

Forståelse

Michael 2011;8: 311–6.

Denne kommentarartikkelen diskuterer bakgrunnen for at forståelse i betydningen innlevelse og deltakelse tilsynelatende har måttet vike plass i medisinen for forståelse i betydningen innsikt og kunnskap. Sentralt står makt i betydningen evne til å løse problemer, manglende vilje til å se avmakten i øynene når man ikke lykkes, og tapt interesse for pasientenes eksistensielle behov. Det er fortsatt uvanlig å få frem pasientens perspektiv, enda så vesentlig det er å kjenne det før man gir informasjon – den oppgaven som både er mest tidkrevende og vanskelig og samtidig nødvendig for å gi pasienten bedre evne til å mestre sin situasjon. Forfatteren etterlyser systematisk kursing og veiledning i kommunikasjon som obligatorisk ledd i videre- og etterutdanningen.

Dette nummeret av Michael har temaet *språk og kommunikasjon*. Artiklene dekker ulike teiger av disse emnene, tilsynelatende med lang avstand mellom, beskrevet med forskjellige metoder av mennesker som hva bakgrunn angår ser ut til å ha lite til felles. Nettopp dette spriket, og det faktum at redaksjonen har samlet stoffet i ett nummer, illustrerer hvilke utfordringer vi mennesker står overfor når vi kommuniserer. Vi kommer fra hver vår personlige verden, med millioner av opplevelsessekunder som bare er våre, og møtes, to eller flere, kanskje med samme språk, men aldri med identisk begrepsbruk. Likevel, vi søker hverandre, og vi øyner et fellesskap: Behovet for forståelse.

Forståelse er heller ikke entydig. Bokmålsordboka (1) oppgir to betydninger. Den ene handler om innsikt og kunnskap. Den andre handler om innlevelse og deltakelse. Pasientbehandling krever begge deler. Man skulle tro det var opplagt, men alt for mange pasientfortellinger bærer bud om noe annet. Jeg har en idé om hvordan kommunikasjon ble så lite viktig i medisinen.

Sentralt står makt. Men ikke slik man ofte tenker om makt, som noe som utøves for å betvinge andre. Magne Nylenna nevner i sin artikkel mistanken om at det medisinske fagspråket er brukt som et maktmiddel (2), og sikkert er det nok at pasienter i sin sårbare situasjon har opplevd forverring av sin utrygghet stilt overfor medisinsk sjargong. Jeg tror likevel at det er langt mellom leger som har ønsket å bruke språket slik. Makt er noe mer – det er også evne. Er det noe som karakteriserer medisinen, spesielt de siste 150 årene, så er det evne: Evne til å kurere farlige sykdommer, til å reparere skader, til å forebygge tilstander gjennom avansert kunnskap. Medisinens suksess er en seiersgang, en maktdemonstrasjon. I moderne samfunn finnes knapt individer som ikke fra barnsben har opplevd dette i sin nære familie. Det har gjort noe med befolkningens forventninger, men det har også gjort noe med utøverne av medisin.

Har man suksess, blir man etterspurt. Folk strømmer til, viser beundring, utfordrer ikke og er ofte takknemlige. Å være populær er å være viktig. Det kjennes godt så lenge man lykkes. Men intet beger uten malurt. Regelmessig har legen ikke svaret, og heller ikke løsningen. Det er mange måter å møte det på. Man kan vise innlevelse i pasientens situasjon, delta i angsten og sorgen, være til stede. Man kan også forlate den syke, konsentrere seg om det man får til, perfeksjonere seg og forsterke suksessen hos andre. Og man kan forkaste, forklare motgangen med egenskaper ved pasienten og unngå å se avmakten i øynene. Det kan gjøre forferdelig vondt.

