



# **Medfører kommunikasjonskurset 4 Gode Vaner vedvarende endring av sykepleieres kommunikasjon med pasienter?**

*En kvantitativ tverrsnittstudie om sykepleieres egenvurderte kommunikasjonskompetanse etter tverrfaglig kommunikasjonskurs.*

Eva Saltrøe

Masteroppgave i Sykepleievitenskap  
60 studiepoeng

Det Medisinske Fakultet  
Institutt for helse og samfunn  
Avdeling For Sykepleievitenskap  
Universitetet i Oslo

14. mai 2021

## Forord

Å ta et masterstudium på deltid over fire år er et prosjekt som krever evne til både å balansere og hoppe mellom akademia og klinikk. Noen hopp har ført meg nærmere målet om å levere en masteroppgave, og noen hopp har ført meg lengre unna. For hvert hopp har jeg likevel sanket kunnskap, erfaring og økt forståelse. Men også frustrasjon og av og til fortvilelse. Å søke å kombinere tidkrevende refleksjon og undring med høyt pasientbelegg og arbeidspress som krever raske beslutninger er utfordrende. Men du verden hvor fornøyet og tilfredstillende det er når nyervervet kompetanse fra studiet griper tak i en midt i en stressende klinisk praksis og bidrar til kunnskapsbasert praksis.

Å kombinere ønsket om å være en skikkelig bra mamma med å gjøre en skikkelig god jobb i 100% stilling på et travelt sykehus og i tillegg gjennomføre en master krever at man har gode mennesker rundt seg. Det har jeg. Og det er jeg evig takknemlig for.

Jeg er takknemlig for å ha verdens beste sjef, Tove Knudsen som velvillig har lagt til rette for, og virkelig ønsket at jeg skal gjennomføre denne masteren. Tove får sine ansatte til å skinne, og hun strekker seg langt får å skape den beste sengeposten og arbeidsplassen. Takk.

Jeg er takknemlig for at den fantastisk dyktige forsker Monica Aas delte ikke bare sin kunnskap om kvantitativ forskning, men også en glede og motivasjon til å jobbe med statistiske analyser. Takk

Og jeg er uendelig takknemlig for den støtte, motivasjon og hjelp jeg har fått av min kjære Bror Just Andersen. Tålmodig har du hjulpet meg både til å tolke svar, finne løsninger og forstå hvordan sammenhenger best kan forklares. Tusen takk.

Takk til Bærum sykehus og Haukeland sykehus for mulighet til å benytte både innsamlet data og belemre sykepleiere på begge sykehus med spørreskjema. Takk til veiledere fra UiO, Tone Rustøen og Anners Lerdal.

Da jeg bestemte meg for å ta master i sykepleievitenskap var det med begrunnelsen at jeg ønsket å bli bedre til å argumentere for de forbedringer og endringer jeg ønsket i min arbeidshverdag. Og jeg tror jeg har lyktes. Jeg tror studiet har gjort meg til en bedre fagutviklingssykepleier og til en mer reflektert medarbeider. Om endringen er vedvarende gjenstår å se. Jeg avslutter derfor med noe av det første jeg lærte på SYKVIT; det er behov for mer forskning.

*Eva Salbu*



UNIVERSITETET I OSLO  
DET MEDISINSKE FAKULTETET  
Institutt for helse og samfunn,  
Avdeling for sykepleievitenskap.  
Boks 1130 Blindern, 0318 Oslo

<b>Navn:</b> Eva Saltrøe	<b>Dato:</b> 14. mai 2021
<b>Tittel og undertittel:</b> <u>Artikkel:</u> Medfører kommunikasjonskurset 4 Gode Vaner vedvarende endring av sykepleieres kommunikasjon med pasienter? <u>Refleksjonsoppgave:</u> Bør tverrfaglig kommunikasjonskurs for helsepersonell i sykehus etter metoden 4 Gode vaner også benyttes for undervisning av samvalg?	
<b>Sammendrag:</b> Masteroppgaven består av to deler; artikkel og refleksjonsnotat. <b>Hensikt:</b> <u>Studiens</u> hensikt er å undersøke om sykepleiere som deltar på tverrfaglig kommunikasjonskurs etter metoden 4 Gode Vaner, 4GV, opplever en økt og vedvarende endring i kommunikasjon med pasienter. Hensikten med refleksjonsnotatet var å reflektere over på hvilke måter metoden 4GV og samvalg kan berike hverandre, og om man bør utvide undervisningen på 4GV-kurs til også å omhandle spesifikk undervisning om samvalg. <b>Teoretisk forankring:</b> Metoden 4 Gode Vaner baseres på at ved å trene opp konkrete ferdigheter kan helsepersonell utvikle vaner for hvordan de best ivaretar en god kommunikasjon med pasienten. Ved å benytte rollespill i undervisningen får helsepersonell mulighet til å kjenne på pasientens perspektiv, og erfarer effekt av pasientsentrert kommunikasjon. Dette øker sannsynligheten for læring, kompetanseheving og varig endring av kommunikasjon. <b>Metode:</b> Studien er gjennomført som en deskriptiv tverrsnitt og oppfølgingsstudie. Data ble innhentet gjennom anonyme evalueringsskjema umiddelbart før og etter gjennomført kurs i 2018/2019 (n=157), og nettbasert spørreskjema 3–24 måneder etter gjennomført kurs (n=91). <b>Resultater:</b> <u>Artikkel:</u> Over 85% av sykepleierne benytter kommunikasjonsmetoden eller like lydende etter kurs. Endringene blir en naturlig del av praksis, og gjelder særlig å være bevisst pasientperspektivet ved å benytte åpne spørsmål, lytte aktivt og strukturere pasientsamtaler. Alle fire vanene synes tilnærmet like nyttige. At det snakkes om 4GV på arbeidsplassen er viktig for bruk av metoden. Sykepleiere etterlyser repetisjon/påbygning av kurset. <u>Refleksjonsnotat:</u> 4GV og samvalg har i stor grad sammenfallende målsettinger, og synes å berike hverandre. <b>Konklusjon:</b> <u>Artikkel:</u> Funn fra studien indikerer at tverrfaglige kurs etter metoden 4GV medfører at sykepleiere øker sin kommunikasjonskompetanse, endrer sin kommunikasjon med pasienter etter kurset, og at denne endringen er vedvarende. <u>Refleksjonsnotat:</u> Det anbefales premiss om gjennomført e-læringskurs om samvalg i forkant av 4GV-kurs for dermed å kunne øve på praktisk gjennomføring av samvalg i gruppearbeid og rollespill.	
<b>Nøkkelord:</b> The Four Habits Model, Sykepleie, Klinisk kompetanse, Personorientert kommunikasjon, Undervisning, Brukermedvirkning, Samvalg.	



UNIVERSITETET I OSLO  
DET MEDISINSKE FAKULTETET  
Institutt for helse og samfunn,  
Avdeling for sykepleievitenskap.  
Boks 1130 Blindern, 0318 Oslo

<b>Name:</b> Eva Saltrøe	<b>Date:</b> 14 May 2021
<b>Title and subtitle:</b> <u>Article:</u> Does the communication-course Four Habits Model entail lasting changes in nurses' communication with patients? <u>Essay:</u> Should interdisciplinary communication-courses for hospital health personnel, taught according to the Four Habits Model, also be used for education in Samvalg/Shared decision making?	
<b>Abstract:</b> The Master's Thesis consists of two parts; Article and Essay <b>Purpose:</b> <u>Article:</u> Investigate whether nurses participating in interdisciplinary communication-courses according to the Four Habits Model, 4HM, experience increased and lasting skills in communication with patients. <u>Essay:</u> Reflect in which ways the 4HM and Samvalg can positively influence each other, and whether one should consider expanding the content of 4HM courses to also include Samvalg. <b>Theoretical framework:</b> 4HM is based on by learning concrete skills, health personnel can develop habits for how to best maintain good communication with patients. By using role-play, health personnel get the possibility to understand the patient's perspective, thereby experiencing the effect of patient-centered communication. This will increase chances of learning, heightened competency, and a lasting change in communication. <b>Method:</b> The studydesign was descriptive cross-sectional and follow-up survey. Data were collected at three measure points. Through anonymous evaluation forms answered immediately before and after attending the course in 2018/2019 (n=157) and online questionnaires 3–24 month after attending 4HM-course, (n=91). <b>Results:</b> <u>Article:</u> Over 85% of the nurses use the communication-method or similar after 4HM-course. The changes becomes a natural part of practice, especially using open questions, listening actively and structure the communication. All four habits seems equally useful. Talking about 4HM in the workplace is important for using the method. Nurses call for repetition/extension of the course. <u>Essay:</u> 4HM and Samvalg largely have concurrent objectives, and they seem to enrich each other. <b>Conclusion:</b> <u>Article:</u> Findings from the study indicate that interdisciplinary 4HM communication-courses, lead to nurses increasing their communication skills, change their communication with patients after the course, and this change is lasting. <u>Essay:</u> It is recommended that an online course about Samvalg is completed in advance of the 4HM-course, thereby enabling the participants to practice the practical implementation of Samvalg in teamwork and role-play.	
<b>Keywords:</b> The Four Habits Model, Nursing, Clinical competence, Person-centered communication, Communication-training, Patient Empowerment, Shared Decision Making,	

# Innhold

DEL 1: .....	6
Artikkel.....	6
Tittelside .....	7
Abstrakt.....	8
Introduksjon.....	9
Metode .....	11
Resultater.....	13
Diskusjon.....	15
Konklusjon.....	18
Referanser.....	19
Tabell 1–4.....	22
Figur 1 .....	25
Vedlegg .....	26
DEL 2: .....	30
Refleksjonsnotat .....	30
Introduksjon.....	33
Bakgrunn .....	35
Diskusjon.....	40
Konklusjon.....	49
Referanser.....	50

## **DEL 1:**

### **Artikkel**

Medfører kommunikasjonskurset 4 Gode Vaner vedvarende endring av sykepleieres kommunikasjon med pasienter?

#### **Tidsskrift:**

Sykepleien Forskning <https://sykepleien.no/forskning>

#### **Forfatterveiledning**

Sykepleien Forskning <https://sykepleien.no/forfatterveiledning>

## Tittelside

Medfører deltakelse på kommunikasjonskurset 4 Gode Vaner vedvarende endring av sykepleieres kommunikasjon med pasienter?

**Førsteforfatter:** Eva Saltrøe  
**Stilling/arbeidssted:** Fagutviklingssykepleier, Bærum sykehus,  
Vestre Viken helseforetak  
**Postadresse:** Sogneprest Munthe-Kaas vei 100, 1346 GJETTUM.  
**Mailadresse:** Eva.saltroe@vestreviken.no  
**Telefonnummer:** 905 77 494

**Antall tegn:** (inkludert ordmellomrom) 20775  
**Antall ord:** (ikke medregnet tittel, abstrakt eller referanser) 3000  
**Abstrakt:** 299 ord  
**Antall tabeller:** 4  
**Antall figurer:** 1  
**Antall vedlegg:** 1

## Abstrakt

**Bakgrunn:** Ved å trene opp konkrete ferdigheter kan helsepersonell lære hvordan en systematisk kan kommunisere best mulig med pasient/pårørende. 4 Gode Vaner (4GV) er en metode og kursmodell utviklet av Kaiser Permanente i USA, som omhandler teknikker for å lytte til og søke forståelse for pasientens perspektiv, være tydelig empatisk i pasientmøter, sikre at pasienten har forstått og husker informasjon de har mottatt, og gjøre pasienten delaktig i behandlingen. Per 2020 inngår 4GV som fast internt kurs på syv norske sykehus, både som rene legekurs og som tverrfaglige kurs.

**Hensikt:** Hensikten med studien var å undersøke i hvor stor grad sykepleiere vurderer at kurset medfører varig endring av kommunikasjonspraksis med pasienter.

**Metode:** Undersøkelsen er en deskriptiv tverrsnitt studie og en oppfølgingsevaluering av egen-vurdering av kommunikasjonsstil før og etter to-dagers tverrfaglig 4GV-kurs. For å besvare hensikten ble data samlet inn på to måter: Delstudium 1; Evaluering med spørreskjema av egen-kompetanse i kommunikasjon før og etter 4GV-kurs fra 157 sykepleiere fra Bærum og Haukeland sykehus. Delstudium 2; Et detaljert nettbasert spørreskjema 3 til 24 måneder etter fullført kommunikasjonskurs i metoden 4GV. 91 sykepleiere fra Bærum og Haukeland besvarte nettskjema.

**Resultater:** Analyse av begge Undersøkelsen fra både nettskjema 3 til 24 måneder etter kurset og evalueringsskjema før og rett etter kurs viser at kommunikasjonskurset 4GV gir sykepleiere økt kommunikasjonskompetanse, og medfører endret kommunikasjon med pasienter. Endringene blir en naturlig del av praksis, og gjelder særlig å være bevisst pasientperspektivet ved å benytte åpne spørsmål, lytte aktivt og strukturere pasientsamtaler. Alle fire vanene synes tilnærmet like nyttige. Sykepleierne etterlyser repetisjon av kurset og økt implementering av metoden.

**Konklusjon:** Funn i denne studien peker i retning av at et to dagers tverrfaglig kommunikasjonskurs etter metoden 4GV fører til at sykepleiere øker sin kommunikasjonskompetanse og som følge av dette endrer sin kommunikasjon i praksis.

**Nøkkelord:** Personorientert kommunikasjon, Kommunikasjonsferdigheter, Undervisning, Klinisk kompetanse, Tverrsnittstudie



## **Introduksjon**

Kommunikasjon er beskrevet som grunnsteinen i sykepleien (1), og inngår i alle deler av yrkespraksis. Fra Kari Martinsens beskrivelse om «å se med hjertets øye» (2), til krav om å styrke brukerens deltagelse i egen behandling gjennom samvalg (3). Sykepleiere skal beherske god klinisk kommunikasjon, fremstå omsorgsfulle og kommunisere profesjonelt, hvilket innebærer faglig, personorientert og helsefremmende kommunikasjon (1), som skal tilpasses pasientens evne til å gi og motta informasjon (4). Vi vet at når helsepersonell lykkes i å informere om diagnose, årsak og forventet varighet av symptomer slik at pasienten forstår, gir det økt pasienttilfredshet, økt etterlevelse, bedre oppfølging av behandling og redusert risiko for feilbehandling (5,6,7,8).

