



Kommunikasjon som verktøy

Fire gode vaner for klinisk
kommunikasjon

Metode, gjennomføring og
erfaringer fra norske sykehus
og helsehus



Diakonhjemmet
sykehus



AKERSHUS UNIVERSITETSSYKEHUS



Oslo

Innhold

3	Vi skal alltid lytte til pasientene <i>Øystein Mæland og Kari-Jussie Lønning</i>
4-6	Ingen blir utlært på kommunikasjon <i>Pål Gulbrandsen og Arnstein Finset</i>
7	Kommunikasjon er viktig for pasientsikkerheten <i>Heidi Merete Rudi</i>
8	Pasienter og pårørende vil bli tatt på alvor <i>Hilde Sofie Hamre og Liv Hopen</i>
9-11	Introduksjon til Fire gode vaner <i>Torkil Berge og Ingrid Hyldmo</i>
12-13	Sjekkliste Fire gode vaner
14	Trening i kommunikasjon på tvers av kulturer
15	Pasientenes kommunikasjonsferdigheter
16	Kommunikasjon om pasientenes forståelse av sykdommen
17-20	Implementering av kommunikasjonstrening <i>Torkil Berge og Ingrid Hyldmo</i>
21	Slik startet utrulling av kursene
22-27	Erfaringer fra sykehus som bruker metoden
28-29	Fire gode vaner i helsehus <i>Linda Aimée Hartford Kvæl</i>
30-31	Kursdeltakeres erfaringer
32	Kommunikasjon også med kolleger <i>Pål Gulbrandsen og Ingrid Hyldmo</i> Nettverkssamlinger for videre utvikling av Fire gode vaner <i>Ingrid Hyldmo og Heidi Skutlaberg</i>
33	På VID lærer studentene Fire gode vaner fra start av <i>Jørgild Jensen</i>
34-35	Nyttig litteratur

Dette heftet er utgitt av Akershus universitetssykehus og Diakonhjemmet sykehus

Redaksjon: Pernille Lønne Mørkhagen, Ingrid Hyldmo og Torkil Berge
Layout: Annelie Sætre
Foto: Alle bilder som ikke har kreditering, er tatt av Nicolas Torranc eller Øyvind Røsøvåg Hagen ved Diakonhjemmet sykehus.
Trykk: HG Media
Opplag: 2000
www.diaconhjemmetsykehus.no
Utgitt: mars 2026

Vi skal alltid lytte til pasientene

I 2014 ga Diakonhjemmet sykehus for første gang ut heftet Kommunikasjon som verktøy. Målet var å inspirere egne ansatte på kursene Fire gode vaner for klinisk kommunikasjon. I tillegg ønsket sykehuset, og nettverket av fagfolk interessert i betydningen av god klinisk kommunikasjon, å bidra til at kursmodellen ble oppdaget og innført på flere sykehus.

Dette må vi kunne si at vi virkelig har lykket med – svært mange helsearbeidere har gjennomgått denne todagers kommunikasjonstreningen. Hele 18 sykehus jobber strukturert med å gi sine ansatte gode ferdigheter i klinisk kommunikasjon. Primærhelsetjenesten har også meldt seg på. Nå har for eksempel Oslo kommune innført kursene for ansatte i helsehusene etter Fire gode vaner-modellen (side 28). Kommunikasjonstreningen etter denne modellen er dessuten kommet inn i utdanningen av leger (side 32). Forskning på området har vi også fått til. Det er imponerende!

Akershus universitetssykehus og Diakonhjemmets sykehus har stått i bresjen for å oversette, innføre og spre Fire gode vaner-modellen i Norge. Det er vi stolte av. Vi har også videreutviklet metoden gjennom «train the trainers»-opplæring på våre sykehus og lært opp andre sykehus i metoden. Vi tror på verdien av at det er egne erfarne klinikere som trener sine kolleger. Vi har også vekslet på å ta ansvar for å drifte nettverket av prosjektledere som har trengt et miljø og kolleger å dele erfaringer og problemer med.

Todagers kurs i klinisk kommunikasjon for helsearbeidere gjør seg på ingen måte selv. Det er utfordrende å trekke ansatte ut fra en stram turnus og bort fra klinisk arbeid. Det krever mye av ledere å avgi sine beste klinikere for å drive kurs for andre klinikere.

Men det er mulig. Det viser oppsummeringene i dette nye heftet. Og først og fremst er det viktig. Vi er overbevist om at god, tillitsfull og effektiv kommunikasjon mellom enhver helsearbeider og pasient og deres pårørende er noe av det viktigste som helsetjenesten skal bidra med. Vi skal alltid lytte til pasientene. God kommunikasjon bedrer selve møtet mellom pasient og helsearbeider. Den øker etterlevelsen av behandlingen, og den gir pasientene større forståelse og tillit til sin egen rolle for å mestre sykdom og kanskje en vanskelig livssituasjon.

Tusen takk for innsatsen, alle dere som har jobbet for god klinisk kommunikasjon gjennom Fire gode vaner-modellen siden 2014. Vi fortsetter å heie på dere. Dere gjør en betydningsfull innsats for å skape en best mulig helsetjeneste.

Lykke til med kommunikasjonstreningen i din institusjon.

Øystein Mæland
Administrerende direktør
Akershus universitetssykehus

Kari-Jussie Lønning
Administrerende direktør
Diaconhjemmet sykehus





Ingen blir utlært på kommunikasjon

Møt gudfedrene Arnstein Finset og Pål Gulbrandsen. De to professorene hentet Fire gode vaner fra USA midt på 2000-tallet. Fortsatt brenner de for klinisk kommunikasjon. Alle kan bli bedre på feltet, ingen blir utlært.

En sur februar dag i 2006 satte Pål Gulbrandsen og Arnstein Finset seg på flyet til Boston. Der møtte de Richard Frankel, mannen som hadde utviklet et kurs for leger hvor man trente på Fire gode vaner for klinisk kommunikasjon med pasient og pårørende. Kunne de få prøve ut metoden i Norge? Senere samme år holdt Frankel og et par av hans kollger grunnkurs i Fire gode vaner for norske kolleger.

Slik startet historien. Nå er Fire gode vaner-metoden i bruk på 18 sykehus i landet! Metoden er presentert grundig lenger bak i heftet. I dette intervjuet forteller de to nestorene om forskning på området og deres refleksjoner om metoden etter 20 års arbeid med den.

Styrken er metodens enkelhet

Det mangler ikke metoder i kommunikasjontrening. Fire gode vaner har de samme grunnelementene som andre metoder, for eksempel Calgary-Cambridge-modellen. Men de to professorene mener at Fire gode

vaners styrke er den didaktiske oppbygningen. Suksessen ligger i konseptets enkelhet:

1. Invester i begynnelsen
2. Utforsk pasientens perspektiv
3. Vis empati
4. Invester i avslutningen

Forskjellen på å vise empati og være empatisk

Finset går rett til vane tre. Mye av hans forskning er knyttet til emosjonell kommunikasjon:

– Det å være åpen for pasientens følelser er sentralt for å oppnå god kvalitet i klinisk kommunikasjon. Fire gode vaner konkretiserer dette veldig godt. Det er mye empiri som bekrefter at empati er et av de viktigste elementene ved god kommunikasjon, ikke minst fordi det bidrar til å senke stressnivået hos pasienten. Vår forskning viser at mange leger og andre behandlere i liten grad kommer med tydelige empatiske tilbakemeldinger til pasienten. I treningen på vane tre lærer deltakerne å fange opp hint om bekymringer og

svare direkte og empatisk på disse, sier Finset. Gulbrandsen mener det er genialt at vane tre er plassert som nummer tre. Han spurte Frankel om bakgrunnen for dette:

– Frankel svarte at om du viser interesse for pasientperspektivet og pasientens liv, som vane to handler om, så kommer empatien av seg selv og da vil det være lettere å vise den. Det vil ikke hjelpe å lire av seg noen empatiske setninger, slik jeg har observert at særlig studenter kan gjøre. Doktorgraden til Knut Ørnes Brodal viste nettopp at dette var vanskeligere for studenter. Det blir lettere når du har mer klinisk erfaring.

– Empati må være genuin! Det funker ikke å «vise empati», man må «være empatisk», sier Finset.

Sparer tid med empati

Han mener det er underkommunisert hvor lite som skal til! Bare en nysgjerrig ytring, etterfulgt av ro, gir masse. Helsepersonell må lære seg å lytte, ikke tro at de alltid skal fikse.

– Fiksen ligger i interessen! At du er til stede som et vitne og kanskje har noen forslag eller helst utforskende spørsmål. Det trenger ikke å være så mye snakk, understreker Gulbrandsen.

– Enig! Mange leger vil si at det å utforske pasientens følelser tar for mye tid. Men en amerikansk studie viste nylig det motsatte. Konsultasjoner der pasienten fikk rom til å uttrykke følelser var gjennomgående kortere enn der følelser ble ignorert. I det øyeblikket legen klarer å sette ord på pasientens følelser, for eksempel anerkjenne at pasienter er engstelig, kan det løse opp i en fastlåst konsultasjon og derved spare tid, sier Finset.

– Dette var det som faktisk brakte meg inn i kommunikasjonsforskningen i det hele tatt: Jeg sparte tid fra dag én da jeg forsto dette, bemerker Gulbrandsen.

Musikalitet handler om mikroferdigheter

Han understreker hvor viktig musikalitet er, å virkelig forstå hvor pasienten er i den grad at du ikke bare er opptatt av din egen agenda. Her trekker de to fram betydningen av mikroferdigheter. Helsepersonell må faktisk trene på å ikke snakke med en gang. LYTT–TENK–SNAKK, det er musikalitet. Man må trene opp evnen til å forstå samspillet i en konsultasjon. Hilde Eides forskning har vist at pausene er den beste prediktoren for emosjonelt innhold. Pauser er gull, og helsepersonells evne til å regulere seg selv er viktig!



Arnstein Finset

- Spesialist i nevropsykologi, dr.philos. og professor ved Avdeling for medisinske basalfag ved Universitetet i Oslo.
- Klinisk erfaring innen rehabiliteringspsykologi fra Sunnaas sykehus og Diakonhjemmet sykehus.
- Mangeårig sjefredaktør for Patient Education and Counseling, et fagtidsskrift innen klinisk kommunikasjonsforskning.

Har vært president i EACH, Internasjonal Association for Communication in Healthcare.



Pål Gulbrandsen

- Spesialist i allmennmedisin og samfunnsmedisin, professor i helsetjenesteforskning ved Universitetet i Oslo og seniorforsker ved Akershus universitetssykehus.
- Professor II ved Syddansk Universitet, gjesteprofessor ved John Hopkins University og University of Rochester.
- Har 190 publikasjoner i PubMed. Har skrevet to bøker på norsk: Skreddersydde samtaler (2014/2019) og Skam i det medisinske rom (2006). Omfattende undervisnings- og foredragsvirksomhet nasjonalt og internasjonalt.

– Vi må rett og slett lære å undre oss mer, være nysgjerrige og reflektere over spørsmål som hva skjedde nå, hvorfor reagerer jeg som jeg gjør? Fire gode vaner er veldig god på slike overordnede spørsmål om holdninger, sier Gulbrandsen.

30 sekunder til å skape trygghet

Når det gjelder vane en og to, er de to opptatt av mytene om tidsbruk. Erfaringen viser at det er tidsbesparende totalt sett å bruke tid på å skape trygghet og tillit hos pasienten gjennom en rolig tilnærming.

– Det trenger ikke ta mer enn 30 sekunder! Du må også ta deg tid til å utforske hvor pasienten er, hva vedkommende forstår og er opptatt av (vane to). Hvis ikke, klarer du ikke å porsjonere informasjonen du skal gi senere i konsultasjonen, du må rett og slett ha utforsket hva pasienten er i stand til å ta inn, sier Gulbrandsen.

Informasjon og avslutning er ikke det samme

– I vane fire skal du bruke det du har lært om pasienten i de tidligere fasene til å gi informasjon. Det er viktig at det å gi informasjon skjer i form av en dialog og ikke som en miniforelesning. Vane to og fire henger nøye sammen, forklarer Finset.



– Vi ser at leger gjennomgående har en mer kompleks formidlingsrolle enn andre faggrupper. De må oversette den vitenskapelige informasjonen til situasjonen. Minst halvparten av deres konsultasjonstid bør gå til vane fire. De må trene på å ikke bare gi god informasjon, men passe mye informasjon. Det tar tid! I denne prosessen må helsepersonell huske tre viktige P-er: Prioritere, porsjonere og pauser til å fordøye.

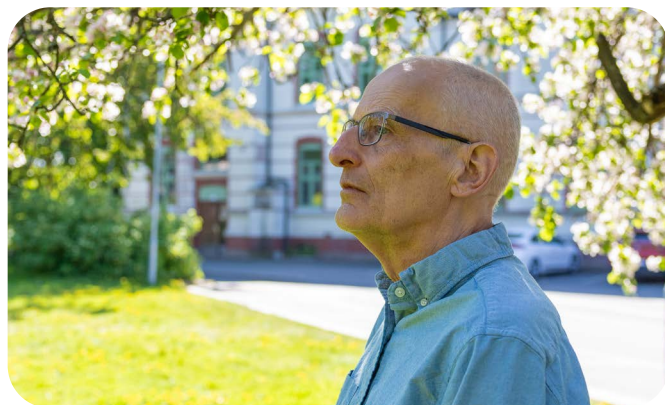
Men Finset understreker at informasjon og avslutning ikke alltid er det samme:

– Da vi innførte fire gode vaner ved Helsehus så vi at vane fire ofte har et annet innhold for andre fag-

grupper enn for leger. Der skal mye informasjon gis tidlig, for eksempel i en oppstartsamtale. Vane fire har derfor en litt misvisende tittel. Den omfatter mye mer enn å investere i avslutningen. Det er viktig å tilpasse innholdet i treningen til de situasjonene ulike faggrupper står i.