Noe slikt er det Anne-Margrethe Nyhus forteller om (3). Det er neppe tilfeldig at hennes historie handler om symptomer som legene slet med å tolke. Hun eksemplifiserer også hvordan det ofte er (de få) ressurssterke, taleføre pasientene som ender med å bli oppfattet som vanskelige. De fleste leger jeg snakker med sier at «pasientene er greie de, det er de pårørende som lager bråk» – en presis observasjon som viser hvor sårbare og prisgitte pasienter er. Dette forklarer også hvorfor legene fortsetter å se på kommunikasjon som koseprat, og ikke bruker energi på å forbedre seg. De tror egentlig at kommunikasjonen fungerer godt. Men faktum er at leger i liten grad evner å vurdere pasientenes tilfredshet (4,5), de får rett og slett lite direkte tilbakemelding. Og ikke bare det: Pasientene forventer seg heller ikke så mye. De er glade til om de blir kurert, naturlig nok, det skulle bare mangle – og er positivt overrasket om de møter en forståelsesfull lege. Pasientenes utsagn om legens kommunikasjon er heller ikke presise. Utsagnene er for preget av graden av generell tilfredshet, som har med mye annet å gjøre enn kommunikasjonskvaliteten (6). Når legene ikke får korrektiv, har de heller ingen stimulans til å endre atferd. I historier som Nyhus sin er det nesten rørende å se hvor viktig det blir for

pasienten å få rett til slutt. Å kunne konstatere at plagene skyldtes «ordentlig sykdom». Det skinner gjennom i hennes fortelling, og kan bare gi oss en anelse om hvordan det oppleves alle de gangene pasientene ikke er så «heldige».

Jørn-Kr. Jørgensens historie er en helt annen (7). Her er en pasient som er fornøyd med direkte beskjed om hvor dårlig det står til. Beskjeden gis av en lege som *ikke* er i avmakt, som står overfor en akutt tilstand der medisinen kan tilby livreddende inngripen – og som samtidig vet at livsstilsendring er eneste farbare vei for pasienten. Denne pasienten skriver at jo mer konkret og direkte legen kan være, jo bedre er det. Mye tyder på at det er rett for de fleste – men det fordrer at legen ikke forlater pasienten etterpå. I Jørgensens tilfelle var det håp, ikke alltid er det det. Onkologer, de eneste sykehusspesialistene i Norge med obligatorisk kommunikasjonskurs i videre- og etterutdanningen, viker ofte unna realitetene i situasjonen når de snakker med pasientene og sykdommen ikke lenger er kurabel (8,9). Argumentet er at man ikke må ta fra pasienten håpet, men det lyder hult. En like sannsynlig grunn er at det også er smertefullt for onkologen å innrømme at kreftutviklingen ikke lenger kan stoppes, så vondt at kommunikasjonen blir uklar og vag. Det er ikke pasienten tjent med. Mange kreftpasienter har følt seg lurt når det plutselig og sent går opp for dem at døden er nær. En norsk studie viser at norske sykehusleger ikke mangler evne til å være høflige, vennlige og medmenneskelige, men de viser likevel liten eller ingen interesse for pasientens eksistensielle behov (10).

På den annen side finnes det pasienter som absolutt ikke vil høre snakk om døden. Og hvordan skal legen vite hvem det er? Her står vi ved den viktigste og minst brukte nøkkelen i legers kommunikasjon med pasienter: Få frem pasientens perspektiv! Tre sentrale spørsmål hører enhver medisinsk situasjon med våken pasient til: Hva tenker du om disse symptomene/denne diagnosen /denne situasjonen? Hvordan virker dette inn på livet ditt? Hva håper du at vi kan oppnå? Ordvalget må selvsagt tilpasses der og da, men innholdet er vesentlig. I de store treningsprogrammene innen klinisk kommunikasjon (11,12) er dette et bærende element, men det neglisjeres til og med i allmennpraksis. I vår studie av 497 konsultasjoner med 71 leger i et norsk sykehus, skårer legene bare 24 % av det oppnåelige på denne ferdigheten (upubliserte data). Legene velger vekk sentral informasjon som gjør pasienten til en person med egne erfaringer og synspunkter – opplagt en bivirkning av medisinsens suksess – men direkte ødeleggende for samhandlingen med pasienten.

