet til å reflektere over hva som har blitt avdekket,

hva som ennå ikke er avdekket eller avdekket i tilstrekkelig grad:

«Ja, Knut – det har vært bra å snakke med deg om hvordan du har det for tiden. Du har fortalt meg at du ikke sover godt, og at du synes ting er stressende akkurat nå. Stemmer det? [vent på svar]

Og vi har snakket om å utsette besøket hos din mor i kveld slik at vi kan finne ut hva som skjer, og hvorfor. Vi skal tilbringe litt tid i treningsrommet i stedet. Har jeg da glemt noe viktig?»

For å unngå å bli personlig konfronterende eller utfordrende, bør du snakke med rolig stemme og ganske lavt, uavhengig av hva dere snakker om eller hvordan pasienten snakker. Positiv tilbakemelding – «Takk for at du hjalp meg med å forstå hvordan du har det, Knut» – med en rolig stemme, selv som respons på aggresjon fra pasienten, kan fremme deltakelse, eller i det minste redusere sannsynligheten for at deltakelsen hemmes. En rolig, vennlig tone kan også være en nyttig tilnærming til pasienten i et slikt møte.

Pasienten innser kanskje ikke hvor viktige spørsmålene personalet stiller er, og gir kanskje ikke umiddelbart alle detaljene man er ute etter. Gjenta derfor spørsmål for å sikre at du har fått alle nødvendige detaljer. Vurder imidlertid å omformulere spørsmål som gjentas («Jeg vil forsikre meg om at jeg har forstått deg riktig, Knut. Du hører din fars stemme, og han sier ting som opprører deg – stemmer det?»), eller innled med en unnskyldning eller begrunnelse for gjentakelsen («Jeg beklager at jeg spør på nytt, Knut, men det er viktig at jeg forstår deg rett. Du hører din fars stemme, og han sier ting som opprører deg – stemmer det?»). Ved å forvente at gjentatte spørsmål kan irritere pasienten og begrunne gjentakelsen, vil

det bidra til å redusere en eventuell motvilje til å svare på dem.

Dersom det i det hele tatt er nødvendig, bør du kun skrive korte notater under møter med pasienter, og fyller ut et formelt klinisk journalnotat så raskt som mulig etterpå. Hvis det går for lang tid før journalnotatet skrives (f.eks. på slutten av skiftet eller dagen etter), eller man har møter med andre pasienter i mellomtiden, vil viktige detaljer bli glemt eller utelatt. Sørg for at kliniske journalnotater fra møter med pasienter inneholder detaljer om møtets innhold og observasjoner med utgangspunkt i kunnskap om pasienten (f.eks. forandringer siden forrige møte eller vurdering).

Lytte

Å lytte godt er en kunst (Morrison, 2014; Shea, 1998). God lytting betyr å innlede og gjennomføre møter som oppmuntrer pasienten til dele informasjon personalet trenger å vite. God lytting skjer i det stille – og taushet er gull! Så hvordan kan man gjenkjenne god lytting?

Når man er usikker, nervøs eller prøver å forstå noe, er det lett å snakke for mye, for på sett og vis å føle seg frem gjennom informasjonen for å bli tryggere. Ved å snakke for mye – og dermed ikke lytte – løper du imidlertid en risiko for at pasienten føler seg ekskludert eller bare brukes for å bekrefte det personalet allerede har bestemt seg for å tro. Eller pasienten kan bli lettet fordi de skjønner at det er usannsynlig at personalet slutter å snakke lenge nok til å oppfatte hvilke spørsmål pasienten synes det er vanskelig å svare på. I tillegg tar personalet eksplisitt kontroll over møtet ved å snakke for mye, når en mer implisitt form for kontroll – for eksempel ventepauser mellom spørsmål – kan oppmuntre til et mer samarbeidsorientert og dermed mer

produktivt møte. Personalet bør være svært bevisst på hvor mye de snakker og sørge for at de ikke snakker mer enn halvparten av tiden i møte med pasienter. Ideelt sett bør personalet snakke i mindre enn en tredel av møtetiden (Shepherd og Griffiths, 2013) og når personalet ikke snakker, bør han eller hun sikre at kvaliteten på lyttingen er høy. Å være oppmerksom overfor pasienten når han eller hun snakker, med god blikkontakt og kroppsspråk som signaliserer interesse og oppmerksomhet, er en implisitt oppmuntring til å si mer.

