

Evidens for apotekspraksis

Litteraturgennemgang om kommunikation mellem patienter og sundhedsprofessionelle over telefon

Af Mira El-Souri og Charlotte Verner Rossing

Hvordan kommunikerer sundhedsprofessionelle med patienter i telefon? Og hvordan sikrer de patientcentrering og -involvering?

– Det kan du læse om i denne artikel.

Opsummering

Under COVID-19-pandemien blev meget kommunikation mellem patienter og sundhedsprofessionelle digital. Denne tendens fortsætter, da både patienter og sundhedsprofessionelle finder det hensigtsmæssigt.

Der er derfor behov for at forstå, hvordan apoteksmedarbejdere kan møde kunderne, når mødet ikke er fysisk. Læs mere om mentalisering på apotek [her](#).

Formålet med denne artikel er at undersøge, hvordan sundhedsprofessionelle kommunikerer med patienter over telefon, og hvordan de sikrer, at kommunikationen er centreret omkring patienten. Artiklen er baseret på en litteraturgennemgang og her er hovedresultaterne.

Formen på telefonsamtaler

Telefonkonsultationer er typisk kortere og indeholder mindre dataindsamling og mindre relationsskabende aktiviteter end fysiske konsultationer.

Faserne i telefonkonsultationer omfatter typisk, at den sundhedsprofessionelle:

- etablerer kontakt med patienten, hvorefter patienten præsenterer problemet
- vurderer alvoren af problemet
- opretter eller opdaterer patientens journal
- indsamler medicinsk information

- giver rådgivning eller henviser til andre sundhedsprofessionelle
- afslutter samtalen med ønsker om god bedring og afskedshilsen.

Det konkluderes at telefonkonsultation og fysiske konsultationer kan ikke erstatte hinanden.

Telefonkonsultationer er sikrest, når de handler om *opfølgning med patienten*, og *ved kroniske lidelser, hvor diagnosen allerede er kendt*.

Patientcentrering

Graden af patientcentrering og patientinvolvering er ens i fysiske møder og telefonkonsultationer, men telefonkonsultationer indeholder mindre rådgivning og relationsopbygning.

Patienter har mulighed for at bidrage til samtalefokus i telefonkonsultationer, men det sker ofte senere i samtalen.

Lukkede spørgsmål kan skabe vanskeligheder i interaktionen mellem sundhedsprofessionel og patient.

De sundhedsprofessionelle kan præsentere behandlingsmuligheder på forskellige måder. Kommunikationen er dog mest patientcentreret, når den sundhedsprofessionelle præsenterer de forskellige behandlingsmuligheder uden at selekttere eller prioritere dem.

Empati

Empati er vigtigt i rådgivningssituationer, men skal balanceres for ikke at fylde for meget og hæmme problemløsningen.

Smil og latter kan høres i telefonsamtaler og skal tolkes ud fra konteksten. De bruges af den sundhedsprofessionelle til at anerkende den foregående latter og vise morskab. Desuden kan smil også bruges til at vise tilknytning til det sagte, når det sagte præsenterer noget potentielt sårbart og/eller problematisk.

Modeller som VALUE og PLACE fremmer en empatisk og patientcentreret tilgang, der skaber tillid, styrker relationen mellem den sundhedsprofessionelle og patienten og understøtter fælles beslutningstagning (læs om disse modeller under resultater).

Virkemidler i telefonkonsultationer

Telefonkonsultationer, der opleves som støttende af patienter, er kendetegnet ved tillid, informationsdeling og respekt mellem parterne. Patientens compliance øges, når den sundhedsprofessionelle udtrykker og viser samarbejdsvilje.

Man kan bruge lyttemarkører (fx ja, hmm, okay) og kontrollerer forståelse for at vise interesse og dermed at man lytter.

Hvis patienten kommer med indvendinger, kan den sundhedsprofessionelle håndtere dem på forskellige måder:

- Anerkende indvendingen, før de går videre med rådgivningen ved fx at sige "det kan jeg godt forstå".
- Understrege vigtigheden af at finde en løsning på patientens problem sammen.
- Foreslå andre måder at følge den anbefalede løsning.
- Fokuser på den del af problemet, som kan afhjælpes.
- Tale med patienten om de udfordringer der kan være ved den sundhedsprofessionelles løsning og støtte patienten i at håndtere dem.

Konklusion

Litteraturgennemgangen viser, at telefonkonsultationer er velegnede til mindre komplekse problemer og opfølgning, og giver færre muligheder for patientcentrering end fysiske konsultationer.

For at øge patientcentrering, kan du som sundhedsprofessionel forbedre dine spørgsmålsteknikker og din præsentation af de forskellige behandlingsmuligheder og du kan øge din fokus på at få patientens bidrag. Alt dette kan styrke patientcentrering i telefonkonsultationer.

Empati og brug af vokale signaler som smil og latter er vigtige redskaber i telefonkonsultationer.

Du kan dykke ned i litteraturgennemgangens baggrund, metode og resultater her.

Baggrund

De senere år, og specielt under COVID-19-pandemien, overgik meget kommunikation mellem patient og sundhedsprofessionel til videokonsultationer, telefon eller mail. Denne tendens er fortsat, da både patienter og sundhedsprofessionelle har fundet ud af, at disse måder at kommunikere på i nogle tilfælde kan være hensigtsmæssige.

