

# Pasientsentrert og legesentrert kommunikasjon i allmennpraksis



**5.årsoppgave i Stadium IV  
– medisinstudiet ved Universitetet i Tromsø**

**Stud. med. Tore Solheim  
Stud. med. Thomas Farstad Stenersen**

**Veileder:  
Tor Anvik  
Institutt for samfunnsmedisin, ISM**

**Universitetet i Tromsø, 15. September 2009**

**Nøkkelord: Kommunikasjon, Allmennmedisin, Lege-pasient-forhold,  
Legerolle, Samarbeid**

## INNHALDSFORTEGNELSE

<b>Sammendrag</b>	<b>3</b>
<b>Forord</b>	<b>4</b>
<b>Bakgrunn for oppgaven</b>	<b>5</b>
- Beskrivelse av tidligere brukte undersøkelsesmetoder	7
- Definisjoner	8
- Formål	9
<b>Materiale og Metode</b>	<b>10</b>
- Utforming av spørreskjema	10
<b>Resultater og Funns</b>	<b>13</b>
<b>Diskusjon</b>	<b>15</b>
- Konklusjon	16
- Sterke og svake sider ved oppgaven	17
- Feilkilder	17
<b>Kildehenvisninger</b>	<b>18</b>
<b>Tabeller og figurer</b>	<b>20</b>
<b>Vedlegg</b>	<b>25</b>
- Spørreskjema for leger	
- Spørreskjema for pasienter	

## Sammendrag

Balint presenterte begrepet pasientsentrert legepraksis for snart 40 år siden. Senere er det kommet en rekke artikler omkring temaet, og meningene er ikke like sammenfallende. Man strides om en pasientsentrert eller legesentrert innfallsvinkel er den beste. De siste teoriene som er kommet fremmer muligheten for at en kombinasjon av disse to kan være veien å gå.

Vi utviklet et spørreskjema med målsetning å måle holdninger til kommunikasjon mellom leger og pasienter i allmennpraksis. Spørreskjemaet ble brukt til å utføre en tverrsnittsundersøkelse blant allmennleger i Nordland og deres pasienter.

Det vi finner er at datamaterialet blant pasienter inneholder fire tydelig faktorer som hører sammen to og to, og måler legesentrert og pasientsentrert hver for seg. Faktorene korrelerer mer eller mindre positivt sammen to og to. Vi finner ingen negativ korrelasjon, som forteller oss at pasienter tenderer å være både legesentrerte og pasientsentrerte på samme tid.

I våre data finner vi ingenting som tyder på at det er en sammenheng mellom kjønn, alder og tendens til å være enten legesentrert eller pasientsentrert.

En observasjon vi gjør oss under arbeidet med datainnsamling er at det å få inn data fra leger er svært vanskelig.

## **Forord**

Denne rapporten er et resultat av 2.valgfri periode og 5.-årsoppgave ved det medisinske profesjonsstudium, Universitetet i Tromsø. Den er utarbeidet av med. stud Tore Solheim og med. stud Thomas Farstad Stenersen, med Tor Anvik som veileder. Den baserer seg på en tverrsnittsundersøkelse av fastleger og deres pasienter i Nordland. Vi har under prosessen brukt tid på et litteraturstudium av eksisterende artikler som berører området, utarbeidet et eget spørreskjema og validert dette. Deretter gjennomført en spørreundersøkelse blant allmennleger og pasienter i Nordland, før vi har analysert resultatene og presentert funn vi mener er interessante.

Vi ønsker å takke vår veileder, Tor Anvik, for engasjert samarbeid og velvilje til å møte oss når det måtte være og hvor det måtte være. Du har hjulpet oss å komme videre når vi har stått fast og dyttet oss i riktig retning når vi var i ferd med å miste tråden. Takker også kontorpersonale ved ISM for hjelp til utsending av materiale til legekantorene.

