

# JOURNALEN

OSLO LEGEFORENING

NR 1/2014

## Den krevende pasienten



ILLUSTRASJON: TORA MARIE NORBERG



GUNSTIG RENTE PÅ BOLIGLÅN I DNB

## BENYTT DINE MEDLEMSFORDELER

### DU FÅR BANKENS BESTE BOLIGLÅNSRENTE!

- Boliglån p.t. 3,50 % nominell rente, innenfor 75 % av verdigrunnlaget.
- Boliglån Ung (BLU) p.t. 3,40 % nominell rente, innenfor 85 % av verdigrunnlaget.
- Rammelån p.t. 3,60 % nominell rente, innenfor 70 % av verdigrunnlaget.

Som medlem betaler du heller ikke etablerings- eller depotgebyr.

Du kan også få meget gode vilkår på skade- og personforsikring og sparing.

### TA KONTAKT!

Les mer på [dnb.no/akademikerne](http://dnb.no/akademikerne) eller ring oss på telefon 04800, alle dager, hele døgnet. Ønsker du å flytte lånet du har i dag, hjelper vi deg selvfølgelig med det.

#### Priseksempel Rammelån:

Effektiv rente 3,73 %. Lånebeløp 2 millioner o/25 år i DNB Boligkreditt. Totalt kr 3.057.016. Prisen er per 11.12.2013 for nye lån og kan bli endret.



Bank fra A til Å



# Når pasienten nesten gjør deg syk

**Møtet med de krevende pasientene utfordrer leger og annet helsepersonale både faglig og følelsesmessig. – Jeg har sluttet å være en følelsesmessig container for alle andre, sier fastlege Bente Aschim.**

LENE JOHANSEN

Professor Reidar Tyssen, som er faglig leder ved avdeling for medisinsk adferdsvitenskap ved Universitetet i Oslo, har identifisert følelsesmessig press og krav fra pasienter som den viktigste arbeidsstressfaktoren for legers mentale helse i en studie som ble publisert i tidsskriftet Medical Education i 2000.

– Det er viktig å kjenne på sin egen reaksjon i følelsesladede møter med pasienter. Man må for eksempel erkjenne at man blir sint, samtidig som man ikke skal agere på det, sier Tyssen.

**Bruker skuespillere.** Studentene som går på Universitetet i Oslo får nå testet seg selv

i pasientmøter der de blir utfordret både faglig og følelsesmessig. Avdelingen leier inn skuespillere som spiller pasienter i krevende situasjoner. Det kan dreie seg om pasienter som ikke aksepterer behandlingsplanen og vil bruke alternative metoder, foreldre som skal orienteres om at datteren er død, selvskadere som ønsker å få smertestillende medikamenter, beskjeder om kreftsykdom og det å behandle kollegaer. – Alle får kjenne på sine egne reaksjoner og erfare hvor vanskelig sånne møter kan være, sier Tyssen.

**Kulturelle forskjeller.** Tyssen synes at de som går på legestudiet i Oslo får et godt tilbud som forbereder dem på møtet med

krevende pasienter, men er bekymret over at det begynner å bli mange leger som har utdanning fra steder hvor de ikke får slik opplæring, og hvordan kulturelle forskjeller mellom pasient og lege kan påvirke kommunikasjonsprosessen i en negativ retning.

– Norske pasienter er for eksempel svært individualistiske i sin måte å tenke på sykdom og behandling, mens i deler av Asia er hele familien mer involvert. Dessuten er språk-testene mer krevende for leger som kommer utenfra EU-området, men det kan være store språklige barrierer også for leger fra EU-området. Dette har neppe vært vektlagt nok av sykehus og andre arbeidsgivere. Mange medisinske studenter jobber som legesekretærer og forteller at de



*«Det er viktig å kjenne på sin egen reaksjon i følelseladete møter med pasienter. Man må for eksempel erkjenne at man blir sint, samtidig som man ikke skal agere på det»*