Arbejdet med mentalisering på apotek fokuserer på det fysiske møde, og hvordan apotekspersonalet lykkes bedre med at møde kunderne hvor de er. Det har vist sig at handle om at være opmærksom på, hvordan der verbalt og nonverbalt kommunikerer, hvilket er muligt, når man mødes fysisk på et apotek.

Men hvordan sikrer apoteksmedarbejdere at møde kunderne hvor de er ved ikke-fysiske møder, hvor kunder og apoteksmedarbejdere ikke kan se hinanden? Det mangler vi at vide.

Formålet med denne litteraturgennemgang er at afdække, hvordan sundhedsprofessionelle kommunikerer med patienterne skriftligt eller pr. telefon, herunder hvordan de sikrer patientcentrering, og hvilke tegn, de sundhedsprofessionelle skal være særligt opmærksomme på.

I denne artikel finder du resultaterne, som omhandler telefonsamtaler mellem patienter og sundhedsprofessionelle.

Metoden, herunder søgestrategi, inklusions- og eksklusionskriterier og flow for udvælgelse af litteraturen, kan du finde i bilag 1.

Resultater

Formen på telefonsamtaler

Telefonkonsultationer er typisk kortere og indeholder mindre relationsskabende elementer end fysiske konsultationer

Et britisk studie fra 2010 undersøgte forskellen mellem telefonrådgivning og ansigt-til-ansigt-rådgivning gennem en analyse af optagelser (2).

Graden af patientcentrering og patientinvolvering var ens i de to konsultationstyper. Målet for verbal dominans, dvs. hvor meget lægen fyldte i samtalen i forhold til patienten, var også ens ved de to konsultationstyper (2).

Telefonkonsultationer var dog kortere, fremstillede færre problemer og inkluderede mindre dataindsamling, indeholdt mindre rådgivning og færre relationsskabende elementer, som personlige bemærkninger, latter, bekræftelse, empati, bekymring og anerkendelse end fysiske konsultationer. Det indikerer, at fysiske konsultationer er mere indholdsrige (2). Artiklen diskuterer baggrunden for, at telefonkonsultationer er kortere end fysiske konsultationer. På den ene side kunne det være fordi patienter vælger telefonkonsultationer, når årsagen til henvendelsen ikke er så komplekst, og konsultationen derfor ikke tager så lang tid. På den anden side kunne det skyldes, at fysiske konsultationer åbner muligheden for at samtalen kan udvikle sig i flere retninger end ved telefonkonsultationer, og at der er større mulighed for at komme ind på flere problemer samtidig (2).

Telefonkonsultationer blev vurderet til at indeholde signifikant mindre information til at kunne bekræfte eller afkræfte en diagnose end ved fysiske konsultationer. Ellers blev de to konsultationstyper vurderet til at være lige sikre. Artiklen konkluderer derfor, at konsultationstyperne ikke kan erstatte hinanden, og at telefonkonsultationer er sikrest, når det handler om opfølgning med patienten, og ved kroniske lidelser, hvor diagnosen allerede er kendt (2).

Størstedelen af patienterne var enten tilfredse eller meget tilfredse med både telefonkonsultationerne (97 %) og de fysiske konsultationer (90 %) – herunder også med

ventetiden, lægens tilgang, kvaliteten af rådgivningen og den behandling, de modtog. Størstedelen af lægerne var også enten tilfredse eller meget tilfredse med både telefonkonsultationerne (85 %) og de fysiske konsultationer (87 %) (2).

Faserne i telefonkonsultationer mellem patient og sundhedsprofessionel

Et australsk studie fra 2017 afdækker de måder, hvorpå rådgivning leveres på distance via opkald til en hjælpelinje besvaret af sygeplejersker. Studiet har kortlagt faserne i telefonsamtalen (1).

Åbning

Åbningen omfatter, at sygeplejersken etablerer en kontakt med patienten, inden det første emne i opkaldet begynder. Det kan være ved at udveksle hilsner, som typisk foregår, hvis sygeplejersken og patienten kender hinanden på forhånd. Hvis de ikke kender hinanden, er det typisk, at sygeplejersken gengiver følgende tre elementer: 1) identifikation af den institution, sygeplejersken tilhører, 2) identifikation af sygeplejersken selv og 3) tilbud om hjælp og støtte. Patientens svar er typisk enten 1) at besvare sygeplejerskens hilsen og derefter at præsentere problemet, der ringes om, eller 2) direkte at præsentere det problem, de ringer om (1).

Årsag til opkaldet

Årsagen til opkaldet bliver præsenteret af patienten. Det gøres lidt forskelligt, alt efter om det er et kendt problem, fx kendt sygdom eller et ukendt problem, fx nye symptomer (1).

Sikkerhedstjek

Næste trin er et sikkerhedstjek, hvor sygeplejersken vurderer, om der er tale om et alvorligt problem eller skade. Det er lettere at lave et sikkerhedstjek ved fysisk fremmøde, da mange alvorlige symptomer vil være synlige. Ved telefonkonsultationer med patienten foretages sikkerhedstjekket ved at stille patienten nogle spørgsmål, som typisk er standardspørgsmål, der skal stilles inden samtalen fortsætter (1).