Som sykepleier opplever vi situasjoner der vi kjenner oss trygge og kompetente i samtalerollen, og at vi «får det til». Men også situasjoner der kommunikasjonen blir vanskelig. Det kan være samtaler med mål om pasientmedvirkning som krever planlegging og kjennskap til pasienten, eller samtaler preget av sterke følelser som krever tydelig empati fra sykepleier. For mange pasienter er opplevelsen av at helsepersonell kjenner dem som person, viser omsorg og fremstår tillitsskapende, avgjørende for at de skal våge å stille de vanskelige spørsmålene. Da blir nettopp det å vise empati en av de sterkeste interaksjoner helsepersonell kan gjøre (9,10,11). Pasientmedvirkning vanskeliggjøres når avgjørelser tas av flere helsepersonell, og over et tidsrom som strekker seg ut over en konsultasjon/samtale (12). Dette er særlig krevende ved akutt sykdom (13), og krever godt samarbeid innad i behandlingsteamet (14). Sykepleiere i Norge etterlyser da også faglig påfyll i kommunikasjonskompetanse (15). Tidligere ble kommunikasjon oppfattet som en personlig egenskap, men i dag anses det som en ferdighet som kan læres (16,17,18). For å lykkes med kommunikasjonstrening i større organisasjoner er det viktig med standardisert instruktørutdanning, og prioritering på organisasjonsnivå (11,19).

### **Fire Gode Vaner, 4GV**

4GV er en metode og et kommunikasjonskurs, utviklet på oppdrag fra det private amerikanske helsesystemet Kaiser Permanente i 1999. 4GV tar utgangspunkt i at helsepersonell bevisst og ubevisst innarbeider seg kommunikasjonsmønster og vaner (16). Kurset bygger på fire gode vaner for kommunikasjon mellom helsepersonell og pasient; Vane 1: Invester i begynnelsen,

Vane 2: Utforsk pasientperspektivet, Vane 3: Vis empati, Vane 4: Invester i avslutningen. Målet er bedret pasienttilfredshet, økt etterlevelse av behandling og å redusere antall klager og konflikter (20). Kurset går over to dager, og omfatter både plenumsundervisning og gruppearbeid med rollespill. 4GV ble opprinnelig utformet for legeprofesjonen, og en observasjonsstudie av kurset i USA viste positiv effekt på både pasient- og legetilfredshet (6). Kurset er tilpasset norske forhold av Pål Gulbrandsen og Arnstein Finset, og studier i Norge har vist økt kommunikasjonskompetanse og mestringsfølelse blant leger (20,21).

Det er gjort få studier på effekten av 4GV hos sykepleiere internasjonalt, ingen studier er gjennomført i Norge. Et amerikansk studie viser at sykepleiere opplever nytte av metoden selv etter kun én times undervisning (22), mens en afrikansk studie konkluderer med at kurset ikke øker praktisk empati hos sykepleie-studenter og jordmor-studenter (23). Studier på andre lignende kommunikasjonskurs viser økt egenvurdert kommunikasjonskompetanse (24,25,26). Flere studier trengs derfor for å undersøke nytten av 4GV-kurset for sykepleiere.

4GV er per 2021 implementert som fast, internt kommunikasjonskurs på syv norske sykehus, blant annet Bærum- og Haukeland sykehus. Begge sykehusene utdanner egne instruktører, og har gjennomført kurs fra 2015. De tilbyr tverrfaglige kurs, og omlag 60% av deltagerne er sykepleiere. Det har vært behov for å tilpasse kurset gjennom å endre fokus fra legekonsultasjoner og samtaler mellom lege og pasient, til ulike pasientmøter med flere profesjoner/helsepersonell på sykehus. Begge sykehus benytter faste evalueringsskjema før og etter kursene, og denne studien har fått benytte disse for sammenligning av egenvurdert kommunikasjonskompetanse.

## **Hensikt**

Tidligere undersøkelser har vist at det norsk-tilpassede 4GV-kurset medfører at leger opplever økt mestring og bedrer sin kommunikasjon med pasienter (20,21). Hvorvidt norske sykepleiere opplever tilsvarende endringer er imidlertid ikke undersøkt. Hensikten med denne studien er derfor å undersøke om sykepleiere som deltar på tverrfaglig kommunikasjonskurs etter 4GV-metoden opplever vedvarende endring i sin kommunikasjon med pasienter.

## Metode

### Design

Studien har anvendt to ulike datainnsamlinger; en pre-post studie hvor det vises resultater fra før og etter gjennomført 4GV-kurs (delstudie 1), og en tverrsnitts-studie hvor det ble innhentet data 3–24 måneder etter gjennomført kurs (delstudie 2). Designet har mål å beskrive forekomst og utforske sammenhenger basert på selv-rapportering om oppfatninger, holdninger, atferd, opplevelser og preferanser (27).

### Utvalg

Alle sykepleiere, ansatt på Bærum og Haukeland sykehus våren 2020, som hadde gjennomført 4GV i perioden 2015–2019, ble invitert til å delta. Grunnet svært lav svarprosent fra kursdeltagere i 2015–2017, benyttet studien kun svar fra 2018 og 2019, hvilket gir at respondentene svarte på egenvurdert kommunikasjonskompetanse 3–24 mnd etter gjennomført kurs. Det er samme populasjon i begge gruppene (sykepleiere ansatt på sykehuset i perioden 2018/019), men det er ikke nødvendigvis de samme sykepleiere som har fylt ut skjema i begge datainnsamlingene (se figur 1).

### Datainnsamling

Delstudie 1: Omfattet anonyme data fra kontinuerlig kartlegging begge sykehus benytter umiddelbart før og etter gjennomført kurs, innhentet i 2018/2019.

Delstudie 2: Datainnsamling foregikk fra 25. februar 2020 til 19. mars 2020. Det ble benyttet et anonymt spørreskjema. Invitasjon ble sendt til epostadresse ved arbeidssted, og respondentene ga informert samtykke til deltakelse ved å besvare spørreskjemaet. Koronapandemien krevde store ressurser på begge sykehus fra slutten av februar 2020, og innhenting av spørreskjema ble avsluttet etter kun én purring, vesentlig tidligere enn planlagt.

*– Sett inn figur 1 her –*

Spørreskjemaet i delstudie 2 ble utarbeidet i Nettskjema (28). Spørsmålsutvalget ble basert på to skjema utviklet for evaluering av kommunikasjonskurset 4 Gode Vaner; “Long-term effect of communication training on the relationship between physicians’ self-efficacy and

performance” (21), og evalueringsskjema fra delstudie 1 som benyttes før og etter gjennomføring av kurset (se *Vedlegg 1*).

Spørreskjemaet inneholdt 23 spørsmål, og omhandlet nytte av undervisnings-elementer, nytte i praksis, egenvurdering av kommunikasjons-kompetanse, om respondentene vurderte at de hadde endret kommunikasjon etter kurset, og om kommunikasjonskurs kan gi bedre kommunikasjon med pasienter. I tillegg ble det innhentet sosiodemografiske variabler; sykehus og avdelingstilhørighet, tidspunkt for kursgjennomføring, erfaringsbakgrunn ved kursgjennomføring, og fokus på metodene fra 4GV ved arbeidsplassen. Tyve spørsmål var utformet som avkrysningsspørsmål og matrisespørsmål, med svarkategorier basert på Likert-skala og tallvurdering fra 0–10. Kommunikasjonskompetanse ble målt i påstander under «Hvor sikker er du på at du på en vellykket måte kan utføre hver av de følgende oppgavene?» med svaralternativer 1–10, (1= slett ikke sikker, 10 = svært sikker). Fire likelydende påstander ble sammenlignet i delstudie 1 og 2. For å teste intern konsistens i spørreskjemaet ble det benyttet analyse med Cronbach’s alfa. Total  $\alpha = 0.90$  som tilsvarer høy samvariasjon/god intern reliabilitet (29). Pilot på spørreskjemaet ble utført blant seks sykepleiere som har gjennomført 4GV på andre sykehus enn Bærum eller Haukeland.

## **Dataanalyse**

Data ble analysert ved hjelp av statistikkprogrammet SPSS Statistics 26.

Resultatene fra delstudie 1: Dataene møtte ikke kravet om normalfordeling. Wilcoxon Signed Rank Test ble derfor benyttet for å undersøke forandring i egenvurdering av kommunikasjons-teknikker på en kontinuerlig skala før og rett etter å ha gjennomført 4GV-kurs.

Resultatene fra delstudie 2: Kategoriske variabler ble målt med Kji-kvadrat tester. Resultatene blir presentert ved hjelp av beskrivende statistikk, antall og prosent. To spørsmål hadde åpne svarkategorier for å kunne utdype hva og hvorfor respondentene eventuelt hadde endret sin kommunikasjon, og ett spørsmål gav mulighet til å gi annen tilbakemelding.

## **Etiske overveielser**

I forkant av studien ble etiske vurderinger knyttet til datainnsamling og spørreundersøkelser gjort i henhold til etiske prinsipper for konfidensialitet, informert samtykke og ivaretagelse av forskningspersonens integritet. Ettersom studien benytter nettbaserte spørreskjema med spørs-

mål som ikke vurderes som reaktiverende og svarene er anonymisert, ble det vurdert at dette var innen etiske konvensjoner for kvantitativ forskning.

Studien ble godkjent av Norsk senter for forskningsdata (NSD), prosjektnummer 857834, Universitetet i Oslo samt ledelsen og personvernombudet ved Bærum og Haukeland sykehus.

Det er viktig å fremheve at studien analyserer endringer etter kurs og ikke den jobb eller innsats enkeltpersoner har utført (27). For ivaretagelse av personvern blir alle resultater presentert samlet, og studien vurderer kursene og sykehusene under ett. Førsteforfatteren er fagutviklings-sykepleier med erfaring fra medisinsk sengepost og er instruktør i 4GV. Kunnskap om undervisning og implementering av 4GV har vært en del av forforståelsen.

## **Resultater**

Ved delstudie 1 ble totalt 157 evalueringsskjema (69 fra Bærum og 88 fra Haukeland) utfylt av deltagere umiddelbart før og etter gjennomført 4GV-kurs i 2018/2019.

Ved delstudie 2 ble epost med link til nettbasert online-spørreskjema sendt til totalt 352 sykepleiere hvorav 91 (26%), svarte. Av disse var 66 ansatt på Haukeland (24% svar), og 25 ansatt på Bærum sykehus (34% svar).

Fra delstudie 1 og 2 har vi benyttet fire likelydende påstander for å sammenligne egenvurdert kommunikasjonskompetanse før, umiddelbart etter og 3–24 måneder etter gjennomført kurs.

### **Bakgrunnsvariabler fra delstudie 2**

Respondentene var fordelt på følgende avdelinger: 29 i sengepost, 21 i poliklinikk, 7 arbeidet på flere seksjoner/avdelinger, 1 jobbet i akuttmottak, 11 innen operasjon/intensiv og 19 jobbet i andre seksjoner/avdelinger, (blant annet rus, psykiatri og føde/barsel). 3 personer manglet informasjon om arbeidssted. Det var 77 respondenter som hadde over fem års erfaring som sykepleier da de gjennomførte kurset, 13 hadde 2–5 års erfaring, kun én hadde under ett års erfaring.

### **Endring av kommunikasjon etter gjennomgått kurs fra delstudie 2**

Undersøkelsens hovedspørsmål var om sykepleierne opplevde vedvarende endring i sin kommunikasjon etter gjennomført kurs. Totalt 77% svarte «Delvis» eller «Ja» på dette spørsmålet. Av de som jobber på sengepost og poliklinikk svarte 87% «Delvis» og «Ja», på akuttmottak/

operasjon/intensiv svarte 58% «Delvis» og «Ja». Det var en tendens til at det ble rapportert større endring i kommunikasjon (delvis eller helt) hos deltagerne som jobbet ved sengeposter og poliklinikker enn hos deltagerne ved akuttmottak og intensivavdelinger, eller de som jobbet ved flere avdelinger ( $X^2=7.2$ ,  $p=0.07$ ).

Hele 92% oppgav at de husket vanene de lærte ved å delta på 4GV kurset 3 til 24 måneder etter kurset, og 99% mente at å delta på 4GV kurs gjør en bedre i kommunikasjon. På spørsmål om det snakkes om 4GV på avdelingen, svarte 75% «Delvis» eller «Ja». En statistisk signifikant sammenheng ble observert mellom det å snakke om 4GV kurset på avdelingen og endret kommunikasjon 3 til 24 måneder etter kurs. Hele 87% av de som rapporterte at det ble snakket om 4GV på avdelingen endret kommunikasjonsstilen, mens på avdelinger der det ikke ble snakket om kurset endret 45% kommunikasjonsstil etter kurset ( $X^2=16.19$ ,  $p<0.001$ ).

Det var 21 respondenter som svarte «Nei» på om de hadde endret sin kommunikasjon. Av disse hadde 19 mer enn fem års erfaring da de tok kurset, og samtlige mente man kan bli bedre i kommunikasjon ved å gå på kurs. I de åpne spørsmålene oppga 10 av de 21 at de ikke hadde endret sin kommunikasjon fordi de kunne det fra før, og at kurset bekreftet allerede god kommunikasjon.

## **Betydningen av de 4 vanene og undervisningsmetoder (delstudie 2)**

Mellom 71.4% og 80.2% av deltagerne vurderte de 4 vanene som nyttig eller svært nyttig, mens å investere i avslutningen og å få frem pasient perspektivet fikk høyest skåre (se Tabell 1). 65% av sykepleierne svarte at rollespill i undervisningen var nyttig, mens 54.9% sa plenumsundervisning var nyttig.

– Sett inn Tabell 1 her –

## **Arbeidet med pasienter**

### **etter gjennomgått kurs og praktisk nytte av 4GV (delstudie 2)**

Som vist i tabell 2 rapporterte over halvparten av deltagerne at det var lettere å unngå misforståelser i arbeidet med pasienter etter kurset 3 til 24 mnd etter å ha deltatt på 4GV kurs. Det var blitt lettere å få frem viktig bakgrunnsinformasjon, og i tillegg har forbedring av kommunikasjon som følge av kurset bidratt til at pasienter og pårørende virket mere fornøyd. Kun én respondent mente 4GV kompliserte praksis (se Tabell 2).