Samvalg og skreddersøm

Etter 20 år med Fire gode vaner er det klart for de to nestorene at metoden også har noen svakheter. Gulbrandsen trekker fram at spørsmålet om samvalg kanskje burde vært en vane nummer fem eller et enda tydeligere perspektiv i vane fire.



– Pasienter vil oftest ha informasjon. Men hvor mye? Og vil de være med på beslutninger? Det må helsepersonell være vare for og trene på. Her er ingen pasienter like. Et annet savn jeg kan ha er en tydeligere vektlegging av at legen selv forstår hva som skjer i dem selv, knyttet til egen usikkerhet og sårbarhet og hvordan slike reaksjoner påvirker konsultasjonen. Dette temaet har vi utforsket og tatt inn som et viktig tilleggspoeng i vår undervisning på Ahus.

Hans største bekymring er imidlertid knyttet til kommunikasjonstreningen av legestudentene. Studentene er ofte kognitivt overbelastet i utgangspunktet og mangler erfaring med de profesjonelle ferdighetene.

– Vi ser at de ikke alltid har kapasitet til å fokusere på kommunikasjonsferdigheter parallelt, sier Gulbrandsen.

– I praksis ser vi at utpreget skreddersøm trengs i ferdighetstreningen av ulike faggrupper og på ulike tidspunkt i karrieren. Fire gode vaner er og blir en grunnmodell, men en genialt god og enkel modell for ferdighetstrening av ulike typer helsepersonell. Vi har fortsatt like stor tro på metoden, og det har vært svært meningsfylt å bidra til å videreutvikle den gjennom 20 år, avslutter gudfedrene Arnstein Finset og Pål Gulbrandsen.

Kommunikasjon er viktig for pasientsikkerheten

Det er mange årsaker til at pasienter og pårørende kontakter Pasient- og brukerombudet. Det som ofte gjentar seg, er problemer med kommunikasjon!



Foto: Pasientombudet

Det handler om hvordan man blir møtt både i ord og handling. Kroppsspråk, øyekontakt, stemmebruk, språk og ordvalg. Hvordan man tilrettelegger møter og samtaler, samtalens form og innhold, formuleringer i journal, og utforming av brev og annen skriftlig informasjon.

Klinisk kommunikasjon har til hensikt å sikre trygg og nødvendig behandling og er en forutsetning for medvirkning og kloke valg. For å ta kloke valg som pasient eller pårørende, er det avgjørende å forstå det helsepersonellet sier eller skriver. Helsepersonell har en viktig oppgave i det å formidle og sikre at pasienten forstår og aksepterer muligheter og begrensninger i helsehjelpen eller situasjonen. Tilpasset kommunikasjon kan for eksempel innebære at informasjon gis i ulike former, at den gjentas og at man sikrer at mottakeren har forstått budskapet.

Ombudet mener at kommunikasjon er viktig for pasientsikkerheten og for at flest mulig kan ivareta egne rettigheter så selvstendig som mulig. God klinisk kommunikasjon kan i tillegg bidra til økt trygghet for både pasienter, pårørende og helsepersonell, samt redusere bekymringer og risiko for å gjøre feil.

Vi erfarer at de aller fleste både forstår og aksepterer at feil kan skje, så lenge man opplever at noen tar ansvar. Det betyr blant annet å bli tatt på alvor og vist respekt, at man får tilstrekkelig informasjon og opplever at helsepersonell er interessert i den enkeltes behov og ønsker.

For helsepersonell er hver pasient en av mange. For pasienten og pårørende kan du som helsepersonell være en av få og kanskje til og med den ene som de vil huske godt. Som med alle andre ferdigheter må kommunikasjon læres, øves på og holdes ved like. Også Ombudets ansatte trener på kommunikasjon. Vi bruker verktøyet Fire gode vaner, og har god erfaring med det også i vår rolle.

Ombudet heier på sykehusenes arbeid og innsats for å styrke den kliniske kommunikasjonen. Det vil komme oss alle til gode. Vi ønsker dere lykke til med det videre arbeidet og bruk av verktøyet Fire gode vaner.

Heidi Merete Rudi

Pasient- og brukerombudet i Oslo og Akershus, Sosial- og eldreombud i Oslo

– Pasienter og pårørende vil bli tatt på alvor

– Vi forventer at vår medvirkning er ønsket, blir aktivt tatt i bruk og ikke sees på som «unødig heft».

Det sier Hilde Sofie Hamre og Liv Hopen. De er erfarne brukerrepresentanter på Diakonhjemmet sykehus. Brukerutvalget har vært pådrivere for at sykehuset har utviklet klinisk kommunikasjonstrening for helsepersonell.

Nye forventninger

– Før ble pasientrollen definert som passiv og autoritetstro. Nå forventer vi å få være aktive og medvirkende. Lovendringer har både styrket våre rettigheter og synliggjort sykehusenes plikter. Lovverkene er krystallklare på brukermedvirkning, klage muligheter og informasjonsplikt. Vi og våre pårørende forventer å bli møtt med en åpen holdning der spørsmål og refleksjoner er velkomne og viktige, utdyper Hamre.

Uforståelig fagspråk

De to er opptatt av barrieren fagspråk skaper i kommunikasjonen. Hverdagspråket har vi felles, og sjansen for å forstå hverandre er relativt stor. Med fordel kan språket både i samtale og i skriftlig informasjon forenkles for å bli forstått.

Vi har også ansvar

De er opptatt av at dagens pasienter ønsker informasjon tilpasset deres forståelse, interesse og engasjement: Noen vil jo ikke vite så mye. Det må også respekteres. Men de fleste er som oss, vi vil vite mest mulig på en måte som vi forstår og evner å forholde oss til. Uansett har helsepersonell en viktig oppgave med å motivere oss til å ta ansvar og til å etterleve de rådene som blir gitt.

– Å trene kommunikasjonsferdigheter er å ta oss på alvor!



Læring og mestring

Samhandlingen med pasienten må inneholde både behandling og veiledning. Læringstilbud for pasienter og pårørende skal være en integrert del av behandlingsforløpet.

Pårørende stadig viktigere

Helsepersonell kan bli flinkere til å oppfordre pasienten til å ha med nærstående til konsultasjoner og til å møte pårørende med respekt, mener de to brukerrepresentantene.

Samvalg og helsekompetanse

Samvalg innebærer at pasient og helsepersonell sammen skal finne den beste behandling for pasienten. For at pasienten skal kunne treffe kunnskapsbaserte beslutninger knyttet til egen helse sammen med behandler, er det viktig at pasienten lærer opp til å finne, forstå, vurdere og anvende helseinformasjon.

Digital kommunikasjon

De minner også om at kommunikasjon i digitale kanaler stadig blir viktigere: Helsepersonell må kunne veilede pasienter og/eller pårørende slik at de vet hvor de skal finne informasjon som de kan stole på. Veiled dem til nettsiden til aktuell brukerorganisasjon for pasient og pårørende, og til www.helsenorge.no

– Mange pasienter vil etter hvert ønske å kunne kommunisere digitalt med helsepersonellet de samarbeider med. Ikke glem at god kommunikasjon handler om mer enn det personlige møtet, sier Hilde Sofie Hamre og Liv Hopen.

Introduksjon til *Fire gode vaner*

God kommunikasjon gir bedre behandling. Pasienten blir bedre i stand til å håndtere sykdommen sin.



Torkil Berge



Ingrid Hyldmo

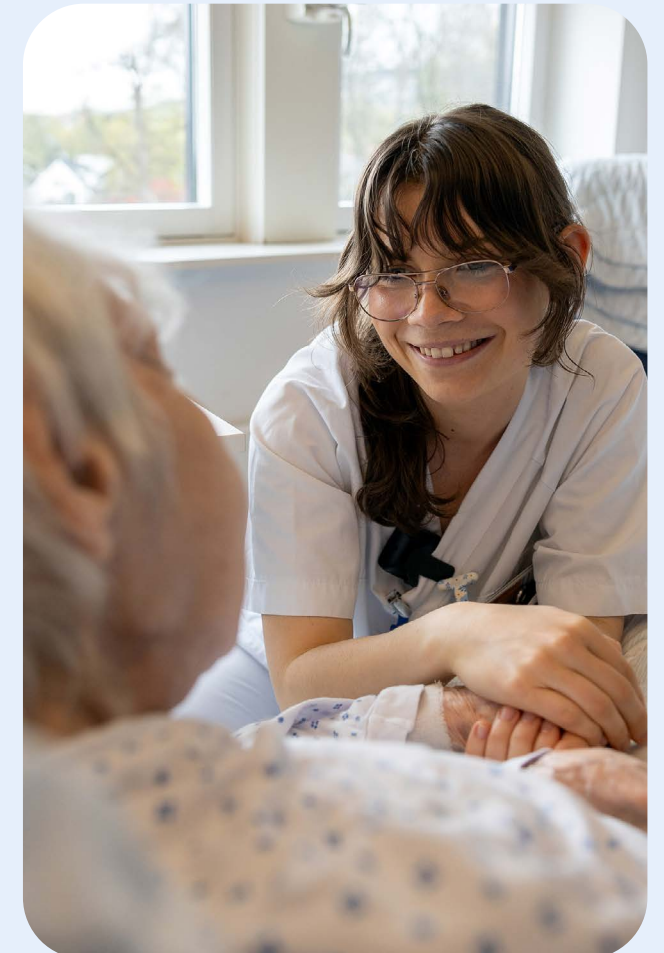
Mange pasienter har opplevd samtaler med leger og annet helsepersonell som gir dem følelsen av å bli sett, ivaretatt og respektert. Motsatt har noen hatt samtaler der de i etterkant føler seg forvirret, engstelig og misforstått.

Forskjellen mellom disse samtalene handler om kommunikasjon. Bedre kommunikasjon gir økt tilfredshet og bedre etterlevelse og behandling. Det gjør også at pasienten lettere forstår hva som er årsak til sykdommen og hva den innebærer. Pasienten blir bedre i stand til å håndtere sykdommen, til å ta medikamenter slik de skal tas, og til å følge opp råd fra leger og annet helsepersonell. Derfor får helsepersonell tilbud om kurs for å trene opp sine kommunikasjonsferdigheter.

Kommunikasjonskurset *Fire gode vaner* bygger på den amerikanske helseorganisasjonen Kaiser Permanentes modell og er tilpasset norske forhold av professorene Arnstein Finset og Pål Gulbrandsen.

Ved Diakonhjemmet sykehus startet kurset opp for leger og ble etter hvert tilpasset for andre yrkesgrupper. Hensikten er å lære grunnleggende ferdigheter for god og effektiv kommunikasjon og å øve dem inn som fire gode vaner.

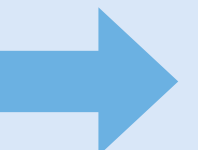
Vanene omfatter kommunikasjonsstrategier som fremmer et gunstig klima for gjensidig utveksling av viktig



helseinformasjon og vurdering av tiltak som er optimalt tilpasset pasientens situasjon. Hensikten er at man raskt skal bygge opp tillit, tilrettelegge for effektiv utveksling av informasjon, vise at man bryr seg og øke sannsynligheten for etterlevelse av anbefalte behandlingstiltak.

Torkil Berge og Ingrid Hyldmo er psykologspesialister ved Diakonhjemmet sykehus. Hyldmo har ledet arbeidet med *Fire gode vaner*-kursene på sykehuset siden 2012.

Lær deg vanene



Vane 1: Invester i begynnelsen

Den første kommunikasjonsvanen bidrar til å skape tillit og sikrer at du og pasienten har samme agenda. Du etablerer god kontakt tidlig, får fram hva pasienten har på hjertet og planlegger konsultasjonen sammen med pasienten. Starten slår ofte an tonen for hele samtalen, og det skal mye til for å snu et dårlig førsteinntrykk. Holdningen du møter pasienten med er sentral: å være høflig, til stede og henvendt til pasienten, med viktige elementer som ansiktsuttrykk, håndtrykk, kroppsstilling og øyekontakt.

Deretter får du fram hva pasienten har på hjertet, lar personen snakke ferdig og skaffer deg oversikt: «Hvordan har du det, og hva trenger du hjelp med i dag?» Kanskje får pasienten ikke fram alle bekymringene sine med en gang, men det kan du bidra til ved å spørre om det er noe mer. Mange avbryter dessverre

pasienten for tidlig i samtalen, ofte etter svært kort tid, uten å la pasienten få snakke ferdig.