Mangelen på denne informasjonen er – foruten en implisitt nedvurdering av pasientens mestringsevne – også et betydelig handikap når legen

skal gi pasienten informasjon. Av alle kommunikasjonsoppgaver er antakelig det å ta pasienten med på råd den mest krevende. Det drives i dag forskning i stort omfang på feltet, en forskning som særlig er konsentrert om å finne frem til gode hjelpemidler for legen i dette arbeidet. Øystein Eiring gjennomgår denne forskningen og belyser dens tilkortkommenhet i sin engelskspråklige gjennomgang (13). Vi vil nok se store fremskritt her, men vi må ikke komme dit at legene tror instrumenter og hjelpemidler kan erstatte den behjelpelige dialog, med en riktig dosert blanding av paternalisme og interesse for pasientens egne synspunkter og verdier. Dette er etter min vurdering det eneste av elementene i klinisk kommunikasjon som tar lenger tid når det blir gjort godt. Den tiden må vi investere. Avkastningen er at pasientene mestrer sitt liv bedre, sannsynligvis med lavere etterspørsel etter helsetjenester etterpå (14).

Det vil nok politikerne sette pris på, men vi skal ikke overselge dette argumentet. Vi skal tvert imot med en mer pasientsentrert kommunikasjon bringe omsorgen tilbake til medisinen. Med interesse for pasientens liv kommer forståelse, med forståelse kommer omsorg. De siste tiårene har omsorgsordet tilsynelatende vært forskjøvet til pleiedomenet. I politikken er det et valgkampord. Det er morsomt at Frode F. Jacobsen har tatt seg den frihet å studere hvordan ordet brukes i norske offentlige dokumenter (15). Det er nødvendig å reflektere over hvordan vi bruker ord enten det er i møter med pasienter, i politisk argumentasjon eller fagutøvelse. Dette slo meg under lesningen av Øivind Larsens personlige refleksjon om utviklingen i undervisningen av medisinstudenter de siste tiårene (16). Larsen reiser mange viktige spørsmål knyttet til legens rolle i samfunnet. Han viser at legestudiet er mer og mer pasientorientert og mindre samfunnsorientert. Likevel, budskapet må nesten letes frem i klyngen av fakta, og det er på grunn av den emosjonelle ladningen. Her er skuffelse og resignasjon. I et temanummer om kommunikasjon illustrerer denne artikkelen først hvordan følelser tilslører fakta, deretter reiser den for meg spørsmålet om samfunnsmedisinen egentlig har lyttet til hva samfunnet ønsker med leger. Kunne det være at leger i vårt spesialiserte samfunn rett og slett ikke lenger har den viktigste rollen i forebyggende helsearbeid? Kanskje er akademisk samfunnsmedisin på sotteseng uten å bli forstått?

Larsen har imidlertid rett i at kommunikasjon i Norge har fått en viktig plass i medisinstudiet. Det skulle bare mangle. Kommunikasjon er en underkjent klinisk metode, like viktig og like vanskelig som kirurgi. Vågan og Aasland konkluderer i sin kvalitative studie at det ikke lar seg gjøre å påvise noen sikker effekt når det gjelder forståelsen av kommunikasjonens plass i medisinen som følge av Oslo 96-reformen (17). Men de antyder at enkelt-

personers holdninger og erfaringer er av betydning, og at opplevd utbytte av kommunikasjonsundervisningen i studiet kan være av betydning. Altså må undervisningen være god. Men i tillegg er det behov for etterutdanning og supervisjon i de første årene i klinisk arbeid. Det er først da legene opplever den kliniske virkeligheten og kan prøve ut nyervevede ferdigheter umiddelbart i hverdagsmedisinen. Over hele verden er etterutdanning i kommunikasjon forsømt, enda dårlig kommunikasjon er den hyppigste klagegrunnen rettet mot helsetjenesten og en erkjent bidragsyter til misforståelser og alvorlige feil (18). Da kan det være en trøst å vite at kommunikasjonskurs over et par dager virker, og at effekten er større for leger som har hatt kommunikasjonsundervisning før embedseksamen (19). Det er å håpe at de tyngste fagmiljøene i medisinen, Helsedirektoratet og helsepolitikkerne viser forståelse for pasientenes behov ved å legge en plan for systematisk utvikling av kommunikasjonsferdighetene til alle leger i klinisk arbeid i Norge, også *etter* studiet.