## Bakgrunn for oppgaven

Det er over 40 år siden Michael Balint lanserte begrepet pasientsentrert legepraksis (1), hvor han stilte seg kritisk til den eksisterende måten å kommunisere med pasienten på. Engel lanserte i 1977 en sykdomsmodell som baserte seg på biologi, psykologi og sosial standard (2), noe som gikk langt utenfor den etablerte oppfatning om klare biologiske faktorer som årsak til sykdom. Psyke og sosial standard var ikke ansett å ha større innvirkning på sykdoms utbredelse, kompleksitet eller alvorlighetsgrad. Denne nye, bredere måten å anse lege - pasient kommunikasjon var et stort fremskritt i å forstå pasienten og sykdoms kompleksitet. Dette ble ansett som et skritt i retning for et mer demokratisk lege - pasient forhold. (3)

Frede Olesen presenterer en rekke problemer omkring pasientsentrert praksis. Han påpeker at man må variere mellom kommunikasjonsmetoden, tilpasset omstendighetene rundt konsultasjonen. En lege må vurdere omstendighetene og plassere seg et sted på skalaen mellom pasientsentrert og legesentrert. Han åpner da for at legen kan vinne på å skifte roller etter situasjonen, men setter samtidig pasientsentrert og legesentrert praksis opp mot hverandre i hver sin ende av en skala. Han ser det ikke som en mulighet å være ekstremvarianten av begge former samtidig i en konsultasjon. (3)

Moira Stewart kommenterte i en leder i BMJ i 2001 at begrepet pasientsentrert var dels misforstått. Hun påpeker et faktum som presiser begrepet pasientsentrert noe tydeligere; at det ikke handler om å tilby all tilgjengelig informasjon til pasienten, men å tilby så mye informasjon som pasienten selv ønsker. Altså ikke en obligatorisk total medvirkning i behandlingsprosessen, men en medvirkning i så stor grad pasienten selv ønsker det. (4)

Eivind Meland publiserte i 2000 en artikkel i Tidsskrift for Den norske Legeforening hvor han oppsummerer status for pasientsentrert legepraksis frem til da. Han presenterer bruken av pasientsentrert kommunikasjon i

undervisning og utdanning, samt greier ut om forskning og dokumentasjon omkring pasientsentrert medisin. (5)

Dagens samfunn består i større og større grad av individer som er sine ønsker bevisst. Vi lever i en kultur hvor markedskreftene er rådende, og hvor forbrukere er nådeløse dersom de ikke får det produktet de er ute etter. I forholdet mellom en pasient og hans lege kan forskning tyde på at bildet er noe mer nyansert. Pasientene ønsker å inkluderes men samtidig kan det være prisverdig med leger som har en god faglig forankring.

Pasientene og samfunnet forventer i økende grad at legen skal være pasientsentrert, og forskning tyder på at leger som er pasientsentrerte gjør færre feil, har færre klager og har pasienter som blir fortore friske. Samtidig advares det mot at legen legger seg flat for pasientene, og det fortelles historier om hvor galt det kan gå når legen slavisk følger pasientens bestillinger og diagnostikk.

Vi ønsker i oppgaven å sette fokus på den viktige og sårbare samhandlingen mellom lege og pasient. Kommunikasjon er slik vi ser det nøkkelen til fornøyde pasienter og leger som gjør god diagnostikk og tar riktige avgjørelser. En pasient som føler seg sett og ivaretatt vil stole på de avgjørelsene legen tar og vil kunne spare helsevesenet for unødige og kostbare utredninger.

Kommunikasjon er mer enn signaler som går mellom to punkter. Kommunikasjon handler i stor grad om et verbalt og nonverbalt samspill mellom de kommuniserende, jamfør overføringer og motoverføringer i psykodynamisk teori. Det vi finner interessant og er opptatt av å finne ut, er hvorvidt det lar seg gjøre å si noe generelt om hvordan en lege kan forholde seg til sin pasient med størst mulig sjanse suksess i form av en fornøyd og helsemessig ivaretatt pasient. For å si noe generelt er man avhengig av å ha grupper med en fellesnevner som gjør det mulig å generalisere. Spørsmålet er om en gruppe med leger og en gruppe med pasienter er tilstrekkelig like til at det går an å si noe generelt om deres samspill, eller om det som ellers i

samfunnet rett og slett avgjøres av om to personligheter går overens og at det må gjøres tilpasninger i hver enkelt samhandling. Begge parter kan selvsagt gjøre sine grep for å styrke den terapeutiske alliansen, men motstridende personligheter og agendaer vil uansett være med å forme deres samspill. Problemet kan være, som Hem skriver i sin artikkel fra 2001, at pasienter foretrekker ulike legestiler. (6) Utfordringen for legene blir å identifisere de forskjellige.

Følgende studier har tidligere vært utført for å måle forhold ved kommunikasjonen mellom lege og pasient:

**PPOS, Patient-Practitioner Orientation Scale;** måler de holdningene som legene og pasientene mener de burde innta i deres interaksjon. Pasientene rangerte også sin tilfredshet med legen.