Enkelte studier viser at pasienter som får snakke uavbrutt i innledningen, i snitt bare snakker i 92 sekunder. Den som greier å vente, får tidligere tak i viktig informasjon som gjør at konsultasjonen blir godt tilrettelagt. Når du vet hva pasienten har på hjertet, er det lettere å lage en agenda hvor du og pasienten kan prioritere hva dere skal bruke tiden til. God planlegging av samtalen forebygger dessuten at pasienten tar opp uløste anliggender først på slutten av samtalen.



Vane 3: Vis empati

Hovedelementer i denne vanen er at du er åpen for og fanger opp pasientens følelser, og at du gir uttrykk for empati både verbalt og ikke-verbalt. Du er også oppmerksom på dine egne følelsesmessige reaksjoner, slik at du registrerer informasjonen de gir og regulerer dem på en hensiktsmessig måte. Å være åpen for pasientens følelser er ikke det samme som at du må snakke om dem med pasienten, men at du registrerer dem og ved behov responderer på dem på en hensiktsmessig måte. Ellers kan de komme til å stå i veien for hjelpen du skal gi.

Mens noen pasienter gir tydelig uttrykk for følelsene og problemene sine, gir andre bare små hint. Et utsagn som «Jeg er usikker på hvordan det går» kan være et signal om at pasienten er bekymret. Hvis du ikke bruker muligheten til å utforske hva bekymringen går ut på, ved for eksempel å svare «Det går sikkert bra» og så skifter tema, vil pasienten raskt trappe ned hintene sine.

Det er en positiv sammenheng mellom empatisk kommunikasjon og en rekke viktige forhold, som pasienttilfredshet, etterlevelse, reduksjon i psykiske plager, bedre livskvalitet og styrket mestring av egen sykdom. Empati innebærer å fange opp og respondere på pasientens emosjonelle uttrykk under samtalen. Det kan du vanligvis trygt gjøre uten å sprengre tidsrammene. Helsepersonell som utforsker pasientens følelsesmessige bekymringer, bruker i enkelte studier i snitt bare ett minutt mer på en samtale enn de som ikke gjør det.

Du kan for eksempel vise empati ved å speile («Jeg kan se at du er ...»), legitimere («Det er ikke rart at ...»), støtte («På dette området kan jeg kanskje hjelpe deg»), vise partnerskap («La oss se om vi sammen kan ...») og formidle respekt og ros («Det er flott hva du har klart, til tross for ...»). Du viser ved en spørrende og nysgjerrig holdning at du prøver å forstå («Hvordan er det for deg?»). Du holder øyekontakt, er oppmerksom på den andres ansiktsuttrykk og reaksjoner, og bruker pauser på en god måte. Her må vi selvsagt finne vår egen form, for det må være ekte og ikke tillærte fraser.

Som helsepersonell må vi også være oppmerksom på egne reaksjoner og hvordan vi håndterer disse. Det krever mye å omstille seg fra en pasient som du opplever som kravstor til en annen som kanskje er kritisk syk og er opptatt av å ikke være til bry. Å jobbe aktivt med egen ivaretagelse som helsepersonell og hvordan du regulerer egne følelser er derfor nødvendig.

Vane 2: Få fram pasientens perspektiv

Som helsepersonell er vi trent til å avdekke symptomer og har ofte sjekklister som skal bidra til at vi innhenter relevant informasjon og danner oss et bilde av hva som kan være relevante tiltak. I tillegg til vår egen fagkunnskap er det avgjørende å få fram hvordan pasienten selv forstår symptomene sine og hva som kan være pasientens forventninger til undersøkelser og behandling. Det gir et bedre grunnlag for å forstå pasientens behov og for økt etterlevelse. Her har du tre oppgaver:

- 1) få tak i hvordan pasienten forstår tilstanden sin
- 2) klargjør pasientens forventninger til hva du kan hjelpe pasienten med
- 3) undersøk hvilken innvirkning plagene har på pasientens hverdag

Dersom pasienter får redegjort for sine plager og sin forståelse av dem, husker de mer informasjon og de føler større ansvar for behandlingen. De er også mer fornøyde med behandlingen, uansett om behovene blir oppfylt eller ikke. En grunn til det er at de slipper å bekymre seg for noe som opptar dem og som de ikke fikk tatt opp med deg i konsultasjonen. Nyttige spørsmål her er: «Hva tror du selv dette kan være?», «Kjenner du til denne tilstanden og hva behandlingen kan være?» og «Hvordan preger disse symptomene din hverdag?» Vane 2 handler mye om å få fram pasientens sykdomsforståelse. Les mer om sykdomsforståelse på side 16.

Vane 4: Invester i avslutningen

Den fjerde vanen er knyttet til den delen av kontakten der du utfører helsehjelp, kommer med relevant informasjon og gir anbefalinger om hjelpetiltak. Du gir for eksempel informasjon om diagnose og andre temaer, sjekker at pasienten har forstått informasjonen, forklarer grunnen til videre undersøkelser, og diskuterer mål for ulike hjelpetiltak og barrierer for etterlevelse. Du spør om det er noe pasienten lurer på og forsikrer deg om at det er gjort klare avtaler. Du bygger forslagene og rådene dine på informasjonen du fikk gjennom vane 2, der du utforsket pasientens perspektiv. Dermed kan du så langt som mulig skreddersy helsehjelpen til den enkelte pasient, noe som øker sjansen for at pasienten etterlever anbefalingene dine.

Inviter pasienten til å delta i beslutningsprosessen fram mot en felles plan for et tiltak. Gi tydelige begrunnelser for tiltak som kan være til hjelp, og undersøk om pasienten har forstått og slutter seg til foreslåtte planer. Nyttige spørsmål er: «Hva kan hindre deg i å gjennomføre dette?» og «Ser du for deg noen vansker som kan oppstå?»

Undersøk hva pasienten har oppfattet av det du har sagt ved for eksempel å spørre: «Hva tar du med deg av det jeg har sagt?», eller «Hva vil du si til de der hjemme når de lurer på hva vi sa på sykehuset?».

Skal du formidle dårlige nyheter, er det ekstra viktig med forberedelser. Sørg for å ha et mest mulig skjermet sted, og inviter eventuelt pårørende til å være til stede. Prioriter hvilken informasjon du formidler, og gi pasienten tid til å fordøye den. Tilpass mengde informasjon ut fra hva pasienten er i stand til å ta inn. Sjekk ut hvordan pasient og de pårørende reagerer, og ha en plan for hva som skal skje videre.

Sjekkliste for *Fire gode vaner*

1 Invester i begynnelsen

Ferdigheter

Etabler kontakt tidlig

Teknikker og eksempler

- Hils vennlig, introduser deg selv for alle til stede
- Vis at du kjenner pasienten
- Sørg for at pasienten føler seg vel
- Kom gjerne med en sosialt preget kommentar

Få fram hva pasienten har på hjertet

- Still åpne spørsmål til å begynne med
 - Du er henvist for ... Kan du si litt om...
 - Er det noe mer du vil ta opp innledningsvis?

Planlegg konsultasjonen sammen med pasienten

- Oppsummer din forståelse av hva timen gjelder, og sjekk pasientens forståelse og aksept
- Forklar pasienten hva du skal gjøre
- Prioriter om nødvendig

Gevinst

- En god atmosfære legger grunnlaget for pasienttilfredshet
- Gir raskere tilgang til pasientens oppfatning av konsultasjonen
- Legger grunnlaget for mer presis diagnostikk
- Reduserer forekomst av dørhåndtaksyndromet
- Reduserer mulighetene for konflikt

Utforsk pasientens perspektiv 2

Ferdigheter

Utforsk pasientens forståelse

Teknikker og eksempler

- Kartlegg pasientens forståelse av sykdommen
 - Hvilke tanker har du selv om dette?
 - Hva tror du er årsaken til disse plagene?
 - Hva er det du føler deg mest bekymret for?
- Spør gjerne om hva pårørende mener

Sjekk forventningen til deg

- Få fram hvilke forventninger pasienten har
 - Hva har du tenkt om denne legetimen?

Få fram betydningen for dagliglivet

- Sjekk ut følgene av sykdommen i dagliglivet
 - På hvilken måte påvirker sykdommen deg?
 - Aktiviteter i dagliglivet? - Arbeid? - Familieliv?

Gevinst

- Bringer skjulte agendaer og nøkkelinformasjon fram i lyset
- Gjør det lettere å oppdage depresjon eller angst
- Formidler respekt for mangfold og ulikhet
- Gir gode innfallsvinkler til informasjonen du skal gi senere i konsultasjonen

Vis empati 3

Ferdigheter

Vær åpen for pasientens følelser

Gi tydelig uttrykk for empati

Vis empati også ikke-verbalt

Vær oppmerksom på dine egne reaksjoner

Teknikker og eksempler

- Se og lytt etter verbale og nonverbale hint
- Oppmuntre og tydeliggjør pasientens følelser
- Utnytt mulighet for å vise empati minst én gang:
 - Anerkjennelse "Nei, det kan ikke være lett"
 - Speiling "Fortvilet, sier du"
 - Påpekning "Jeg ser at du blir berørt"
 - Legitimering "Det er jo svært forståelig at..."
 - Støtte "Dette vil jeg hjelpe deg med"
 - Partnerskap "La oss se om vi sammen..."
 - Ros "Jeg synes du takler det fint"
- Hold øyekontakt, vær oppmerksom på ansiktsuttrykk og kroppsholdning, bruk pauser
- Ta dine egne følelser som hint om hva pasienten føler

Gevinst

- Bygger tillit
- Legger grunnlag for mer presis diagnostisk informasjon
- Styrker etterlevelse
- Gjør det lettere å sette grenser
- Gir konsultasjonen en emosjonell dimensjon

4 Invester i avslutningen

Ferdigheter

Gi diagnostisk og annen relevant informasjon

Fremme læring og mestring

Involver pasienten i beslutninger

Avslutt og sjekk ut på en ryddig måte

Teknikker og eksempler

- Formuler diagnosen i et språk pasienten forstår, basert på pasientens egen forståelse, gi deg tid
- Sjekk at pasienten har forstått informasjonen
- Forklar grunnen til prøver, undersøkelser og eventuelt behandling, forklar bivirkninger
- Gi eventuelt skriftlig informasjon
- Gjør pasientens egne ressurser, mestring, motivasjon og atferdsendringer til temaer
- Diskuter behandlingsmål, alternative beslutninger og pasientens preferanser
- Sjekk aksept og barrierer for etterlevelse
- Spør om det er noe mer
- Sjekk om pasienten er fornøyd
- Forsikre deg om at det foreligger klare avtaler

Gevinst

- Fremmer mulighetene for samarbeid
- Fremmer etterlevelse
- Har en positiv betydning for behandlingsresultatet
- Reduserer behovet for nye timer
- Oppmuntrer til egenmestring

Trening i kommunikasjon på tvers av kulturer

Norge er et flerkulturelt samfunn, og det skal legges opp til kulturelt sensitive helsetjenester med en ikke-diskriminerende praksis. Samtidig kan både språkproblemer og kulturelle ulikheter vanskeliggjøre kommunikasjonen mellom helsepersonell og pasient. Personer med en minoritetsbakgrunn kan ha uheldige møter med helsevesenet på grunn av språklige barrierer eller mangel på kulturell kompetanse blant helsepersonell.

Helsehjelp bør kunne tilpasses pasientens kulturelle bakgrunn, for eksempel med hensyn til pasientens sykdomsforståelse, og at minoritetspasienter kan ha en annen hjelpesøkende atferd og behov for helsehjelp enn pasienter fra majoritetsbefolkningen. Som helsepersonell må vi evne å stille de rette spørsmålene, med riktig innhold og på en tilpasset måte, for å forebygge misforståelser og redusere barrierer for kommunikasjon. Vi må også ta hensyn til kulturelle holdninger, atferdsmønstre og behov i vurderingen av hvordan helsehjelp legges til rette på en medføleende måte.

Dessuten bør vi ha et reflektert forhold til betydningen av vår egen kulturelle bakgrunn og de verdier som ligger implisitt i den. I noen kulturer vektlegges det for eksempel at familien skal beskytte pasienten mot informasjon som kan frata håpet. Et annet eksempel er at pasienter med etnisk minoritetsbakgrunn kan ha ulike måter å uttrykke smerte på som kan gjøre det vanskelig å vurdere pasientens tilstand. På en intensivavdeling kan problemer med kommunikasjon ikke bare oppstå på grunn av ulike språk, men også på grunn av ulikt kroppsspråk og krisereaksjoner som kan oppleves som fremmede for helsepersonell.

Kunnskap om kulturelle trekk hos grupper er nyttig bakgrunnskunnskap, og et viktig tema i trening i effektiv klinisk kommunikasjon. Samtidig gir ikke denne kunnskapen informasjon om den enkelte persons problemer, ressurser og behov, og personens forståelse av sykdommen sin. Den informasjonen kan vi bare få i dialog med den enkelte.

Har du tenkt på hvor forskjellig utgangspunkt pasient og helsepersonell egentlig kan ha når de skal snakke sammen?

Her er noen stikkord som beskriver forskjeller. Du finner sikkert flere...