REIDAR TYSSEN

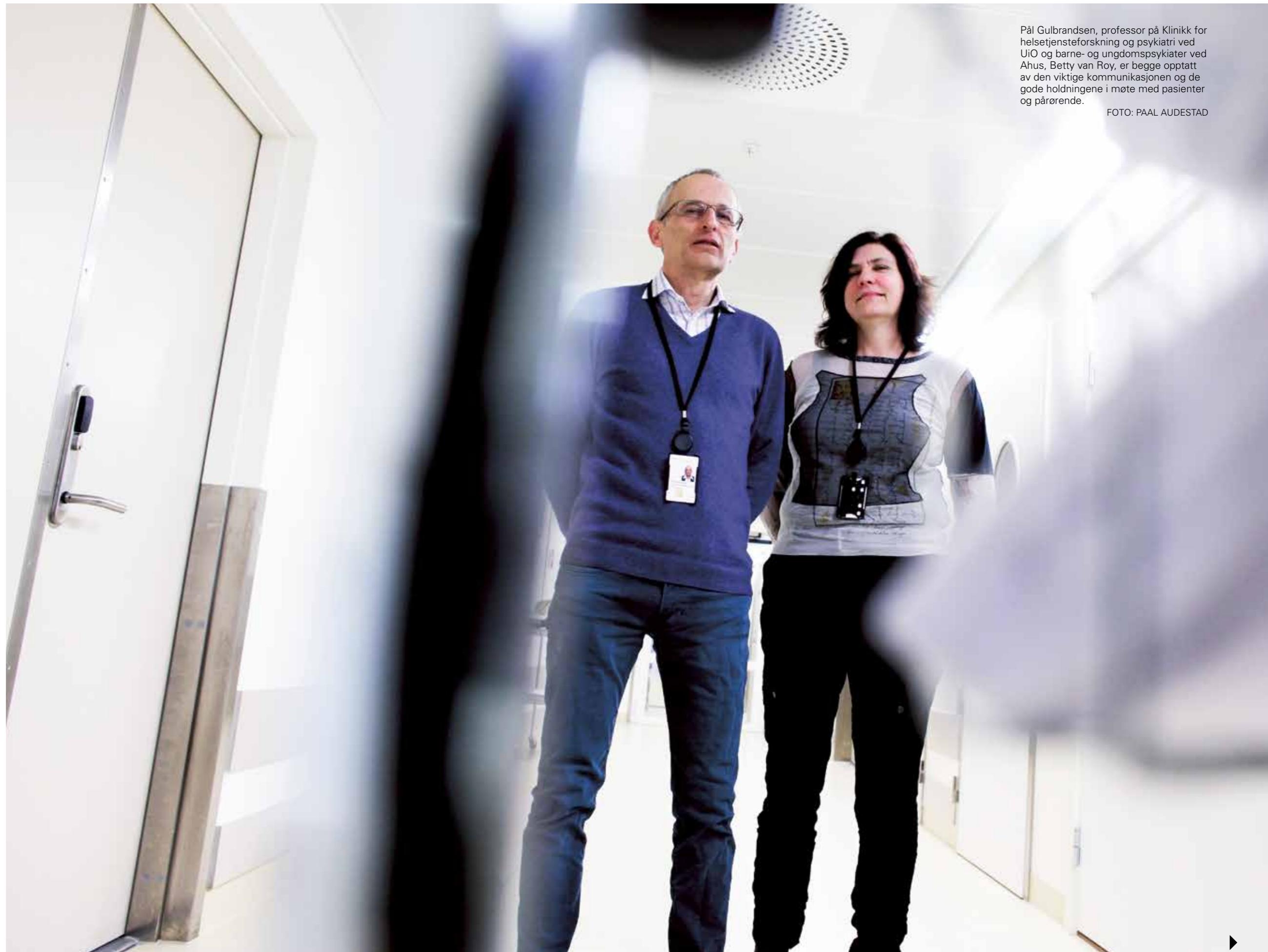
ofte må «oversette» klønete norsk når de skriver diktater fra leger som ikke behersker språket, så dette kan i verste fall gå ut over pasientsikkerheten, sier Tyssen.