Oprettelse/opdatering af patientjournal

Dernæst åbner eller opretter sygeplejersken patientens journal, hvor der gives en række oplysninger om patienten, herunder sygehistorie

og adgang til en række kommunikationskanaler til akutte funktioner, hvis der opstår behov for det. Både dette trin og det foregående præsenteres til patienten som en nødvendighed, inden de kan komme videre i samtalen (1).

Indsamling af relevant information

Herefter indsamler sygeplejersken mere information gennem åbne og lukkede spørgsmål for at afdække problemet, opkaldet drejer sig om. Der kan ikke foretages fysisk undersøgelse af patienten som ved fysisk fremmøde, men sygeplejersken kan fx bede patienten om at bevæge sig på en bestemt måde og så spørge, om det fremprovokerer smerte. På den måde bliver sygeplejersken klogere på, hvad problemet drejer sig om. Når der er indsamlet nok information til at kunne identificere problemet, rådgives patienten (1).

Rådgivning

Sygeplejersken kan alt efter patientens behov henvise patienten til akutmodtagelsen, alment praktiserende læge, lægevagten eller giftlinjen, eller give rådgivning om egenomsorg.

Sygeplejersken vurderer fra gang til gang, om rådgivningen, der gives, kun er anbefalinger og forslag til handling, eller noget patienten akut skal handle på (1).

Afslutning

Afslutning af en fysisk konsultation kan være kompleks, med overvejelser både hos patient og sundhedsprofessionel om fx at rejse sig og gå eller blive siddende og med mulighed for at blive stillet flere spørgsmål og åbne flere emner. Herimod viste studiet, at det var forholdsvis nemt at afslutte en telefonisk rådgivning. De afsluttende sætninger involverede typisk ønske om god bedring fra sygeplejersken, tak fra patienten og udveksling af afskedshiilen (1).

Hvad tak ved afslutningen af samtalen eller mangel på samme kan indikere

I et britisk studie fra 2017 blev det undersøgt, hvilken rolle det at sige tak spillede i afsluttende sekvenser af telefonopkald mellem patienter og ansatte i receptionen i en lægepraksis (3).

At sige tak bruges til enten at holde en samtale i gang eller afslutte den og dermed markere, at samtalen er afsluttet. Ved at vente med at sige tak giver patienten plads til en form for opsummering eller konkretisering af de aftaler, der er indgået i samtalen. Hvis patienten slet ikke siger tak, kan det være en måde at vise utilfredshed på (3).

Det var ofte patienter, der sagde tak, men receptionisterne gjorde det også i cirka 1/5 af opkaldene (3).



Patientcentrering

Udfordringer ved brug af lukkede spørgsmål ved visitation via telefonopkald

Et hollandsk studie fra 2020 undersøgte interaktionelle problemer ved at bruge enten/eller spørgsmål i samtaler, hvor patienter ringer ind uden for den normale åbningstid med ubehag i brystet (4).

Sygeplejerskerne bruger et beslutningsværktøj under disse telefonopkald. Værktøjet opfordrer sygeplejerskerne til at stille enten/eller-spørgsmål, fx "føler du dig svedig?", "har du kvalme eller er koldsvedig?" (4).

Gennem analyse af opkaldene blev der identificeret to kategorier af enten/eller-spørgsmål, der kunne forårsage interaktionelle vanskeligheder under samtalen:

1. Når spørgsmål er dårligt formuleret af sygeplejersken
2. Når patientens problemer er tvetydige, fordi vedkommende ikke kan sætte ord på dem (4).

For at optimere interaktionen, anbefaler forfatterne derfor at:

- Vedr. 1: Støtte sygeplejerskerne med tydelige, korte spørgsmål og tydelige, utvetydige svarmuligheder i beslutningsværktøjet
- Vedr. 2: Anbefal sygeplejersken først at stille åbne spørgsmål og derefter enten/eller-spørgsmål, hvilket kræver en anderledes opbygning af værktøjet. Når der gives mere plads til samtalen, får patienten bedre mulighed for at beskrive og præcisere de oplevede symptomer (4).

Forfatterne argumenterer, at selv i akutte samtaler er det helt klart en fordel at give plads til at patienten kan sætte ord på sine symptomer (4).

Præsentation af behandlingsmuligheder for patienten i telefonkonsultationer

Et britisk studie fra 2020 havde til formål at undersøge, hvordan læger præsenterer behandlingsmuligheder for patienter i telefon (5).

Ved analyse af 66 optagede telefonkonsultationer blev der fundet tre måder at præsentere valgmuligheder på:

- 1) Præsentation af én enkelt behandling
- 2) Præsentation af alternative behandlinger som svar på modstand fra patienten på den førstnævnte behandling
- 3) Parallel præsentation af flere mulige behandlinger (5).

Nogle af lægerne indikerede, at der kunne være flere valgmuligheder, men tilbød kun én mulighed, medmindre patienten tøvede eller kom med indsigelser (5).

For at fremhæve visse behandlingsmetoder over andre brugte lægerne forskellige sproglige strategier, bl.a. at anbefale en bestemt mulighed ved at fremhæve den som standardpraksis eller populær eller at "reklamere" for den (5).

Der bør skelnes imellem, at 1) patienten vælger at acceptere eller afslå et tilbud og 2) at patienten vælger én blandt en række muligheder (5). Når der kun præsenteres én mulighed for patienten, er det lægen, der driver beslutningsprocessen (5).