Non-verbal kommunikasjon

Det er allerede gjort en del observasjoner av hvor viktig non-verbal kommunikasjon er når man tilbringer tid med pasienter – i form av tegn på aktiv lytting, interesse og derigjennom tillitsbygging, samt å fremme empati. Personalet bør imidlertid under møter med pasienter være seg selv bevisst signalene *de selv* gir vedrørende egne holdninger, overbevisning og forventninger til møtet og til pasienten. Dette for å sikre at de har kontroll over slike signaler og at de fremmer møtets formål snarere enn uforvarende å hemme det. Dersom personalet i møtet med Knut for eksempel sier de riktige tingene, men ser ut som om han eller hun kjeder seg eller er distraheret av noe, vil det tydeligste signalet Knut får, være at personalet ikke egentlig er interessert. Det å ha blikkontakt er mye mer overbevisende enn bare å bli lyttet til.

Personalet bør også være bevisste på hvordan de fremstår. Det er viktig med individuelle forskjeller, men personalet bør imidlertid tenke over hvordan visse sider av deres fremtoning kan forstyrre forholdet til pasientene. For eksempel signaliserer et mannlig personale som vanligvis er formelt antrukket på jobb, med for eksempel formelle og helt klart

dyre klær (f.eks. en dress), overfor sine kolleger og arbeidsstedet generelt at han er en fagmann som ønsker å bli tatt seriøst. For enkelte pasienter kan formell bekledning signalisere at personalet er velstående, privilegert og har lite til felles med pasientgruppen. Dette gjør det en god del vanskeligere å opparbeide tillit og empati. Et annet eksempel kan være å bruke klær med uttrykk eller illustrasjoner. En t-skjorte med «*Svaret er nei!*», synlige tatoveringer av mannen med ljàen, et dødninghode, komiske figurer eller seksualiserte bilder på klær, kan alle bli feiltolket av en bekymret, sårbar eller følsom pasient. Slike plagg bør unngås til fordel for nøytrale og diskrete plagg som forteller minst mulig om den som bærer dem. Psykiatriske pasienter har nok å forholde seg til om de ikke også skal bli bombardert av personalets ulike personligheter.

For at personalet skal bli mer bevisste på denne kommunikasjonen og bedre orientert om sin egen personlige stil, anbefales det at de får mulighet til å lage digitale opptak av møter med pasientene (ekte pasienter heller enn rollespill). Ved bruk av denne metoden kan de på en objektiv måte se hvordan de fremstår og bruke sin økte selvbevissthet til å oppnå økt selvkontroll. Uten økter som er tatt opp digitalt, bør et annet, pålitelig personale fra tid til annen brukes for å gi en upartisk tilbakemelding om kliniske intervjueteknikker. Morrison (2014) anbefaler noen glimrende retningslinjer for å bedømme kvaliteten på møter med pasientene.

Håndtere møter med pasienter og innfri mål

Personalet bør tilstrebe å oppnå og beholde kontroll over møter med pasienter. Dette innebærer at personalet leder eller gjennomfører møtet på en slik måte at pasienten føler seg tilfreds med diskusjonen, til tross for mistro til å begynne med, og at *målene for personalet er nådd* når møtet avsluttes.

Oppgaven med å holde møter under kontroll bør være umerkelig for pasienten – møtet bør håndteres med lette virkemidler slik at man ikke utløser følelser av maktesløshet eller frykt hos pasienten. God møtehåndtering kan oppnås ved å iverksette alt som har blitt omtalt så langt i dette kapitlet – og for de fleste pasienter vil denne typen respektfull omgang være tilstrekkelig for en tilfredsstillende og produktiv opplevelse.