Litteratur

1. www.nob-ordbok.uio.no (2.9.2011)
2. Nylenna M. Medisinsk fagspråk – gradvis mer folkelig og forståelig? *Michael* 2011; 8: 370–82.
3. Nyhus A-M. Kommunikasjonssvikt og arroganse i norsk helsevesen. *Michael* 22011; 8: 388–95.
4. Hall JA, Stein TS, Roter DL, et al. Inaccuracies in physicians' perceptions of their patients. *Med Care* 1999; 37: 1164–8.
5. Gulbrandsen P, Benth JS, Dahl FA, et al. Specialist physicians' sensitivity to patient affect and satisfaction. (*Med Care, accepted for publication*)
6. Fosli Jensen B, Dahl FA, Safran DG, et al. The ability of a behaviour specific questionnaire to identify poorly performing doctors. *BMJ Qual Saf* 2011; Aug 17 [Epub ahead of print] doi: 10.1136/bmjqs-2011-000021
7. Jørgensen JK. Ord og virkelighet. *Michael* 2011; 8: 383–7.
8. Rogg L, Aasland OG, Graugaard PK, et al. Direct communication, the unquestionable ideal? Oncologists' accounts of communication of bleak prognoses. *Psychooncology* 2010; 19: 1221–8.
9. Graugaard PK, Rogg L, Eide H, et al. Ways of providing the patient with a prognosis: a terminology of employed strategies based on qualitative data. *Patient Educ Couns* 2011; 83: 80–6.
10. Agledahl K, Wifstad Å, Førde R, et al. Courteous but not curious: How doctors' politeness masks their existential neglect. A qualitative study of video-recorded patient consultations. *J Med Ethics* 2011; May 24 [Epub ahead of print] doi: 10.1136/jme.2010.041988.

11. Kurtz S, Silverman J, Benson J, et al. Marrying content and process in clinical method teaching: enhancing the Calgary-Cambridge guides. *Acad Med* 2003; 78: 802-9.
12. Stein T, Frankel RM, Krupat E. Enhancing clinician communication skills in a large healthcare organization: a longitudinal case study. *Patient Educ Couns* 2005; 58: 4-12.
13. Eiring Ø. Decision aids – ideals and dilemmas of user involvement. *Michael* 2011; 8: 357-69.
14. Coulter A, Collins A. Making shared decision-making a reality. No decision about me, without me. London: The King's fund, 2011.
15. Jacobsen FF. Kan omsorgen stå alene? Omsorgsbegrepet i tre stortingsmeldinger. *Michael* 2011; 8: 344-56.
16. Larsen Ø. The winds from Maastricht. Some personal reflections on teaching medicine at the University of Oslo. *Michael* 2011; 8: 329-43.
17. Vågan A, Aasland OG. Legesentrert og pasientsentrert klinisk kommunikasjon blant leger utdannet før og etter Oslo96-reformen. *Michael* 2011; 8: 317-28.
18. Kohn LT, Donaldson CJ, red. To err is human: building a safer health system. Washington, DC: National Academy Press; 2000.
19. Fosli Jensen B, Gulbrandsen P, Dahl FA, et al. Effectiveness of a short course in clinical communication skills for hospital physicians: results of a crossover randomized controlled trial (ISRCTN22153332). *Patient Educ Couns* 2011; 84: 163-9.

Pål Gulbrandsen

Universitetet i Oslo / Akershus universitetssykehus

Postboks 95

1478 Lørenskog

pal.gulbrandsen@medisin.uio.no