Den mest åbne måde at præsentere mulighederne på er at præsentere patienten for

mulighederne parallelt, hvilket kommer nærmest en patientcentreret tilgang (5).

Lægerne præsenterede ofte det mindst ressourcekrævende tilbud først, og deres præsentation af muligheder kan derfor afhænge af hensyn til egen praksis (5).

Det er problematisk, at det ofte kun er patienter, der viser modstand eller tøver over for den først foreslåede behandling, der får tilbudt alle behandlingsmuligheder (5).

Patientinddragelse ved telefonkonsultationer

Sundhedskompetence refererer til patienternes evne til aktivt at bidrage til og deltage i deres egen konsultation og behandlingsproces. Det indebærer, at patienterne har en stemme, kan stille spørgsmål, udtrykke bekymringer og være med til at træffe beslutninger om deres egen behandling.

Det er vigtigt at give patienterne mulighed for dette, ved at de sundhedsprofessionelle sikrer, at patienterne føler sig hørt og taget alvorligt. Det kan føre til bedre behandlingsresultater og øget tilfredshed med sundhedsydelserne. I konteksten af telekonsultationer betyder det, at patienterne, trods de begrænsninger, der måtte være, stadig har mulighed for at påvirke samtalen og deltage aktivt ligesom ved fysiske konsultationer (6).

I et australsk studie fra 2022 blev optagelser af 15 telekonsultationer, som gennemsnitligt varede seks minutter og 31 sek., analyseret ved en konversationsanalyse. Optagelserne var mellem i alt tre professionelle og 14 patienter. Analysen fokuserede på patienternes muligheder for at bidrage til agendaen i telefonkonsultationerne (6).

Det var oftest patienterne selv, der tog initiativ til at bidrage til agendaen i telefonkonsultationerne. Kun i to ud af 15 konsultationer gav lægerne patienten en eksplicit mulighed for at bidrage til agendaen udover den indledende præsentation af problemet (6).

Selvom lægerne ikke så ofte giver patienterne mulighed for at bidrage til agendaen i konsultationen, var det muligt for patienterne at initiere og bidrage til både den kliniske og den

interaktionelle agenda. Det svarer til fysiske konsultationer (6).

Forskerne anbefaler lægerne selv at skabe muligheder, fx ved at spørge "har du andre bekymringer i dag?" i starten og afslutte med "hvilke spørgsmål har du?", da det ikke kræver så meget af lægen (6).

Mindre patientcentrering i telefonkonsultationer end fysiske konsultationer

Et britisk studie fra 2006 beskriver telefonkonsultationer ved analyse af 43 konsultationer i almen praksis ud fra RIAS (7). RIAS er den mest anvendte metode til kodning af samtaler om medicin, herunder telefonsamtaler (13) – se bilag 2.

Der blev fundet seks typer af interaktion i konsultationerne: kontakt, dataindsamling, patientuddannelse og -rådgivning, opbygning af partnerskab, lægedominans, patientcentrering (7).

Konsultationerne indeholdt mere biomedicinsk informationsudveksling end kommunikation om patientens behov, ønsker og følelser. Lægerne brugte meget oftere lukkede end åbne spørgsmål. Tilgangen i telefonkonsultationer lod til at være mindre patientcentreret og mere lægedomineret end i fysiske konsultationer (7).

Empati

At bruge empati i rådgivningssituationer

Tidligere samtaleanalytiske studier har afdækket brug af empati i interaktionen mellem mennesker. Disse studier viste, at de professionelle udviste empati i sproget, ikke kun til at validere patientens bekymring, men også til fx at afslutte en længere sekvens om bekymringer i samtalen og gå videre i samtalen (8).

Et hollandsk studie fra 2018 præsenterer en analyse af empatiske svar i 36 opkald fra Alkohol- og Narkotikalinjen. Nogle af opkaldene omfatter bekymringer hos patienten. Rådgivere reagerer ved hjælp af udtryk, der viser empati, fx "det kan jeg forestille mig" og "det forstår jeg". Analysen viser, at disse svar åbner for rådgivningssekvenser, der varierer afhængigt af,

om rådgiverne opfatter patientens udtrykte følelser som gyldige. De fleste opfatter patientens følelser som grundlag for rådgivning, mens nogle gør det i mindre omfang, men i stedet sætter patientens følelser i perspektiv eller implicit sætter spørgsmålstejn ved deres legitimitet (8).

Der var tre temaer vedrørende brug af empati i rådgivningen:

- Anerkendelse af patientens følelser
- At perspektivere det præsenterede problem
- (Negative) følelser hos patienten står i vejen for rådgivning (8).

Når rådgiveren svarer med fx et empatisk "ja, det kan jeg forestille mig" eller lignende, signalerer rådgiveren, at patientens udtrykte følelser bekræftes, og det kan medføre en bestemt retning i rådgivningen. Men der er også et dilemma vedrørende empati i rådgivning: Hvordan kan rådgiveren vise empati med patienten uden også at fuldt ud legitimere de negative følelser, som nogle gange kan pege i en anden retning end rådgiverens anbefaling?

Derfor synes der at være en friktion mellem empati og rådgivning. Fuldstændig tilslutning til (negative) følelser indebærer at hævde, at "du har ret til at have disse følelser", hvilket kan blokere for en problemløsning eller forværre bekymringerne. Overordnet set ser det ud til, at det at vise empati i rådgivningssituationer er et ekstremt kraftfuldt værktøj, som professionelle helst skal vide, hvordan de kan bruge i rådgivningen (8).