Det er imidlertid noen få pasienter som kan prøve å overta kontrollen fra personalet. Årsaken kan være fordi den psykiske tilstanden deres gjør dem bekymret, fordi de har et grunnleggende behov for å ha styringen, eller fordi de er redde. Pasientene kan gi uttrykk for et behov for å ha styring ved for eksempel å snakke for mye eller for høyt, og ikke la personalet snakke. De kan gi uttrykk for sterke følelser som sinne og forakt, ikke ta del i samtalen og heller snakke om det de selv synes er viktigst akkurat da, ikke lytte, ikke anerkjenne eller faktisk også avvise det personalet sier på en overfladisk måte. De kan også hevde å vite hva personalet skal si før han eller hun har sagt det, fullføre personalets setninger, være selektiv med hvilke spørsmål de vil svarene på eller sier, og så videre (Shepherd og Griffiths, 2013). Hvordan kan personalet få tilbake noe av kontrollen?

Personalet bør bruke kunnskapen de har om pasienten for å være forberedt på slike muligheter. Den viktigste måten personalet kan forberede seg på, er med strategier som kan bidra til at han eller hun kan håndtere motstand og forstyrrelser uten at de viser sine egne følelser (Shepherd og Griffiths, 2013).

Man kan bruke følgende strategier:

- Prøve å forstå. Etter å ha observert en stund, kan du prøve å utvikle en hypotese som forklarer årsaken til forstyrrelsen (f.eks. at pasienten er redd for hva møtet skal føre til, for eksempel hvis Knut tror at han ikke skal få permisjon i kveld eller bli underlagt et strengere behandlingsregime).
- La tvilen komme pasienten til gode. Fortell pasienten hva han/hun gjør, i tilfelle vedkommende ikke innser det selv. For eksempel: «*Knut, jeg har lagt merke til at du snakker fort og høyt, og derfor lurer jeg på om du tror at jeg ikke lytter til deg, eller at jeg ikke oppfatter hva du sier. Er du klar over at du gjør det?*»
- Beskriv atferden og bekreft din oppfattelse av den. Prøv å beskrive det du observerer mer detaljert for å trekke pasienten bort fra bekymringene sine og mot hvordan måten å kommunisere på, påvirker møtet. For eksempel: «*Du begynte å snakke fort og høyt da jeg fortalte deg at jeg er bekymret for at du skal på permisjon og besøke din mor i kveld. Stemmer det?* [vent på svar] *Fortell meg hva du er bekymret for – hjelp meg med å forstå situasjonen slik du oppfatter den.* [vent på svar] *Jeg tror jeg forstår det nå – jeg beklager at jeg*

ikke gjorde det før.»

- Samarbeidsorientert problemløsning. Prøv å samarbeide med pasienten om å komme til bunns i årsakene til den urolige atferden. I forhold til Knut kan mulighetene dine være å:

a) finne fellesnevnerne, altså hva kan personalet og Knut enes om, som innebærer at personalets bekymring anerkjennes, og at Knut føler at han blir hørt.

For eksempel: «Så du hører ikke stemmer, men du føler deg opprørt, det kan jeg se. Du er opprørt fordi du synes alle andre på avdelingen er mot deg og du vet ikke hva du har gjort for å fortjene det».

b) Hjelpe til med det store bildet – hvis Knut får permisjon for å besøke sin mor mens han er opprørt, vil han ikke ha noen glede av besøket. Hvis noe gikk galt, for eksempel at atferden hans ville skremme moren eller ansatte, kan dette føre til et tilbakefall.

c) Hjelpe til med å lage alternativer sammen – «Hvis vi utsetter permisjonen i dag, hva kan vi gjøre for at du skal føle deg mindre opprørt?», etterfulgt av

d) mer langsiktige planer som går på det underliggende problemet. (For eksempel: «Når du er klar, Knut, kan du og jeg ta en prat om problemene du opplever på avdelingen? Jeg ønsker å forstå hva du syntes om de andre pasientene slik at jeg kan hjelpe deg. Kan vi gjøre det?»)