Skjemaet inneholder 18 påstander som respondenten skal ta stilling til. Svarene graderes fra svært enig til svært uenig. Ut fra disse kan de kalkulere en total score som går fra pasientsentrert til legesentrert. Skjemaet inneholder også to subkategorier som er Sharing (deling) og Caring (omtanke). Disse kategoriene ble brukt for å se om legenes holdninger gikk overens med holdningene til deres pasienter. (7) Denne studien er utført i USA.

I PPOS - studien finner de blant annet at:

- Kvinnelige pasienter er mer pasientsentrert enn mannlige. Dette gjelder også yngre pasienter og de med høyere utdanning.
- Pasientsentrerte leger får høyere tilfredshetsscorer selv når de behandler pasienter med motstridene orientering.
- Kvinnelige leger er mer pasientsentrert enn mannlige leger.

**TMIRS, Takemura Medical Interview Rating Scale;** er et scoringsskjema som ble brukt i en studie hvor man filmet et antall konsultasjoner som så ble gjennomgått og scoret i henhold til kriteriene i skjemaet. Man observerer kommunikasjonen i konsultasjonen og fokuserer på kvalitative handlinger

som åpningsreplikk, åpne vs. lukkede spørsmål, oppsummering underveis og avslutningsreplikk. Informasjonen legen får fram klassifiseres i det forskerne har kalt viktige og mye brukte medisinske termer. Formålet er å avklare hvilke kommunikasjonsferdigheter som er viktige for å få en god sykehistorie. (8) Studien er utført i Japan.

**EUROPEP, European Task Force on Patient Evaluations of General Practice;** er et spørreskjema som ble utviklet for å identifisere pasienters prioriteringer i samhandling med sin allmennlege. En liste med førti aspekter ble delt inn i fem kategorier: medisinsk-teknisk pleie, lege-pasient forhold, informasjon og støtte, tilgjengelighet og organisasjon. Hver kategori inneholder åtte aspekter som brukes til kalkulering. (9) Studien er utført i en rekke europeiske land, deriblant Norge.

I EUROPEP – studien finner de blant annet at:

- Når pasienter er i kontakt med sin allmennlege rangerer de tema som omhandler kommunikasjon høyest. På en topp 5-liste over omhandler 3 av 5 tema kommunikasjon.

### **Definisjoner**

Vi ønsker nedenfor å klargjøre hva vi legger i begrepene pasientsentrert og legesentrert. Begrepene spenner over en rekke holdninger og verdier man finner hos både leger og pasienter.

Begrepet pasientsentrert legepraksis ble lansert av Balint et al. i 1970, og var da i teorien en ny måte å møte pasienten på.(10) Konseptet pasientsentrert kommunikasjon er allikevel ikke nytt, det har sitt utspring i holistisk tenkning som strekker seg helt tilbake til Hippokrates tid.(11) Balint fokuserte på pasientens subjektive ”illness”-perspektiv i stedet for ”disease”-perspektivet som tidligere hadde vært gjeldende.

Allmenntmedisineren Ian McWhinney har også vært en sentral person i utviklingen av denne tenkemåten, i likhet med Engel fokuserer han på en system-orientert tenkning (5)



I begrepet pasientsentrerthet ligger grunnprinsippet om inkludering av pasienten i behandlingen, samt en likestilling mellom legen og pasienten sterkt til grunn. En typisk pasientsentrert lege vil være opptatt av pasientens beskrivelse av plager, tanker om årsaker og ønsker i forhold til behandling. Legen vil også ta seg tid til å beskrive og forklare i samsvar med pasientens ønsker. En typisk pasientsentrert pasient vil være opptatt av å bli hørt, samt kreve sin rett i samhandling med legen. Pasienten vil i stor grad oppfatte legen som en tjenesteyter og vil ha klare bestillinger.

En legesentrert lege fokuserer på en biomedisinsk sykdomsmodell og teknologisk medisin. Legen vil i stor grad være hierarkisk plassert over pasienten og i samhandlingen vil legen være den styrende part. En typisk legesentrert lege vil være svært opptatt av sine egne funn ved undersøkelse og tolker disse ut fra egne vurderinger. Legen vil i stor grad baserer behandling og andre tiltak på erfaringer og teori uten stor fleksibilitet i forhold til pasientens ønsker.

