

KAPITEL 3:

# Forventningsstyring – nøglen til god hospitalskommunikation

Det kommunikerende hospital, Helle Petersen  
Børsens Forlag, 2008

KAPITLET INDEHOLDER:

---

Patientkommunikation fra to perspektiver · 46

Forventningens briller – skal de pudses? · 48

Fire udfordringer i ”den gode aflevering” · 50

Den gode velkomst · 52

Kommunikation i journalskrivning · 58

Gentagelse fremmer forståelsen · 60

Små ord tæller · 62

God kommunikation er ... · 65



## KAPITEL 3

# Forventningsstyring – nøglen til god hospitals- kommunikation

*En af de største udfordringer i hospitalets kommunikation med patienter, pårørende og borgere i de nye regioner er den manglende forventningsstyring. På alle niveauer i hospitalsvæsenet bør man bevidst og konsekvent afdække og justere forventninger. Regnestykket for tilfredshedsmålinger er nemlig enkelt: oplevelse sammenholdt med forventning = tilfredsgrad. Der findes masser af viden om, hvad god patientkommunikation er. Men først når anbefalingerne understøttes af holistisk og strategisk kommunikationstænkning, er der basis for en langsigtet forbedring af patienttilfredsheden – og hospitalets omdømme.*

Hvor tager man fat, når patienttilfredsheden halter på kommunikationsområdet? Når kun x % af patienterne oplever, at lægerne lyttede til deres egen beskrivelse af deres sygdom. Eller blot y % vurderer indholdet af den mundtlige information under indlæggelse som godt/virkelig godt? Hvad gemmer der sig så bag disse tal? Man kan se, at resultatet



er under landsgennemsnittet. Men hvad skal der til for at forbedre det, og hvordan kan man prioritere sin indsats?

Det var spørgsmål som disse, man stillede sig selv på Bornholms Hospital, før man tog initiativ til en kvalitativ undersøgelse af patientkommunikationen. Nok kan de kvantitative indikatorer fra tilfreds-  
hedsundersøgelsen bruges som temperaturmåling og benchmarking i forhold til sammenlignelige hospitaler og afdelinger. Men de konstaterende procenttal gør os ikke klogere på, hvad der ligger bag de mange krydser, patienterne har sat i spørgeskemaet – og dermed hvad der skal til for at forbedre kommunikationen.

### **PATIENTKOMMUNIKATION FRA TO PERSPEKTIVER**

Igennem seks uger havde jeg min regelmæssige gang på kirurgisk afdelings sengeafsnit og ambulatorium. Afdelingen blev ikke valgt pga. særlig dårlig patientkommunikation, men for at have et afgrænset sted at gå i dybden med udfordringerne og derefter gå foran med initiativer til forbedring – til inspiration for hospitalets andre afdelinger. Projektets formål var at komme med konkrete svar og operationelle løsninger på spørgsmålet: ”Hvordan kan patientkommunikationen forbedres?”

Det er nærliggende at interviewe patienterne om det emne. Man kan principielt sagtens lave retningslinjer for patientkommunikation udelukkende baseret på patienternes ønsker og behov. Med min erfaring inden for forandringskommunikation har jeg imidlertid valgt at arbejde på en anden måde. Hvis man seriøst ønsker at forbedre kommunikation, kræver det holdnings- og adfærdændring blandt ledere og medarbejdere. Skal forandringerne være langsigtede, skal de selv involveres aktivt i processen som de kompetencepersoner, de er. Erfarne ledere og medarbejdere ved udmærket, hvad der skal til, for at patienterne føler sig trygge og velinformede. Den viden skal ekspliciteres og bringes i samspil med patienternes oplevelser og behov. Først da opstår en synergi, der gør det realistisk at føre de nye idealer ud i livet.



Projektet belyser således patientkommunikation ud fra et patient- og et medarbejderperspektiv.

*Patientperspektivet* er afdækket i samspil med ti udvalgte patienter, som jeg fulgte under deres indlæggelse eller besøg på ambulatoriet. Der var observation af stuegang og patientens samtaler med såvel det lægefaglige personale som plejepersonalet. Desuden gennemførte jeg interviews med patienterne ud fra en spørgeguide. Den indeholdt både generelle spørgsmål om forventninger og ønsker til kommunikationen på og fra hospitalet og spørgsmål, der specifikt fulgte op på de observerede kommunikationssituationer. Omdrejningspunktet var eksempler på god og dårlig patientkommunikation og patienternes egne anbefalinger til forbedring. Metoden kobler det kvalitative forskningsinterview (Kvale, 1997) med observationsstudier (se ”Hvis du vil vide mere” bagest i bogen).

*Medarbejderperspektivet* belyser patientkommunikation ud fra otte udvalgte medarbejders synsfelt. Jeg fulgte medarbejderne på en række af deres vagter i den periode, hvor de deltagende patienter var på hospitalet. Der var observation af stuegang, personalemøder, morgenkonferencer osv. Medarbejderne blev ligesom patienterne interviewet på såvel generelt som opfølgende plan efter patientkontakt. Omdrejningspunktet var det samme – kvaliteten i patientkommunikationen – men perspektivet ændret, så medarbejdernes egne anbefalinger til forbedring blev inddraget.

Efter dataindsamlingen gik den analyse i gang, som dette kapitels pointer er bygget på. Den analytiske tilgang er baseret på et litteraturstudie af primært dansk forskning i patientkommunikation koblet med min generelle kommunikationsteoretiske viden og erfaring. Alle udsagn og observationer er systematiseret i temaer. Kun de temaer, der er af gennem-



gående karakter – dvs. observeret og fremkommet i interview med adskillige patienter og medarbejdere – blev sammenfattet i dokumentationen til de fire identificerede udfordringer. Temaerne belyses med de konkrete ord fra enkelte patienter eller medarbejdere. Men de udvalgte citater *eksemplificerer* altså en mere grundlæggende problemstilling. Konklusioner og anbefalinger bygger således ikke på den enkelte patients eller medarbejders holdning. Snarere er der tale om så fundamentale udfordringer, at flere af dem også er identificeret i studiet på Bispebjerg Hospital – ligesom pointerne mødes med stor genkendelighed, når jeg holder foredrag om emnet. Selvom et kvalitativt studie i sagens natur zoomer ind på et konkret hospital med konkrete udfordringer, og videre ind på en konkret afdeling med konkrete udfordringer, så burde dette kapitel give inspiration til at se sin egen patientkommunikation efter i sømmene, uanset hvilket hospital og hvilken afdeling der er tale om.