**Kommunikasjon kan læres.** Kommunikasjonstrening for leger er et relativt nytt fenomen. Tilbudet har bare vært tilgjengelig de siste 20 årene i følge Pål Gulbrandsen som er professor ved Klinikk for helsetjenesteforskning og psykiatri ved Universitetet i Oslo.

– Kommunikasjon er en ferdighet, ikke noe du kan lære uten å trene. De fleste av de som er gode på det i dag har et talent og vet ofte ikke hvorfor de får det bra til, sier han.

I spesialistutdanningen er det bare allmennleger og onkologer som har hatt obligatorisk kursing i kommunikasjon, men det foreligger forslag om å innføre det som ledd i utdanningen til alle kliniske spesialiteter. I Oslo ledes Skandinavias største kommunikasjonsforskningsmiljø av Arnstein Finset og Pål Gulbrandsen. De har blant annet videreutviklet og testet et kursopplegg for ferdige leger som bygger på en amerikansk modell som kalles «Four Habits». Resultatene fra disse forsøkene ble publisert i 2008–11. Forskningsgruppen til Finset og Gulbrandsen har nylig evaluert langtidsvirkningen av disse studiene og resultatene har vært lovende nok til at gruppen har fått midler fra Helsedirektoratet og Helse Sør-Øst til å gjennomføre flere i løpet av året.

Både Tyssen og Gulbrandsen sier at mange av de sakene som rapporteres til pasientombudet og tilsynsmyndigheten har grunnlag i at kommunikasjonsprosessen har



Pål Gulbrandsen, professor på Klinikk for helsetjenesteforskning og psykiatri ved UiO og barne- og ungdomspsykiater ved Ahus, Betty van Roy, er begge opptatt av den viktige kommunikasjonen og de gode holdningene i møte med pasienter og pårørende.

FOTO: PAAL AUDESTAD

### Gode kommunikasjonsråd: «DE FIRE VANENE»

- Investér i begynnelsen av konsultasjonen ved å være imøtekommende, finne ut hvordan pasienten har det og hva de er bekymret over.
- Finn ut hvordan pasienten tenker om problemet, hvordan det påvirker pasientens liv og hva han ønsker å få ut av legevisitten.
- Vis empati ved å bekrefte og anerkjenne pasientens følelser og kunnskap og hjelp pasienten å sortere og identifisere følelsene
- Investér i slutten av konsultasjonen ved å bruke pasientens perspektiv for å presentere informasjon, forklar hvorfor man ønsker å gjøre noe, se hva pasienten synes om dette, om det er noe som kan hindre at behandlingen gjennomføres, åpne for spørsmål og lag tydelige planer for oppfølging.

Kilde: Pål Gulbrandsen

FOTO: PAAL AUDESTAD



«Kommunikasjon er en ferdighet, ikke noe du kan lære uten å trene. De fleste av de som er gode på det i dag har et talent og vet ofte ikke hvorfor de får det bra til»

PÅL GULBRANDSEN

gått galt. Hverken Pasientombudet i Oslo eller Helsetilsynet måler hvor hyppig dette er, men pasientombud Anne-Lise Kristensen sier til *Journalen* at kommunikasjon ofte er en viktig del i sakene som blir innklaget.

**Tid avgjør søksmål.** Vi må til Canada og USA for å finne mer systematiske studier av kommunikasjonens viktighet i feilbehandlingsøksmål. Wendy Levinson ved Universitetet i Toronto har publisert en rekke studier av hva som fører til at pasienter saksøker legene sine, og overraskende nok har faglige feil svært liten innflytelse på pasientens beslutning. Misnøye som en følge av kommunikasjonssammenbrudd sammen med feilbehandling er den viktigste årsaken.

Levinson har etter hvert blitt ganske god på å identifisere hvilke leger som kommer til å bli saksøkt og hvilke som ikke blir saksøkt når hun går igjennom lyd- eller videopptak av pasientkonsultasjoner. De konsultasjonene som førte til søksmål hadde en helt annen tone, både på stemmebruk og pasientinteraksjon. Legene som ikke ble saksøkt brukte også noe mer tid på å snakke med pasienten. Det skal ikke mye til, forskjellen var bare tre minutter i favor av de legene som ble saksøkt.