En typisk legesentrert pasient vil se opp til legen som en autoritet. Han har få tanker og innspill i forhold til sitt sykdomsbilde. Pasienten legger saken i legens hender og respekterer legens valg og råd uten å stille spørsmålstejn.

### **Formål**

Formålet med oppgaven er å utvikle og validere et spørreskjema som kan brukes til å måle grad av legesentrerthet og pasientsentrerthet hos leger og pasienter. Samtidig ønsker vi å finne ut om individer tenderer til å foretrekke enten det ene eller den andre kommunikasjonsformen, eller om en kombinasjon av faktorene er det mest framtreddende.

## **Materiale og metode**

### **Utformingen av spørreskjema**

Utgangspunktet for vårt spørreskjema var de pasientsentrerte påstandene i PPOS-skjemaet (7) samt punkter fra TMIRS (8) som er ansett for å være legesentrert, dvs. fokuserer på medisinskfaglige deler av konsultasjonen. Påstandene ble oversatt til norsk og tilpasset våre forhold.

Disse påstandene ble ordnet i to grupper som inneholdt påstander hvor en høy grad av enighet enten indikerte pasientsentrert eller legesentrert.

Grupper med påstander:

#### **LEGESENTRERT:**

1. Legen bør spørre hvor lenge symptomet har vedvart.
2. Legen bør alltid undersøke pasienten.
3. Legen bør avklare om noe framprovoserer plagene.
4. Legen bør spørre hvor ofte plagene har vært tilstede.
5. Legen bør be pasienten beskrive hvor intense plagene er.
6. Legen bør spørre om når plagene først oppsto.
7. Legen bør avklare i hvilke sammenhenger plagene oppstår.
8. Legen bør spørre om hvor i kroppen plagene befinner seg.
9. Legen bør avklare om noe lindrer plagene.
10. Legen bør be pasienten karakterisere plagene.

#### **PASIENTSENTRERT:**

1. Pasienten bør behandles som om han er legens samarbeidspartner, likestilt i makt og status.
2. Legen bør avklare med pasienten hva som skal være tema for konsultasjonen.
3. Legen bør tilpasse forklaringene som gis, i forhold til hvor mye informasjon pasienten ønsker.
4. Pasienten bør beroliges angående sin helsetilstand.
5. Pasienten bør gis opplæring i hvordan å leve med sin sykdom.

6. Legen bør begrense antall spørsmål om pasientens bakgrunn til det som er nødvendig for å gi god helsehjelp.
7. Pasienten bør ha mulighet til å stille flere spørsmål, selv om legen sier han ikke har mer å fortelle.
8. Legen bør akseptere uenighet fra pasienten uten å tolke det som mangel på respekt eller tillit.
9. Pasienten bør supplere det legen sier med å søke informasjon om sin sykdom på egenhånd.
10. Legen bør inkludere pasienten i de beslutninger som skal tas.

Påstandene ble ordnet i tilfeldig rekkefølge samt at noen av påstandene ble byttet ordlyd på, slik at meningen med påstanden ble motsatt av det opprinnelige. Dette gjelder spørsmål 2, 5, 7, 8 og 17 i det endelige spørreskjema. Begrunnelsen var å hindre at svar til høyre alltid ville bety svært legesentrert eller svært pasientsentrert. Vi utførte en pilot på dette skjemaet der medstudenter var målgruppe i mars-2008. Dette gav oss erfaringer på den endelige utformingen av skjemaet. I etterkant av piloten ble tre påstander fjernet, da de viste seg å ikke skille mellom de to grupperingene legesentrert og pasientsentrert. Endelig spørreskjema for leger og pasienter er vedlagt.

Som målgruppe for denne oppgaven har vi valgt fastleger i Nordland fylke og deres pasienter. Legekontorene fikk i perioden nov/des 2008 tilsendt invitasjon med eksempler på spørreskjema samt informasjon om oppgaven. Totalt ble det sendt ut invitasjon til 100 legekontor. Vi fikk positivt svar fra 10 % av legekontorene, fordelt rundt om i fylket.