#### FORVENTNINGENS BRILLER – SKAL DE PUDSES?

Alle hospitaler har brug for et godt omdømme, der kan være med til at tiltrække og fastholde kvalificerede medarbejdere. Høj troværdighed er ryggraden i et godt omdømme. Og det gør man sig fortjent til, når der er sammenhæng mellem *ord* (hospitalets image-ønsker), *handling* (hospitalets identitet eller kultur) og interessenternes *oplevelser* (hospitalets ethos). Der var ikke defineret fælles ambitioner for kommunikationen på Bornholms Hospital – fx i en kommunikationspolitik – hverken fra afdelingens eller fra sygehusledelsens side. Derfor er det de to andre niveauer, der er omdrejningspunktet i analysen: Med observationsstudiet og medarbejderinterviewene afdækkes afdelingens kultur og handlinger. I patientinterview afdækkes de oplevelser, som er så centrale for patienttilfredsheden.

Det giver ikke mening at tale om oplevelser uden at tale om forventninger. Det viser sig nemlig, at det, vi forventer, i stor udstrækning præger det, vi oplever.



Forventninger kan betragtes som de forudindtagede ”briller”, vi har på i forskellige sammenhænge. Hvis vi kun har oplevet – eller hørt om – håndværkere, der kommer for sent og drikker for mange fyraftensbaje-re, præger det vores forventninger, når vi bestiller et hold tømre-re til at lægge nyt tag på huset. Der skal ikke meget ”spildtid” til, før vi lader os bekræfte i sløseri. Oplever vi, at tømre-ren kommer en halv time senere end aftalt, tager vi det for givet, at det er en del af det mønster, vi før har set eller hørt om – også i de tilfælde, hvor forsinkelsen drejer sig om en pligtopyldende tømre-r, der har brugt 30 minutter på at få udskiftet materiale, der ikke var af tilpas høj kvalitet. Tømre-ren bliver mødt med skeptiske blikke, og vi leder efter alle de fejl, der måske begås. Vores forventninger toner altså virkeligheden – retfærdigt eller ej – så vi ople-ver alt det, der ser forkert ud, og fokuserer på det, der går galt.

I hospitalsvæsenet kan patienters forventninger stamme fra pressen, fra samtalen med den praktiserende læge, fra tidligere erfaringer enten på det konkrete sygehus eller på andre sygehuse, eller fra venner og/eller families oplevelser. Som illustreret i kapitel 2, er de oplevelser, man får på og med hospitalet afgørende for, hvilke forventninger man frem-over vil have til det pågældende hospital, og måske ligefrem hele hospi-talsvæsenet. Desuden er oplevelserne med til at afgøre, om man taler positivt eller kritisk om hospitalet eller afdelingen, når familie, kolle-gaer og venner skal høre om en indlæggelse eller behandling. Med det perspektiv kan få dårlige oplevelser hurtigt koste dyrt både i mere skeptiske patienter og på længere sigt i et blakket omdømme. Eller omvendt: Det kan være en god investering at se den række af oplevel-ser, som patienten får i mødet med hospitalet, efter i sømmene. Både for patienttilfredshedens skyld, men også – som dette kapitel vil vise – for medarbejdernes egen skyld.



Patienternes forventninger spænder vidt. Fra ”vi har landets dårligste læger herovre – det må vi finde os i” til ”lægerne på Bornholm er meget mere hjertelige endovre” (bornholmsk udtryk for det resterende Danmark). Forventninger er ikke nødvendigvis hverken rimelige eller baseret på fakta. De er naturligvis forbundet med stor subjektivitet og måske ligefrem tilfældighed. Forklaringer og undskyldninger kan være mange, når hospitalets medarbejdere konfronteres med forventninger som de ovenstående. Men selvom patienter kommer med urimelige forventninger eller selv har bidraget aktivt til en uhensigtsmæssig kommunikation, er de ikke til at komme udenom. Forventningerne påvirker den enkelte patient og skaber de ”briller”, patienten møder hospitalets medarbejdere med. Derfor er man nødt til at forholde sig til dem fra både hospitalsledelsens og medarbejdernes side, hvis man ønsker en høj patienttilfredshed. Ikke at man kan eller skal leve op til alle forventninger. Men man kan afdække dem, så man ved, om patientens briller skal pudses for at få et mere virkelighedsnært og konstruktivt billede. Og så kan man bevidst arbejde med forventningsstyring i den lange række af møder og ”overgange”, patienten oplever på sin vej gennem hospitalet.

#### **FIRE UDFORDRINGER I ”DEN GODE AFLEVERING”**

Hver gang patienten får en oplevelse med sygehuset – god eller dårlig – er den med til at afgøre, hvilke forventninger patienten møder medarbejderne med i næste led. Oplevelsesrækken starter måske med indkaldelsesbrevet og den velkomstpjece, der en gang imellem sendes ud. Derefter hedder den typiske vej for de kirurgiske patienter, der blev fulgt i projektet:

- Man henvender sig i receptionen
- Man sidder i venteværelset på sengeafsnittet eller i ambulatoriet
- Man hentes af en sygeplejerske eller social- og sundhedsassistent



- Man møder en læge (på ambulatoriet)
- Man oplever stuegang (på sengeafsnit)

Jo bedre oplevelse patienten har hvert enkelt sted, des mere positiv er han eller hun stemt til næste overgang – og jo mere goodwill mødes medarbejderne med. Men omvendt: Får man en dårlig oplevelse ét sted, så betaler de efterfølgende led i kæden prisen ved at møde mere kritiske og negative patienter – og ved at skulle *genoprette* troværdigheden i stedet for bare at holde den ved lige.