– Sett inn Tabell 2 her –

### **Egenvurdering av kommunikasjonskompetanse (destudie1 og 2)**

Evaluering av egenkompetanse i kommunikasjonsferdigheter ble betydelig bedre etter gjennomgått 4GV kurs (se Tabell 3 og 4). Etter fullført 4GV kurs rapporterte deltagerne høyere egenkompetanse i å innlede en samtale med pasient om hans eller hennes bekymringer, bedre ferdigheter i formidling av en dårlig nyhet til en pasient eller pårørende, bedre evne til å utforske intense følelser hos en pasient, og kompetanse i behandlingsplan. Delstudie 2 viser også høyere evaluering av egenkompetanse i kommunikasjon 3 til 24 måneder etter kurset.

– Sett inn Tabell 3–4 her –

### **Åpne svar 3 til 24 mnd etter kurs (delstudie 2)**

På spørsmål om hva sykepleierne hadde endret i sin kommunikasjon svarte totalt 60 at momenter fra alle vanene ble benyttet, i størst grad «å utforske pasientperspektivet» (n=23). Åtte beskrev endret samtalestruktur, og 18 listet opp minimum to momenter fra flere vaner.

På åpent spørsmål om hvorfor sykepleierne hadde endret sin kommunikasjon svarte totalt 74 respondenter. De aller fleste beskrev økt bevissthet om egen kommunikasjon og at de ser effekt av metoden. Det siste åpne spørsmålet gav mulighet for andre tilbakemeldinger. Totalt svarte 42, hvorav 23 etterlyste repetisjon og/eller økt implementering i praksis.

## **Diskusjon**

Hensikten med studien var å undersøke om sykepleiere som har gjennomført et to-dagers tverrfaglig 4GV-kommunikasjonskurs benytter metoden i praksis og opplever vedvarende endring i sin kommunikasjon med pasienter. Selv om 4GV-kurs benyttes i flere sykehus er dette det første norske studiet som undersøker effekten 4GV-kurset på sykepleieres kommunikasjonskompetanse.

## «Har du endret din kommunikasjon...?» (delstudie 2)

Totalt 77% svarte at de hadde endret sin kommunikasjon etter kurset. Av de som svarte «Nei» utdypet 11% at de allerede benyttet en slik type kommunikasjon. Derved er det 88% av sykepleierne som benytter metoden 4GV, eller likelydende, i sin kommunikasjon med pasienter og pårørende 3–24 mnd etter gjennomført 4GV. En sykepleier forklarer hvorfor hun har endret sin kommunikasjon: «*Endret kommunikasjon fordi en ser at en med små grep kan utgjøre en stor forskjell i pasientkontakten.*»

Sykepleiere på sengepost eller poliklinikk angir i større grad (trend nivå) at de endrer sin kommunikasjon etter kurset, sammenlignet med sykepleiere på anestesi/intensiv/operasjon. Årsaken til denne ulikheten fremkommer ikke i studien, men som instruktør i 4GV gjenkjenner førsteforfatter problematikken idet hun erfarer at det kan være utfordrende for eksempel for operasjonssykepleiere å finne realistiske situasjoner fra eget praksisfelt når de skal øve både på Vane to, «utforsk pasientperspektivet», og Vane fire, «invester i avslutningen». Hovedårsaken til dette kan være at deres interaksjon med pasient i våken tilstand er redusert sammenlignet med sengepostpasienter og polikliniske pasienter. Undervisning av 4GV tar utgangspunkt i at Vanene alltid vil være aktuelle, men at de vektes ulikt i forskjellige pasientmøter. Imidlertid ble 4GV opprinnelig bygget opp rundt en tenkt legekonsultasjon med en pasient som kunne redegjøre for sitt syn og sine behov. Det har derfor vært et behov for tilpassing av kurset til en tverrfaglig deltagergruppe. Studiens funn kan således indikere at kurset ennå ikke er tilstrekkelig tilrettelagt for sykepleiere innen enkelte avdelinger.

Studien finner en signifikant sammenheng ( $p < 0.001$ ) mellom å snakke om 4GV på avdelingen og endre sin kommunikasjon etter kurs. Som en sykepleier skriver; «*Vanskelig å få til endringer alene, hadde vært lettere hvis hele posten var med på det*». Det er derfor positivt at totalt 69 av 91 sykepleiere svarer «Delvis» eller «Ja» på om det snakkes om eller på annen måte arbeides med 4GV på avdelingen. Studien gir ikke svar på om dette er personavhengig eller systemavhengig, men å snakke om kurset på avdelingen ser altså ut til å øke den positive effekten av 4GV kurset.

## Egenvurdert kommunikasjonskompetanse før, umiddelbart etter, og 3 til 24 mnd etter 4GV-kurs

Denne studien kan tyde på at 4GV-kurset fører til bedret kommunikasjonskompetanse, og at denne effekten er tilstede opptil to år etter gjennomført kurs. Forskningsfunnene våre samsvarer



med et nylig publisert stort studie i Danmark ( $n > 1000$ ). Det danske studiet av Woldenlund og kollegaer (2020) fant at bedrede kommunikasjonsferdigheter etter gjennomført kommunikasjonskurs var tilstede seks måneder etter gjennomført kurs (26). Selv om effekten var noe svakere seks måneder etter kurs sammenliknet med rett etter kurs, skåret deltagerne likevel betydelig høyere ved oppfølging enn før kurs. Studiet til Woldenlund og kollegaer (2020) inkluderte en bredere deltagergruppe enn det vi gjorde og deltagergruppen bestod i tillegg til sykepleiere også av leger, sykepleierstudenter, kiropraktikere og fysioterapeuter. Woldenlund og kollegaer (2020) observerte en høyere bedring av kommunikasjonsferdigheter hos sykepleiere og fysioterapeuter enn hos de andre yrkesgruppene etter gjennomført kommunikasjonskurs. Dette kan tyde på at kommunikasjonskurs som 4GV er spesielt nyttig for sykepleiere. Våre funn tyder videre på at det å snakke om 4GV-kurset på avdelingen i etterkant av kurset er med på å bidra til at effekten av kurset vedlikeholdes over tid.

### **Styrker og svakheter ved studien**

Dette er den første norske studien som undersøker langtidseffekten av 4GV-kurs for sykepleiere i Norge. Studien har tre målepunkter; før, etter og 3–24 mnd etter kurs. 4GV tilbys på flere norske sykehus, og studiens resultater vil derfor kunne ha klinisk verdi gjennom å indikere praktisk nytteverdi og muligheter for videreutvikling av kurset. Det vurderes også som en styrke at det deltok sykepleiere fra to ulike helseregioner.

En svakhet ved studien var lav svarprosent. I delstudie 2 var det kun 26% som responderte på spørreskjemaet. Det reduserer studiens eksterne validitet og gir lavere statistisk styrke i analysene. Det ideelle kunne kanskje vært å kombinere survey med pasientintervjuer eller observasjonsstudie.

En annen svakhet er at selv om alle som gjennomførte kurset var sykepleiere fra samme to sykehus (Bærum eller Haukeland) er det ikke nødvendigvis de samme sykepleiere som deltok i delstudie 1 og 2. Det er likevel ingen spesiell grunn til å tro at de to gruppene var forskjellige på en måte som kan ha påvirket svarene på 4GV undersøkelsen.

## **Konklusjon**

Funn fra denne studien viser at tverrfaglige kurs etter metoden 4GV medfører at sykepleiere øker sin kommunikasjonskompetanse, endrer sin kommunikasjon med pasienter etter kurset, og at denne endringen er vedvarende. Det kan synes som at 4GV gjør det lettere å få frem viktig bakgrunnsopplysninger, unngå misforståelser og at sykepleiere opplever pasienter som mer fornøyde. Det fremstår som at instruktørene har lyktes i å tilrettelegge undervisningen for en tverrfaglig deltagergruppe, men med forbedringsmuligheter særlig overfor spesialsykepleiere innen anestesi/intensiv/operasjon. Sykepleiere etterlyser repetisjon av kurset, og studien finner at kompetanse i å håndtere sterke følelser og benytte empati med fordel kan inngå i repetisjon eller påbygningskurs. Resultatene støtter at tverrfaglig kommunikasjonskurs etter metoden 4GV er et godt tiltak for å øke kommunikasjonskompetanse hos sykepleiere over tid.

*Vi ønsker å takke alle sykepleierne som deltok i studiet. Det er ingen interessekonflikter.*

## Referanser

- 1 Eide H, Eide T. Kommunikasjon i relasjoner – personorientering, samhandling, etikk. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag; 2017. 420 s.
- 2 Martinsen K. Øyet og kallet. Bergen: Fagbokforlaget; 2000. 173 s.
- 3 Elwyn G, Edwards A, Thompson R. Shared decision making in health care. Achieving evidence-based patient choice. 3. utg. Oxford University Press; 2016.
- 4 Pasient- og brukerrettighetsloven. 1999. Lov om pasient- og brukerrettigheter. Av 1999-07-02 nr 63.
- 5 Jackson JL, Chamberlin J, Kroenke K. Predictors of patient satisfaction. *Social Science & Medicine*. 2001;52(4):609-620. DOI: 10.1016/s0277-9536(00)00164-7
- 6 Stein T, Frankel RM, Krupat E. Enhancing clinical communication skills in a large healthcare organization: a longitudinal case study. *Patient Education and Counseling*. 2005;58(1):4-12. DOI: 10.1016/j.pec.2005.01.014
- 7 Doyle C, Lennox L, Bell D. A systematic review of evidence on the links between patient experience and clinical safety and effectiveness. *BMJ Open*. 2013;3(1):e001570. DOI: 10.1136/bmjopen-2012-001570
- 8 Lang EV. A better patient experience through better communication. *Journal of Radiology Nursing*. 2012;31(4):114-119. DOI: 10.1016/j.jradnu.2012.08.001
- 9 Kennedy DM., Fasolino JP, Gullen DJ, Improving the patient experience through provider communication skills building. *Patient Experience Journal Article*. 2014; 1(10) DOI: [10.35680/2372-0247.1009](https://doi.org/10.35680/2372-0247.1009)
- 10 Frankel RM, Beckman H. «Won't you be my doctor?»: Four keys to a satisfying relationship in an increasingly virtual world. *Journal of patient experience*. 2020; [7\(6\):851-855](https://doi.org/10.1177/2374373520957184). DOI:10.1177/2374373520957184
- 11 Gulbrandsen P., Finset A. Skreddersydde samtaler – en veileder i medisinsk kommunikasjon. Gyldedal Akademisk: Oslo. 2014. s. 181
- 12 Ofstad EH, Frich JC, Schei E, Frankel R M, Benth JS, Gulbrandsen P. Clinical decisions presented to patients in hospital encounters: a cross-sectional study using a novel taxonomy. *BMJ Open*. 2018; 8: e018042. DOI:10.1136/bmjopen-2017-01804
- 13 Kvangarsnes M, Hole T, Bårdsgjerde EK, Landstad BJ. Pasientmedverknad ved akutt sjukdom – ein metasyntese av pasient- og helsepersonellerfaringar. *Michael*. 2020; 17:(24):77-93

- 14 Oxelmark L, Ulin K, Chaboyer W, Bucknall T, Ringdal M. Registered Nurses' experiences of patient participation in hospital care: supporting and hindering factors patient participation in care. *Scandinavian journal of Caring Sciences*. 2018;32(2):612-621. DOI: [10.1111/scs.12486](https://doi.org/10.1111/scs.12486)
- 15 *Vareide PK, Hofseth C, Norvoll R. Stykkevis og helt - Sykepleieres arbeidsoppgaver, kompetanse og yrkesidentitet i sykehus. SINTEF rapport STF78 A013406. Trondheim: Sintef Unimed Helsetjenesteforskning, 2001: A6677*
- 16 Frankel RM, Stein T. Getting the most out of Clinical Encounter: The Four Habits Model. *The Permanent Journal*. 1999;3(3):79-89 DOI: [10.7812/TPP/99-020](https://doi.org/10.7812/TPP/99-020)
- 17 Tjora, A. Den moderne pasient. Gyldendal Akademiske; 2008. 254 s.
- 18 Haes H, Bensing J. Endpoints in medical communication research, proposing a framework of functions and outcomes. *Patient Education and Counseling*. 2009; 74(3):287-294 DOI: [10.1016/j.pec.2008.12.006](https://doi.org/10.1016/j.pec.2008.12.006)
- 19 Ammentorp J, Bigi S, Silverman J, Sator M, Gillen P, Ryan W, Rosenbaum M, Chiswell M, Doherty E, Martin P. Upscaling communication skills training – lessons learned from international initiatives. *Patient Education and Counseling*. 2020;104(2):352-359. DOI:[10.1016/j.pec.2020.08.028](https://doi.org/10.1016/j.pec.2020.08.028)
- 20 Jensen BF, Gulbrandsen P, Dahl FA, Krupat E, Frankel RM, Finset A. Effectiveness of a short course in communication skills for hospital doctors: Result of a crossover randomized controlled trial (ISRCTN22153332). *Patient Education and Counseling*. 2010; 84(2):163-9. DOI: [10.1016/j.pec.2010.08.028](https://doi.org/10.1016/j.pec.2010.08.028)
- 21 Gulbrandsen P, Jensen BF, Finset A, Blanch-Hartigan D. Long-term effect of communication training on the relationship between physicians' self-efficacy and performance. *Patient Education and Counseling*. 2012;91(2):180–185. DOI: [10.1016/j.pec.2012.11.015](https://doi.org/10.1016/j.pec.2012.11.015)
- 22 Fisher MJ, Broome ME, Friesth BM, Magee T, Frankel RM. The Effectiveness of a brief intervention for emotion-focused nurse-patient communication. *Patient Education and Counseling*. 2014;96:72-78 DOI: [10.1016/j.pec.2014.04.004](https://doi.org/10.1016/j.pec.2014.04.004)
- 23 Alhassan M. Effect of a 2-day communication skills training on nursing and midwifery student's empathy: a randomized controlled trial. *BMJ Open*. 2019;9:e023666 DOI:[10.1136/bmjopen-2018-023666](https://doi.org/10.1136/bmjopen-2018-023666)