Gi dårlige nyheter

Det er vanskelig å gi dårlige nyheter – og det er vanskelig å ta imot de også. Hvordan gir man en pasient under psykiatrisk behandling dårlige nyheter på en best mulig måte, når utfallet kan bli bekymring og forstyrrende atferd?

SPIKES (Baile et al., 2000) er en nyttig ramme for å strukturere din tilnærming:

- Setting – omgivelser. Plasser deg selv og pasienten i rolige, stille og egnede omgivelser slik at samtalen ikke kan overhøres, men likevel slik at dine kolleger kan se dere og hjelpe til om nødvendig («Knut, kan vi ta en prat på samtalerommet i stedet for her ute på avdelingen? Jeg synes privatlivet ditt er viktig, og jeg vil ikke at noen andre skal høre hva vi snakker om. Er det greit for deg?»).
- Perception – oppfatning. Når dere er på et trygt, egnet sted, finner du ut hva pasienten vet og/eller forventer å høre fra deg («Grunnen til at jeg ville snakke med deg privat, Knut, er at jeg er bekymret for deg. Kan du tenke deg hvorfor jeg er bekymret for deg?» [vent på svar]). Ved å ta opp bekymringer på denne måten, kan det fungere som et forvarsel slik at pasienten er forberedt på dårlige nyheter, men på en omsorgsfull måte.
- Invitation – invitasjon. Pasienten inviteres til å motta de dårlige nyhetene du kommer med («Knut, jeg vil gjerne fortelle deg hvorfor jeg er bekymret for deg i dag. Kan jeg gjøre det?» [vent på svar]).
- Knowledge – kunnskap. Dette er når du formidler nyhetene du har, langsomt og på en sensitiv måte som viser at du bryr deg om følelsene

pasienten har («Knut, siden jeg er bekymret for deg – siden jeg er bekymret for at hvis noe skjer mens du er på permisjon i kveld, vil det være et skritt i feil retning for deg. Jeg vil at vi skal utsette besøket hos din mor til du har det bedre og vi alle er trygge på at besøket vil gå bra. Kan vi gjøre det slik?» [vent på svar og diskuter]).

- Emotion and empathy – følelser og empati. Observer og lytt til følelsene pasienten gir uttrykk for som respons på nyhetene dine. Formidle at du godtar følelsene, hvordan nyhetene dine kan ha påvirket ham og at du fortsatt bryr deg om hvordan pasienten har det («Jeg kan forstå hvorfor du er sint, Knut. Jeg er lei for det. [vent på svar] Jeg vet ikke når du vil kunne få permisjon for å besøke din mor igjen. [vent på svar] Jeg har tatt denne avgjørelsen fordi jeg ikke vil at noe skal gå galt for deg, og at progresjonen du har hatt ikke skal settes på spill. Skjønner du hva jeg mener? [vent på svar] Fortell meg hvordan du føler deg akkurat nå. [vent på svar] Jeg tror jeg også ville ha følt meg slik hvis jeg hadde fått en slik beskjed.»).
- Strategy and summary – strategi og oppsummering. Dette er når du legger en plan for tiden fremover, noe som kan være nyttig for å ufarliggjøre nyhetene og forhåpentligvis måten de påvirker pasienten på («Da jeg møtte deg i begynnelsen, hjalp trening i treningsrommet deg å slappe av. Tror du det kan fungere for deg nå?» [vent på svar] Hvis vi tilbringer litt tid sammen i treningsrommet, vil det hjelpe meg med å forstå bedre hvordan du har det akkurat nå. Kan vi gjøre det slik? [vent på svar] Skal vi ta en kopp kaffe og se om vi kan legge noen planer?»)

Ved hjelp av en ramme som SPIKES kan du kontrollere tempoet når du gir dårlige nyheter. På denne måten får du tid til å se og forstå sinne og engstelse hos pasienten, og møte dette på en empatisk og hjelpsom måte.