Der er fire områder, hvor patienterne typisk har dårlige oplevelser med kommunikationen, og hvor overgangen dermed bliver svag på patienternes og medarbejdernes bekostning. Det er samtidig områder, hvor medarbejderne faktisk selv har mulighed for at styrke kvaliteten af patientens oplevelse, så de bliver så positivt stemt i det næste møde som muligt. Det handler om at lave ”en god aflevering”, så man bevidst er med til at justere patienternes forventninger i positiv (og naturligvis realistisk) retning. Formålet er at styrke patienttilfredsheden på kommunikationsområdet. Ikke for hyggens skyld eller for at tage sig bedre ud i landsresultatet. Men fordi god kommunikation mellem personale og patient medfører bedre behandlingsresultater, kortere behandlingstider og meget andet godt, som illustreres i næste kapitel.

De fire udfordringer i at lave ”gode afleveringer” i hospitalskommunikationen er:

1. Den gode velkomst
2. Forventningsstyring
3. Kommunikation i journalskrivning
4. Gentagelse fremmer forståelsen





## DEN GODE VELKOMST

”Det skal virke, som om de har ventet på mig – som om de kender mig, selvom de selvfølgelig ikke gør det.” Sådan beskriver flere patienter den gode modtagelse. Virkeligheden så meget anderledes ud for de fleste patienter. Mange oplevede at vente længe ved receptionens skranke: ”Der var ingen ved skranken – og de kom heller ikke, selvom jeg stod længe og ventede.” Da personalet endelig dukkede op, blev patienten hurtigt krydset af og uden videre information henvist til venteværelset længere nede ad gangen.

I venteværelset kan patienternes forståelse for den manglende information ligge på et meget lille sted: ”Det ville være rart, hvis man fik at vide, hvor længe man skulle vente. De har jo en plan,” som en af patienterne sagde under henvisning til sekretærens liste over dagens operationer. Det vil være oplagt at fortælle patienterne, hvilket nummer de er i dagens program, så man har overblik over tidshorizonten. Der er ingen sammenhæng mellem, hvornår den enkelte patient møder op, og hvornår man kommer til. Således bliver mange ”overhalet” af patienter, der er mødt senere end dem selv – hvilket medfører et af de hyppigst stillede spørgsmål under observationerne: ”Har de mon glemt mig?” Det har de næppe, og der er oftest en god grund til, at patienterne kaldes ind i en bestemt rækkefølge. Man vurderede bare ikke, at denne grund var værd at dele med patienterne. Det medfører forvirring og stigende irritation: ”Hvorfor sidder vi her og venter? Hvorfor skal vi alle sammen møde kl. 7.30? Der er mere gennemskuelighed, når man trækker et nummer hos bageren.”

-----  
”Det er jo vigtigt, at de giver sig tid til kommunikation. Her giver de sig rigtig god tid ... når man sidder i venteværelset!”

Patient  
-----



Problemet møder man også i ambulatoriets venteværelse. Alle patienter har forståelse for, at man må være forberedt på ventetid på et hospital. Der opstår akutte ting, og uforudsigeligheden er stor – det ved patienterne. Det, man ikke kan acceptere, er den manglende information om ventetiden. Når man møder op, vil man gerne vide med det samme, om der er ventetid – og holdes løbende orienteret om udviklingen undervejs. Det er ikke godt nok, når man som en af patienterne beskrev skal ”fornemme på de andre i venteværelset, at der er lang ventetid”. Det viser respekt for patienternes tid, når man kommunikerer klart om ventetiden. Til gengæld er det relativt let at overgå forventningerne. Det opfattes ligefrem som god service, hvis man kan aflevere sit mobilnummer til sekretæren for at gå en lille tur udenfor, og så blive ringet op, når lægen er ved at være klar.

Et af de klare forbedringsområder, der vil betyde meget, er altså at gøre sekretærerne til ambassadører for den gode velkomst. De skal aktivt og imødekomende byde patienter velkommen, forklare dagens program og patientens nummer på operationslisten og løbende informere om eventuel ventetid. På den måde laver de nemlig en god aflevering til det plejepersonale, som patienten møder i næste overgang.

### Forventningsstyring

Mange hospitaler ansætter udenlandske læger pga. lægemangel. Deres dansk kan i starten af ansættelsesforholdet være svært at forstå, og det kan medføre både klager og vrede læserbreve i lokalavisen over de uforståelige læger. Det er således skepsis og modvilje, som præger de forventninger, mange patienter møder udenlandske læger med.

Plejepersonalet spiller en stor rolle i denne særlige kommunikationssituation. De følges med de udenlandske læger og hjælper med at oversætte eller finde og udtale de danske ord. Men de kan mere end det. Eksempel: En social- og sundhedsassistent henter en patient i ambulatoriets venteværelse. Hun byder smilende velkommen, og mens



hun følger patienten hen ad gangen mod undersøgelseslokalet, siger hun: ”Du skal ind til en af vores meget dygtige polske læger.” Som hun selv forklarer det for mig, ønsker hun at forberede patienten på, at det altså ikke er en dansk læge, der venter. Hun fortæller patienten, at hun vil være med under hele undersøgelsen og kan hjælpe, hvis der er noget, patienten ikke forstår. Og nok så vigtigt: Hun får også signaleret, at patienten kan være helt tryk, fordi det er en *meget dygtig læge*, selv om han er svær at forstå. En enkel lille sætning med en enorm effekt. Denne medarbejder laver ”en god aflevering” til den læge, der nu bliver mødt med mere positive forventninger, fordi patienten bliver mere tryk ved situationen.