- 24 Falch AL, Stubberud D-G, Gabrielsen AK, Wallander Karlsen M-M, Myklebust Leopolder ÅH. Bedre pleie etter kommunikasjonskurs. Sykepleien. 2015;103(4):64-66 DOI: [10.4220/Sykepleiens.2015.53651](https://doi.org/10.4220/Sykepleiens.2015.53651)
- 25 Gabrielsen AK, Wallander Karlsen M-M, Falch AL, Stubberud D-G. Communication training course with simulation. Sykepleien Forskning. 2016;2(11):184-192 DOI: [10.4220/Sykepleienf.2016.57832en](https://doi.org/10.4220/Sykepleienf.2016.57832en)
- 26 Wolderslund M, Kofoed P-E, Ammentorp J. The effectiveness of a person-centered communication skills training programme for the health care professionals of a large hospital in Denmark. Patient Education and Counseling. 2020; S0738-3991(20)30642-X. DOI: [10.1016/j.pec.2020.11.018](https://doi.org/10.1016/j.pec.2020.11.018)
- 27 Polit DF, Beck CT. Nursing research: generating and assessing evidence for nursing practice. 10. Utg. Philadelphia, Pa: Wolters Kluwer/Lippincott Williams & Wilki; 2017 s.784
- 28 USIT 2019, <https://www.uio.no/tjenester/it/adm-app/nettskjema/>
- 29 Pallant J. SPSS survival manual. 3. Utg. Open university press, England. 2007. S.335
- 30 Riskin A, Erez A, Foulk TA, Riskin-Geuz K, Ziv A, Sela R, Pessach-Gelblum L, Bamberger PA. Rudeness and medical team performance. Pediatrics. 2017;139(2):e20162305. DOI:10.1542/peds.2016-2305

## Tabell 1–4

**Tabell 1** Vurdering av nytten av de ulike elementene i kurset

	Ikke nyttig	Noe nyttig	Ganske nyttig	Nyttig	Svært nyttig	Prosentvis sammenlagt nyttig og svært nyttig
Vane 1: Invester i begynnelsen, n	2	9	15	40	25	71.4 %
Vane 2: Få frem pasientperspektivet, n		10	12	39	29	74.7 %
Vane 3: Vis empati, n		5	15	41	29	76.9 %
Vane 4: Invester i avslutningen, n		6	11	45	28	80.2 %
Plenumsundervisning, n	1	8	30	37	13	54.9 %
At instruktørene viste rollespill, n	1	11	18	35	25	65.9 %
Å selv delta i rollespill som behandler, n	4	12	15	32	27	64.8 %
Å selv delta i rollespill som deltager, n	5	12	13	32	28	65.9 %

Informasjon fra Nettskjema 3 til 24 mnd etter kurs. N=91.

**Tabell 2** Arbeidet med pasienter etter gjennomgått kurs

	Helt uenig	Uenig	Både og	Enig	Helt enig	Prosentvis sam- menlagt enig og helt enig
Det har vært lettere å unngå misforståelser, n		8	35	38	10	52.7 %
Samtalene har blitt mer effektive med hensyn til tidsbruk og utfall, n		13	42	29	7	39.6 %
Pasienter og pårørende virker mer fornøyd, n		12	37	32	10	46.2 %
Jeg får lettere frem viktig bakgrunnsinformasjon, n		9	31	40	11	56.0 %
Det har komplisert arbeidet mitt, n	35	37	18	1		1.0 %
De endringer jeg ønsket å få til etter kurset har blitt en naturlig del av min praksis, n	1	12	39	27	12	42.9 %

Informasjon fra Nettskjema 3 til 24 mnd etter kurs. N=91.

**Tabell 3.** Sammenligning av selvvardert kommunikasjonskompetanse fra evalueringsskjema før kurs, (F), etter kurs, (E), og fra Spørreundersøkelse, (S) 3–24 mnd etter.

Spørsmål Hvor sikker er du på at du på en vellykket måte kan utføre følgende oppgaver, 1= slett ikke sikker, 10 = svært sikker	Vurdert Egenkompetanse som lav (skåre fra 1 til 4)			Vurdert Egenkompetanse som middels (skåre fra 5 til 7)			Vurdert Egenkompetanse som høy (skåre fra 8 til 10)			Prosentvis andel som skårer egenvurdert kompetanse til å være høy (8-10)		
	F	E	S	F	E	S	F	E	S	F	E	S
Innlede en samtale med en pasient om hans eller hennes bekymringer, n	21	1	3	96	47	19	40	109	69	25.5 %	69.4 %	75.8 %
Formidle dårlig nyhet til pasient/pårørende, n	53	7	10	86	71	35	18	97	47	11.5 %	61.7 %	51.6 %
Utforske intense følelser hos en pasient, f.eks. sinne, n	46	13	12	92	74	38	19	70	41	12.1 %	44.5 %	45.0 %
Avslutte samtale/time/innleggelse med et resyme av problemene, og en behandlingsplan, n	27	2	3	103	46	22	27	109	66	17.2 %	69.4 %	72.5 %

Sammenligning av egenvurdert kompetanse mellom to uavhengige grupper;

- **F** = evalueringsskjema umiddelbart før kurs, **n** = 157
- **E** = evalueringsskjema umiddelbart etter kurs, **n** = 157
- **S** = spørreundersøkelse, Nettskjema 3 – 24 måneder etter gjennomført kurs, **n** = 91

**Tabell 4.** Forandring i selvvardert kommunikasjonskompetanse før kurs og rett etter kurs fra Evalueringsskjema

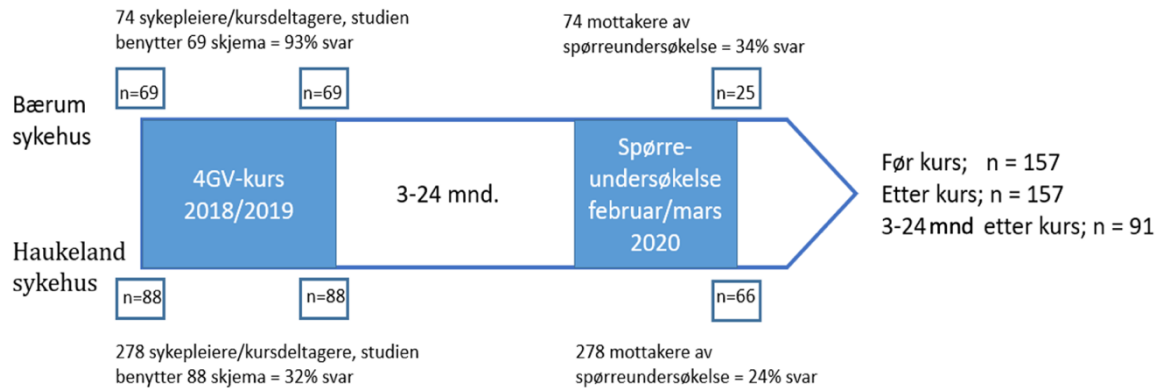
	Før kurs	Etter kurs	Statistikk*
Innlede en samtale med en pasient om hans eller hennes bekymringer, Median (min-maksimum skåre)	7 (3-10)	8 (4-10)	Z=-10.92, p<0.001
Formidle dårlig nyhet til pasient/pårørende, Median (min-maksimum skåre)	5 (2-10)	8 (2-10)	Z=-9.15, p<0.001
Utforske intense følelser hos en pasient, f.eks. sinne, Median (min-maksimum skåre)	5 (1-9)	7 (2-10)	Z=-7.84, p<0.001
Avslutte samtale/time/innleggelse med et resyme av problemene, og en behandlingsplan, Median (min-maksimum skåre)	6 (2-10)	8 (4-10)	Z=-8.93, p<0.001

\*Wilcoxon Signed Rank test. Median. og minimum til maksimum skåre. n=157. Data fra Evalueringsskjema før og etter kurs. Skåret på spørsmål "Hvor sikker ert du på at du kan utføre følgende oppgaver på en skala fra 1 (slett ikke sikker) til 10 (svært sikker)». Samme sykepleiere deltok i før og etter evalueringen.



# Figur 1

**Figur 1.** Egenvurdert kommunikasjonskompetanse målt gjennom faste evalueringsskjema umiddelbart før og etter 4GV-kurs, og spørreundersøkelse 3-24 mnd etter kurs



# Vedlegg

Vedlegg 1 til artikkel «Medfører deltakelse på kommunikasjonskurset 4 Gode Vaner vedvarende endring av sykepleieres kommunikasjon med pasienter»

## Spørreundersøkelse til kursdeltagere «Kommunikasjonskurset Fire Gode Vaner»

Har du lest informasjon om studien, og samtykker du til deltagelse?

Ja	<input type="checkbox"/>
----	--------------------------

1. Hvilket sykehus er du ansatt på? (kryss av)

Bærum sykehus	<input type="checkbox"/>	Haukeland sykehus	<input type="checkbox"/>
---------------	--------------------------	-------------------	--------------------------

2. Hva slags seksjon/avdeling jobber du i (sett kryss):

Sengepost	<input type="checkbox"/>	Poliklinikk	<input type="checkbox"/>	Akuttmottak	<input type="checkbox"/>
Operasjon/intensiv	<input type="checkbox"/>	Annet	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

3. Hvilket år gjennomførte du 4 Gode Vaner? (sett kryss)

2015	<input type="checkbox"/>	2016	<input type="checkbox"/>	2017	<input type="checkbox"/>	2018	<input type="checkbox"/>	2019	<input type="checkbox"/>
------	--------------------------	------	--------------------------	------	--------------------------	------	--------------------------	------	--------------------------

4. Da du tok kurset, hvor mange års erfaring hadde du som sykepleier:

Under 1 år	<input type="checkbox"/>	2 – 5 år	<input type="checkbox"/>	Mer enn 5 år	<input type="checkbox"/>
------------	--------------------------	----------	--------------------------	--------------	--------------------------

5. Når du tenker tilbake, husker du hva de fire vanene er?

Ja	<input type="checkbox"/>	Delvis	<input type="checkbox"/>	Nei	<input type="checkbox"/>
----	--------------------------	--------	--------------------------	-----	--------------------------

6. Snakker dere om 4 Gode Vaner i avdelingen, eller jobber dere med 4 Gode Vaner på andre måter jevnlig?

Ja	<input type="checkbox"/>	Delvis	<input type="checkbox"/>	Nei	<input type="checkbox"/>
----	--------------------------	--------	--------------------------	-----	--------------------------

Vedlegg 1 til artikkel «Medfører deltakelse på kommunikasjonskurset 4 Gode Vaner vedvarende endring av sykepleieres kommunikasjon med pasienter»

7. Hvordan vurderer du i dag nytten av de ulike elementene i kurset? (sett kryss)

	Ikke nyttig	Noe nyttig	Ganske nyttig	Nyttig	Svært nyttig
Vane 1: Invester i begynnelsen					
Vane 2: Få frem pasientperspektivet					
Vane 3: Vis empati					
Vane 4: Invester i avslutningen					
Plenumsundervisning					
At instruktørene viste rollespill					
Å selv delta i rollespill som behandler					
Å selv delta i rollespill som pasient					

8. Har du endret din kommunikasjon med pasienter/pårørende som følge av kurset?

Ja		Delvis		Nei	
----	--	--------	--	-----	--

Uansett svar på spørsmål nr. 8: Hvorfor?

-----

-----

-----

Hvis du svarte ja eller delvis på spørsmål nr. 8: Hvordan?

-----

-----

-----

Vedlegg 1 til artikkel «Medfører deltakelse på kommunikasjonkurset 4 Gode Vaner vedvarende endring av sykepleieres kommunikasjon med pasienter»

9. Hvor riktig er følgende påstander når det gjelder arbeidet med pasienter etter kurset? (sett kryss)

	Helt uenig	Uenig	Både og	Enig	Helt enig
Det har vært lettere å unngå misforståelser					
Samtalene har blitt mer effektive med hensyn til tidsbruk og utfall					
Pasienter og pårørende virker mer fornøyde					
Jeg får lettere frem viktig bakgrunnsinformasjon					
Det har komplisert arbeidet mitt					
De endringer jeg ønsket å få til etter kurset har blitt en naturlig del av min praksis					

10. Hvor sikker er du på at du på en vellykket måte kan utføre hver av de følgende oppgavene?  
Kryss av i den ruten som passer best (1= slett ikke sikker, 10 = svært sikker)

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Innlede en samtale med en pasient om hans eller hennes bekymringer										
Oppmuntre en pasient til å uttrykke sine følelser										
Formidle dårlig nyhet til pasient/pårørende										
Utforske intense følelser hos en pasient, f.eks. sinne										
Avslutte samtale/time/innleggelse med et resymé av problemene og en behandlingsplan										
Avslutte samtalen med å sikre at pasienten har fått svar på sine spørsmål?										

Vedlegg 1 til artikkel «Medfører deltagelse på kommunikjonskurset 4 Gode Vaner vedvarende endring av sykepleieres kommunikasjon med pasienter»

11. Tror du man kan bli bedre i kommunikasjon med pasienter ved å delta på et kurs?

I høy grad		I noen grad		I mindre grad	
Nei, slett ikke		Vet ikke			

Hvis du har andre tilbakemeldinger, skriv gjerne her: (skriv)

-----  
-----  
-----  
-----  
-----  
-----

Tusen takk for din tilbakemelding!

## **DEL 2:**

### **Refleksjonsnotat**

Bør tverrfaglig kommunikasjonskurs for helsepersonell i sykehus etter metoden 4 Gode vaner også benyttes for undervisning av samvalg?

Refleksjonsnotat,

SYKVIT 4400

En refleksjon om teoriundervisning av samvalg bør inngå som del av tverrfaglig kommunikasjonskurs for helsepersonell i sykehus etter metoden 4 Gode vaner

**Forfatter:**

Eva Saltrøe, sykepleier.

Avdeling for sykepleievitenskap, Medisinsk fakultet, Universitet i Oslo.