Avslutte møtet

Ideelt sett avslutter personalet møter i samråd med pasienten. Avslutningen av møtet er like viktig som starten, da det avslutningsvis finnes en mulighet til å runde av med en, om ikke positiv, så i hvert fall akseptabel tone for å sikre at pasienten har kontakt med følelsene sine. Slik blir det mindre sannsynlig med negative følelser forårsaket av møtet. Ved å ta seg tid til å spørre pasienten på slutten av møtet om hva han/hun skal gjøre nå, bringes han/hun inn i øyeblikket, og dette bidrar til å strukturere atferden de neste minuttene. For eksempel: «Takk for at du tok en prat med meg i dag, Knut. Jeg er glad vi fikk snakket sammen og at du hjalp meg med å forstå bedre hvordan du har det. Hvordan har du det akkurat nå? [vent på svar] Nå blir jeg borte en liten stund mens jeg ordner lunsjen, men vi treffes etter lunsj og går på treningsrommet. Det gleder jeg meg til! Hva skal du gjøre nå, etter at jeg har gått?» [vent på svar]

Hvis det skulle skje at pasienten avbryter møtet – for eksempel ved at han/hun reiser seg og forlater personalet midt i en setning – bør du tenke over hvorfor dette skjedde og hvorfor det ikke lot seg gjøre å avslutte møtet med en felles forståelse i dette tilfellet. Diskuter med en kollega og prøv igjen, kanskje med noen andre eller med en annen tilnærming (for eksempel ved å invitere Knut med på en aktivitet, som for eksempel en tur med følge rundt

på sykehusområdet, og åpne en lignende samtale mens han er distraheret av noe som beroliger ham).

Til syvende og sist – hvis noen som Knut ikke går med på å fortelle de ansatte hva som skjer inni hodet hans, og de ansatte fortsatt er usikre og bekymret for sikkerheten til Knuts mor, ville det kunne forsvares at han fysisk hindres i å treffe henne. Risikoen Knut utgjør for henne når sinnstilstanden hans er ukjent og tydelig forverret i forhold til tidligere, vil være uakseptabel. På dette punktet kan en konfrontasjon være uunngåelig. Veiledningen over har til hensikt å gjøre en slik konfrontasjon til en siste utvei.

Til slutt er det god praksis å bruke litt tid på slutten av alle pasientsamtaler til å reflektere over hva som gikk bra og hva som ikke gikk så bra, og hvordan det som ikke gikk så bra, kan forbedres. Ikke alle møter med pasienter vil være gode eller produktive, uansett hvor flink og erfarent personalet er. Men det er bare mulig å forbedre den faglige praksisen når personalet er i stand til å reflektere over eget arbeid og er villige til å gjøre de endringene en slik lidenskapsløs selvransakelse legger opp til.

Beskytte deg selv

Personell innen psykisk helsevern utfordres daglig av pasienters problemer, og kravene som er knyttet til denne form for tjenesteyting er avhengig av de ansattes personlige ressurser, tilpasningsevne og engasjement. For å redusere og håndtere risiko for utbrenthet må personell ha tilgang til god og regelmessig klinisk veiledning som gir mulighet til å reflektere over arbeidet med enkeltpasienter. Lederne for slike avdelinger bør også ha denne muligheten, for å sikre at de alltid er empatiske, bekreftende og støttende overfor sine

ansatte. Hvis man ikke tar høyde for den negative innvirkningen slikt arbeid kan ha på personalet – og overordnede, vil resultatet sannsynligvis bli utslitte medarbeidere som føler seg lite verdsatt, at de ikke kan noe, og som er lite tilfredse. Pasientene vil kunne oppleve å hverken føle seg trygge eller ivaretatt.

- Se kapittel 10 for mer om ivaretagelse av seg selv

CASE-EKSEMPEL: KNUT

Ovenfor ble følgende spørsmål lagt frem for vurdering:

- Hvordan tilnærmer du deg Knut for å få frem den informasjonen du trenger for å fastslå om han hører stemmer?
- Med utgangspunkt i at hypotesen din er korrekt – Knut *hører* stemmer – hvordan kan du fortelle ham at han ikke lenger skal på permisjon i kveld, samtidig som du unngår konflikt?