Nok kan man i øvrigt hævde, at forståelighed er helt centralt i god patientkommunikation. Men bag et gebrokkent dansk kan være så meget ro, nærvær og empati, at en polsk læge kan slå en fortravlet og lidt bedredende dansk læge flere længder i patienttilfredshed. I interviewet omkring, hvad god patientkommunikation er, trak en patient netop en polsk læge frem som ideal: ”Det virkede, som om han havde læst min journal og dannet sig et indtryk, *før* han kom herind. Han var konkret og konkluderende, men også lydhør. Selvom han var lidt svær at forstå, havde han en god udstråling – en god attitude over for mig som patient ... han var nærværende!”

Et stort problem i forbindelse med forventningsstyring er det, jeg kalder *parallelkommunikation*. Det handler fx om patienter, der kommer til undersøgelse på kirurgisk ambulatorium med en klar forventning om, at deres smerter kan opereres væk. Det viser sig måske ikke at være hensigtsmæssigt, hvorfor patienten bliver skuffet. Lægens kommunikation tager udgangspunkt i, at patienten må være lettet. På intet tidspunkt bliver der sat ord på patientens bristede håb om en hurtig og effektiv operation. De taler forbi hinanden samtalen igennem. Den omvendte situation er også udbredt: Patienten, der absolut ikke ønsker



en operation, er af sin egen læge henvist til undersøgelse på hospitalet. Den praktiserende læge har sagt, at ”nu skal du bare lige undersøges grundigt af en, der virkelig har forstand på det”. Speciallægen tror, han serverer dagens glade budskab for patienten, som i høj grad vil have glæde af en operation. Logisk nok regner lægen med, at patienten er kommet på kirurgisk afdeling med forventninger om at skulle opereres. Men patienten har ikke nogen god samtale, fordi hun slet ikke får tid til at justere sine forventninger, før operationen er besluttet. Igen er der tale om parallelkommunikation, hvor læge og patient ikke ”når hinanden”. I begge tilfælde kan kommunikationen sagtens leve op til det objektive krav om forståelighed, ligesom der opnås ”informeret samtykke”. Men det gør ikke kommunikationen vellykket. Fra patienternes perspektiv skal der meget mere end letforståelige ord og klare beskeder til, hvis kommunikationen skal være vellykket.

Plejepersonalet har typisk mere tid med patienten end lægen. Det giver mulighed for at spørge ind til patientens forventninger før mødet med lægen. Mange gør det allerede, og det er til stor hjælp for patienterne. Et eksempel: På ambulatoriegangen er lægen med stor effektivitet ved at afslutte en undersøgelse uden at have været inde på det, der har fyldt mest af alt i patientens hoved: ”Kan det være noget ondartet?” Den bekymring har social- og sundhedsassistenten fanget på de fire-fem minutter, hun har haft med patienten fra venteværelset til undersøgelseslokalet, og mens de venter på, at lægen kommer: ”Fru Hansen er lidt bekymret for, om det kan være noget ondartet.” Hun træder i karakter som patientens mægler, der sætter ord på noget, som den lidt ældre patient ikke selv magter eller føler sig inviteret til. Den manglende indlevelse sker naturligvis ikke af ond vilje fra lægens side. Det er endnu et eksempel på parallelkommunikation, hvor lægen ud fra røropstmodellen (se kapitel 1) informerer klart og tydeligt om, hvad der skal ske, men ikke får en helt tilfreds patient, fordi de taler forbi hinanden. Så én ting er, at lægerne kan blive bedre til at afdække patient-



tens forventninger. Der er også et stort potentiale i, at plejepersonalet mere konsekvent findyrker dette ved at spørge ind til patientens forventninger og så – hvis man ikke ligefrem når at give en melding til lægen, før han møder patienten – går ind som mægler. Det gør en stor forskel for patienterne.

Når jeg er ude at holde foredrag om min forskning, bringer især sygeplejersker et væsentligt tema op: Kan det være rigtigt, at lægerne ikke selv formår at ”læse” patienterne og kommunikere med empati? Er det ikke en falliterklæring at bede plejepersonalet ”lappe” på dårligt kommunikerende læger? Det er der naturligvis en pointe i. Ledelsen bestilte da også efterfølgende Lægeforeningens kommunikationskursus, netop for at styrke lægernes kommunikative kompetencer. Men det *er* et ekstremt presset skema, speciallægen sidder med, når han tager imod patienter på kirurgisk ambulatorium. 15 minutter pr. patient – det er ikke megen tid at hilse, aflæse, forventningsafstemme, undersøge og konkludere i. På den anden side kommer vi ingen vegne, hvis vi undskylder os med manglende tid og ressourcer, hver gang kommunikationen mislykkes. Så skulle hele denne bog være en mosaik af forbehold og gode forklaringer på, hvorfor der ikke er tid til at prioritere kommunikationen netop nu og netop her. Som studiet af den gode kommunikationskultur viser i næste kapitel, kan der skabes høj patienttilfredshed i en afdeling, der på ingen måde er mindre presset end nogen af de andre afdelinger, jeg har besøgt. Der må med andre ord skabes kvalitet i den urimeligt pressede hverdag, der nu engang er det offentlige hospitals. Og uanset hvor gode lægerne bliver til at kommunikere, er der brug for et samspil personalegrupperne imellem. Der skal samarbejdes og ikke polariseres i et ”dem og os”-forhold. Der skal laves aktiv forventningsjustering, og der skal fokuseres på forståelse på en ny måde. Det er ikke kun et spørgsmål om, hvorvidt patienterne forstår lægerne. Lægerne skal i lige så høj grad forstå patienterne. Som en patient sagde i snakken om, hvorfor der generelt klages mere og



mere over kommunikation: ”Utilfredse patienter føler sig ikke forstået!” Det er måske netop gensidigheden i kontakten, der betyder allermost.

Fra lægens perspektiv mærker man også kommunikationsudfordringen spidse til. Her beskriver en læge de overvejelser, der i stigende grad fylder i bevidstheden:

-----

”Vi skal ikke forvirre patienten. Jeg skal jo ikke gengive de første 500 sider af kirurgisk kompendium. Det gælder om at finde den der balance: Hvor meget skal de vide, og hvad skal de ikke vide? Det bliver sværere og sværere for os som læger, for vi er pressede af både patientforsikringen og patientklager. Langt de fleste sager handler jo egentlig om dårlig kommunikation. For havde du fået snakket med den patient, så havde du aldrig fået den klage på halsen.” I denne erkendelse ligger også det perspektiv, at den tid, man *ikke* bruger på at sikre en god kommunikation, kan indhente én senere på langt mere tidsrøvende og destruktiv vis.