Antall tegn (med mellomrom): 52 599

Antall ord: 7695

Antall tabeller: 1, «Sammenlikning kjerneelementer i kursene 4GV og 6 steg til samvalg». S. 10

# Innhold

DEL 2: .....	30
Refleksjonsnotat .....	30
Introduksjon .....	33
Bakgrunn .....	35
Diskusjon .....	40
Konklusjon .....	49
Referanser .....	50



## Introduksjon

Per 2021 har syv norske sykehus innført interne kommunikasjonskurs basert på metoden 4 Gode Vaner, 4GV. Kurset har blant annet som mål å øke pasient-involvering gjennom at helsepersonell utforsker pasientens perspektiv, fremstår empatiske, innbyr til tillit, og involverer pasienten i behandling og behandlingsmål. Jeg har i min artikkel, *Medfører deltakelse på kommunikasjonskurset 4 Gode Vaner vedvarende endring av sykepleieres kommunikasjon med pasienter*, undersøkt hvorvidt sykepleiere opplever at de i praksis, og på lengre sikt, endrer sin kommunikasjon som følge av det norsk-tilpassede 4GV-kurset. Med andre ord – har kurset effekt? I min studie fant jeg at tverrfaglig 4GV-kurs øker kommunikasjonskompetansen hos sykepleiere, og medfører at mange endrer sin kommunikasjon med pasienter etter metoden 4GV.

Med innføring av begrepet Samvalg i offentlige føringer, og krav om etterlevelse av dette, har helsetjenesten behov for å sikre undervisning av helsepersonell i teori og praktisk utøvelse av samvalg. Flere av sykehusene med interne kommunikasjonskurs har derfor etterspurt mulighet for å implementere undervisning om samvalg i eksisterende 4GV-kurs, dog uten at man går ut over eksisterende tidsrammer og ressurser. Både som instruktør i 4GV og som fagutviklings-sykepleier på en sengepost på Bærum sykehus er jeg delaktig i denne vurderingen. På den ene siden er min erfaring at helsepersonell ofte er usikre på hva samvalg innebærer, og i liten grad gjennomfører samvalg i praksis og derav er i behov av undervisning i samvalg. På den andre side finner jeg i min studie at det er behov for ytterligere tilrettelegging av kurset for spesial-sykepleiere, og det er et ønske om at det gjennomføres repetisjon eller oppfølgende kurs.

Refleksjon er en prosess som innebærer å prøve ut egne tanker og holdninger, utfordre oppfatninger og «sannheter» for å utvikle bedre innsikt og forståelse. Refleksjon skal bidra med ulike perspektiver og dokumentere det som belyses, men bør derfor ikke oppfattes som noe presist eller entydig (Klemp, 2013, s. 44–45).

Hensikten med dette refleksjonsnotatet er derfor å reflektere over hvilke måter metoden 4GV og samvalg kan berike hverandre, og om det er utfordringer/problemer eller suksessfaktorer som taler for eller imot å utvide undervisningen på 4GV-kurs til også å omhandle spesifikk undervisning om samvalg. På denne måten ønsket jeg å benytte refleksjonsnotatet som et praksisnært hjelpemiddel instruktørgruppen i 4GV kan bruke videre i arbeidet med forbedring av både interne 4GV-kurs, og evt. implementering av undervisning i samvalg på 4GV-kurs.

## Min forforståelse

Bakgrunnen for at jeg ønsket å undersøke bruk og effekt av kommunikasjonskurset 4 Gode Vaner, er et resultat av mitt engasjement for tverrfaglig kommunikasjonskurs og min erfaring som sykepleier både i primær- og i spesialist-helsetjenesten. Med bakgrunn som avdelingssykepleier i primærhelsetjenesten og fagutviklingssykepleier i spesialisthelsetjenesten har jeg i mange år hatt ansvaret for opplæring av sykepleiere. Som tidligere medlem i styret i Norsk Palliativ Forening, og nå i klinisk etikk-komité på Bærum sykehus, har jeg fått muligheten til å delta i vurdering av mange ulike utfordringer i helsetjenesten, dilemmaer og hendelser og på den måten sett betydningen av pasientsentrert kommunikasjon og nødvendigheten av god dialog.

Videre er min forforståelse preget av to teoretikere;

1: Den danske filosofen Knud Ejler Christian Løgstrup. Med utgangspunkt i hans læresetning «Vi har aldri med et annet menneske at gjøre uten at vi holder noget av dets liv i vor haand» (Løgstrup, 1991, s. 25). I denne setningen leser jeg nødvendigheten av omsorg, den alltid tilstedeværende asymmetrien i maktforholdet mellom de ulike rollene og praktisk utøvelse av yrket.

2: Sykepleieteoretiker Hesook Suzie Kim, som beskriver sykepleien som et målrettet, overveid, handlingsrettet og koordinert arbeid for og med pasienter for å fremme deres helse eller en fredfull død (Kim, 2010, s. 2). Som sykepleier er mitt fokus å se hele pasienten. Noe som kan være forskjellig fra andre profesjoner med et mer begrenset, eller spesialisert fokus.

Da jeg fikk tilbud om å delta på kommunikasjonskurset 4GV ble jeg raskt imponert over metoden. Jeg fant det lett å omsette det jeg lærte på kurset i praksis. Jeg opplevde at kurset, med rom for refleksjon og utprøving gjennom rollespill, ikke bare gav meg hjelp til å finne ord og utsagn, men også mulighet til å kjenne på hvordan ulike utsagn og situasjoner kan oppleves både for behandler og pasient. Erfaringene preger min forforståelse og min oppfatning av kompleksiteten i det vi kaller «god kommunikasjon», og hvor nødvendig det er at helsepersonell undervises i, reflekterer over og trener på kommunikasjon.

## Bakgrunn

### 4 Gode Vaner

Høsten 1999 presenterte Richard M. Frankel og Terry Stein artikkelen *Getting the Most out of the Clinical Encounter: The Four Habits Model* (Frankel & Stein, 1999, s. 79–88). Artikkelen beskrev en metode utviklet for det private helsesystemet Kaiser Permanente i USA som senere ble tilpasset norske forhold av professor og spesialist i samfunnsmedisin Pål Gulbrandsen, og professor og psykologspesialist Arnstein Finset.

Som navnet tilsier bygger kurset på fire gode vaner:

Vane 1: Invester i begynnelsen

Vane 2: Utforsk pasientperspektivet

Vane 3: Vis empati

Vane 4: Invester i avslutningen

Ved å trene opp konkrete ferdigheter er målet å utvikle vaner for hvordan helsepersonell best ivaretar en god kommunikasjon med pasienten. Dette innebærer både plenumsundervisning og gruppetrening i små grupper på inntil 8 deltagere. I gruppetreningene benyttes det rollespill og læring gjennom at deltagerne deler og reflekterer over sine erfaringer, perspektiver, utfordringer og strategier. Studier viser at leger øker sin kommunikasjonskompetanse, sin mestringsfølelse og endrer sin kommunikasjon med pasienter etter gjennomført kurs (Jensen et al., 2010, s. 4, Gulbrandsen et al., 2012, s. 4, Fisher et al., 2014, s. 76). I artikkelens del av denne masteroppgaven, *Medfører deltakelse på kommunikasjonskurset 4 Gode Vaner vedvarende endring av sykepleieres kommunikasjon med pasienter?* fant jeg at 4GV synes å gi økt kommunikasjonskompetanse hos sykepleiere, og at flertallet av sykepleierne 3–24 måneder etter gjennomført kurs rapporterte at de hadde endret sin kommunikasjon. Videre viste studien at dette var blitt en naturlig del av deres praksis, de opplevde at det gjorde det lettere å få frem viktig bakgrunnsinformasjon, og flere sykepleiere opplevde også pasienter som mer fornøyde.

### Samvalg

I 1998 uttalte Valerie Billingham «Nothing about me without me» (Barry & Edgman-Levitan, 2012, s. 780). Sitatet har nærmest blitt et kamprop for dem som jobber for pasientsentrert medisin og «shared decision making» (SDM), og helseminister Bent Høie bruker sitatet når han skal tydeliggjøre en felles visjon for helsetjenestene om pasientens helsevesen: «Vi bygger en

helsetjeneste der det ikke skal tas en beslutning om meg uten meg» (Regjeringen, 2020). Selve begrepet samvalg ble først lansert i 2014 av Simone Kienlin, rådgiver ved Helse Sør-Øst RHF, og er det norske uttrykket for SDM (Nylenna, 2015, s. 149), og er beskrevet allerede i Nasjonal helse- og sykehusplan (2016–2019): «*Ved samvalg samarbeider pasient og helsepersonell om å treffe beslutninger om utredning, behandling og oppfølging, i den grad og på de måter pasienten ønsker. Pasienten får støtte til å vurdere alternativene, ut fra beste tilgjengelige kunnskap om fordeler og ulemper, og til å utforske egne verdier og preferanser*» (Meld. St. 11 (2016–2019), s. 61). Vi vet at når pasienter er mer involvert i behandlingen er de bedre rustet til å leve med komplekse kroniske sykdommer gjennom bedre forståelse for behandlingen, redusert angst og stress og kortere liggetid på sykehus (Bergeson & Dean, 2006, s. 2849). Pasienter som deltar i beslutninger om egen behandling opplever behandlingen som tryggere (Doyle et al., 2013, s. 5), og deler mer av viktige helseopplysninger (Oxelmark et al., 2018, s. 613). I tillegg er det vist at opptil 50 % av alle reseptbelagte medikamenter tas på feil måte (Cantrell et al., 2011, s. 33). Mulighet for reduksjon i feilbruk av medikamenter bør derfor være tilstede dersom samvalg gjennomføres.

For helsepersonell er det en plikt å legge til rette for utøvelse av samvalg, for pasienter er samvalg en rettighet (Meld. St. 7 (2019–2020), s.9–11). Ikke alle valg er samvalg. Men når det foreligger et medisinsk problem som innebærer flere reelle behandlingsvalg, bør pasientens preferanser være med i valget av behandling sammen med evidensbasert forskning og helsepersonells kunnskap og erfaring. I tillegg skal kunnskapsbasert praksis inngå i den pasientsenterte kommunikasjonen, hvilket betyr å integrere den best tilgjengelige forskningskunnskapen med klinisk ekspertise og pasientens preferanser (Helsenorge, u.å). Målet er at et behandlingsvalg skal kunne basere seg på pasientens egne verdier og preferanser på den måten pasienten selv ønsker. Det er dokumentert at samvalg kan føre til økt pasientinvolvering og forbedrer pasientrelevante utfallsmål. Dette inkluderer blant annet informerte valg, økt risikoforståelse, økt livskvalitet, økt kunnskap og økte realistiske forventinger til medisinske resultater (Stacey et al., 2011, s. 12–17). Av ulike grunner kan pasienter ønske å ikke velge, altså velge å overlate beslutningene til helsepersonellet, hvilket også er et valg.

## **Kommunikasjonskompetanse og brukervedvirkning**

Kommunikasjon er en kompleks handling, og profesjonell helsekommunikasjon defineres her, i tråd med Eide H og Eide T, som at helsepersonell alltid kommuniserer med mennesker som er mer enn det vi kan observere rett foran oss. Det forutsetter at vi lytter aktivt og anerkjenner

den andre som en unik person (Eide & Eide, 2017, s. 16). Ofte kan oppmerksomhet om kommunikasjon og små endringer i ordvalg og samtaleform føre til færre misforståelser og øke muligheten for gjensidig opplevelse av delaktighet, medvirkning og tilfredshet over resultatet, uten at dette tar ekstra tid (Lang, 2012, s. 116). Eksempelvis kan nærmest bagatellmessige språklige variasjoner utgjøre stor forskjell på oppfattelsen av hva som blir sagt. Når pasienten skal ta et valg, er det ikke bare på grunnlag av hvilke ord helsepersonellet bruker. Måten sykepleieren eller legen vektlegger muligheter gjennom å bruke positive eller negative betoningar kan for eksempel hindre reelle samvalg gjennom at pasienten føler seg presset til det ene eller det andre valg (Landmark et al., 2017, s. 2086). Eksempelvis kan ordet *bare* vekke negativt: «du kan velge å *bare* vente å se, eller du kan begynne på medikamenter nå ...». Det samme vil utsagn som impliserer at pasienten og behandleren ikke er likeverdige: «... som jeg allerede har sagt ...». I en travel hverdag er det lett å arbeide etter rutiner og faste fraser. Og dersom det ikke settes av tid til å reflektere over kommunikasjonen kan slike uheldige uttrykksformer bli en vane. Kommunikasjon som kan redusere tillit mellom pasient og behandler og kanskje medføre at helsepersonell gjør situasjonen verre for pasienten (Lang, 2012, s. 113).

Tidligere var pasienter lite involvert i medisinske beslutninger. Legens rolle har ofte blitt betraktet som paternalistisk med stor faglig tyngde og høy sosial status. Derfor har de også ofte tatt beslutningene for pasientene. Utviklingen mot brukermedvirkning følger av at befolkningen blir stadig bedre utdannet, støttet av pasientorganisasjoner og faglige idealister. Fremming av brukermedvirkning i medisinske beslutninger er i seg selv ikke nytt, og har vært promotert siden 1970-årene (Gulbrandsen et al., 2014, s. 1670). Det har imidlertid vist seg vanskelig å implementere i praksis. Et nødvendig grunnlag for brukermedvirkning er pasientsentrert kommunikasjon. Motsatsen er legesentrert kommunikasjon. Et av de kommunikative grep som skiller disse metodene er at legesentret kommunikasjon i større grad kontrollerer samtalen gjennom å bruke lukkede spørsmål, mens pasientsentrert kommunikasjon baseres på prinsippet om verdien av kunnskapsbasert praksis og benytter åpne spørsmål. På den måten kan helsepersonell og pasient søke å komme frem til en felles forståelse av pasientens problemer, og valgmuligheter for behandling som er i tråd med pasientens preferanser og verdier (Vågan et al., 2011, s. 318). I dette overlapper begrepene brukermedvirkning og samvalg hverandre delvis i betydning, og jeg finner det derfor nødvendig å presisere forskjellen;

- Brukermedvirkning, (engelsk: patient empowerment), handler om brukerperspektivet i alle deler av helsetjenestene både på politisk/samfunnsnivå, systemnivå og på individnivå (Meld. St. 26 (2014–2015), s. 46). På overordnet nivå er det et mål at

pasienter/brukere skal være med på å forme alle deler av helsetjenesten (Meld st. 7 (2019–2020), s. 9), gjennom innflytelse på beslutningsprosesser og utforming av tjenestetilbudet. På individnivå omfatter brukermedvirkning kommunikasjon mellom pasient og behandler gjennom at behandler gir pasienten informasjon og pasienten får gi uttrykk for sine preferanser og derved får muligheten til medvirkning, også i valg av behandlingsmetoder (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, § 3-1).