PERSONELL PASIENT

Travel hverdag	Eksistensiell krise
Profesjon	Person
Fornuft	Følelser
Intellektuelt skjerpet	Mentalt svekket
Kunnskap	Uvitenhet
Makt	Avmakt
Dagens 20. pasient	Jeg er unik
Uniform	Avkledd

Pasientenes kommunikasjonsferdigheter

Denne håndboken tar for seg trening i kommunikasjonsferdigheter for helsepersonell. Det er også gjort studier der man har sett på effekten av å gi pasienten trening i kommunikasjon med helsepersonell. Her får pasientene råd om hva leger og annet helsepersonell ønsker fra dem når det gjelder hva de formidler om plagene og behovene sine, og om hvordan de kan fremme ønsker og synspunkter på en effektiv måte.

Hovedansvaret for informasjonsformidling ligger hos helsepersonell. Samtidig har pasienten utbytte av å involvere seg i sin egen behandling, ved aktivt å stille spørsmål, gi viktig informasjon og fremme synspunkter. En lege sa: «Jeg tror at mange pasienter ikke helt skjønner hvor avhengige vi er av informasjonen de gir oss for å kunne stille riktig diagnose og gi rett behandling.»

Viktige spørsmål pasienten trenger informasjon om er: «Hvilke valgmuligheter har jeg?» og «Hva er fordeler og risikoer ved dette tiltaket?». Andre aktuelle spørsmål er: «Hva vil skje dersom vi venter og ser?» og «Har vi nok informasjon til å gjøre et godt valg?».

Råd til pasienter som ønsker å styrke sin kommunikasjon med helsepersonell:

- Tenk gjennom hva du vil si på forhånd. Noter gjerne ned hva som plager deg og hva du ønsker å ta opp.
- Sett det opp i prioritert rekkefølge.
- Har du mange ting du vil ta opp, spør om det er tid til å få besvart spørsmålene.
- Ta gjerne med pårørende, dersom du trenger en støtte-spiller.
- Pass på at du får tatt opp det du ønsket. Sjekk notatene dine før du går.



Kommunikasjon om pasientens forståelse av sykdommen

Det er lettere å tilpasse kommunikasjonen og helserådene du gir dersom du vet hvordan pasienten selv forstår sykdom og symptomer. Derfor tar en viktig del av samtalen utgangspunkt i spørsmålet: Hva tenker du om sykdommen din – hva innebærer den for deg?

To personer med samme diagnose kan ha helt forskjellig sykdomsforståelse. Pettersen tenker at: «Ja, dette er en sykdom jeg tross alt kan leve godt med». Monsen tenker at: «En slik sykdom kan ingen leve godt med, og det er heller ingenting jeg kan gjøre med den».

Sykdomsforståelse kan i høy grad påvirke prognose og utfall av behandling. Pettersen velger å fortsette å jobbe, men snakker med sjefen om nødvendig tilrettelegging. Samtidig følger han rådene han får om trening av lege og av fysioterapeut, fordi han har tro på at det vil hjelpe. Monsen derimot er sykmeldt, og velger bort rådene fordi han ikke tror det er noe vits i å følge dem.

Sykdomsforståelse er pasientens tanker og forestillinger om sykdom, og om mulige årsaker til og konsekvenser av den. Tilsvarende vil pasienten danne seg en oppfatning av hva symptomene kan innebære, noe som påvirker hvordan pasienten reagerer på dem. Sykdomsforståelse inkluderer oppfatninger om forløp og varighet, og tanker om hva sykdommen eller skaden vil innebære videre i livet. Et annet viktig tema er pasientens oppfatning av om behandling kan lindre symptomene og påvirkes av hva en

selv kan gjøre, og i hvilken grad en kan håndtere hverdagens oppgaver og gjøremål uavhengig av sykdommen.

I en rekke studier har man dokumentert at sykdomsforståelse i høy grad kan påvirke:

- selvregulering, problemløsning og mestring ved sykdom
- fysisk funksjon, smerte og livskvalitet
- bruk av helsetjenester og brukertilfredshet
- deltakelse i rehabilitering, fysisk aktivitet og arbeidsproduktivitet

Sykdomsforståelsen farges av hvilke følelser som er forbundet med sykdommen, for eksempel angst, bitterhet, sorg, sinne og skamfølelse. Pasientens livshistorie og tidligere erfaringer med sykdom virker også inn, for eksempel å ha opplevd at foreldre har hatt kreftsykdom med enten dødelig eller helbredende utgang. I tillegg vil pasienten påvirkes av hva andre i familien og nettverket tenker om sykdommen. Informasjon fra helsepersonell vil selvsagt ha betydning, og likeså pasientens kunnskaper fra annet hold, for eksempel via nettet.

Nyttige ressurser

På nettsiden til Norsk Revmatikerforbund kan du laste ned en brosjyre om sykdomsforståelse til henholdsvis deg som helsepersonell og til pasienter og deres pårørende. Her er også en animasjonsfilm om temaet, rettet mot pasient og pårørende. Prosjektet om kommunikasjon om sykdomsforståelse har vært ledet av Ida Løchting, med støtte av Stiftelsen Dam.



Implementering av kommunikasjonstrening

Her er noen råd om implementering, skrevet til dere som vurderer å drive kommunikasjonskurs.

Diakonhjemmet sykehus innførte, som det første sykehuset i landet, obligatorisk kurs i Fire gode vaner for klinisk kommunikasjon for alle nytilsatte leger, og også tilsvarende kurstilbud for tverrfaglig helsepersonell. Vi har erfaring fra samarbeid med andre sykehus og med helsehus om implementering av interne kommunikasjonskurs der etter samme modell. Her er noen råd om implementering, skrevet til dere som vurderer å drive kommunikasjonskurs.

Målet med implementering er at treningen blir en integrert og permanent del av foretakets drift og kvalitetsutvikling, der medarbeiderne føler eierskap til treningen.

Betydningen av varig implementering

Kommunikasjons- og samhandlingsferdigheter må øves opp og holdes ved like for å bli etablert som gode vaner i en hektisk og ofte presset hverdag. Generelt handler implementering om hvordan kunnskapsbaserte metoder integreres i ordinær klinikk og tilbys pasientene. I følge forskning på implementering er det mange faktorer som bestemmer om man lykkes eller ei. Viktig er forhold knyttet til foretaket som organisasjon, administrativ tilrettelegging og ledelse, og kompetanse i rekruttering, veiledning og opplæring. Implementering er ikke en tilfeldig endring av praksis. Det er en planlagt, målrettet og systematisk prosess, som ofte går i faser over flere år.

– La ferdighetstreningen ta utgangspunkt i situasjoner som er kjente og selvopplevde for deltakerne i møter med pasienter

Å etablere nye vaner tar tid, og også gamle kommunikasjonsvaner er vonde å vende. Implementering i klinisk praksis er et kontinuerlig og krevende arbeid. En tilbakemelding fra instruktører og administrativt personell har vært at organisering av denne type kurs har vært tid- og ressurskrevende i en oppstartsfase og at det er viktig med kontinuerlig oppfølging, både av instruktørenes kompetanse og av rutiner og rammer.

Viktige suksessfaktorer for implementering

Sørg for at programmet for kommunikasjonstrening har en klar forankring i ledelsen fra starten av, hos direktør så vel som hos avdelingsledere. Legg til rette for å frigjøre tid til kursene. Rekrutter instruktører som er sentrale og respekterte fagpersoner innenfor spesialitetene sine. Instruktører må få et eget opplæringskurs og gode rammer for virksomheten, slik at kompetanse og engasjement holdes ved like.



Torkil Berge



Ingrid Hyldmo

Lokal forankring av instruktører og klinikknærhet er viktig, der de store kliniske avdelingene ved foretakene bidrar med hver sine fagpersoner som instruktører. Når både instruktører og deltakere på kurset senere ser hverandre i gangene og jobber sammen til daglig, holdes kurset og kunnskapen levende. Når man benytter egne krefter, bidrar det til oppmerksomhet om klinisk kommunikasjon i praksis. Det gir et annet eierskap til temaet kommunikasjon i arbeidsmiljøet enn om kursene holdes av eksterne kursleverandører eller ansatte drar enkeltvis på kommunikasjonskurs.

Bygg kommunikasjonstreningen på et opplegg som har vært prøvd ut på andre sykehus og som har vist dokumentert effekt. Denne håndboken omhandler primært erfaringer med det evidensbaserte opplegget Fire gode vaner og hvordan sykehus selv kan ta ansvar for implementeringen.

La ferdighetstreningen ta utgangspunkt i situasjoner som er kjente og selvopplevde for deltakerne i møter med pasienter. Det fremmer opplevelsen av relevans og nytte for egen arbeidshverdag. Kursene bør være meritterende i spesialitetenes etterutdanning.



Fase 1: Prosjektplan og en kommunikasjonsstrategi

Opprett en styringsgruppe med sentrale representanter for de ulike yrkesgrupper og avdelinger som skal delta. Ha en prosjektleder med ansvar for gjennomføringen av implementeringen ved foretaket. Utarbeid en plan som forankrer satsingen i foretakets strategier og verdier, og konkrete tiltak for å involvere toppledelsen. Kartlegg barrierer for gjennomføring av kommunikasjonskurs, og planlegg fremgangsmåter for å passere barrierene og sikre forankring i avdelinger og enheter.

Utform en tydelig begrunnelse for hvorfor og hvordan sykehuset satser på kommunikasjons trening og sikre, gjennom en kommunikasjonsstrategi til sykehusets ansatte, at budskapet blir godt forstått. Sørg tidlig for et tett samarbeid med sykehusets kommunikasjonsansvarlige.

Hver enkelt avdeling må se betydningen av å sette av tid og ressurser. Gi dokumentasjon som bidrar til forankring i den enkelte enhet, for eksempel undervisning på morgenmøte for leger og informasjon til ledere som skal bidra med instruktører. Gå systematisk frem for å etablere et forpliktende samarbeid mellom psykisk helsevern og somatikk ved sykehuset for å få til en tverrfaglig kursledelse.

Fase 2: Rekruttering og opplæring av kursinstruktører

Velg ut erfarne og anerkjente behandlere fra de kliniske avdelingene. Kursinstruktørene blir forbilder og ambassadører for kommunikasjons trening i avdelingene sine. I tillegg er det viktig med tverrfaglig kursledelse. Kursets format krever at instruktørene har erfaring fra undervisning, ferdig-

hetstrening og ledelse av gruppeprosesser. De skal kunne løfte fram lærings- og endringsbegreper og bidra til refleksjon og atferdsendring. Dersom dere starter tverrfaglige kommunikasjonskurs, rekrutter også instruktører fra de involverte profesjoner, som sykepleiere og fysioterapeuter med interesse for og gode kommunikasjonsferdigheter. Det har vært en gjennomgående tilbakemelding fra kursdeltakerne at det har vært konstruktivt med slik tverrfaglig kursledelse.

Sørg for at opplæringen av kursinstruktører («train the trainers») gis av erfarne kursledere. Det anbefales opplæring av minimum seks instruktører i to dager (to x åtte timer) til kursene, der de aktuelle faggrupper inngår i instruktørteamet. Kurset bør maksimalt ha 21 deltakere.

Kursformatet består av fellesundervisning om vanene, ferdighetstrening i små grupper med maksimalt syv gruppedeltakere og drøftinger både i smågrupper og plenum av læringspunkter.

Ferdighetstrening i smågrupper ledes av et tverrfaglig instruktørpar, og hoveddelen av kurstiden benyttes for ferdighetstrening i disse gruppene.

Instruktørene må ha forståelse for de helsefaglige kravene, det høye tempoet og den store kompleksiteten i sykehus. Lær gjerne opp ekstra instruktører for å ha fleksibilitet ved sykdom og annet fravær.

Ved Diakonhjemmet sykehus har vi fått opplæring som kursholdere av professorene Arnstein Finset og Pål Guldbrandsen. Det er en forutsetning at instruktørene har gått grunnkurs i det programmet for kommunikasjons trening dere benytter, i vårt tilfelle Fire gode vaner.

Sikre at gruppen av instruktører blir godt kjent med hverandre, særlig når den har fagpersoner på tvers av avdelinger og profesjoner. Del dem inn i instruktørpar som sammen skal lede smågruppene med ferdighetstrening. Parene bør være tverrfaglig sammensatt, for eksempel lege og psykolog, eller sykepleier og psykiater/psykolog. Gruppen av instruktører er sentral for at dere skal lykkes i å gjennomføre kursene, og den må fungere godt sammen og ha utfyllende kompetanse både som gruppe og som instruktørpar. Sett av tid til å bli kjent, fordel fellesundervisningen om hvert tema, tren i par, undervis for hverandre, bestem hvem som leder introduksjon og diskusjoner i plenum og fordel roller i parene.

Benytt en detaljert beskrivelse av prinsipper for kursledelse hvor både ledelse av kurset, undervisning i plenum, ledelse av smågrupper og oppsummeringer i plenum er konkret beskrevet. Ledelse av ferdighetstrening i små grupper følger også en mal som er nøye beskrevet, og som inkluderer power point-



presentasjoner, beskrivelse av kursledelse, beskrivelse av ledelse av rollespill og av elementene i kommunikasjons treningen.

Etter gjennomført kurs, er det viktig å sende ut en evaluering, gjerne elektronisk. Denne bør sendes ut i løpet av et par dager etter kurset for å få høy svarprosent. Evalueringen gir informasjon om hvordan kursdeltakerne opplever kurset og dets relevans for egen arbeidshverdag, og nyttig tilbakemelding til kursholderne om undervisning og trening.