-----

Et sidste eksempel på forventningsstyring handler om de falske forventninger, man kan komme til at sætte patienterne i hovedet. Som kvinden, der havde været igennem en kræftsygdom nogle år tilbage, og som nu skulle have fjernet en ny knude. Hun var blevet lovet, at det var en af to konkrete læger, som hun kendte godt, der skulle operere hende. Sygeplejersken hjælper hende tilrette på stuen lige før operationen. Kvinden vil lige have bekræftet, at det var en af de to læger, der skulle operere. Nej, det er det sandelig ikke, får hun at vide. Ingen af lægerne var på arbejde den dag. Det var en læge, hun ikke kendte – og her brød hendes verden helt sammen. ”Det var ellers derfor, jeg har været så rolig,” fortalte hun, mens tårerne pressede sig på. I den situation er det lige meget, hvor gode informationspjecer hun får udleveret,



og hvor søde og indlevende sygeplejerskerne er. Det, der betyder noget, er, at man ikke holdt, hvad man lovede. Pointen er naturligvis, at man i hospitalets uforudsigelige verden skal være ekstrem forsigtig med, hvad man lover – hvilke forventninger man stiller patienterne i udsigt. Det fører os videre til den næste udfordring i den gode aflevering. For journalskrivning indeholder også for lidt forventningsstyring.

### KOMMUNIKATION I JOURNALSKRIVNING

Det kan godt være, at hospitalets kvalitetsprocedurer kræver dokumentation af, hvilken information der er givet til patienten af hvem og hvornår. Det betyder ikke nødvendigvis, at journalerne bugner af kommunikationsperspektiver. Én ting er den rent nøgterne beskrivelse i stil med ”patienten er informeret og samtykker”. Noget andet er potentialet i at lave ”en god aflevering” i journalen læger eller sygeplejersker imellem. Lad mig give et enkelt eksempel på, hvad det betyder, når det ikke sker. En patient kommer til forundersøgelse og journalskrivning før en kikkertundersøgelse i knæet. Patienten siger til lægen, at hun har besluttet sig for, at hun gerne vil opereres med det samme, hvis hendes knæled er for løse. Lægen er helt uforstående og spørger, hvad hun dog mener med det. Patienten siger: ”Jamen, lægen sidst sagde, at jeg skulle overveje, om jeg ville opereres med det samme, hvis de kunne se, at leddene var for løse.” Dette var ikke skrevet i journalen, og som den nye læge sagde, ville det ikke umiddelbart kunne gøres, da en operation ville tage længere tid end den kikkertundersøgelse, der var planlagt. Patienten blev naturligvis meget forvirret over de modstridende meldinger. Hun havde nøje overvejet det, som den første læge havde bedt hende om, og havde planlagt ferie fra arbejdet, så hun havde tid til at sidde med benet oppe efter operationen.

Det sker ikke så sjældent, at læger er uforstående over for de meldinger, patienterne kommer med – løfter, de er blevet givet, eller ting, de



måske har misforstået. En tur over Østersøen eksemplificerer præcis samme problematik på Bispebjerg Hospital. En patient får beskrevet, hvordan et kirurgisk indgreb skal foregå. Han undrer sig over, at lægen ikke taler om et lille plastikrør, sådan som gårsdagens læge havde nævnt: ”Lægen i går sagde, at jeg skulle have et plastikrør op ...” (...) ”Jeg ved ikke, hvorfor lægen sagde sådan, men det er ikke afdelingens procedure,” svarer dagens læge. Patienten bliver ved med at referere til det, han havde forstået fra den tidligere læge – og den nye læge regner aldrig ud, hvad det egentlig er, der har været tale om.

Der skal ikke mange forskelle i lægernes ordvalg og metaforer til, før patienten forvirres. Og i et hospitalsvæsen, hvor der skal mere end almindeligt held til at have samme læge forløbet igennem, vil det styrke patienternes oplevelse og tryghed, hvis man supplerede sin journal-skrivning med at skrive et par ord om *indholdet* i den information, der er givet. Det vil også være en ”god aflevering” kollegialt set. Skal patientkommunikationen virkelig have et løft, så er det afsenderorienterede *informations*perspektiv ikke nok. Der skal et *kommunikations*perspektiv til, fordi patientens *respons* på informationen er afgørende for det næste møde i kæden. Det viser disse eksempler:

En læge forbereder sig ved at læse journalen til en forundersøgelse. En kvinde på 65 år har blødninger fra underlivet, og der er mistanke om noget ondartet. Intet i journalen antyder, om patienten ved dette. Lægen fortæller: ”I sådan en situation ved man ikke, hvad man skal ind til. Er patienten bange og bekymret? Eller aner hun slet ikke, at det kan være malignt? Nu må jeg som helt udenforstående ind og aflæse patienten. Det havde været rart, hvis der stod i journalen, hvad man tidligere har talt med hende om.” Det handler igen om at lave en god aflevering til den næste kollega, så han eller hun har mulighed for at møde patienten der, hvor han eller hun er. Så man kan tage udgangspunkt i de forventninger, patienten sidder med, hvis hun tidligere har fået at vide, at det formentlig ikke er noget slemt. Mange steder taler





man naturligvis om patienterne ved morgenkonferencen og i den tværfaglige forberedelse til stuegangen. Men en mundtlig orientering bliver ofte for tilfældig – husker man lige at få det nævnt, og hvor lang tid har vi i dag? Særligt på hospitaler, der bruger mange vikarer, som ikke når at indgå i de daglige rutiner, er den skriftlige overlevering vigtig. Det handler eksempelvis om at beskrive, hvilken reaktion en diagnose har medført, hvilke bekymringer patienten giver udtryk for, eller hvilke *overvejelser* man har bedt patienten gøre sig – og som patienten selvfølgelig regner med, at der bliver fulgt op på. Få linjer vil ofte være tilstrækkeligt, og det giver ikke bare bedre oplevelser for patienterne at bruge lidt mere tid på kommunikationen. Vi lever ikke længere i industrisamfundet, og røpostmodellen fungerer ikke i videnssamfundets patientkommunikation. Man vil imødekomme de nye krav til kommunikationen ved at lave en god aflevering til kollegaerne i journalen. ”Det har vi ikke tid til,” hører jeg så. Spørgsmålet er, om man har tid til at lade være.