- Samvalg, (engelsk: Shared decision making, SDM), omhandler brukerperspektivet på individnivå, med mål om at pasienten er mest mulig autonom og tar informerte valg. Samvalg kan derfor forstås som en strukturert arbeidsform der pasient og helsepersonell sammen kommer frem til og tar beslutninger om hvilke undersøkelses- og behandlingsmetoder som passer best for pasienten (Kielin et al., 2020, s. 127). Samvalg blir således å forstå som en del av brukermedvirkning.

### **Likheter mellom 4GV og samvalg**

Ved å sammenligne eksisterende samtalestruktur for samvalg og 4GV ønsket jeg å vurdere samstemmigheten i den teoretiske rammen for undervisning av disse. For 4GV benytter jeg kjernepunkter for hver vane, oversatt og tilpasset norske forhold av Pål Gulbrandsen og Arnstein Finset. For samvalg benytter jeg «6 steg til samvalg» som er en norsk versjon av en internasjonalt anerkjent metode, basert på kvalitetskonseptet MAPPIN'SDM, (Multifocal Approach to Sharing in Shared decision-making), og benyttet av det norske prosjektet «Klar for samvalg».

Innholdsmessig har 4GV og 6 steg til samvalg mange av de samme kommunikasjonsmålene. Jeg finner ingen steg eller vaner som er motsetninger, eller som på noen måte er til hinder for hverandre. Men 4GV dekker langt flere situasjoner og målsettinger idet samvalg først og fremst tar utgangspunkt i beslutningssamtaler. Når det gjelder beslutninger i 4GV ligger disse i Vane 4. Hvis det kommer frem i Vane 1 at dette er en beslutningssamtale vil Vane 2, 3 og 4 fokusere på samvalget. Eksempelvis vil da Vane 2 dreie seg om pasientens preferanser rundt valgalternativene, og informasjonen som skal gis i Vane 4 kan omhandle nytteverdi og skade knyttet til alle alternativene Slik fremstår det som at det ligger til rette for å undervise i samvalg som en del av 4GV.

Jeg presenterer nedenfor en sammenstilling av hvordan de ulike kjernepunktene i de to samtalestrukturene samvarierer. Rekkefølgen på «6 steg til samvalg» er i denne sammenligningen er tilpasset 4GV.

SAMTALESTRUKTUR, «lommekort»		
4 Gode Vaner		6 steg til Samvalg
<b>Vane 1:</b> Invester i begynnelsen	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Etabler god kontakt tidlig</li> <li>• Få fram hva pasienten har på hjertet</li> <li>• Planlegg konsultasjonen/ sykehusoppholdet/dagen/plan sammen med pasienten</li> </ul>	1: Definer problemet
<b>Vane 2:</b> Utforsk pasientperspektivet	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Utforsk pasientens forståelse</li> <li>• Sjekk pasientens forventninger</li> <li>• Få fram betydningen av sykdommen for dagliglivet</li> </ul>	2: Forklar hvorfor pasienten bør involveres  4: Diskuter med pasienten hva som er viktig for ham eller henne
<b>Vane 3:</b> Vis empati	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Vær åpen for pasientens følelser</li> <li>• Gi tydelig uttrykk for empati</li> <li>• Vis empati også nonverbalt</li> <li>• Vær oppmerksom på dine egne reaksjoner</li> </ul>	
<b>Vane 4:</b> Invester i avslutningen	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Gi diagnostisk og annen relevant informasjon</li> <li>• Fremme læring og mestring</li> <li>• Involver pasienten i beslutninger og til ansvar for egen helse</li> <li>• Avslutt og sjekk ut på en ryddig måte</li> </ul>	3: Presiser handlingsalternativene  5: Sammen konkludere om behandling  6: Legg til rette for at valget kan gjennomføres

Tabell 1 Sammenlikning kjerneelementer i kursene 4GV og 6 steg til Samvalg.

## Diskusjon

I diskusjonsdelen har jeg valgt ut seks tema som jeg enten opplever som særlig utfordrende eller som suksessfaktorer i klinisk praksis og/eller på kommunikasjonskurs, og som jeg gjenfinner i den litteratur jeg har fordypet meg i. Disse områdene er valgt ut for å reflektere over hvilke måter metoden 4GV og samvalg kan berike hverandre, og om det er utfordringer/problemer eller suksessfaktorer som taler for eller imot å utvide undervisningen på 4GV-kurs til også å omhandle spesifikk undervisning om samvalg.

### Behov for undervisning i kommunikasjon og samvalg

Studier har vist en økning i antall pasienter som ønsker medvirkning i sin behandling (Chewning et al., 2012, s. 14). Norge har per i 2021 innført flere sentrale føringer for et helsevesen der pasientens stilling, innflytelse og rettigheter er styrket (Kielin et al., 2017, s.1). I Nasjonal helse- og sykehusplan for 2016–2019 tydeliggjøres nødvendigheten av systemendringer for å skape pasientens helsetjeneste gjennom at tjenesten må endre kultur, holdning, organisering og ledelse (Meld. St.11 (2016–2019), s. 49–50). Av dette ser vi at det ikke er nok at den enkelte profesjonsutøver evner å legge frem behandlingsalternativer for pasienten. Det må strukturelle endringer til, blant annet utvikling av verktøy for, og opplæring av helsepersonell i, samvalg og kommunikasjon. Dette er tiltak som vi vet kan øke samvalg i klinisk praksis (Chewning et al., 2012, s. 18). Rammeverket *Klar for samvalg* er utviklet i Norge for å styrke kvaliteten på og utviklingen av samvalg (Meld. St. 7 (2019–2020), s. 20) Det er i Norge utviklet og testet ut to undervisningsmoduler på henholdsvis én times- og to timers undervisning. Begge moduler ble testet som tverrfaglige kurs, og studien «Ready for shared decision making», fant at deltageres kunnskap om samvalg økte markant for begge moduler (Kienlin et al., 2020, s. 7). Studien undersøkte ikke deltageres evne til å utøve samvalg i praksis.

Til tross for at norske helsemyndigheter har gjort flere tiltak for at pasienter og brukere skal være delaktige i egen behandling er det langt igjen før samvalg kan sies å være en naturlig del av utøvende praksis (Kienlin et al., 2020, s. 6). Eksempelvis gjennomførte landsforeningen mot fordøyelsessykdommer, LMF, en undersøkelse blant sine medlemmer i 2019, og fant at 60% ikke hadde hørt om begrepet samvalg, og at 32% aldri eller i svært liten grad hadde vært involvert i samvalg med legen sin (LMF, 2019). Brukermedvirkning er komplisert å definere, implementere og måle, hvilket medfører at man mangler kunnskap om hvordan brukermedvirkning fungerer i praksis (Landmark et al., 2017, s. 2081).



Vi vet at klinikere opplever at det er flere faktorer som vanskeliggjør samvalg. Mangel på tid i det kliniske møtet, mangel på nødvendig kompetanse, uenighet om i hvilke situasjoner samvalg skal brukes, og vanskeligheter med å håndtere situasjoner der pasienten er uenig i klinikers preferanser er noen eksempler (Zeuner et al., 2014, s. 2469; Joseph-Williams et al., 2014, s. 300). Min erfaring som kommunikasjonsinstruktør på 4GV er at slike begrunnelser også benyttes for å forklare hva som vanskeliggjør pasientsentrert kommunikasjon. Spesielt gjelder dette tidsbruken i det kliniske møtet, hvor mange klinikere mener det tar betydelig mindre tid dersom de benytter lukkede spørsmål og heller gir det som vurderes som nødvendig informasjon ut ifra klinikerens erfaring. Dette i motsetning til den metoden for kommunikasjon den øves på i 4GV-kurs, nemlig å lytte aktivt, stille åpne spørsmål, fremme valgmuligheter og ha brukermedvirkning som et klart mål i behandlingen. En studie om effekten av kommunikasjonskurset 4GV, viste at det kun var 1 minutt forskjell i tidsbruken mellom pasientsentret og legesentrert kommunikasjon (Jensen et al., 2010, s. 5). Det kan derfor synes som at 4GV kan ha positivt overføringsbidrag til undervisning i samvalg.

### **Utfordringer i valg av behandlingsalternativer**

Nasjonal helse- og sykehusplan 2020–2023 beskriver pasienten som aktiv deltager. Planen tydeliggjør behovet for helsekompetanse og opplæring til befolkningen for å kunne forstå, vurdere og bruke kunnskapsbasert helseinformasjon for å ta beslutninger om egen helse (Meld. St. 7 (2019–2020), s. 18). Så blir spørsmålet; *når* er pasienten godt nok informert og godt nok opplært? *Når* har pasienten nok kompetanse til å ta et valg? Og hva når helsepersonell tenker at det er et feil valg?

En utfordring for gjennomføring av samvalg, slik jeg ser det, er kravet om at samvalg skal være kunnskapsbasert. Forskning viser til at det tar 17 år før 14 % av forskningen er implementert i praksis (Morris et al., 2011, s. 510). Når helsepersonell skal informere om ulike behandlingsmuligheter eller fordeler/ulempes er det dermed høy risiko for at helsepersonell baserer seg på kliniske erfaringer og det de lærte på studiet fremfor oppdatert evidensbasert praksis. Utfordringen tydeliggjøres ytterligere når vi medberegner tidspresset i klinisk praksis. Behov for effektivitet og produktivitet begrenser tiden helsepersonell har til hver pasient, og for mange fremprovoserer nok dette handlingstvang, situasjoner der man opplever å måtte handle raskt uten rom for refleksjon. Da kan det fremstå enklere å ta avgjørelser som er konsensusbasert fremfor å bruke tid på å vurdere mulige alternative behandlinger.

Et annet moment som gjør det utfordrende for pasienter å medvirke i behandlingsavgjørelser er det faktum at mange behandlingsavgjørelser tas av flere helsepersonell over et tidsrom som strekker seg langt ut over en konsultasjon. Studien “Clinical decisions presented to patients in hospital encounters” (Ofstad et. al, 2018, s. 1–9), fant at gjennomsnittlig ble det tatt 13,4 avgjørelser per konsultasjon, og 15,7 avgjørelser i medisinske spesialiteter. Mens 71 % var her-og-nå avgjørelser fant de at 13 % handlet om fremtidige avgjørelser. Kun 1 % av avgjørelsene handlet om behandlingsmål (Ofstad et al., 2018, s. 5). Studien omfattet ikke samvalg som metode, og det fremkom heller ikke om det ble benyttet samvalg i pasientkonsultasjonene. Men et så lavt antall avgjørelser om behandlingsmål indikerer om ikke annet mulighet til å forbedre omfanget av brukermedvirkning gjennom samvalg.

Vi vet at pasienter ikke alltid følger den behandling de blir anbefalt. Min erfaring fra spesialisthelsetjenesten er at det kan være flere grunner til dette; slik som at pasienten ikke har forstått behandlingen, er uenig med helsepersonellet i hva som er problemet, hvordan det bør behandles, at de glemmer hva som er sagt, ikke har fått informasjon eller opplæring, eller ikke forteller om hindringer for behandlingen. Vi vet for eksempel at når pasienter ikke tror de kan oppnå ønsket effekt gjennom behandlingstiltakene, vil deres vilje og initiativ til å gjennomføre være lavere (Lerdal et al., 2011, s. 1193). Samtidig finner man at pasienter som er involvert i sin behandling er bedre rustet til å forstå og takle kompleks sykdom, og at de gjennom god samhandling i starten av et behandlingsforløp kan oppleve det lettere å snakke med helsepersonell om symptomer og plager gjennom hele sykdomsforløpet (Naughton, 2018, s. 3).

Et dilemma jeg erfarer både fra klinisk etikk komite og fra kommunikasjonskurset er situasjoner der helsepersonell opplever at pasienten tar svært dårlige valg. Ifølge pasientrettighetsloven har pasienten rett til å medvirke ved valg mellom forsvarlige og tilgjengelige behandlingsmetoder og undersøkelser (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, §3-1.). Det skal legges stor vekt på pasientens preferanser, og tjenestetilbudet skal så langt som mulig utformes i samarbeid med pasienten. Men hva om pasienten har fått individuelt tilpasset og tilstrekkelig informasjon, men likevel gjør et vesentlig annet valg enn det helsepersonell anbefaler som beste behandlingsalternativ? Som når en pasient takker nei til behandling helsepersonellet erfarer fungerer godt og vurderer er nødvendig for at pasienten skal ha god helse. Er det fremdeles samvalg? Er et «dårlig valg» basert på at pasienten har en helt annen overbevisning av hva god helse og god medisin er, eller betyr det at pasienten ikke er godt nok informert eller ikke er samtykkekompetent? Det at pasienten er uenig med helsepersonellet kan bety at pasienten våger å si sin mening, men det kan også bety at pasienten ikke har forstått informasjonen eller ikke har tillit til helsetjenesten

(Magelssen et al., 2020, s. 70). Slike situasjoner blir lett etiske dilemmaer for involvert helsepersonell hvilket kan kreve både mulighet for refleksjon og tverrfaglig samarbeid samt kompetanse i god kommunikasjon. Det å kommunisere og finne gode løsninger med en pasient som er uenig med helsepersonellet er et tema det undervises i på 4GV-kurset. I tillegg er tverrfaglig refleksjon over praksis i små grupper en viktig del av kurset, og det vil således være gunstig å kombinere undervisningen av samvalg med 4GV.