**Verdensmestre på symptomer.** – Vi har en pedagogisk oppgave og en faglig stolthet å ivareta når vi møter pasienter som er bestillere og bare ser på legen som en ekspeditør som skal skrive under henvisninger og resepter, sier Bente Aschim. Hun er fastlege ved Fagerborglegene.

Aschim synes det er flott at pasientene er blitt mer kunnskapsrike med årene og tar mer aktivt kontroll på sin egen helse. Samtidig peker hun på at det kan det være overveldende å møte en pasient som har svært bestemte meninger og som er så fokusert på disse at vedkommende overkjører legens faglige vurderinger totalt.

– Da er det viktig å ikke avvise pasi-

enten totalt, samtidig som pasienten også må lytte til legens vurdering. De er jo verdensmestre på egne symptomer, men det er vi som har den faglige utdanningen til å hjelpe dem å tolke disse symptomene, sier hun.

Aschim sier at man bør ta seg tid til å finne ut hva pasienten tenker om de bestillingene som han eller hun kommer med. Istedenfor å avslå disse bør legen stille spørsmål om hvorfor pasienten mener dette er den rette veien å gå og hva pasienten selv tenker om de symptomene eller den funksjonsnedsettelsen de opplever.

– En utfordrende pasient kan komme med utsagn som åpenbart kan være noe problematiske, som for eksempel en pasient som hevder at han får en allergisk reaksjon av elektrisitet. Istedenfor å si at sånn virker det ikke, kan man spørre hvordan allergi mot elektrisitet virker. Vis nysgjerrighet ved å spørre pasienten hvordan han har prøvd å behandle det, hvordan han har behandlingen virket så langt og spør om pasienten er villig til å høre på hva du tenker om temaet. Nysgjerrighet er en aktiv handling i denne sammenheng, sier Aschim, som også arbeider i en bistilling ved Vinderen DPS. Hun bruker kognitive adferdsterapiteknikker og sier at dette ikke bare hatt en virkning på hvordan hun jobber med pasienter, men også på hvordan hun forholder seg til rollen som fastlege.

– Jeg pleide å ta et personlig ansvar for at pasienter ikke kom seg videre, men nå tar jeg ikke så mye ansvar for det lengre. Det er ikke mitt ansvar at de ikke følger de rådene jeg gir. Jeg har sluttet å være en følelsesmessig container for alle andre. Jeg skal ikke være alt for alle andre, innimellom må man si til seg selv at dette er godt nok, sier hun.

**Omfattende legerolle.** Tyssen sier også at det er vanlig at leger tar alt ansvaret for at en kommunikasjonsprosess med en pasient ikke fungerer. Og i boken

*Skam i det medisinske rom* skriver professor emeritus ved Institutt for adferdsvitenskap, Tore Gude, om hvor omfattende legerollen er, med et moralsk credo som krever at man alltid setter pasienten først.

– Legene reagerer med at det må være noe galt med dem selv, men det er jo ikke alltid det er tilfelle, sier Tyssen. Mange pasienter har en personlighet som gjør det svært krevende å forholde seg til dem.

**Bygge faglig nettverk.** Et av bolverkene som både Aschim og Tyssen trekker frem mot å ta alt innover seg, er å bygge et sterkt faglig nettverk rundt seg på jobben som man kan bruke i møte med de krevende pasientene. Men da er det viktig at også arbeidsgiver sørger for at det er mulighet for å skape et slikt nettverk.

Det kan for eksempel være ønskelig å ta med en kollega i pasientkonsultasjoner man vet kommer til å bli krevende. Aschim fremhever hvordan samtaler med kollegaer kan hjelpe leger til å ikke fire på faglige standarder selv om det på kort sikt

kan virke som minste motstands vei. Også Gulbrandsen sier at det å kompromisse på det faglige kan ha store kostnader på lengre sikt.