### GENTAGELSE FREMMER FORSTÅElsen

Jeg var tidligere inde på plejepersonalets potentiale som patientens mægler i forventningsstyringen. Jeg beskrev også den principielle diskussion af, om det virkelig kan være rigtigt, at sygeplejersken skal ”samle op” efter lægen. Tidligere var det fast rutine, at sygeplejersken systematisk kiggede ind efter stuegang. Den funktion savner mange patienter: ”Man savner, at sygeplejersken kommer tilbage og lige følger op på stuegangen. Måske er der dukket nogle spørgsmål op, efter at lægen er gået. Nogle gange har man brug for at få en gentagelse af nogle ting ... Det ville virkelig gøre en forskel!” Sygeplejersken siger: ”Vi gjorde det jo altid før i tiden. Og vi kunne helt sikkert fange mange ting i opløbet på den måde – og lige sikre os, at patienten nu også har forstået, hvad lægen sagde. Men det er svært at nå, fordi der er så mange andre opgaver, der venter.”



Det er en stor udfordring at sikre sig, at budskaber er forstået – til stuegang såvel som på ambulatoriet: ”Eksemplerne på, at kommunikationen ikke lykkes, er jo talrige. Vi har næsten hver dag patienter, der ringer tilbage, og spørger: ’Hvad var det lige, lægen sagde i går?’ De har sagt ’ja’ hele tiden til, at de forstår, men de har ikke fattet noget som helst. Og det tager jo en masse tid på ambulatoriet efterfølgende.” Sådanne fortæller en leder om den tid, der bruges, hvis man ikke har sikret sig, at patienterne har forstået budskaberne i første omgang. I den moderne kommunikationstænkning kan budskaber defineres sådan:

-----

Budskabet er konklusionen, der laves af modtageren, når han eller hun har modtaget din kommunikation.

-----

Man kan roligt dvæle ved denne sætning, for heri understreges det netop, at det ikke er afsenderen, men modtageren, der ”ejer” budskabet. Det, patienten hører og forstår, er det reelle budskab – uanset intentionen fra medarbejderens side. Lægen fortæller: ”Nogle gange spørger man jo patienten: ’Har du forstået det?’ Og så siger han ’ja’. Men når han går ud ad døren, har han alligevel ikke forstået budskabet.” I den situation er det så, at patienten ofte ringer tilbage til afdelingen for en gentagelse. Patienter ved godt selv, at det kan være nødvendigt med gentagelser: ”Det er en god idé, når lægen beder mig gentage, hvad han har sagt. Så man er sikker på, at man har forstået det rigtigt.”

Det er naturligvis afsenderens ansvar at sikre sig, at budskabet er forstået på rette måde. En sygeplejerske har sin egen konsekvente måde at gøre det på: ”God patientkommunikation er, når patienten kan gentage for mig, hvad det er, han skal igennem. Jeg slutter tit af med at sige: ’Nå, hvad er det så lige, du skal?’ Jeg kan også finde på at sige:



'Hvad skal jeg skrive til mine kollegaer, at vi har aftalt?' Og når han kan sige det, så har jeg nået mit mål." Gentagelse fremmer som bekendt forståelsen. Man gør både patienten, kollegaerne og sig selv en tjeneste, når man sikrer sig, at der er enighed om budskabet.

### SMÅ ORD TÆLLER

Som allerede nævnt kan det medføre stor forvirring for patienten, hvis der bruges alt for mange forskellige udtryk og begreber. Opmærksomhed på sprogbrug er vigtigt, for som en læge siger, skal der ikke ske mange ændringer i ordvalg, før patienten føler, at den ene læge har en helt anden holdning end den anden. Der er stor forskel på, hvordan lægerne bruger ord, og hvilke idealer og overvejelser der ligger bag deres ordvalg. Én læge beskriver det således: "Hvis patienten spørger, om det kan være kræft, og man så fx siger: 'Ja, det kan det godt, men det er der ikke noget, der tyder på lige nu' – så hører patienten kun 'JA'. Derfor bruger jeg kun ordet kræft, når jeg *ved*, det er kræft."

En anden læge på samme afdeling har ikke samme tilbageholdenhed. Til en patient fortalte han, nærmest som en sidebemærkning, mens papirer blev udfyldt: "Vi skal lige have udelukket, at det kan være noget ondartet."

Med brug af ordet "ondartet" sættes der en bekymring i hovedet af patienten, der på ingen måde havde givet udtryk for ængstelse i den retning. Man ved selvfølgelig godt, at prøver undersøges for en masse ting. Men når lægen ligefrem sætter ord på, er det så, fordi han måske *tror*, det er ondartet?

En tredje læge på afdelingen har en tredje indfaldsvinkel til ord: "Det er vigtigt at læse patienten og hjælpe ham med at få sat ord på. Fx at sige: 'Er du bange for, at det er noget farligt?'"

I hvert fald to af disse tre læger gør sig rent faktisk umage med kom-



munikationen og træffer valg om kommunikationsstrategi og ordvalg efter nøje overvejelser. Men de tre citater viser også, hvad der sker, når man på afdelingen ikke har en fælles holdning til, hvad ”god patient-kommunikation” er.