### **Pasientens forventninger, krav eller ønsker?**

I nasjonal helse- og sykehusplan 2020–2023, kan vi lese at samvalg ikke betyr at helsetjenestene alltid skal etterkomme pasientens ønske (Meld. St. 7 (2019–2020), s. 20). Men i praksis kan dette by på problemer. Vi vet at uadresserte forventninger kan føre til lav pasienttilfredshet. Når vi samtidig vet at pasienttilfredsheten øker dersom forventningene blir lyttet til, selv om de ikke blir oppfylt er dette et viktig element i helsepersonellens kommunikasjonskompetanse (Frankel & Stein, 1999, s. 83; Doyle et al., 2013, s. 4). I 4GV øver helsepersonell blant annet på å lytte og søke å forstå hvorfor pasienten har ulike ønsker og behov, for deretter på en empatisk måte forklare hvorfor forventninger ikke kan oppfylles. På denne måten søker man å anerkjenne forventningene og øke sannsynligheten for at pasienten likevel blir fornøyd.

Min erfaring som kommunikasjonsinstruktør er at pasientens forventninger ofte blir fremstilt som et problem både i utredningsfase og i utøvelse av samvalg. Et gjentakende spørsmål fra helsepersonell er hvordan man skiller mellom en forventning som et resultat av samvalg og et krav på linje med en bestilling fra kunde. Eksempelvis kan pasienter be om dyre undersøkelser som helsepersonellet mener ikke har nytte i utredning. Et ønske om å unngå misfornøyde pasienter og risiko for klage, samt et behov for å avslutte konsultasjonen før neste pasient kommer, kan gjøre at helsepersonell kanskje tyr til en lettvent utvei ved å la pasienten likevel få en slik «unødvendig» undersøkelse. Ett annet eksempel kan være en gravid kvinne som i samtale med jordmor sier hun skal ha keisersnitt. Hun forteller at hun har lest og forhørt seg om både naturlig fødsel og keisersnitt og har bestemt seg. Når kvinnen selv vurderer å ha nok informasjon og kunnskap til å kunne ta et valg, og forstår seg som ekspert på egen kropp er det likevel ikke samvalg når man ikke hensyntar elementene om evidensbasering og klinisk erfaring.

Mangel i kunnskap om hvilke valg som er samvalg og hvilke krav som ikke er samvalg er således en utfordring både i klinikken og på 4GV-kurs. Det vil derfor være av positiv betydning å implementere undervisning av samvalg på kommunikasjonskurset. Både for å benytte kurset

til tverrfaglig refleksjon over utfordringen og øvelse på hvordan man kan tilnærme seg pasienten kommunikativt.

### **Nødvendigheten av å trene på empati**

Det er vanskelig å overvurdere den effekten det har når pasientene opplever at helsepersonellet virkelig bryr seg. Helsepersonell som fremstår empatisk kan gjøre det lettere for pasienten å gi informasjon det ellers hadde vært vanskelig å snakke om, det blir lettere for helsepersonellet å sette grenser, og det blir lettere å si fra når det har skjedd en feil (Frankel & Stein, 1999, s. 84–85, Lang, 2021, s. 3). Empati er således være et viktig «verktøy» for å oppnå samvalg.

Vane nummer tre i 4GV handler om empati. Undervisningen omfatter foruten plenumsundervisning, dialog og refleksjon i små grupper, trening i rollespill. Målet er at helsepersonell skal opparbeide seg teknikker og forståelse for hvordan man kan fremstå empatisk. Å øve på empati i rollespill er en fordel idet helsepersonellet får mulighet til å kjenne på pasientens perspektiv hvilket kan gi bedre forståelse for empatiens effekt (Bosse et al., 2012, s. 305).

Da Kaiser Permanente startet opp med kurs i 4 Gode Vaner var bakgrunnen at helseforetaket hadde mange søksmål mot seg, som etter gjennomgang ble begrunnet med dårlig kommunikasjon. Leger med mange klager fikk et fem-dagers kurs, mens leger med få klager fikk et to-dagers kurs. 4GV har fremdeles et mål om å redusere antall pasientklager, men i tilpasningen til norske forhold har andre mål slik som økt brukermedvirkning og økt pasienttilfredshet fått mer fremtredende plass. Men manglende eller «dårlig» kommunikasjon har vært en kjent årsak til pasientklager over mange år og i mange land. Eksempelvis har studier vist at årsaken til nærmere 80 % av søksmålene mot helsevesenet i USA har vært “poor communication” (Levinson, 1994, s.1). Få år etter tusenårsskiftet finner vi igjen dårlig kommunikasjon som hovedårsak til pasientklager i Storbritannia (Heaven et al., 2006, s. 313), og i sin årsmelding for 2019 skriver Pasient- og brukerombudet i Norge at «Mangelfull eller dårlig informasjon er et element i svært mange av henvendelsene ombudene får.» (Pasient- og brukerombudet, 2019, s. 5). Videre skriver Pasient- og brukerombudet i Norge at ofte er det mangelfull dokumentasjon både om hendelsesforløp og informasjon/dialog mellom pasient og helsepersonell når noe har gått galt. Dette samstemmer med rapport fra Norsk pasientskade Erstatning, NPE. I en undersøkelse fra NPE fra 2019, finner vi at kun en tredjedel av erstatningssakene gjenfinnes i sykehusenes avvikssystem (NPE, 2020). Dette indikerer manglende kommunikasjon mellom helsepersonell og pasienter og/eller manglende kultur for registrering av avvik. Dårlig kommunikasjon både mellom pasient og behandler, kollegaer og mellom ulike deler av helsetjenesten gir økt fare for

feil (Magelssen et al., 2020, s. 202). Det å snakke om feil i helsevesenet har tidligere i mindre grad blitt knyttet til forbedring og utvikling av behandlingsstrategier, og skyldfølelse og fortidelse har kanskje forfulgt helsepersonell som ikke har våget å fortelle om avvik og feilbehandlinger (Magelssen et al., 2020, s. 200). Det er derfor viktig at det snakkes om feil, ikke bare for pasient og pårørende men også for helsepersonell. Når avviksregistreringer og håndtering av feil i dag er en viktig del av kvalitetsarbeidet, er oppfølging av helsepersonell og hjelp til å unngå skyld og skam også en viktig del av dette arbeidet.

Samtaler om feil som har blitt begått eller opplevelse av at feil har blitt begått kan være vanskelige ofte fordi de er preget av sterke følelser som skuffelse eller sinne. Da kreves det ofte tydelig empati fra helsepersonellet. I tillegg vet vi at helsepersonell presterer dårligere etter vanskelige møter med opprørte eller sinte pårørende (Riskin et al. 2017, s. 2). Slike samtaler kan altså bidra til å redusere kvaliteten på den pleie og behandling andre pasienter mottar. Det er derfor viktig at helsepersonell har så gode forutsetninger som mulig for å samtale om feil. Og et tiltak for å bidra til dette er undervisning og trening i å fremstå empatisk.

Jeg vil påstå at de aller fleste helsepersonell evner å fremstå empatisk ovenfor sine pasienter og pårørende. Spørsmålet er imidlertid om de greier å benytte empati, som det effektive verktøyet er, i en hektisk hverdag. Med dagens tidseffektive praksis kan det kanskje synes lettere å overse følelser eller unngå slike samtaler fordi man er redd for å sitte igjen med gråt og problemer helsetjenesten ikke klarer å løse. Vi vet samtidig at helsepersonell kan streve med å adressere og håndtere eksistensielle temaer slik som bekymring for familie, ekteskap eller skyldspørsmål. Dialog om slike temaer krever at helsepersonellet evner å lytte, forstå signaler fra pasienten og anerkjenne pasientens utfordringer uten å skulle løse de (Ammentorp et al., 2018, s. 640).

4GV anbefaler helsepersonell å benytte empati i alle møter med pasienter og pårørende, deriblant møter der målet er beslutning om behandling, altså samvalg. Det vil således være positivt både for implementering av samvalg og pasientsentrert kommunikasjon at det undervises i samvalg på kommunikasjonskurs hvor det trenes på utøvelse av empati.

## **Rolleforståelse**

Min erfaring er at sykepleiere kan oppleve det vanskelig å definere sin rolle i ulike informasjonsprosesser, slik som samvalg. Dette fremkommer blant annet når vi skal etablere case for rollespilløvelser på 4GV. Vi vet at sykepleiere på sykehus tilbringer mer tid med pasienten enn

andre helseprofesjoner. Sykepleierens mulighet til å utforske pasientens behov og forståelse, informere og skape tillit er derfor stor (Banjeree et al., 2017, s. 617). Sykepleieren kan gjennom dette utforske pasientens perspektiv og forventninger, sjekke ut om pasienten har forstått informasjon og opplæring, og undersøke plagenes eller diagnosens påvirkning av dagliglivet og således delta aktivt i prosessen om samvalg. I en svensk studie fant man at sykepleieres forventninger og holdninger til samvalg kan være avgjørende for pasientens medvirkning. Gjennom sin rolle kan sykepleier lytte til pasienten, inkludere pasienten, dele makt og oppmuntre pasienten til selv å ta ansvar for ulike aktiviteter ved for eksempel stell og måltider og derav bidra til økt samvalg. Studien fant at sykepleierne hadde ønske om økt forekomst av samvalg men manglet strategier på hvordan de skulle få det til. Likevel ønsket de ikke at større avgjørelser skulle tas «bed-side» (Oxelmark et al., 2018, s. 613 og s. 615). En dansk studie undersøkte kommunikasjonsutfordringer knyttet til samvalg. Studien fant at til tross for undervisning om samvalg og tilgang på verktøy, viste det seg at mange sykepleiere strevde med å definere sin rolle i prosessen om samvalg. Studien fant også at i rollespill, eller simuleringssituasjoner var sykepleiers rolle i samvalg vag, og sykepleierne hadde vanskeligheter med å gjenfinne situasjoner der de deltok i eller tok behandlingsavgjørelser. Studien konkluderte med at det var behov for nærmere avklaringer om roller og forventninger i samvalgsprosessen (Ammentorp et al., 2018, s. 641 og s. 643).

Kanskje kan rolleforståelsen forklares med at det tradisjonelt har vært legen som tar avgjørelser, og at samvalg fremdeles blir definert i mange sammenhenger som en tilnærming der pasient og lege deler kunnskapen om behandlingsvalg. Blant annet benytter Helsenorge.no begrepet *helsepersonell* når samvalg beskrives og defineres i skriftlig informasjon. Men i animasjonsfilmen som er laget for tydeligere å forklare pasienter hva samvalg er, forklares samvalg som noe som skjer i en samtale mellom *lege* og pasient. ([helsenorge.no](https://www.helsenorge.no)). Det synes derfor å være et behov for å tydeliggjøre helsepersonellens roller i samvalg.

### **Tverrfaglige kurs**

Samvalg krever etablering av et samarbeid mellom sykepleier og pasient hvor pasienten opplever en viss form for kontroll og delaktighet, altså makt, i forholdet. Det må være informasjonsutveksling begge veier, og både sykepleier og pasient må være motivert for, og aktivt velge å bruke, brukermedvirkning gjennom samvalg (Oxelmark et al., 2018, s. 613). Mangel på tverrfaglig samarbeid kan oppleves som et hinder for samvalg dersom sykepleiere og leger arbeidet parallelt, men ikke sammen (Oxelmark et al., 2018, s. 618).

I Norge tilbys 4GV-kurs både som rene legekurs og som tverrfaglige kurs. En utfordring for de sykehusene som både tilbyr tverrfaglige kurs og rene legekurs er det er vanskelig å få leger til å melde seg på de tverrfaglige kursene. Noen leger begrunner dette med at de først og fremst ønsker å gå på kurs med helsepersonell med samme fagkompetanse. Andre oppgir at de kjenner på en prestasjonsangst foran andre profesjoner. Jeg tror at legers opplevelse av press og handlingstvang kan være en medvirkende årsaker til at leger ønsker å gå på rene legekurs fremfor tverrfaglige kurs. I klinikken begrenser krav om effektivitet og produktivitet den mengde tid helsepersonell har til hver pasient. Dette kan fremprovosere handlingstvang, i betydningen situasjoner der man opplever å måtte handle raskt uten rom for refleksjon. Da kan det fremstå enklere å ta avgjørelser som er konsensusbasert og generelle fremfor å bruke tid på å utforske pasientens perspektiv og vurdere mulige alternative behandlinger.

Ved å gå på tverrfaglige kurs kan legen fremdeles føle seg presset av en generell forventning om at en lege alltid raskt må kunne svare og ta gode avgjørelser. Dersom dette stemmer, er jeg av den oppfatning at tverrfaglige kurs i realiteten kan være mer nyttig for kommunikasjon og tverrfaglig samarbeid i praksis. Dette da kursdeltagerne gjennom å jobbe med rollespill nettopp har mulighet til å øve i en kontrollert situasjon, med mulighet til å reflektere over hva som skjer i situasjonen. Med andre ord har de tid til tverrfaglig refleksjon over praksis uten den handlingstvang klinikken vanligvis er underlagt. Vår entydige erfaring fra tverrfaglige kurs er at deltagerne verdsetter muligheten til å lære om hverandres ansvar og oppgaver. Foruten det sosiale slike kurs bidrar til, er forståelse for ulike profesjoners utfordringer, styrker og begrensninger og derav muligheter til økt samarbeid en svært verdifull del av kurset. Når alle må utfordre seg selv i rollespill og dermed våge å være sårbar, blir det raskt en tydelig gruppefølelse og lojalitet til gruppen. Ikke sjelden oppdager kursdeltagere nye sider ved ansvaret og oppgavefordelingen mellom profesjonene. Gjennom gruppesamarbeid, refleksjon og nettverksbygging i pausene brytes hierarkiet forsiktig ned, og samarbeid på tvers av profesjonene øves på og testes. Flere deltagere har i ettertid formidlet at de opplever det lettere å samarbeide etter slike kurs.