Fase 3: Utvikling av metoder for evaluering

Før og etter hvert kurs svarer kursdeltakerne på et spørreskjema om egenopplevd kompetanse i kommunikasjonsferdigheter og nytteverdien av kurset, herunder teori og ferdighetstrening.

Diskuter hvorvidt dere kan sikre tilbakemelding også fra pasientene om opplevd nytteverdi av tiltaket. Gå gjerne i dialog med sykehusets brukerutvalg for at de kan bidra med sine erfaringer og innspill. Ta eventuelt kontakt med andre sykehus som har utviklet metoder her.

Noen kommentarer fra evalueringene:

- «Praktisk, nyttig og evidensbasert konsept».
- «Dette er noe jeg kan ha nytte av allerede i morgen når jeg går på jobb».
- «Svært relevant for vår arbeidshverdag».
- «Jeg tenker på kurset så å si daglig i mine møter med pasienter».
- «Dette gir struktur til samtale og er en effektiv måte å møte pasienten på».
- «Det var skummelt å skulle delta i rollespill, men det var det jeg lærte mest av».

Fase 4: Praktisk gjennomføring av kursene

God administrasjon er viktig for å lykkes med implementering. Ha en leder for kommunikasjonstrenerne med ansvar for faglig oppdatering av instruktørene, for eksempel justering av innhold i power point-presentasjoner, tiltak for vedlikehold av metodiske ferdigheter, styrket samspill mellom instruktørene, fordeling av ansvar og oppgaver for hvert kurs og ansvar for koordinering og fastsettelse av datoer for kurs og formøter for kurs. Gjennomfør i god tid planlegging av datoer som passer for sykehusets avdelinger og sikre egnede kurslokaler.

Lederen for kommunikationskursene på sykehuset har et stort ansvar og trenger administrativ støtte. Hvis sykehuset ikke har kurskonsulenter i HR-avdelingen eller i en organisasjonsutviklingsenhet, må slik bistand

Instruktører gir tilbakemelding om at det er morsomt og faglig spennende å jobbe med kursledelse samme med andre faggrupper.

hentes fra annen stabsavdeling. Det er viktig å bruke et godt påmeldingssystem og sikre gode rutiner for kopiering og utsendelse av kursmateriell, bestilling av mat og møterom, registrering av gjennomført kursdeltakelse og utsending og oppfølging av questback etter kursene.

Fase 5: Oppfølging av instruktører

Instruktører gir tilbakemelding om at det er morsomt og faglig spennende å jobbe med kursledelse sammen med andre faggrupper. Men det er også krevende å være kursinstruktør fordi metoden fordrer at du må kunne beherske flere ferdigheter samtidig, både undervisning, ledelse av ferdighetstrening og prosessledelse. Derfor er det viktig at instruktørene både har komplementære ferdigheter og at de får oppfølging. De må rett og slett sikres gode rammer for sin virksomhet og anerkjennelse for innsatsen. Denne innsatsen er så vidt omfattende at man vil være avhengig av at det settes av tid til forberedelse og vedlikehold av kursinstruktørferdigheter i arbeidstiden. Gjennomfør oppfølging med erfaringsdeling, og sørg gjerne for at instruktører og andre involverte møter personer i tilsvarende roller ved andre sykehus for å utveksle erfaringer.

Øvelse gjør mester

Kommunikasjonstreningen må inneholde mye egenaktivitet med tilbakemeldinger over to dager for å gi effekt. En oversikt over kommunikasjonstrening i onkologi anbefaler tre dager (eller mer) for å sikre atferdsendring hos deltakerne.

Train the trainers-opplæring

- Instruktører i Fire gode vaner må ha deltatt på grunnkurset.
- Train the trainers-kursene har vært for 12-16 deltakere med fire kurslederinstruktører og ferdighetstrening i grupper på seks-åtte deltakere og med to kurslederinstruktører i hver gruppe.
- Opplæringen har gått over to dager og har fulgt malen for grunnkursene ved Diakonhjemmet sykehus (se program på www.diaconhjemmetsykehus.no).
- Undervisning om hver vane og hva som vektlegges ved gjennomgang og trening i plenum.
- Inndeling i instruktørpar (tverrfaglig sammen satt). Parene jobber sammen i ferdighetstreningssesjonene (på maks åtte kursdeltakere), og de fordeler roller og oppgaver seg imellom (se materiell for instruktør-opplæring).
- Trening i grupper for hver vane hvor parene trener på å være instruktører sammen og får tilbakemeldinger fra kurslederinstruktørene og de andre kursdeltakerne.
- Trening i oppsummeringer i plenum, med tilbakemelding på ferdigheter som kursledelse og prosessledelse.
- Kurslederinstruktørene har vært med på det første grunnkurset for å gi tilbakemeldinger til instruktørene på gjennomføring av både plenumssesjoner og ledelse av ferdighetstrening i grupper.
- Det har vært tett dialog mellom kurslederinstruktørene og instruktørene underveis.

Slik startet utrulling av kursene

I 2015 laget vi den første utgaven av dette heftet om Fire gode vaner.

Bakgrunnen var at Bærum sykehus/ Vestre Viken og Sykehuset i Vestfold/ Tønsberg henvendte seg til Diakonhjemmet sykehus, som hadde startet opp med kurs i Fire gode vaner i 2012. De ønsket å benytte erfaringene for hvordan kliniske kommunikationskurs kunne implementeres. I tråd med opplegget på Diakonhjemmet sykehus valgte de å ikke sende ansatte på eksterne kurs. I stedet valgte de å trene kolleger med godt omdømme og sentrale posisjoner i fagmiljøene sine som kursledere og instruktører. Disse fikk i sin tur i oppgave å lære opp sine kolleger på sykehuset.

Utrulling startet på Bærum og i Tønsberg.

På Bærum sykehus startet de med tverrfaglige kurs, mens Sykehuset i Vestfold valgte kurs bare for leger. Et argument var at legene hadde behov for å være sammen med sin egen faggruppe da deres arbeidshverdag er særegen med mye ansvar og krav til å ta beslutninger og formidle kompleks informasjon. Man var også bekymret for at legene ikke ville delta på kurs med andre faggrupper. Et argument for tverrfaglige kurs var at de bedrer samarbeidet på tvers av profesjoner ved å gi innsikt i de ulike profesjonenes arbeidshverdag.



Bare for leger eller tverrfaglige kurs?

Flere sykehus, deriblant Ahus og Diakonhjemmet sykehus, har i mange år hatt både legkurs og tverrfaglige kurs. Vi ser at de fleste sykehuse- ne nå velger å ha kun tverrfaglige kurs. Tilbakemeldingene fra kursinstruktører og kursdeltakere er gode med begge kursene. Fire gode vaner gir mening på tvers av profesjoner, og man kan tilpasse kursinnholdet etter hvilke faggrupper som er med. Når man setter sammen instruktørgruppen, er det en fordel at tverrfagligheten er representert så langt det lar seg gjøre. Vi har også erfaring med at det er berikende å ha kurs på tvers av spesialiteter og at deltakere både fra somatikk og psykisk helsevern synes det er lærerikt og nyttig å delta på samme kurs. På enkelte kurs har det også vært med fastleger i sykehusets sektor.

Etter hvert også for ikke-klinikere

Ved flere sykehus har det vært kurs for ikke-klinisk personell hvor elementer fra vanene er brukt for opplæring av portører og helsesekretærer. Det har også vært et spennende prosjekt med å implementere elementer fra Fire gode vaner i utdanningen av sykepleiere.

Erfaringer fra sykehus som bruker metoden

Sykehuset i Vestfold

Foretaket har hatt kurs i Fire gode vaner siden 2016. Kurset var da rettet kun mot leger. En forutsetning for å lykkes var at instruktørene hadde legitimitet i organisasjonen og at de kom fra forskjellige klinikker slik at hver klinikk fikk eieforhold til kursene.

Våren 2014 ble det gjennomført et pilotkurs for 20 ansatte med instruktører fra Diakonhjemmet sykehus, som også bisto med opplæring av instruktørene, som var seks leger og en prest. Fram til 2022 ble det avholdt 13 kurs med til sammen 174 deltakere. Dette utgjør kun 30 prosent av legene, til tross for at det ble besluttet at alle leger i foretaket skulle gjennomføre kurset.



Instruktørleder Randi Oshaug og Marianne Jacobsen som har vært med helt fra starten på Fire gode vaner-kursene på Sykehuset i Vestfold.

Foto: Torbjørn Endal/Sykehuset i Vestfold

I 2022 startet vi med kurs som inkluderte flere yrkesgrupper. Vi får gode tilbakemeldinger på kursene, og spesifikke kommentarer på nytten av tverrfaglighet. Deltakerne får innsyn og innsikt i hverandres kliniske hverdag, noe som kan bidra til bedre samhandling, bedre kommunikasjon på tvers og at hierarki bygges ned.

Det holdes om lag seks kurs hvert år. Vi er nå ni instruktører: tre leger, to psykologspesialister, en vernepleier, to sykepleiere og en helsesekretær. En forutsetning for gode kurs er at instruktørene kurses skikkelig, og føler seg trygge i rollen som instruktør. De må også få mulighet for påfyll, med en fagdag i året.

De fleste instruktørene har hatt to dagers «train the trainer»-kurs på Diakonhjemmet sykehus. Det gir trygghet i rollen at vi har et kvalitetssikret kursopplegg, får tilbakemeldinger, og har et nettverk vi kan dele erfaringer med og støtte oss på.

Vi har åpnet opp for at kontorpersoneell kan delta på tverrfaglige kurs, med god respons fra deltakerne. Vi arbeider for, og ønsker å tilby egne kurs for kontoransatte. Kurset er obligatorisk for LIS 2 og 3 og læringsmål i kommunikasjon. De er sterkt representert på kursene.

Et tilbakevendende problem er avmelding i siste liten på grunn av høyt arbeidspress. Deltakere, og i noen tilfeller instruktør, må gå inn i klinisk arbeid. Vi må også jobbe kontinuerlig med å sikre at lederne får meldt på et gitt antall deltagere per kurs for å sikre god kapasitetsutnyttelse.

Vi har sett betydning av å være to instruktører sammen i gruppene. Vi får fanget opp innspill fra gruppedeltakerne, ser helheten i gruppen, og kan anvende metakommunikasjon ved å ha en veileder og en co-veileder under gruppeprosessen. Opplevelsen er lærerik og spennende. Flere perspektiver kommer fram ved at vi jobber to og to.

Kursene legges i Læringsportalen i en toårs horisont, slik at ledere kan planlegge langsiktig. En 20 prosent stilling er for lav til å oppfylle alle gode vaner for koordinerende instruktør, og markedsføring og rekruttering av kurset må vike. Det tok for eksempel tid å få sykepleiere til å oppfatte at kurset ikke kun er et legkurs! Her anvendte vi Intranett som informasjonskilde. Vår opplevelse er at jungeltelefonen fungerer godt. En forutsetning er at vi alltid gjennomfører gode kurs.

Ved disse sykehusene er Fire gode vaner-metoden i bruk:

- Akershus universitetssykehus, Ahus
- Diakonhjemmet sykehus
- Haukeland universitetssjukehus
- Helse Fonna
- Helse Førde
- Oslo universitetssykehus
- St. Olavs hospital
- Stavanger universitetssjukehus
- Sykehuset i Vestfold
- Sykehuset Innlandet
- Sykehuset Telemark
- Sykehuset Østfold
- Sørlandet sykehus
- Universitetssykehuset i Nord-Norge
- Vestre Viken helseforetak:
 - o Drammen sykehus
 - o Kongsberg sykehus
 - o Ringerike sykehus
 - o Bærum sykehus

Haukeland Universitetssykehus



Intensivsykepleier Kristin McLeod og organisator for Fire gode vaner-kursene, Anne Tone Færøy Bø. Foto: Sunniva Stav Hagerup

Det har vært arrangert kurs ved Haukeland universitetssykehus i Fire gode vaner siden 2016. Ragnhild Findal Manger driftet og organiserte kursene som en del av jobben sin ved Ferdighetssenteret fram til begynnelsen av 2024 da jeg, Anne Tone Færøy, overtok hennes oppgaver. Jeg har en 50 prosent stilling hvor jeg også har andre oppgaver ved Ferdighetssenteret.

Per i dag er vi til sammen seks instruktører, hvorav fire av oss har vært med siden starten i 2016. Vi er alltid to instruktører som holder kurs sammen. Vi har 16 (+/- 2) deltakere per kurs. Vi har ikke hatt nyrekruttering i instruktørstaben siden 2018. Fra 2016 holdt vi ti kurs i halvåret. Fra 2024 har vi redusert kursvirkomheten til fem kurs i halvåret på grunn av mangel på instruktører. Ønsket vårt nå er å være dobbelt så mange instruktører, det vil si 12 personer som kan holde kurs.

Suksessfaktoren er at vi jevnt over får veldig gode tilbakemeldinger fra kursdeltakerne. De opplever at Fire gode vaner er nyttig og anvendbar å bruke i møte med pasienter og pårørende.