Allerede efter få dages observationsstudier er det tydeligt, at hver læge har sin egen måde at gå til patienterne på. Nogle lukker pænt døren efter sig, når de går ind på en stue, nogle sætter sig konsekvent ned enten på sengen eller finder en stol, mens andre blot holder sig stående ved fodenden. Patienterne er ikke i tvivl om, hvad der er bedst: ”Når lægen sætter sig ned, er han jo ikke bare i øjenhøjde med mig. Det er også et symbol på, at han har tid til at høre – at han er nærværende.” Nogle læger læser altid i journalen foran patienten, andre åbner den aldrig på stuen. Nogle har en flok studerende med uden hverken at præsentere dem eller kommentere deres tilstedeværelse – og som en patient siger: ”Det er fint, at de har lægestuderende med. Men de må godt lige fortælle, hvem de er.” Tilsvarende er nogle læger meget omhyggelige med at præsentere mig, når jeg følger dem ind til stuegang. De fleste husker det i hvert fald første gang, men stille og roligt på vej fra seng til seng glider det ud. Det er forståeligt nok, at det kan blive lidt trættende at indlede foran hver patient med samme: ”Jeg har Helle med i dag, hun er her for at finde ud af, hvordan vi kan blive bedre til at snakke med jer.” Men for den ”forsvarsløse” patient er der højst stuegang den ene gang om dagen, og så står det måske ikke øverst på ønskelisten, at der er ekstra hvide kitler, der står og kigger på en: ”For det meste er det da helt i orden, at der er flere med til stuegang. Men det vil være rart lige at blive spurgt.”

Det med at præsentere sig er i det hele taget en blandet landhandel. Nogle giver hånd, andre gør ikke, nogle smiler, andre ser bare altid ud, som om de kommer med dårlige nyheder. Og så er der dem, der slet ikke præsenterer sig. Som en patient på ambulatoriegangen oplevede: ”Når de ikke præsenterer sig, så virker det sådan lidt ligegyldigt – som



om den, der kommer ind, er et nummer i rækken.” Patienterne *er* jo et nummer i rækken. Men de må aldrig føle det som sådan, hvis patienttilfredsheden og omdømmet skal i top. Hospitalets kommunikerende medarbejdere er naturligvis lige så forskellige som mennesker i alle andre virksomheder. Jeg argumenterer ikke for, at alle skal være ens og nærmest mekanisk gå til patienterne med samme attitude. Men når kommunikation er en stadig vigtigere del af den faglige ydelse, mener jeg, det er medarbejdernes forpligtelse at arbejde på at blive den bedst mulige udgave af sig selv. Det kræver vedvarende fokus på kommunikation. Det kræver tilbagevendende diskussioner af, hvad god kommunikation er på netop *vores* hospital og på *vores* afdeling.

Der er endnu en gang tale om en problemstilling, som jeg har iagttaget på flere hospitaler. Særligt i lægegrupper er mangel på indbyrdes forventningsstyring og fælles retningslinjer udbredt. Som en yngre læge svarede, da jeg spurgte hende, om man som ny på afdelingen blev introduceret til, hvordan man forventedes at kommunikere med patienterne: ”Der er ikke andre retningslinjer end dem, vores mor og far har lært os!” Dette citat er meget centralt. Vores måde at kommunikere på er jo netop tæt forbundet med vores personlige værdier og normer. Hvis der ikke er et tydeligt, normativt grundlag at kommunikere ud fra, så bliver det op til den enkeltes forgodtbefindende og personlige værdier, hvordan patientkommunikationen finder sted. Når patientkommunikationen skal forbedres, handler det ikke om, at medarbejdere skal være ens. Det handler om, at nogle typer kommunikation er mere hensigtsmæssig end andre. Hvis vi betragter kommunikation som en klinisk færdighed, der spiller ind på, hvor præcis en diagnose der kan stilles, hvor godt patienten samarbejder osv., så bør der være nogle fælles retningslinjer, der beskriver, hvad man ønsker af patientkommunikationen. Så er det ikke nok, at hver medarbejder har deres personlige ballast og opdragelse med i rygsækken.

Nok er kommunikation langt om længe blevet et fag på lægeuddan-



nelsen. Man kan da også se turnuskandidater gå meget omhyggeligt til værks efter skabeloner, de har lært på studiet: Jeg skal være i øjenhøjde, jeg skal have øjenkontakt, tale tydeligt, spørge, om patienten har forstået, og om han har noget at spørge om ... Der er mange dygtige unge læger, der har forstået lektien. Men i det øjeblik, de kommer ud på en afdeling, hvor de *aldrig* hører de ældre og mere erfarne kollegaer diskutere patientkommunikation eller give feedback på den del af de unges kompetencer, så udvandes det ellers så engagerede fokus på kommunikationen. Emnet bliver yderligere udfoldet i næste kapitel, hvor det handler om den interne kommunikations betydning for patienttilfredsheden. For det er ikke ligegyldigt, hvordan medarbejderne kommunikerer indbyrdes: ”Man har jo ikke andet at lave end at ligge her og lytte til, hvad de går og taler om,” fortæller en af patienterne.

Selv den alvorligt syge kræftpatient siger: ”Jeg kan godt lide, når de lige stikker hovedet ind og hører, om alt er i orden. At de er rare og venlige. Man kan også høre, synes jeg, at de har det godt sammen. Man kan høre, at de griner og måske driller hinanden lidt. Det er også vigtigt, synes jeg, at de har det godt sammen. Det smitter af.”