Brug af smil og latter i telefonsamtaler kan have forskellige betydninger

Personer i ansigt-til-ansigt-interaktion kan kommunikere nonverbalt, hvilket de ikke kan over telefonen. Latter og lattersekvenser er gode kandidater til en sammenligning mellem ansigt-til-ansigt- og telefoninteraktioner. Latter er et fænomen, der kombinerer forskellige elementer: vokale udtryk, ansigtsudtryk (fx smil) og kropsbevægelse (fx at ryste overkroppen). Således opfattes latter både auditivt og visuelt (9).

Analysen af brugen af smil i stemmen i en række uddrag af telefonsamtaler i et finsk studie viste, at smil også kan være et vokalt fænomen, som

derfor også er kan høres i telefonsamtaler. Eksemplerne på telefonsamtaler viste nogle måder, hvorpå smil kan fungere (fx ved at starte en samtale på en venlig måde). Desuden blev det påpeget, at smil ofte synes at forekomme sammen med latter, men ikke altid (9).

I dette studie er anvendelser af smil i ansigt-til-ansigt-interaktion og i telefonsamtaler analyseret med fokus på tilfælde, hvor smil bruges i forbindelse med latter (9).

Det blev vist, at taleren ved at smile kan vise sin orientering mod en humoristisk eller venlig interaktion og overlade det til modtageren at beslutte, hvilken handling der skal tages efterfølgende. Modtageren kan vælge derefter at lede interaktionen fx i retning af latter. Smil kan også bruges som en reaktion på latter (9).

Smil kan have forskellige funktioner og følelsesmæssige betydninger. For eksempel kan det bruges til at anerkende den foregående latter og vise morskab. Desuden kan smil også bruges til at vise tilknytning til det sagte, når det sagte præsenterer noget potentielt sårbart og/eller problematisk (9).

Smil kan have forskellige funktioner; nogle gange bruges det til at indikere morskab og orientering mod humoristisk tale, andre gange bruges det ved handlinger, som kan være sårbare/problematiske. (9).

Empati i samtaler på afstand mellem sundhedsprofessionel og patient

I et studie fra Taiwan fra 2021 undersøges det, om brug af modellerne VALUE og PLACE (se nedenfor) kan støtte lægen i at engagere sig empatisk i kontakten med patienten og pårørende på afstand. I studiet kan lægen, patienten og pårørende se hinanden på en skærm. Da sammensætningen af modellerne i studiet bidrager til at opbygge relationer mellem læge og patient i det virtuelle miljø og lette flowet i samtalen, herunder at opretholde lægens tilstedeværelse og håndtere de verbale og nonverbale følelsesmæssige signaler under samtalen, er dette studie alligevel inkluderet (10).

VALUE omfatter disse kommunikationsstrategier for lægen:

- Værdsæt patientens udsagn
- Anerkend følelser
- Lyt
- Forstå patienten som en hel person
- Efterspørg spørgsmål (10).

PLACE omfatter aktiviteter, der hjælper lægen med at knytte sig til patienten og være nærværende:

- Forbered dig med en intention
- Lyt opmærksomt og koncentreret
- Bliv enige om, hvad der betyder mest
- Relater til patientens historie
- Udforsk følelsesmæssige signaler (10).

Begge modeller blev benyttet i samtalen, hvor fokus var at finde en behandling, der passede ind i patienternes liv og var i overensstemmelse med deres værdier (10).

Afslutningen af samtalen var også en mulighed for at styrke interaktionen mellem læge og patient. Lægen kunne opsummere, hvad der var blevet drøftet, og patientens præferencer. På den måde viste lægen patienten, at de lyttede omhyggeligt og ønskede at handle i overensstemmelse med patientens værdier (10).

Virkemidler i telefonkonsultationer

Øget brug af lyttemarkører og kontrol af forståelse ved telefonkonsultationer

I et amerikansk studie fra 2008 blev forskelle i sygeplejerskers og patienters kommunikationsprofiler sammenlignet på to platforme, telefon og videoopkald, ved hjælp af analyserammen RIAS (11) – se bilag 2. Resultaterne viste, at sygeplejerskerne ved telefonkonsultationer var mere tilbøjelige til at stille åbne spørgsmål, indikere at de lyttede, fortælle jokes og kontrollere for forståelse, end de var ved videosamtalerne. Man kan indikere, at man lytter, ved at bruge lyttemarkører som "ja", "okay", "uh-huh", "hmm". Desuden var patienterne mere tilbøjelige til at give information om deres livsstil og anerkendende svar på telefonen. Patienterne havde signifikant flere taleture ved telefonkonsultationerne end ved videosamtalerne (11).

Sygeplejerskerne var til gengæld mere tilbøjelige til at udtrykke samarbejde og give komplimenter ved videosamtaler (11).

Der var ikke forskel på sygeplejerskernes oplevelse af video og telefon. Der var heller ingen signifikante forskelle i patienternes tilfredshed med de to typer opkald (11).