Barrierer er blant annet manglende forankring i ledelsen og manglende administrator/leder for Fire gode vaner. Foretaksledelsen besluttet i november 2025 å etablere et fagråd for klinisk kommunikasjon. Erfaringsmessig er det utfordrende at instruktører må bli fritatt fra drift da driften alltid prioriteres. Det er også vanskelig å rekruttere nye legeinstruktører fordi det innebærer ekstra arbeid for dem. De opplever at deres arbeidsoppgaver må tas igjen i etterkant av kurs.

Per juni 2025 har 1368 deltatt på kurs i Fire gode vaner ved sykehuset.

Akershus universitetsykehus

Ved Ahus startet det jo egentlig med at vår professor Pål Gulbrandsen, sammen med professor Arnstein Finset, i 2014 var med på å overføre Fire gode vaner til Norge.



Heidi Skutlaberg

Foto: Kompetansebroen

Gjennom en omfattende studie her ved Ahus, viste de at modellen egnet seg godt for norske forhold. Implementeringen av kursene startet imidlertid først i 2017 etter at vi fanget opp at Diakonhjemmet sykehus hadde startet med opplæring i Fire gode vaner og drev kursene selv.

Når vi ser tilbake på arbeidet vil vi framheve noen viktige suksessfaktorer. Kursene har vært sett på som et satsningsområde av sykehusledelsen. Vi har rekruttert instruktører fra alle ledd i linjen, og har hele tiden hatt med ledere og klinikere fra ulike faggrupper i instruktørstallen. Det er satt av en halv stilling i Avdeling kompetanse og utdanning til dette arbeidet, samt en 20 prosent stilling for kontorpersonell. Kursene har et godt omdømme. Vi har lagt vekt på å ta opp temaer der helsepersonell kan oppleve både usikkerhet og utilstrekkelighet. Det får fram at man ikke er alene om disse følelsene og opplevelsene, og evalueres som lærerikt av deltakerne.

De første to årene var det ofte vanskelig å få de påmeldte til å komme, fordi de hele tiden ble tatt inn i drift. Vi jobbet derfor med ansvarliggjøring på ledernivå, der vi fikk frem hva kursene faktisk koster å drive, ved at seks instruktører blir tatt ut av sin egen drift for å holde kursene.

I dag arrangerer vi ti tverrfaglige kurs med ca. 25 deltakere på hvert kurs per år for klinisk helsepersonell. Vi har ca. syv endags kurs for kontorpersonell. Dessuten har vi to endags kurs for portører, og alle 110 portører har nå vært gjennom kurset. I et samarbeid mellom klinisk kommunikasjon og tolketjenesten har vi utviklet et kurs i Fire gode vaner uten felles språk.

På Hematologisk sengepost har vi hatt et forbedringsprosjekt over ett år i Fire gode vaner som metode i dialog med pårørende. I 2025 har vi også satt i gang et arbeid med egne instruktører og kurs på Kongsvinger sykehus.

For å kunne holde kursene i gang under pandemien, måtte vi dele kursdeltakerne inn i små grupper. For å kvalitetssikre at alle gruppene fikk lik teoretisk undervisning, valgte vi å lage undervisningsfilmer som erstattet plenumsundervisning om hver vane. Vi laget et nytt program, hvor disse filmene fyller til sammen to timer i løpet av de to dagene. Dessuten satte vi av mer tid til trening, rollespill og refleksjon, og ga instruktørene økt mulighet til å tilpasse opplegget etter deltakernes behov. Disse endringene ble godt evaluert, og vi valgte derfor å fortsette med denne formen etter pandemien.

Filmene skal revideres i 2025 med hjelp fra Regionalt senter for digital læring og kompetanseutvikling. De skal bli mer dynamiske, og skal ikke lenger bare være for klasseromsundervisning. Filmene er tilgjengelig for de som er Instruktører i Fire gode vaner.

Sekretærene er en viktig del av pasientens opplevelse

På AHUS tilbys Fire gode vane for klinisk kommunikasjon for kontorfaglig personell, det vil si helsesekretærer og sekretærer som har oppgaver og funksjoner som innebærer kommunikasjon med pasienter, pårørende og samarbeidende helsepersonell både internt og eksternt.

God klinisk kommunikasjon bidrar til forståelse og tillit. Å kommunisere godt med pasienter og pårørende har innvirkning på pasientens helse og mestringsevne.

For kontortjenesten omfatter Fire gode vaner for klinisk kommunikasjon både møter ansikt-til-ansikt, gjennom telefon og gjennom innkallingsbrev og digitale meldingstjenester. Kommunikasjonen kan omhandle alt fra en enkelt beskjed til veiledning og videreformidling av informasjon som kan ha stor betydning for pasientens forløp. God kjennskap til enhetens behandlingstjenester og hva som er vesentlig for å gi pasientgruppene forsvarlig og omsorgsfull helsehjelp er en viktig del av kunnskapsgrunnlaget for oppgavene.

Det er stor fornøydhet med kursene. Av 53 deltakere på kurs i 2025 vil 52 anbefale kurset videre. Fornøydhet skårer 3,70 totalt, på en skala fra 1-4. Treningen på de ulike vanene skårer fra 3,62 – 3,66.

Portører synes treningen er nyttig

På AHUS får alle portørene tilbud om kommunikasjonstrening. Kursinstruktør Lena Ryen oppsummerer her deltakernes tilbakemeldinger:

– Min erfaring etter dette kurset er at de som har vært på det føler seg tryggere i hvordan de skal møte ulike pasienter på en god måte med hensyn til kommunikasjon. Det gir trygghet å trene og observere og få tilbakemeldinger, det har gitt konkrete måter å løse ulike utfordringer med kommunikasjon på.

Vi bruker også elementer fra kurset i opplæringen av nye ansatte. I arbeidshverdagen bruker vi dette altså i opplæring, og i alle situasjoner med pasienter, sier Ryen.

Universitetssykehuset Nord Norge

Ved UNN har vi over tid fått gode erfaringer med implementeringen av Fire gode vaner som kommunikasjonsmodell i legeutdanningen.

Kurset er nå et obligatorisk arbeidskrav i LIS-løpet, og responsen vi får – både i evalueringer og gjennom uformell tilbakemelding – er gjennomgående positiv. Mange deltakere gir uttrykk for at innholdet er relevant og praksisnært, og at kurset gir konkrete verktøy de tar med seg videre i møtet med pasienter. En viktig suksessfaktor er den stabile og erfarne kursstaben, som har utviklet både trygghet og kvalitet i gjennomføringen.

Trenger felles refleksjon og faglig utvikling

Det styrker kurset at vi som fasilitatorer bringer med oss ulike faglige perspektiver og erfaringer, men dette gir samtidig noen problemer – særlig i forbindelse med rekruttering og opplæring av nye instruktører. En ekstra barriere vi opplever, er at vi i liten grad har felles møtepunkter utenom selve undervisningssituasjonen. Det gjør det vanskelig å videreutvikle og samkjøre kurset på tvers av faglige bakgrunner. Samtidig ser vi at tiltak som legger til rette for felles refleksjon og faglig utvikling har stor verdi. Et eksempel på dette var da vi som fasilitatorer gjennomførte en felles workshop om klinisk kommunikasjon på en internasjonal konferanse i Zaragoza – slike erfaringer gir både faglig inspirasjon og styrker samarbeidet.

Vi har også møtt mer praktiske barrierer. Det er ikke alltid lett å finne egnede lokaler til kursene, og gjennomføringen er ressurskrevende. Rekruttering av instruktører har vært en utfordring, selv om dette ser ut til å være i bedring. I tillegg melder enkelte LIS-leger avbud tett opp mot kursstart, noe som skaper praktiske problemer og begrenser effektiv utnyttelse av kursplasser.

Klinisk kommunikasjon ved UNN – helhet og utvikling

I tillegg til LIS-kursene (to-tre ganger i året) har vi de siste årene begynt å utvide tilbudet. Vi tilbyr kurs i Fire gode vaner for ledere, med eksempler og rollespill tilpasset ledernes hverdag og har nylig pilotert et kurs for sykepleiere. Samtidig finnes det et e-læringskurs om samvalg, som fungerer både som introduksjon og supplement.

Vi ser det som viktig å flette sammen Fire gode vaner og samvalg – to etablerte modeller med en del overlap. I stedet for å velge mellom dem, ønsker vi å bruke de hjelpemidlene som finnes, og jobbe sammen mot et felles mål: bedre kommunikasjon med pasienter. Samvalg presenteres som en del av den fjerde vanen med en egen seksjon for samvalg i rollespill – å investere i relasjonen – og løftes fram som et spesialtilfelle der det skal tas en beslutning, for eksempel om behandling. Da er det avgjørende at pasientens preferanser, bekymringer og behov tas på alvor.

Vårt håp er at denne helhetlige tilnærmingen gjør det lettere for helsepersonell å ta i bruk konkrete verktøy i en travel klinisk hverdag – og at pasientene merker forskjellen.



Fra høyre Svein Bergvik, Lars Mandelkow, Ragnar M. Joakimsen, Heidi Høifødt, Tove Skjelbakken, Alan Rubin (USA) og bak kameraet: Eirik Hugaas Ofstad.

Bærum sykehus

Fire gode vaner ble etablert ved Bærum sykehus i 2015.

Kurset ble etablert som et fast kompetansehevingstiltak, og klinikkledelsen bestemte at kursene skulle gjennomføres tverrfaglig. En tverrfaglig sammensatt instruktørgruppe av syv klinikere fra sykehuset og Bærum DPS fikk opplæring av instruktører fra Diakonhjemmet sykehus og ansvar for å gjennomføre fire kurs per år. En tverrfaglig sammensatt instruktørgruppe bestående av syv klinikere fra sykehuset og Bærum DPS fikk opplæring av instruktører fra Diakonhjemmet sykehus og ansvar for å gjennomføre fire kurs per år. Beslutningen om at kurset skulle være tverrfaglig var forankret i ledelsen.

Kurspåmelding var fra begynnelsen ledelsesstyrt for å sikre jevn fordeling av plasser mellom både sengeposter og poliklinikker og ulike profesjoner og yrkesgrupper. Per 2025 har vi opparbeidet kunnskap om metoden i hele sykehuset, og ledere melder ansatte på kurs basert på ønsker og behov.

Vi ønsker at pasienter skal møte klinikere med gode kommunikasjonsferdigheter i alle deler av klinikken. For å nå dette målet har instruktørene arbeidet med å inkludere metoden i sykehusets prosedyrer slik at det blir en måte å arbeide på, uavhengig av kunnskapen til den enkelte kliniker. Eksempelvis benyttes teori fra metoden i prosedyrer som omhandler behandlingsbegrensning og informasjon til pårørende ved dødsfall.

Instruktørgruppen utfører all undervisning, uten bruk av filmer. Læringsutbyttet styrkes når undervisningen benytter tilpassede kliniske eksempler fra den aktuelle gruppen av deltakere, der man tar utgangspunkt i deres arbeidshverdag, problemer og behov. Vi gjennomgår og oppdaterer kursmaterialet jevnlig ut i fra tilbakemelding fra kursdeltakerne, ønske om implementering av ulike temaer (så som forhåndsamtale), og avvik på sykehuset knyttet til kommunikasjon. Blant annet har vi lagt undervisning om det å gi en dårlig beskjed, og møte med truende pasienter, som egne bolker før og etter vane 3.

Evaluering fra kursdeltakerne har vært svært positive. De opplever at kurset gir praktisk kunnskap med høy relevans for arbeidet som utføres på sykehuset. En studie publisert i 2021 av Eva Saltrø, viste at sykepleiere vurderte at kurset økte deres kommunikasjonskompetanse og medførte endring av egen kommunikasjonspraksis. I tillegg opplevde deltakere det berikende å reflektere over egen arbeidshverdag, felles praksis og ansvar med klinikere fra alle deler av sykehuset. Det styrker opplevelsen av samarbeid og kjennskap til praksis på tvers av yrkesgrupper og seksjoner.

I det sykehuset er én av fem klinikker i Vestre Viken har man hele veien ønsket å dele kunnskap og erfaringer innad i foretaket, blant annet i et internt spredningsprosjekt. Det ble særlig viktig da det ble innført egne kompetansekrav i kommunikasjon for LIS. I dette arbeidet har man blant annet utviklet små undervisningsmoduler som kan benyttes i ulike faggrupper eller møtepunkter.

I dag tilbys Fire gode vaner som et tverrfaglig kurs i fire av fem klinikker i Vestre Viken. Instruktørene har eget nettverk i foretaket, og klinikkene bistår hverandre med instruktører og kursplasser ved behov.



Eva Saltrø, leder for kurs og instruktører på Bærum sykehus.

Foto: Sykepleien/Eivor Hofstad

Alle instruktørene er praktiserende klinikere, noe som beriker undervisningen, men også gjør det krevende å få tilstrekkelig tid til instruktørrollen. Tross gode systemer, felles mandat og forankring i ledelsen vil slike kurs alltid være avhengig av ildsjeler. Undervisning og veiledning i praktisk kommunikasjon krever kompetanse, men også egnethet og evne til å engasjere og begeistre. Ivaretagelse av instruktørene slik at de har tid til å forberede seg til kurs og utvikle egen kompetanse er krevende.

Tilbakemeldingen fra instruktørene er likevel entydig – dette er noe av det morsomste vi gjør i jobben vår. Vi lærer alltid noe nytt når vi holder kurs, og dagene vi tilbringer sammen med deltakerne er meningsfulle og nyttige. Dette vil vi fortsette med!