– **Be om unnskyldning.** Faglitteraturen anerkjenner hvor viktig det er å be om unnskyldning når ting går galt i forholdet mellom pasient og lege. I USA, hvor man har en helt annen kultur på dette med å saksøke leger har mange delstater nå lovfestet at det å be om pasient eller pårørende om unnskyldning ikke er en anerkjennelse av strafferettslig ansvar dersom en konflikt skal handle i retten.

Et viktig råd som både Aschim, Gulbrandsen og Tyssen peker på, er å be om unnskyldning når det er påkrevet, selv når legen ikke føler et personlig ansvar for eventuelle uretter som pasienten mener å ha opplevd.

– Leger er selv veldig sårbare fordi arbeidet de gjør er så viktig, det er så mye på spill. Det kan i blant gå prestisje i at ting har gått feil og det berører den profesjonelle identiteten din så dypt, sier Pål Gulbrandsen. ■

«Jeg pleide å ta et personlig ansvar for at pasienter ikke kom seg videre, men nå tar jeg ikke så mye ansvar for det lengre»

BENTE ASCHIM

## VG: – Ganske høy terskel for publisering

– Det er nok ikke den redaktørstyrte pressen jeg hadde vært mest redd for hvis jeg var en fagperson som hadde havnet i en konflikt. En blogg-post eller en status-oppdatering på sosiale medier følger ikke de samme spillereglene for personidentifisering og kan deles av flere tusen personer på kort tid, sier Tora Bakke Håndlykken.

Hun er seksjonsleder for nyheter i VG og tar regelmessig beslutninger om hvilke saker som havner i avisen, og hvilke som aldri ser dagens lys. Det er sjelden aviser identifiserer personer med navn når de skriver om tilsynssaker og konflikter mellom helsepersonale og pasienter. De nøyer seg som regel med å identifisere institusjonen.

Det er svært vanlig at pasienter ringer VG for å prosedere sin sak, men få av de havner i avisen. Journalistene må deretter dokumentere påstandene og det første skrittet er alltid at pasienten må gi avisen innsyn i sakene sine. Når journalisten har fått den nødvendige dokumentasjonen så vurderer de om saken skal dekkes og hvordan.

– Terskelen for at saken går helt til publikasjon er ganske høy. Det er ofte en ekstern tredjepart som har gjort en vurdering før vi skriver om det, som for eksempel Helsetilsynet eller helseinstitusjonen selv, sier hun.

LENE JOHANSEN

### Vil du bli bedre til å kommunisere med pasientene?

#### Kommunikasjonskurs basert på «De fire vanene»

**VÅREN 2014: 26. og 27. mars  
21. og 22. mai  
11. og 12. juni**

Høstens kurs annonseres om kort tid i Legeforeningens kurskatalog. De som ønsker plass kan sende epost til Bård Fosslø Jensen: b.f.jensen@medisin.uio.no

#### Kurs i kognitiv atferdsterapi for allmennleger

Bente Aschim har utviklet et kurs i kognitiv atferdsterapi for allmennleger sammen med Sverre Lundevall. Informasjon om kurset finnes både i Legeforeningens kurskatalog og via Norsk forening for kognitiv terapi ([www.kognitiv.no](http://www.kognitiv.no)). Det ligger også filmer på Legeforeningens kurssider som viser hvordan samtaleteknikken brukes i praksis med pasienter (<http://nettkurs.legeforeningen.no/course/view.php?id=64>).

## BEHANDLING AV RUSPROBLEMER

- Klinikken er en del av spesialisthelsetjenesten innen rusbehandling i Helse Sør-Øst
- Den primære målgruppen er voksne kvinner og menn med alkohol- og tablettproblematikk
- Kartlegging, diagnostisering, motivasjonssamtaler, individualiserte behandlingsplaner
- Poliklinisk behandling og eventuelt innleggelse
- Behandlergruppen består av leger, psykologer, psykiatriske sykepleiere og sosionomer

Ansvarlig lege: Andreas Bolgien

Stiftelsen  
**Incognito Klinikk**

Apalløkkveien 8, 0956 Oslo  
kontakt@incognito.no

Tlf 22 90 26 60  
www.incognito-klinikk.no