Be de ansatte om å tenke over hvilke tanker de *nå* har for hvordan de kan tilnærme seg Knut for å vurdere ham, og med utgangspunkt i hva de finner ut, hvordan de videre kan fortelle ham at permisjonen hans i kveld er trukket tilbake. Be de så om å diskutere hva som er annerledes nå, sammenlignet med tankene de skrev ned innledningsvis. Vurder å foreslå at de deler seg inn i par og øver på scenariet som er beskrevet i historien om Knut, og deretter forteller hvilke ferdigheter de ville trenge i en slik situasjon. Be de senere, mens de fortsatt er i par om å, a) reflektere sammen med sin partner om sin personlige tilnærming i dette hypotetiske tilfellet, og b) skrive et klinisk notat som beskriver observasjonene i møtet, som de deretter sammenstiller og sammenligner med det partneren har skrevet. Avslutt økten ved å

be personalet som deltar om å skrive ned tre ting de heretter vil gjøre annerledes i sine møter med pasienter de har ansvar for.

AVSLUTTENDE KOMMENTARER

Målet med dette kapittelet har vært å gi personell et grunnlag for god praksis for kommunikasjon med pasienter generelt, og å utvikle praksis gjennom bruk av konkrete ferdigheter og teknikker som kan gjøre kommunikasjonen med pasientene mer effektiv i sentrale kliniske scenarier. Det har hele tiden blitt referert til Knut som eksempel på hvordan god praksis kan gjennomføres i en ganske typisk situasjon innen psykisk helsevern. Ved å bruke Knut på denne måten belyses tre viktige momenter. For det første vil kvaliteten på relasjonen et personale prøver å bygge med en pasient være avgjørende for både

informasjonsinnhenting og risikohåndtering. Personalet må verdsette arbeidet de gjør med pasientene, bruke den tiden og plassen som trengs for et så viktig arbeid, og samtidig forstå at riktig anvendelse av kliniske ferdigheter er en investering i en tryggere avdeling. For det andre er samarbeid med pasientene avgjørende for både å forstå og formulere hvilke vanskeligheter og utfordringer de opplever med behandlingen. Det er først når man forstår hvordan pasienten opplever det hele at man kan gi effektiv behandling. Sist, men ikke minst, må praktikerne ivaretas av effektive ledere, velorganiserte og veldrevne avdelinger. Hvis dette mangler, vil ikke personalet ha den støtten de trenger for å gjøre en så god jobb som mulig på lang sikt. God kommunikasjon med pasientene handler derfor om mer enn bare god praksis hos det enkelte personalet.

Litteraturhenvisninger til kapittel 4: Forebyggende kommunikasjon

Baile, W.F., Buckman, R., Lenzi, R., Glober, G., Beale, E.A., & Kudelka, A.P. (2000). SPIKES, a six-step protocol for delivering bad news: Application to the patient with cancer. *Oncologist*, 5, 302-311.

Fisher, R. P., & Geiselman, R. E. (1992). *Memory-enhancing techniques for investigative interviewing: The cognitive interview*. Springfield, IL: Charles C. Thomas.

Morrison, J. (2014). *The first interview* (4th ed.). New York: Guilford Press.

Shea, S. C. (1998). *Psychiatric interviewing: The art of understanding* (2nd ed). Philadelphia, PA: Saunders.

Shepherd, E., & Griffiths, A. (2013). *Investigative interviewing: The conversation management approach* (2nd ed.). Oxford: Oxford University Press.

Sommers-Flanagan, J., & Sommers-Flanagan, R. (2014). *Clinical interviewing* (5th edition). Hoboken, NJ: John Wiley & Sons.

Yeschke, C. L. (2002). *The art of investigative interviewing: A human approach to testimonial evidence* (2nd ed.). Boston: Butterworth-Heinemann.