Fire gode vaner i helsehus



Linda Aimée Hartford
Kvæl, Helsetjeneste-
forskning HØKH på Ahus
og ved CHARM, UiO

God kommunikasjon med vekt på brukermedvirkning bidrar til en smidig overgang fra sykehus til hjem for eldre pasienter. Sykehjemsetaten i Oslo ønsker å forbedre denne kommunikasjonen ved å implementere kursprogrammet Fire gode vaner i helsehusene – en sentral overgangstjeneste i pasientforløpet for eldre personer.

– Medarbeidere i våre helsehus opplever daglig møter med pasienter og pårørende som har ulike behov for kommunikasjon og informasjon. Vi tror at Fire gode vaner vil gi våre medarbeidere økt forståelse for viktigheten av god og informativ kommunikasjon som møter den enkelte pasient og pårørende der de er, og modellen kan være et nyttig verktøy i denne samhandlingen, forteller Mona Kjekshus, spesialkonsulent II, avdeling kvalitet, innovasjon og digitalisering, Sykehjemsetaten.

Hvorfor akkurat Fire gode vaner?

Våren 2023 ble modellen testet ved et helsehus. Bakgrunnen var behovet for økt brukermedvirkning ved innkomst, under oppstartsamtalet, i praksismiljøet og ved utskrivelse. Måltrettet klinisk kommunikasjon var et viktig forbedringsområde. Resultatene fra første kursrunde var positive. Deltakerne rapporterte om bedre kommunikasjon med pasienter, pårørende og kolleger. De ble mer bevisste på kroppsspråk, brukte åpne spørsmål, lyttet aktivt uten frykt for pauser, adresserte følelser og sørget for at informasjonen ble forstått. Modellen kan fremme brukermedvirkning ved å strukturere samtaler rundt det sentrale spørsmålet til den enkelte bruker: Hva er viktig for deg?

Deltakerne på kursene har blitt frikjøpt fra klinisk praksis for å sikre full tilstedeværelse og maksimalt utbytte.

Ferdighetstrening gjennom realistiske rollespill ble opplevd som spesielt nyttig. Slike øvelser har styrket helsepersonells evne til å bruke kommunikasjon som et verktøy for bedre pasientomsorg.

– Vi så allerede forbedringer etter første runde med kurset. Deltakerne var blitt mer bevisste på måten de kommuniserer på, og erfarte hvordan en feil tilnærming i kommunikasjonen påvirker pasientene på en uheldig måte i behandlingen og oppfølgingen under oppholdet, sier Fam Louise Warner, kvalitetssjef Solfjellshøgda helsehus.

Utrulling av Fire gode vaner i helsehus

Med gode tilbakemeldinger fra det første helsehuset, ønsket Sykehjemsetaten å utvide programmet til alle de fire helsehusene i Oslo. I samarbeid mellom Sykehjemsetaten og Center for Habilitation and Rehabilitation

Instruktørene Cathrine Lindbom (fra venstre), Arnstein Finset, Linda Aimée Hartford Kvæl og Ingrid Hyldmo.



Kursdeltakere og instruktører samlet ved kommunikasjonstreningen i sykehjemsetaten i Oslo.

Services and Models (CHARM), ved Universitetet i Oslo, har vi lært opp helsepersonell til selv å kunne holde kurs i Fire gode vaner for egne kollegaer. Dette har vi gjort gjennom to grunnkurs med påfølgende «Train-The-Trainer» kurs. Til sammen ble det utdannet 26 nye instruktører med tverrfaglig profil fordelt på de fire helsehusene.

– Vi har valgt å sertifisere egne instruktører for å kunne tilby kurset regelmessig. Målet er å implementere Fire gode vaner som et varig kommunikasjonsverktøy i helsehusene. Dette krever at vi kan gjennomføre kursene jevnlig, slik at tilstrekkelig antall ansatte får deltatt og kan bruke verktøyet i avdelingen. Kommunikasjon og brukermedvirkning har vært et fokusområde over tid, men vi har manglet et godt kommunikasjonsverktøy, sier Warner.

De ansvarlige for opplæringen, sertifiserte instruktører i Fire gode vaner, har deltatt under de første kursrundene helsehusene har hatt for egne ansatte for å gi innspill, støtte og veiledning. Lederforankring har vært avgjørende i alle ledd av organisasjonen. Deltakerne på kursene har blitt frikjøpt fra klinisk praksis for å sikre full tilstedeværelse og maksimalt utbytte. Det har blitt avholdt egne kurs for leger, og videre er det planlagt eget kurs for avdelingsledere i klinisk helsehuspraksis. Å ta modellen fra sykehus til kommunehelsetjenesten er både nytt og innovativt, og er noe praksisfeltet selv har etterlyst.

Erfaringen vår

Implementeringen av Fire gode vaner er et viktig skritt mot en mer personsentrert helsetjeneste i helsehus. Ved å styrke kommunikasjonen og involveringen av pasienter og pårørende, kan helsepersonell bidra til bedre og mer effektiv omsorg. Dette kan også legge til rette for bedre samhandling både innad i helsehusene og mellom ulike tjenestenivåer.

Følgforskning på implementering av Fire gode vaner i helsehus

Kvæl, L.A.H., Gulbrandsen, P., Werner, A. & Bergland, A. (2024). Implementation of the four habits model in intermediate care services in Norway: a process evaluation. *BMC Health Services Research*, 24(1):1196. doi: 10.1186/s12913-024-11647-z.

Kvæl, L.A.H., Bye, A., Bergland, A. & Fromholt Olsen, C. (2025). Healthcare professionals' experiences of the Four Habits Model communication course: a qualitative and survey approach to evaluate impact in an intermediate care setting. *BMJ Open*, 25(3):e091143. doi: 10.1136/bmjopen-2024-091143.

Erfaring fra tverrfaglig kommunikasjonskurs

– Å se hvordan andre profesjoner kommuniserer, åpner øynene for hvordan vi kan løse problemer forbundet med formidling av viktig informasjon til pasientene.

Slik oppsummerer Nordahl Følling, overlege i Klinik for medisin på Diakonhjemmet sykehus, sin erfaring med kommunikasjonskurs med tverrfaglige deltakere.

Sykepleier Kirsti Haug Selnes ved Kirurgisk sengepost er enig: – Det var nyttig for alle å få et større innblikk i hverandres arbeidshverdag. Både leger og sykepleiere har nok opplevd å måtte oppklare en del for en pasient som har fått mye informasjon, forteller hun.



Sykepleier Kirsti Haug Selnes og overlege Andreas Nordahl Følling er fornøyde med tverrfaglig kommunikasjonskurs.

Summen av informasjon kan skape forvirring

– Det blir mer realistisk når vi trener på flere typer scenarier. Gjennom kurset får vi et nytt syn på at summen av all den informasjonen pasienter mottar under et sykeopphold kan skape forvirring og være vanskelig å forstå. Etter kurset tenker jeg nå på hvordan vi sammen kan gi best mulig sammenhengende og entydig informasjon til pasienten, sier Nordahl Følling. Tverrfaglige kurs åpnet også for læring på tvers av faggruppene i både somatikken og psykisk helsevern.

Rom for refleksjon og konkrete verktøy

– Kurset har vært lærerikt, engasjerende og bevisstgjørende. Det ga rom for refleksjon rundt egen kommunikasjonsstil, og jeg fikk hjelp og innspill til konkrete verktøy for å håndtere både hverdags-situasjoner og krevende møter. Etter kurset er jeg mer bevisst på hvordan små justeringer kan skape en bedre dialog – både med pasienter og i tverrfaglig samarbeid, forteller psykiater Isabella Frisk fra BUP Vest.

– Tverrfaglige kurs gir kanskje større muligheter for at flere blir enda mer bevisst på betydningen av god klinisk kommunikasjon og hvordan man kan bruke ferdighetene man får på kurset i den kliniske hverdagen og i samarbeidet med andre profesjoner. For meg var kurset også en påminnelse om at kommunikasjon er en ferdighet som alltid kan utvikles, sier Frisk.



– Erfaringsutveksling på tvers av fagmiljøer gjør innholdet relevant og praksisnært, og skaper en felles forståelse for viktigheten av god kommunikasjon i helsetjenesten, sier psykiater Isabella Frisk fra BUP Vest (i midten).

Instruktørens erfaringer

Tone Gulli Høivik er anestesilege og jobber på Seksjon for smertebehandling og på Postoperativ seksjon på Kirurgisk Serviceklinikk på Haukeland universitetssykehus. Her deler hun erfaringer som instruktør i Fire gode vaner.



Tone Gulli Høivik

Tone Gulli Høivik er anestesilege ved Seksjon for smertebehandling og ved Postoperativ seksjon på Haukeland universitetssykehus. Her deler hun erfaringer som instruktør i Fire gode vaner.

Kommunikasjon er sentralt i alle møter med pasientene og med de vi ellers samarbeider med. Kommunikasjon må nødvendigvis inneholde noen monologer både fra pasientens side og fra behandleren. Men den gode og hensiktsmessige dialogen dreier seg oftest om noe helt annet – om ordenes makt, ordenes kraft og bevissthet rundt bruken av ord i ulike sammenhenger. Slikt er veldig spennende og interessant, synes jeg.

Spesielt to nyttige verktøy

Av det jeg har lært og faktisk bruker når det gjelder samtaler, står jeg igjen med to spesielt nyttige verktøy i skrinet mitt. Det ene er Fire gode vaner og det andre er motiverende Intervju.

Jeg synes det er meningsfullt som anestesilege å hjelpe pasienter med å lindre smerter. Jeg har stor interesse for og glede av å snakke med pasientene. Man får beskrevet mange typer liv, og pasientene slipper oss nokså ufiltrert tett innpå seg. Ofte blir man ydmyk i møte med mennesker som har opplevd mye vanskelig og bærer tungt i ryggsekken. Likevel står de godt oppreist. Man kan undres over livskraft og motivasjon for å klare vanskelige hverdager der mestring av smerter blir vesentlig for pasienten.

Vane 1 skaper struktur

Skulle jeg trekke fram noen elementer i Fire gode vaner-metoden, er det vane 1 som bidrar til struktur og til at jeg bruker tiden på en god måte. I starten var det uvant å sette en agenda. Men det å spørre pasienten om hva de ønsker å ta opp, og stadig spørre «hva mer?» har gitt et uvurderlig verktøy til å sortere og prioritere hva pasienten og jeg skal bruke tiden på. Det gjør det også lettere å sette grenser på en god måte. Ikke sjelden blir jeg overrasket over at pasienten ønsker å snakke om noe helt annet enn det jeg tenkte ville bli prioritert.

Vane 4 har også endret min praksis

Det andre elementet som har endret min praksis mye er vane 4. Det er så lett å si «høres dette greit ut for deg?», da får man jo ofte et «ja» som ikke nødvendigvis betyr at det vi har snakket om er greit eller forstått. Det å trene på å si: «Nå har vi snakket om mange ting. For at jeg skal være sikker på at jeg har uttrykt meg tydelig, har du lyst til å fortelle hva du sitter igjen med?». Det slutter ikke å overraske meg at pasienter ofte husker lite av det vi har snakket om. Det stemmer veldig godt det jeg lærte på grunnkurset i Fire gode vaner, og det jeg lærer bort, at det ofte bare er tre-fire ting som sitter. Da blir det også viktig at jeg har gjort en prioritering av hva det er som er viktigst at pasienten husker når vi oppsummerer til slutt.

Slår et slag for tverrfaglighet

Jeg synes det er både morsomt og givende å være instruktør på kursene. Det er spennende med nye grupper hver gang. Erfaringen vår er at det er bra å være to instruktører som kjenner hverandre godt når vi holder kurs. På Haukeland sykehus har vi hele tiden hatt tverrfaglige kurs. Jeg har erfart at kurset er veldig nyttig og hensiktsmessig uansett faglig bakgrunn og at det gir enormt god læring på tvers av yrkesgrupper og erfaringsgrunnlag. Vi jobber jo ofte som team. Så jeg slår et slag for tverrfaglighet, og synes at det godt kan være variasjon i alder og erfaring blant kursdeltakerne.

Ressurser og rammer for å fortsette med denne formen for kommunikasjonstrening er en pågående diskusjon, både oppover i sykehusledelsen og ut til hver enkelt enhet eller avdeling som må legge til rette for oss travle klinikere slik at vi kan fortsette å vedlikeholde kompetansen som kursinstruktører og å gjennomføre kurs.

Kommunikasjon også med kolleger

Pål Gulbrandsen og Ingrid Hylmo

Fire gode vaner som rammeverk for trening for leger i supervisjon og veiledning.

I 2017 ble spesialistutdanningen av leger forskriftsfestet, og et stort ansvar ble lagt til helseforetakene. Det ble blant annet besluttet at videreutdanningen skulle inneholde læringskrav til kompetanseheving i kommunikasjon, supervisjon og veiledning. Med bakgrunn i våre erfaringer med Fire gode vaner var veien ikke lang til ideen om å bruke prinsippene for samtaler med pasienter til et nytt nivå: samtaler erfarne leger har med leger under utdanning.

Ideen ble presentert for Regionalt utdanningssenter i Helse Sør-Øst, som i 2018 nedsatte en tverrfaglig arbeidsgruppe med erfaring fra undervisning, prosedyretrening, veiledning, gruppeveiledning, kommunikasjonstrening og klinisk arbeid.