#### **GOD KOMMUNIKATION ER ...**

Nærvær er et af de ord, der ofte bruges, når patienterne sætter ord på, hvad god patientkommunikation er. Og der er faktisk ikke den store forskel, når man sammenligner patienters og medarbejders beskrivelse af god patientkommunikation:



Patienterne:	Medarbejderne:
<p>God kommunikation er, når I:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• er åbne og villige til at gå i dialog</li><li>• aktivt opfordrer til at stille spørgsmål</li><li>• giver jer god tid</li><li>• præsenterer jer selv – og dem, I har med</li><li>• er venlige og imødekomende</li><li>• taler direkte til patienten</li><li>• "ser" patienten</li><li>• kommunikerer ligeværdigt</li><li>• er nærværende</li></ul>	<p>God kommunikation kræver, at vi:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• aflæser patienten og møder ham, hvor han er</li><li>• sikrer, at patienten er tryk</li><li>• ser patienten som et helt menneske</li><li>• har et godt kropssprog</li><li>• kommunikerer på patientens præmisser</li><li>• viser patienterne, at vi har god tid til dem</li><li>• kombinerer og afstemmer mundtlig og skriftlig information</li></ul>

Der er to ting, der går igen i patienternes beskrivelse af ønsker og behov: Der skal *nærvær* og *mening* til: "Man får ikke altid svar på, *hvorfor* de vælger at gøre det ene eller andet. Man skal selv spørge – og det synes jeg ikke, de inviterer til. Men nu er jeg selv ret opsøgende, og så er det også ok, at man spørger." Den moderne patient vil forstå *meningen* med den ene eller anden beslutning. Derfor skal medarbejderne bruge ordet "fordi" meget oftere. Forventningsstyring er også vigtigt med patienternes egne ord: "Det skal gøres klart for patienten, hvor længe man fx prøver denne behandling. Så man ved, hvad man kan forvente."

Naturligvis kan kravene til patientkommunikationen variere, afhængigt af om der skal gips på et brækket ben, eller en patient skal have besked om en kræftsygdom. Mange kræftafdelinger har retningslinjer for patientkommunikation, som prioriteres meget højt. Det er ofte tunge og svære beskeder, der skal gives til patienter og pårørende, og medarbejderne har også indbyrdes brug for at tale om forløbene.



Tilsvarende er der stort fokus på kommunikation på de fleste børneafdelinger rundt om i landet. Det er jo også en type afdeling, hvor det er åbenlyst, at man må gøre sig umage over for patienten og de pårørende – et lille barn og dets bekymrede forældre. I disse to typer afdelinger har en reel kommunikationskultur, hvor der er normer og holdninger til patientkommunikationen, og hvor kommunikationsoplevelser – og valg af kommunikation – er noget, man dagligt taler om. Men i disse år oplever vi, at patientforløbene bliver mere og mere accelererede, samtidig med at patienterne stiller højere krav. Derfor er der brug for, at der udvikles tilsvarende bevidste kommunikationskulturer på enhver type hospitalsafdeling.

Generelt er de subjektive definitioner på god patientkommunikation – især fra lægerne – præget af det faktuelle, det objektive, det klare og præcise: ”Det er, når patienten går herfra og ved, hvad der er foregået, og hvad der skal ske” eller ”at patienterne har en oplevelse af, at de er blevet godt orienteret. For det er det, der skaber trygheden”. En læge skærer – om jeg så må sige – direkte ind til benet med dette svar på spørgsmålet om, hvad god patientkommunikation er: ”Det handler jo om, om målsætningen er dialogen – eller om det er, at lægen eller sygeplejersken får fyret det af, de skal?” Han hentyder til de procedurer for information af patienten, der skal opfyldes som en del af kvalitetsstyringen. Der er også læger, der kobler den objektive informationsformidling med det ”mere”, der ifølge patienterne skal til: ”At patienten får den information, som vi mener, han har brug for – om sygdommen, og hvad der skal ske ... Men der skal jo også mere til.” Lægen holder en kort tænkepause og fortsætter: ”God patientkommunikation er jo noget med at finde hinanden. Det er der, hvor det lykkes mig at få den kontakt til patienten, hvor jeg kan se, at patienten har fattet, hvad det her går ud på, og ved, hvad der skal ske. Og at den problemstilling, som han kommer med, at den bliver omsat til noget, der giver mening i hans verden.”





Mere fornemt kan det vel næsten ikke formuleres. Problemet er, at idealer ikke altid overlever i den pressede dagligdag – eller at kvaliteten simpelthen er for svingende. Som en patient meget rammende siger: ”Det er utilfredsstillende, at kvaliteten af kommunikationen varierer så meget. Personalet må minde hinanden om de gode vaner – holde hinanden op på de gode rutiner. Det er jo nok en vedvarende proces at have fokus på kommunikationen.”

De fleste medarbejdere ved udmærket godt selv, hvad der skal til, hvis kommunikationen skal fungere. Det er bare ikke noget, de på noget tidspunkt har diskuteret eller delt med hinanden. Det er idealer, der dukker op i interview, der udelukkende handler om emnet. Der kan være meget langt fra idealer til virkelighed. Når man vil begive sig af sted på rejsen og omsætte de individuelle idealer til daglig praksis på en afdeling, så er udgangspunktet, at ledelse og medarbejderne samarbejder om det og udvikler kommunikationskulturen i fællesskab. Feedback er et kerneelement i en god kommunikationskultur. Medmindre den kollegiale feedback skal gives ud fra den enkeltes subjektive normer, skal der skabes et fælles grundlag at give feedback ud fra. Som det vil fremgå af næste kapitel, virker det. Og som ovenstående ”ingrediensliste” viser, er der et kæmpe potentiale for en solid normativ platform, hvis man kobler patienternes ønsker med medarbejderens egen indsigt og erfaring – det kræver blot, at denne viden aktiveres og italesættes.

### Overvej

- Hvordan ser ”overgangene” ud på jeres afdeling?
- Hvilke oplevelser giver I jeres patienter og pårørende?
- Hvordan tager I imod patienterne?
- Laver I ”gode afleveringer” til hinanden?
- Arbejder I bevidst med at afdække og styre patienter og pårørendes forventninger?



- Er der kommunikationsperspektiver med både i mundtlige overleveringer og journalskrivning – så kollegaen bedre ved, hvad han/hun kommer ind til?
- Husker I at ” aflæse ” patientens behov og perspektiv eller er parallelkommunikation udbredt?
- Giver I patienten mulighed for en gentagelse – eller venter I hver især, mens han/hun formulerer spørgsmål?
- Diskuterer I indbyrdes, hvad ” god patientkommunikation ” er på jeres afdeling?
- Vil fælles retningslinjer for patientkommunikation styrke kommunikationskulturen?