Tillid, informationsdeling og respekt er kendetegnende ved telefonkonsultationer, der opleves som støttende

Et australsk studie fra 2019 undersøgte faktorer, der påvirker succes af en intervention hvis formål er at fastholde amning via telefonstøtte. Studiet viser, at de telefonkonsultationer om amning, som blev klassificeret som støttende, var kendetegnet ved informationsdeling, gensidig tillid, respekt, anerkendelse og rådgivning (12).

De samtaler, der blev klassificeret som ineffektive, havde fokus på praktiske forhold ved amning og ammeteknik (12). Nogle samtaler blev defineret som underminerende, og de var kendetegnet ved, at sygeplejersken kom med moralske vurderinger af moderens adfærd (12). Næsten halvdelen af telefonkonsultationerne formåede ikke at give støtte til den, der ringede.

Kvaliteten af interaktionen var afgørende for rådgivningens værdi (12). Studiet identificerede gennem de givne cases, at de gode opkald handler om først at opbygge et tillidsforhold, der respektfuldt muliggør at moder og sygeplejerske deler information, og derefter at moderen får mulighed for at involveres i, hvad hun skal foretage sig efter samtalen. At give råd uden at give moderen mulighed for indflydelse er ineffektivt, og moralske vurderinger virker fremmedgørende og underminerende (12).

Øget compliance hos patienten, når den sundhedsprofessionelle udtrykker samarbejdsvillighed

Et amerikansk studie fra 2008 undersøgte kommunikationsprocesser relateret til opkald til en giftlinje og effekten på compliance med de anbefalinger, der blev givet (13). Analyserammen RIAS blev anvendt (se bilag 2). RIAS er den mest anvendte metode til kodning af samtaler om medicin, herunder telefonsamtaler (13).

I gennemsnit talte personalet 39 % mere end patienten. Halvdelen af deres kommunikation gik med at indsamle information (fx ved at stille spørgsmål) og ved at give information. Resten af deres taletid gik bl.a. med følelsesmæssigt at reagere på patientens udtalelser (fx udvise empati og anerkendelse), at komme med udtalelser, der afspejler forsøg på at samarbejde med og aktivere patienten, og med at lave aftaler (13).

To tredjedele af patientens taletid gik med at give information til den professionelle. Patientens udsagn viste enighed med den professionelle, og relativt lidt taletid gik med at udtrykke følelsesmæssige bekymringer (13). I samtaler, hvor den professionelle anvendte flere samarbejdsudtalelser, var der større sandsynlighed for, at patienten fulgte anbefalingerne (compliance) (13).

Problemet betydning for patientens liv og mulighed for, at den professionelle kan hjælpe over telefonen

Et britisk studie fra 2018 undersøgte telefonkonsultationer mellem specialistsygeplejersker og patienter med Parkinson og deres pårørende (14).

Skiftet fra, at sygeplejersken lytter til patientens problem, til at sygeplejersken kommer med en løsning, sker, når patienten når til problemets konsekvenser i form af, hvilken indflydelse det kan have på patientens liv. Hvis patienten ikke af sig selv fortæller, hvordan problemet påvirker vedkommendes daglige liv, danner sygeplejersken selv en forestilling af påvirkningen (14).

Det er vigtigt, patienterne får sagt, hvorfor de har brug for at få løst problemet, og at sygeplejersken kan se alvoren i det. Således kan det omsættes til et problem, som sygeplejersken kan arbejde med inden for de begrænsede rammer en telefonkonsultation giver (14).

Sygeplejerskernes forestillinger om patienternes dagligdag er sjældent fuldstændige. At det er vanskeligt at kommunikere usikkerhed i patientsamtaler, er alment kendt, men det vanskeliggøres yderligere, når der er tale om en hjælpelinje uden mulighed for fysisk undersøgelse og adgang til journaler (14).

Håndteringen af indvendinger ved telefonkonsultationer

Tidligere litteratur om modstand mod rådgivning inden for medicin og sundhed fokuserer ofte på patienters implicitte modstand, udtrykt ved minimal respons, tavshed m.m.). Men borgere rejser også eksplicitte indvendinger (15).

En britisk undersøgelse fra 2022 viser, at rådgiveren kan styre patientens indvendinger på fem måder:

- Anerkende indvendingen før de går videre med rådgivningen ved fx at sige "det kan jeg godt forstå".
- Understrege vigtigheden af at finde en løsning på patientens problem sammen.
- Foreslå andre måder at følge den anbefalede løsning.
- Fokuser på den del af problemet, som kan afhjælpes.
- Tale med patienten om de udfordringer der kan være ved den sundhedsprofessionelles løsning og støtte patienten i at håndtere dem (15).

De fleste resultater af undersøgelsen viste, at rådgivere anerkender patienternes indvendinger ved at foreslå andre måder at følge den anbefalede løsning eller tale med patienten om de udfordringer, der kan opstå før de fortsætter rådgivningen. Kun hvis patientens henvendelse var livstruende, pressede rådgiveren sin rådgivning igennem (15).

Konklusion

Denne litteraturgennemgang afdækker, hvordan sundhedsprofessionelle kommunikerer i telefon med patienter, herunder hvordan de sikrer patientcentrering og hvilke tegn, de sundhedsprofessionelle skal være særligt opmærksomme på.

Resultaterne understreger vigtigheden af teknikker og redskaber, der forbedrer dialogen og styrker patientcentreringen i telefonkonsultationer.