Likheten mellom samtaletypene er større enn man skulle tro. Begge typer samtaler er asymmetriske av natur, det vil si at den ene personen har mer makt enn den andre. Samtidig er begge samtalerne orientert mot å gi helsehjelp. Men i den medisinske verden har pedagogisk opplæring historisk sett ikke hatt forrang. Mester-svenn-læring har vært regelen, og det var tilfeldig om mesteren hadde gode samtaleevner og kjente prinsipper for veiledning. Arbeidsgruppen kom derfor raskt fram til at siden sosial læring er så kraftfull, ville det kanskje være mulig å slå to fluer i ett smekk: hvis erfarne leger benytter gode kommunikasjonsprinsipper når de veileder og superviserer, vil de som er i spesialistutdanning kunne oppleve effekten av disse prinsippene på seg selv i en svakere posisjon. Da vil det bli enklere for dem å benytte de samme prinsippene i klinisk arbeid.

Støttet av fagdirektørmøtet i regionen ble det opprettet et regionalt tilbud, der helseforetakene kan sende motiverte og erfarne klinikere til kursprogrammet, som så kan formidle kunnskapen videre lokalt. Når de holder lokale kurs, blir de supervisert av underviserne i det regionale kursprogrammet. Programmet har nå vært gjennomført siden 2019, og har blitt en suksess. Det er nå stor etterspørsel fra helseforetak også utenfor regionen.

Les mer: Gulbrandsen, P., Hylmo, I., Fossum, I. S., Seip, B., Øyen, L. A. & Owen T. (2020). En effektiv og trygg vei til bedre spesialistutdanning i sykehus? *Tidsskrift for Den norske legeforening*, 140(2), doi: 10.4045/tidsskr.19.0639

Nettverkssamlinger for videreutvikling av Fire gode vaner

Ingrid Hylmo og Heidi Skutlaberg

Fra 2014 hadde Diakonhjemmet sykehus ansvar for nettverkssamlinger for de sykehusene som holder Fire gode vaner-kurs. Hensikten har vært erfaringsdeling med implementering av kursene og å få drøftet ulike grep i undervisning og ferdighetstrening. På første samling var det tre sykehus som deltok, mens det på den siste samlingen var 34 deltakere fra 11 sykehus. Som nevnt er det 18 sykehus som

nå holder kurs i Fire gode vaner.

I 2024 tok Ahus over stafettpinnen og holdt sin første nettverkssamling. Tilbakemeldinger viser at det er verdifullt å samles og at det kan være behov for utvidete samlinger der alle kursinstruktører kan møtes. Det er også et ønske om flere «train the trainers»-kurs (TTT), da det stadig er behov for å lære opp nye instruktører.

Både Diakonhjemmet sykehus og Ahus har kompetanse til å lære opp egne instruktører og har bistått andre sykehus med en slik opplæring. De har også bidratt til å lære opp instruktører til å holde TTT-kurs. Bærum sykehus arrangerte høsten 2025 sitt første TTT-kurs, og de involverte der har også reist rundt til sykehus med behov for opplæring og hjelp til oppstart av Fire

På VID lærer studentene fire gode vaner fra start av

Diakonhjemmet sykehus og VID vitenskapelige høgskole startet i 2017 et samarbeidsprosjekt med mål om å forbedre kommunikasjonsferdigheter hos sykepleierstudenter.

Prosjektet integrerte elementer fra modellen Fire gode vaner i kommunikasjonstreningen, slik at sykepleierstudenter kunne bli kjent med den samme kommunikasjonsmodellen som sykepleiere og leger bruker når de snakker med pasienter. Samarbeidet innebar at ansatte fra høgskolen deltok på kommunikasjonskurs med Fire gode vaner ved sykehuset, samtidig som undervisningen på VID brukte elementer fra modellen. Undervisningen ble praksisnær, med relevante case, og ferdighetstrening ble knyttet til elementer av “Fire gode vaner.” Målet var å skape en felles forståelse av kommunikasjon i helsetjenesten.

Prosjektet ble initiert for å gi sykepleierstudenter trening og kunnskap om kommunikasjon i møte med pasienter, som er en viktig del av sykepleieyrket. God kommunikasjon er avgjørende for at pasientene skal føle seg ivare tatt og kunne håndtere sine helseproblemer. Gjennom innføringen av elementer av Fire gode vaner ønsket vi å gi studentene de nødvendige ferdighetene mens de ennå er under utdanning, noe som også vil kunne forbedre pasientopplevelsen i sykehuset når studentene er i praksis.

Elementene fra Fire gode vaner ble tilpasset som et kommunikasjonsverktøy i undervisningen for sykepleierstudenter, med særlig vekt på de fire sentrale prinsippene: å investere i begynnelsen av samtalen, å utforske pasientens perspektiv, å vise empati, og å investere i avslutningen av sam-



Jørghild Jensen
Fagsjef kompetanse i Avdeling organisasjon og personell på Diakonhjemmet sykehus, førsteamanuensis VID vitenskapelige høyskole.

talen. Undervisningen vektla disse prinsippene spesielt i første og andre studieår.

Sykepleierstudentene rapporterte om positive erfaringer, de lærte mer om hvordan de kunne stille spørsmål for å få pasientene til å åpne seg, og hvordan de kunne strukturere samtaler for bedre informasjonsheving. Studentenes positive tilbakemeldinger gjør at undervisningen i kommunikasjon for sykepleierstudenter fortsatt bruker elementer av Fire gode vaner som et gjennomgående tema i bachelorutdanningen ved VID vitenskapelige høgskole.

gode vaner.

Ønsket framover er å fortsette med årlige nettverkssamlinger, utvide TTT-tilbudet og ha en kanal for å dele materiell og erfaringer for alle som driver Fire gode vaner-kurs. Denne kanalen ble opprettet som en teams-kanal sommeren 2025 og heter “Nasjonalt nettverk for 4 Gode vaner”. Generelt | AHUHF-X-4 Gode vaner - Klinisk kommunikasjon | Microsoft Teams

Pilotprosjektet i 2014. Kursinstruktører fra Diakonhjemmet sykehus, Bærum sykehus og Sykehuset i Vestfold samlet til fagdag sammen med prosjektlederne og professor Arnstein Finset (sittende helt til venstre).



Foto: Nikolai Purnan/Diakonhjemmet sykehus

Nyttig litteratur

Forskning på klinisk kommunikasjon

Forsey, J., Ng, S., Rowland, P., Freeman, R., Li, C. & Woods, N. N. (2021). The basic science of patient-physician communication: A critical scoping review. *Academic Medicine*, 96(11S):S109-S118. doi: 10.1097/ACM.0000000000004323.

Gerwing, J., Steen-Hansen, J. E., Mjaaland, T., Jensen, B. F., Eielsen, O., Thomas, O. M. T & Gulbrandsen P. (2021). Evaluating a training intervention for improving alignment between emergency medical telephone operators and callers: a pilot study of communication behaviours. *Scandinavian Journal of Trauma, Resuscitation and Emergency Medicine*, 29(1):107. doi: 10.1186/s13049-021-00917-y.

Greene J. & Ramos C. (2021). A mixed methods examination of health care provider behaviors that build patients' trust. *Patient Education and Counseling*, 104(5), 1222–1228.

Gulbrandsen, P., Jensen, B. F. & Finset, A. (2009). Endring i mestringstillit hos sykehusleger etter kurs i klinisk kommunikasjon. *Tidsskrift for Den norske legeforening*, 129(18), 2343–2346.

Gulbrandsen, P., Lindstrøm, J.C., Finset, A. & Hall, J. A. (2020). Patient affect, physician liking for the patient, physician behavior, and patient reported outcomes: A modeling approach. *Patient Education and Counseling*, 103(6), 1143–1149.

Hall, J. A, Schwartz, R., Duong, F., Niu, Y., Dubey, M., DeSteno, D. & Sanders J. J. (2021). What is clinical empathy? Perspectives of community members, university students, cancer patients, and physicians. *Patient Education and Counseling*, 104(5), 1237–1245.

Jensen, B. F., Gulbrandsen, P., Dahl, F. A., Krupat, E., Frankel, R. M. & Finset, A. (2010). Effectiveness of a short course in clinical communication skills for hospital doctors: results of a crossover randomized controlled trial. *Patient Education and Counseling*, 84(2), 163–169.

Moore, P. M., Rivera, S., Bravo-Soto, G. A., Olivares, C. & Lawrie, T. A. (2018). Communication skills training for healthcare professionals working with people who have cancer. *Cochrane Database Systematic Review*, 7(7):CD003751. doi: 10.1002/14651858.

Frankel, R. M. & Krupat, E. (2005). Enhancing clinical communication skills in a large healthcare organization: a longitudinal case study. *Patient Education and Counseling*, 58(1), 4–12.

Stensrud, T. L., Gulbrandsen, P., Mjaaland, T. A., Skretting, S. & Finset, A. (2014). Improving communication in general practice when mental health issues appear: Piloting a set of six evidence-based skills. *Patient Education and Counseling*, 95(1), 69–75.

Talen, M. R., Grampp, K., Tucker, A. & Schultz, J. (2008). What physicians want from their patients: Identifying what makes good patient communication. *Families, Systems, & Health*, 26(1), 58–66.

Zimmermann, C., Del Piccolo, L. & Finset, A. (2007). Cues and concerns by patients in medical consultations: a literature review. *Psychological Bulletin*, 133(3), 438–463.

Forskning på implementering

Fixen, D.L., Blase, K.A., Naom, S.F. & Wallace, F. (2009). Core implementation components. *Research of Social Work Practice*, 19(5), 531–540.

Kvæl, L. A. H., Gulbrandsen, P., Werner, A. & Bergland, A. (2024). Implementation of the four habits model in intermediate care services in Norway: a process evaluation. *BMC Health Services Research*, 24(1), 1196. <https://doi.org/10.1186/s12913-024-11647-z>

Fire gode vaner

Frankel, R. M., Stein, T. & Krupat, E. (2003). *The four habits approach to effective clinical communication*. Oakland, CA: The Kaiser Permanente Medical Group. Physician Education and Development. Bearbeidet for norske forhold av Finset, A., Gulbrandsen, P. & Westgaard, E. E. (2007).

Gulbrandsen, P. & Finset, A. (2019). *Skreddersydde samtaler – en veileder i medisinsk kommunikasjon* (2. utg.). Gyldendal Akademisk.

Gulbrandsen, P., Hyldmo, I., Fossum, I. S., Seip, B., Øyen, L. A. & Owen T. (2020). En effektiv og trygg vei til bedre spesialistutdanning i sykehus? *Tidsskrift for Den norske legeforening*, 140(2), doi: 10.4045/tidsskr.19.0639

Gulbrandsen, P., Krupat, E., Benth, J.S., Garratt, A., Safran, D.G., Finset, A. & Frankel, R. (2008). «Four habits» goes abroad: Report from a pilot study in Norway. *Patient Education and Counseling*, 72(3), 388–393.

Hyldmo, I., Fjerstad, E., Bragason, Á., Husby, A., Lang, N., Ranhoff, A. H., Ødegård, S. & Finset, A. (2014). Kommunikasjon som verktøy i klinisk hverdag. *Tidsskrift for Den norske legeforening*, 134(11), 1925–1926.

Kvæl, L. A. H., Bye, A., Bergland, A. & Olsen, C. F. (2025). Healthcare professionals' experiences of the Four Habits Model communication course: a qualitative and survey approach to evaluate impact in an intermediate care setting. *BMJ Open*, 15, e091143. doi: 10.1136/bmjopen-2024-091143

Her finner du opplæringsmaterieill og kurs:

Kursmaterieill for Fire gode vaner-kursene er samlet på [Diakonhjemmet sykehus.no](https://diakonhjemmet.no)
søk: opp Fire gode vaner

På Akershus universitetssykehus er det produsert undervisningsfilmer om hver vane. Disse filmene er tilgjengelige for alle som holder Fire gode vaner-kurs. Filmene er nå under revisjon, og det er forventet at de nye filmene er ferdige høsten 2026. Filmene kan du få tilgang til ved å kontakte:
Fellesmail.Avdeling.kompetanse.og.utdanning@ahus.no eller heidi.skutlaberg.wiig@ahus.no



Kommunikasjon som verktøy

God klinisk kommunikasjon mellom helsepersonell og pasienter bidrar positivt både til behandlingsresultater og pasientens opplevelse av helsehjelpen. Helsepersonells evne til kommunikasjon kan bedres gjennom systematisk kommunikasjonstrening.

Denne håndboken beskriver erfaringene med kommunikasjonstrening ved flere norske sykehus og helsehus. Den beskriver implementering av det evidensbaserte kommunikasjonsprogrammet Fire gode vaner. Håndboken gir en praktisk innføring i metoden og steg for steg-opplæring for sykehus og andre institusjoner som selv ønsker å ta ansvar for klinisk kommunikasjonstrening.

Denne utgaven er en revisjon av et hefte Diakonhjemmet sykehus ga ut i 2015

Stiftelsen Dam har støttet dette arbeidet.



Diakonhjemmet
sykehus



AKERSHUS UNIVERSITETSSYKEHUS



Oslo