Fordi samvalg er alt fra de små beslutninger som valg mellom to medikamenter til de store kompliserte beslutninger om man skal fortsette med behandling eller ikke, mener jeg helsetjenesten må tenke nytt om organisering og hierarki innad i sykehus. Samvalg er en prosess der pasientens tillit til helsetjenesten må bygges opp gjennom alle møter, i alle deler av tjenesten. For å eksemplifisere fra praksis på en sengepost på Bærum sykehus; Gjennomsnittlig liggetid er per januar 2021 3,2 døgn. I løpet av denne tiden møter pasienten minst tre leger som

presenterer seg som pasientansvarlig lege, og minst fem ulike sykepleiere som er pasientansvarlig sykepleier. Det er ofte, men ikke alltid, den samme fysioterapeuten, og i tillegg kommer sosionom, prest og kanskje ergoterapeut. Dersom sykehuset skal følge pålegget fra helsemyndighetene og tilby samvalg, er det nødvendig med samarbeid på tvers av helseprofesjonene. Funksjonsvurdering krever flere enn kun én lege. Å utforske pasientens perspektiv og betydningen symptomer eller diagnose har for dagliglivet, krever mer enn én samtale. For å sikre at pasienten har forstått den informasjonen eller opplæringen som er gitt, kreves det ofte flere profesjoner og flere samtaler. Som kommunikasjonsinstruktør er jeg av den oppfatning at tverrfaglig kommunikasjonskurs både bidrar til samarbeid på tvers av profesjoner og kan være et skritt i retning mot en mindre hierarkisk måte å organisere sykehuset på.



## Konklusjon

Temaet for refleksjonsnotatet er hvorvidt undervisning av samvalg bør inngå i kommunikasjonskurset 4GV.

Undervisning av samvalg etter modell utviklet av rammeverket «Klar for samvalg», gir i stor grad teoretisk kunnskap om grunnlag og metode for gjennomføring. 4GV har på den annen side målsetninger som både knyttes til teoretisk kunnskap, men også praktiske ferdigheter. Gjennom en trygg arena med realistiske rammer bygger man en erfaringsbasert kjennskap til variasjoner ved formidling av den teoretiske kunnskapen, og på samme tid får helsepersonell oppleve perspektivering både i rollen som pasient og behandler. For å sikre helsepersonell kompetanse i utøvelse av samvalg bør det således undervises både i teoretisk kunnskap, praktisk kommunikasjonstrening og det bør tilstrebes å holde tverrfaglige kurs. På den måten kan teoretiske kurs i samvalg gi helsepersonell kunnskap om hva samvalg innebærer, og *hva* helsepersonell skal gjøre, mens 4GV-kurs vil gi helsepersonell kompetanse i *hvordan* de kan utøve samvalg i praksis.

Dersom man velger å utvide undervisning på 4GV-kurs innen eksisterende tidsrammer, vil det sannsynligvis medføre at andre deler av 4GV-kurset må nedprioriteres. På bakgrunn av funn i min studie og min erfaring som kommunikasjonsinstruktør vil jeg ikke anbefale dette. Jeg tror heller en løsning der det legges premiss for deltagerne i forkant av 4GV-kurs om gjennomføring av e-læringskurs i samvalg vil være fruktbart. Dette for å gi nødvendig forståelse og teoretisk fundament om hva samvalg innebærer uten å redusere andre tema fra 4GV. En slik løsning vil berike både undervisningen om samvalg, men også undervisningen om 4GV idet teoretisk kunnskap om samvalg er med på å legge premisser for samtaler med mål om behandlingsavklaring. Man kan derfor også se det som forutsetning for deler av Vane 4; å investere i avslutningen.

Jeg tror en slik endring vil være et positivt tilfang både for samvalg og pasientsentrert kommunikasjon etter metoden 4GV, og kunne medføre en spire til refleksjon over ulike utfordringer som deltagerne kan ta med seg på kommunikasjonskurset 4GV.

## Referanser

Ammentorp, J., Wolderslund, M., Timmermann, C., Larsen, H., Steffensen, K. D., Nielsen, A., Lau, M. E., Winther, B., Jensen, L. H., Hvidt, E. A., Hvidt, N. C., Gulbrandsen, P. (2018). How participatory action research changed our view of the challenges of shared decision-making training. *Patient Education and Counseling*, 101(4), 639-6466

<https://doi.org/10.1016/j.pec.2017.11.002>

Banjeree, C. S., Manna, R., Coyle, N., Penn, S., Gallegos, T. E., Zaider, T., Krueger, C.A., Bialer, P. A., Bylund, C. L., Parker, P. A. (2017). The implementation and evaluation of a communication skills training program for oncology nurses. *Translational Behavioral Medicine*, 7(3), 615–623. <https://doi-org.ezproxy.uio.no/10.1007/s13142-017-0473-5>

Barry, M. J., & Edgman-Levitan, P. A. (2012). Shared Decision Making-The Pinnacle of Patient-Centered Care. *The New England Journal of Medicine*, 366(9), 780–781.

Doi:10.1056/NEJMp1109283

Bergeson, S. C., & Dean J. D. (2006). A systems approach to patient-centered care. *JAMA*, 296(23), 2848–2851. DOI: [10.1001/jama.296.23.2848](https://doi.org/10.1001/jama.296.23.2848)

Bosse, H. M., Schultz, J-H., Nickel, M., Lutz, T., Møltner, A., Jünger, J., Huwendiek, S., Nikendei, C. (2012). The effect of using standardized patients or peer role play on ratings of undergraduate communication training: A randomized controlled trial. *Patient Education and Counseling*, 87(3), 300–306. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2011.10.007>

Cantrell, C. R., Priest, J. L., Cook, C. L., Fincham J., Burch, S. P. (2011). Adherence to treatment guidelines and therapeutic regimes: A U.S. claims-based benchmark of a commercial population. *Popul Health Manag*, 14(1), 33–41. <https://doi.org/10.1089/pop.2010.0018>

Chewning, B., Bylund, C. L., Shah, B., Arora, N. K., Gueguen, J. A., Makoul, G. (2012). Patient preferences for shared decisions: A systematic review. *Patient Education and Counseling*, 86(1), 9–18. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2011.02.004>

Doyle, C., Lennox, L., Bell, D. (2013). A systematic review of evidence on the links between patient experience and clinical safety and effectiveness. *BMJ Open* 2013;3:e001570.

<http://dx.doi.org/10.1136/bmjopen-2012-001570>

Eide, H. & Eide, T. (2017). *Kommunikasjon i relasjoner – personorientering, samhandling, etikk* (3. utg.). Gyldendal Norsk Forlag.

Fisher, M. J., Broome M. E., Friesth, B. M., Magee, T., Frankel, R. M., (2014). The Effectiveness of a brief intervention for emotion-focused nurse-patient communication. *Patient Education and Counseling*, 96(1), 72–78. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2014.04.004>

Frankel, R. M. & Stein, T. (1999). Getting the most out of Clinical Encounter: The Four Habits Model. *The Permanent Journal*, 3(3), 79-88. <https://doi.org/10.7812/TPP/99-020>

Gulbrandsen, P., Jensen, B. F., Finset, A., Blanch-Hartigan, D., (2012). Long-term effect of communication training on the relationship between physicians' self-efficacy and performance. *Patient Education and Counseling*, 91(2), 180–185. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2012.11.015>

Gulbrandsen, P., Ofstad, E. H., Holmøy, T., Vandvik, P. O. (2014). Pasientmedvirkning ved beslutninger om behandling. *Tidsskrift for Den norske legeforening*, 17(2014;134), 1670-2. doi: 10.4045/tidsskr.14.0239

Heaven, C., Clegg, J., Maguire, P., (2005). Transfer of communication skills training from workshop to workplace: The impact of clinical supervision. *Patient Education and Counseling*, 60 (2006), 313–325. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2005.08.008>

Helsenorge (u.å.). *Samvalg – du kan være med og bestemme*. Hentet 3. oktober 2019 fra <https://www.helsenorge.no/samvalg>

Jensen, B. F., Gulbrandsen, P., Dahl, F. A., Krupat, E., Frankel, R. M., Finset, A., (2010). Effectiveness of a short course in communication skills for hospital doctors: Result of a cross-over randomized controlled trial (ISRCTN22153332). *Patient Education and Counseling*. 84(2), 163–169. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2010.08.028>

Joseph-Williams, N., Elwyn, G., Edwards, A. (2014). Knowledge is not power for patients: A systematic review and thematic synthesis of patient-reported barriers and facilitators to shared decision making. *Patient Education and Counseling*, 94(3), 291-309. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2013.10.031>

Kienlin, S., Kristiansen, M., Ofstad, E., Liethmann, K., Geiger, F., Joranger, P., Tveiten, S., Kasper, J. (2017). Validation of the Norwegian version of MAPPIN'SDM, an observation-based instrument to measure shared decision-making in clinical encounters. *Patient Education and Counseling*, 100(3), 534–541. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2016.10.023>

Kienlin, S., Nytrøen, K., Stacey, D., Kasper, J. (2020). Ready for shared decision making: Pretesting a training module for health professionals on sharing decisions with their patients. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 26(2), 610–621. <https://doi-org.ezproxy.uio.no/10.1111/jep.13380>

Kim, S. H. (2010). *The nature of theoretical thinking in nursing* (3rd edition). Springer publishing company.

Klemp, T. (2013). Refleksjon – hva er det, og hvilken betydning har den I utdanningen til profesjonell lærerpraksis? *Uniped* 36(01), 42–58. <http://dx.doi.org/10.3402/uniped.v36i1.20957>

Landmark, A. M. D., Ofstad, E. H., Svennevig, J. (2017). Eliciting patient preferences in shared decision-making (SDM): Comparing conversation analysis and SDM measurements. *Patient Education and Counseling*, 100(11), 2081–2087. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2017.05.018>

Landsforeningen mot fordøyelsessykdommer. (2020). *Alle har rett på samvalg*. <https://www.lmf norge.no/rettigheter/samvalg>

Lang, E. V. (2012). A better patient experience through better communication. *Journal of Radiology Nursing*, 31(4), 114–119. <https://doi.org/10.1016/j.jradnu.2012.08.001>

Lerdal, A., Andenæs, R., Bjørnsborg, E., Bonsaksen, T., Borge, L., Christiansen, B., Eide, H., Hvinden, K., Fagermoen, M. S. (2011). Personal factors associated with health-related quality of life in persons with morbid obesity on treatment waiting lists in Norway. *Qual Life Res*, 20, 1187–1196. DOI 10.1007/s11136-011-9865-z

Levinson, W. (1994). Physician-patient communication. A key to malpractice prevention. *JAMA*, 272(20), 1619-1620. DOI: 10.1001/jama.1994.03520200075039

Løgstrup, K. E. (1991). *Den etiske fordring* (2. utg.). Gyldendal

Magelssen, M., Førde, R., Lillemoen, L., Pedersen, R. (2020). *Etikk i helsetjenesten*. Gyldendal Norsk Forlag.

Meld. St. 7 (2019–2020). *Nasjonal helse- og sykehusplan 2020–2023*.

Helse- og omsorgsdepartementet <https://www.regjeringen.no/contentassets/95eec808f0434acf942fca449ca35386/no/pdfs/stm201920200007000dddpdfs.pdf>

Meld. St. 11 (2015). *Nasjonal helse- og sykehusplan 2016–2019*. Helse og omsorgsdepartementet. <https://www.regjeringen.no/contentassets/7b6ad7e0ef1a403d97958bcb34478609/no/pdfs/stm201520160011000dddpdfs.pdf>

Meld. St. 26 (2014–2015). *Fremtidens primærhelsetjeneste – nærhet og helhet*. Helse- og omsorgsdepartementet. <https://www.regjeringen.no/contentassets/d30685b2829b41bf99edf3e3a7e95d97/no/pdfs/stm201420150026000dddpdfs.pdf>

Morris, Z. S., Wooding, S., Grant, J. (2011). The answer is 17 years, what is the question: understanding time lags in translational research. *Journal of the Royal Society of Medicine*, 104(12), 510-20. <https://doi.org/10.1258/jrsm.2011.110180>

Naughton, C. A. (2018). Patient-Centered Communication. *Pharmacy*, 6(1), 18-25. <https://doi.org/10.3390/pharmacy6010018>

Norsk Pasientskade Erstatning, NPE. (2020, 21. februar). *Rapport meldesystem 2014–2017*. <https://www.npe.no/no/Helsepersonell/pasientsikkerhet/rapporter/undersokelse-av-samsvar-mellom-npe-saker-og-saker-i-sykehusenes-meldesystemer/rapport-meldesystem-2014-2017/>

Nylenna, M. (2015) Om samvalg og andre sam-ord. *Tidsskrift for Den norske legeförening*, 35(2), 149. doi:10.4045/tidsskr.14.1230

Ofstad, E. H., Frich, J. C., Schei, E., Frankel, R. M., Benth, J. S., Gulbrandsen, P. (2018). Clinical decisions presented to patients in hospital encounters: a cross-sectional study using a novel taxonomy. *BMJ Open*, 2018;8:e018042. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2017-018042>

Oxelmark, L., Ulin, K., Chaboyer, W., Bucknall, T., Ringdal, M. (2018). Registered Nurses' experiences of patient participation in hospital care: supporting and hindering factors patient participation in care. *Scandinavian journal of Caring Sciences*, 32(2), 612–621. <https://doi-org.ezproxy.uio.no/10.1111/scs.12486>

Pasient og brukerombudet (2020, 21. februar). *Årsmelding 2019*. <https://www.helsenorge.no/globalassets/dokumenter/pobo/arsmelding-2019.pdf>

Pasient- og brukerrettighetsloven. (1999). *Lov om pasient- og brukerrettigheter* (LOV-1999-07-02-63). Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63>

Riskin, A., Erez, A., Foulk, T. A., Riskin-Geuz, K. S., Zic, A., Sela, R., Pessach-Gelblum, L., Bamberger, P. A., (2017). Rudeness and Medical Team Performance. *Pediatrics*, 139(2):e20162305 DOI: <https://doi-org.ezproxy.uio.no/10.1542/peds.2016-2305>

Stacey, D., Bennett, C. L., Barry, M. J., Col, N. F., Eden, K. B., Holmes-Rovner, M., Thomson, R. (2011). Decision aids for people facing health treatment or screening decisions. *Cochrane Database Syst Rev*, (10), Cd001431. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD001431.pub5>

Vågan, A. & Aasland, O. (2011). Legesentrert og pasientsentrert klinisk kommunikasjon blant leger utdannet før og etter Oslo96-reformen. *Michael*, 3(8), 317–28.

Zeuner, R., Frosch, D. L., Kuzemchak, M. D., Politi, M. C. (2014). Physicians' perceptions of shared decision-making behaviours: a qualitative study demonstrating the continued chasm between aspirations and clinical practice. *Health Expectations*, 18(6), 2465–2476. <https://doi-org.ezproxy.uio.no/10.1111/hex.12216>