Telefonkonsultationer er velegnede til mindre komplekse problemer og opfølgning, og giver færre muligheder for patientcentrering end fysiske konsultationer. Forbedringer i spørgsmålsteknikker, præsentation af behandlingsmuligheder og øget fokus på patientens bidrag kan styrke patientcentrering i telefonkonsultationer.

Afslutningssekvenser, særligt brugen af "tak", spiller en vigtig rolle i samtalerne dynamik og kan afsløre patientens tilfredshedsniveau eller behov for yderligere dialog.

Empati er et centralt redskab i telefonkonsultationer. De sundhedsprofessionelle skal kunne balancere empati, så den støtter rådgivningen uden at stå i vejen for problemløsningen.

I telefonkonsultationer fungerer smil og latter som vokale signaler, der kompenserer for manglen på nonverbale ressourcer. Smil og latter skal tolkes ud fra deres kontekst og den foregående samtales funktion.

Modeller som VALUE og PLACE fremmer en empatisk og patientcentreret tilgang, der skaber tillid, styrker relationen mellem den sundhedsprofessionelle og patienten og understøtter fælles beslutningstagning.

Effektive telefonkonsultationer afhænger af, at rådgiveren lytter, skaber tillid og sikrer forståelse. Lyttemarkører, udtryk for samarbejdsvilje og en anerkendende tilgang er afgørende for at styrke relationen til patienten og fremme compliance.

Bilag 1

Metode

Der er foretaget to litteratursøgninger i hhv. PubMed og Psycinfo i marts 2023, som blev opdateret i marts 2024, og som samlet omfatter perioden frem til 1. marts 2024 ud fra nedenstående søgeord identificeret ved en PICO:

- (1) (eHealth OR e-Health OR mHealth OR m-Health OR "Online communication" OR "Digital communication" OR "Digital Health") AND ("Relational technique*" OR "Relational competenc*" OR "Behaviour change technique" OR "Emotion recognition" OR "Emotional cues")
- (2) (eHealth OR e-Health OR mHealth OR m-Health OR "Online communication" OR "Digital communication" OR "Digital Health") AND ("Interaction analysis" OR "Conversation analysis").

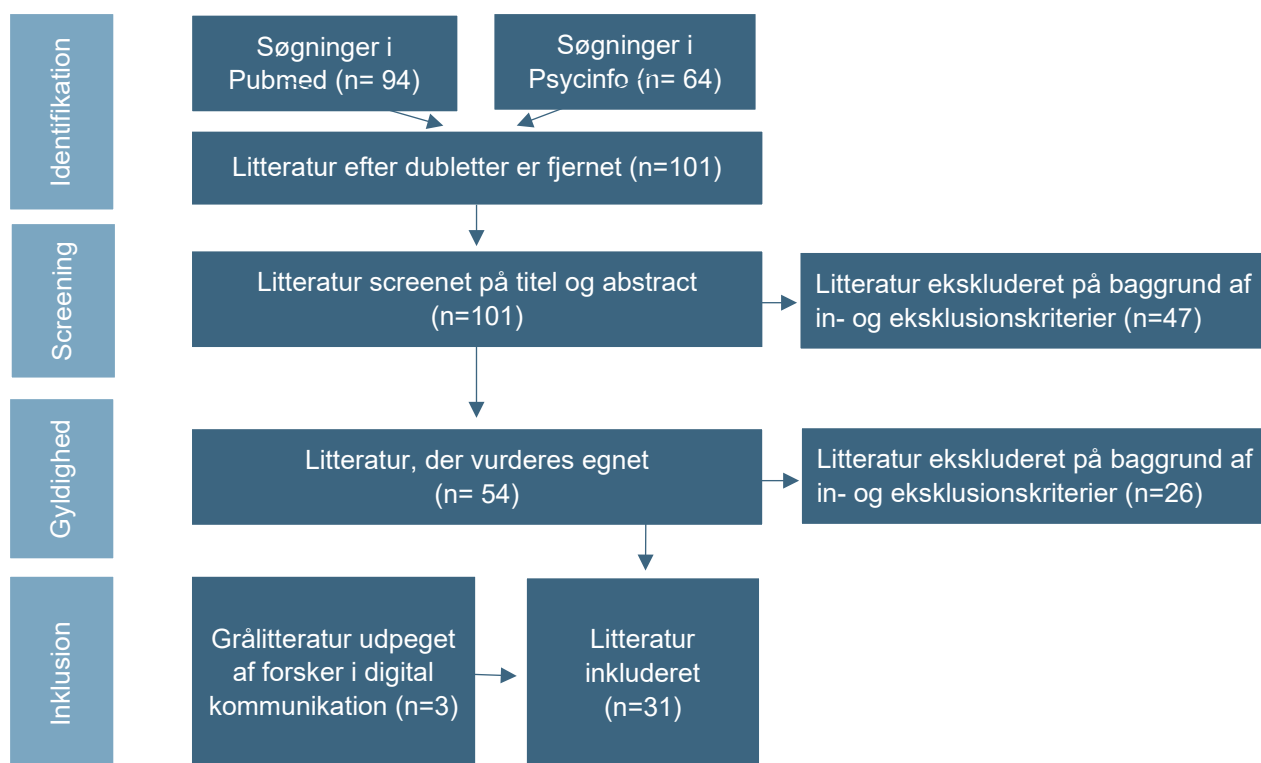
Herudover blev Anette Grønning, dansk forsker i digital kommunikation fra Syddansk Universitet, kontakttet for mere litteratur, herunder grålitteratur, der kan være relevant i dansk kontekst. Al identificeret litteratur blev screenet ud fra følgende kriterier:

Inklusionskriterier:

- Skandinavisk eller engelsk sprog
- Beskrivelser af, hvordan sundhedspersonelle kommunikerer på online platforme, hvor de ikke kan se patienten, herunder synkron kommunikation, både skriftlig og mundtlig, samt asynkron kommunikation (med forsinkelser), både skriftlig og mundtlig.

Eksklusionskriterier:

- Hvis der kun er beskrivelser af indhold på de forskellige online kommunikationsplatforme.



Figur 1: Flowdiagram for udvælgelse af litteratur

Bilag 2

Analyse af telefonkonsultationer mellem patient og sundhedsprofessionel

Roter Interaction Analysis System (RIAS) er en analyseramme, som anvendes til analyse af samtaler mellem sundhedsprofessionelle og patienter, samt til analyse af telefonkonsultationer mellem patient og sundhedsprofessionel (3).

Analyserammen omfatter disse komponenter:

- 1) Opgavefokuseret adfærd
 - a. At stille spørgsmål og indsamle informationer
 - b. At give information (den professionelle giver information, rådgivning og patientuddannelse og patienten giver information om sit helbred og symptomer)
- 2) Affektiv adfærd
 - a. Opbygning af en relation (fx smalltalk, negative eller positive tilkendegivelser, dele bekymring, udvise empati)
 - b. Aktivering af og opbygning af partnerskab (fx efterspørgsel af den andens holdning, efterspørgsel af den andens forståelse) (3).

Nogle har foreslået at justere RIAS til telemedicin ved at omfatte kategorier som at håndtere privatlivsproblemer, da samtalerne fx kan blive optaget, der kan være flere personer til stede end tiltænkt, og der kan forekomme anmodninger om gentagelse og omskrivning på grund af lyd- eller videosignalforsinkelser og taleture relateret til teknologien (3).

Referencer

1. Lopriore S, LeCouteur A, Ekberg S, Ekberg K. Delivering healthcare at a distance: Exploring the organisation of calls to a health helpline. *International Journal of Medical Informatics*. 2017;104:45-55.
2. McKinstry B, Hammersley V, Burton C, Pinnock H, Elton R, Dowell J, et al. The quality, safety and content of telephone and face-to-face consultations: a comparative study. *Qual Saf Health Care*. 2010;19(4):298-303.
3. Sikveland RO, Stokoe E. Enquiry calls to GP surgeries in the United Kingdom: Expressions of incomplete service and dissatisfaction in closing sequences. *Discourse Studies*. 2017;19(4):441-59.
4. Erkelens DC, van Charldorp TC, Vinck VV, Wouters LT, Damoiseaux RA, Rutten FH, et al. Interactional implications of either/or-questions during telephone triage of callers with chest discomfort in out-of-hours primary care: A conversation analysis. *Patient education and counseling*. 2021;104(2):308-14.
5. Irvine A, Drew P, Bower P, Arden K, Armitage CJ, Barkham M, et al. 'So just to go through the options...': patient choice in the telephone delivery of the NHS Improving Access to Psychological Therapies Services. *Sociology of Health & Illness*. 2021;43(1):3-19.
6. White SJ, Nguyen A, Cartmill JA. Agency and the telephone: Patient contributions to the clinical and interactional agendas in telehealth consultations. *Patient education and counseling*. 2022;105(7):2074-80.
7. Innes M, Skelton J, Greenfield S. A profile of communication in primary care physician telephone consultations: application of the Roter Interaction Analysis System. *Br J Gen Pract*. 2006;56(526):363-8.
8. Stommel W, Te Molder H. Empathically designed responses as a gateway to advice in Dutch counseling calls. *Discourse Stud*. 2018;20(4):523-43.
9. Haakana M. Laughter and smiling: Notes on co-occurrences. *Journal of Pragmatics*. 2010;42(6):1499-512.
10. Chou TJ, Wu YR, Tsai JS, Cheng SY, Yao CA, Peng JK, et al. Telehealth-Based Family Conferences with Implementation of Shared Decision Making Concepts and Humanistic Communication Approach: A Mixed-Methods Prospective Cohort Study. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 2021;18(20).
11. Wakefield BJ, Bylund CL, Holman JE, Ray A, Scherubel M, Kienzle MG, et al. Nurse and patient communication profiles in a home-based telehealth intervention for heart failure management. *Patient education and counseling*. 2008;71(2):285-92.
12. Thorpe K, Danby S, Cromack C, Gallegos D. Supporting, failing to support and undermining breastfeeding self-efficacy: Analysis of helpline calls. *Matern Child Nutr*. 2020;16(2):e12919.
13. Ellington L, Matwin S, Jasti S, Williamson J, Crouch B, Caravati M, et al. Poison control center communication and impact on patient adherence. *Clin Toxicol (Phila)*. 2008;46(2):105-9.
14. Bloch S, Antaki C. The Pivot Point between Problem Presentation and Advice in a Health Helpline Service. *Applied Linguistics*. 2019;40(4):699-716.
15. Bloch S, Antaki C. How professionals deal with clients' explicit objections to their advice. *Discourse Studies*. 2022;24(4):385-403.