I mars 2009 ble skjema, svarkonvolutter, informasjonsmateriale og bruksanvisning på gjennomføring sendt til de 10 legekontorene som ønsket deltagelse. Antall pasientskjema speilet på det oppgitte antall pasienter kontoret hadde pr uke, og delt på 4. Det vil eksempelvis si at et kontor med 100 konsultasjoner pr uke, ville motta 25 pasientskjema. Instruksjonen gikk ut på å ha skjema stående ute til alle var besvart. Vi fikk etter hvert inn skjema i flere forsendelser. Da vi ikke hadde noen mulighet til å

identifiserer hvilke kontorer som returnerte skjema purret vi alle kontorene pr telefon i mai. Ett kontor som slet med å få gjennomført undersøkelsen ble gjentatte ganger oppsøkt for supplerende instruksjer, uten at det førte noen vei.

Vi satte strek for datainnsamling medio juli 2009 og vi hadde da fått inn 99 pasientskjema og 5 legeskjema. Det er umulig å beregne svarprosent da deltakende legekantor hadde flere enn en allmennlege, og svarene ble sendt på en slik måte at identifisering av avsender ikke var mulig.

## Resultater og funn

Vi fikk svar fra 99 pasienter og 5 leger. Grunnet den lave svarprosenten fra leger har vi valgt å ikke behandle data fra legepopulasjonen og konsentrerer oss om pasientpopulasjonen. 6 av pasientene svarte ikke på spørsmålene om kjønn og alder.

Av de 93 som besvarte spørsmålet om kjønn er 53 (57 %) kvinner. Tabell 1 viser alders sammensetningen, og man ser her at materialet er relativt jevnt fordelt. Vi har lavest oppslutning fra den delen av befolkningen som går oftest til lege, de over 60 år.

Tabellen 2 viser minimum-score, maksimum-score, median, gjennomsnitt og standardavvik på hvert enkelt spørsmål i undersøkelsen. Spørsmål 2, 5, 7, 8 og 17 er snudd, altså er tallverdiene regnet om på følgende måte ( $100 - \text{score} = \text{snudd score}$ ). Omregningen gjøres for å sikre at høy score angir høy grad av legesentrertethet eller pasientsentrertethet på samtlige spørsmål.

Ut fra tabellen kan vi lese at besvarerne i stor grad benytter hele skalaen når de svarer. Unntakene er spørsmål 9, 11 og 14 hvor besvareren stort sett bare har brukt øvre halvdel av skalaen.

Vi har gjort en faktoranalyse ved hjelp av SPSS 16.0 for Mac. Operasjonen utføres på følgende måte. Vi velger Analyze –Data Reduction, Maximum likelihood som extraction og direct oblimum rotation.

Figur 1 er et Scree-plot og det viser samtlige faktorer i materialet. Vi velger å konsentrere oss om de fire faktorene med høyest eigenvalue, da det utfra scree-plottet er et naturlig skille mellom faktor 4 og faktor 5. Disse fire faktorene forklarer 57,6 % av variansen i datamaterialet.

Tabell 3 er et struktur matrix som faktoranalysen gir oss. Med det kan vi plukke ut hvilke påstander som hører hjemme i de forskjellige faktorene. Dette gjør vi ved å velge ut den påstanden med høyest tallverdi innen hver

faktor. For at en påstand skal aksepteres som en del av faktoren krever vi at den er minst 0,2 større enn den nest største. Utfra hvilke spørsmål som inngår i faktorene gir vi de navn som passer. Vi beregner også validiteten av faktorene ved hjelp av Cronbachs alpha score. En sterk faktor bør ha en cronbachs alpha  $>0,50$ .

Vi hadde på forhånd organisert våre påstander i to grupper som vi antok ville måle legesentrert og pasientsentrert. I gruppen legesentrerte påstander inngikk spørsmål nr 1, 3, 4, 6, 9, 11, 14 og 16. I gruppen pasientsentrerte påstander inngikk spørsmål 2, 5, 7, 8, 10, 12, 13, 15, 17.

Sammenholder vi dette med tabell 4, ser vi at faktor 1 (Symptom sjekklister) og faktor 2 (Forløp) inneholder fem av de legesentrerte påstandene, mens faktor 3 (Samarbeid) og faktor 4 (Relasjon) inneholder fem av de pasientsentrerte påstandene.

For å avgjøre hvorvidt det er en signifikant forskjell mellom hvordan de ulike faktorene scores fordelt på de forskjellige bakgrunnsdataene utfører vi signifikanstester.

Vi finner ingen signifikant forskjell i score mellom kvinner og menn når det gjelder de fire faktorene (2 independent samples t-test)  $p > 0,05$ .

Finner heller ingen signifikant forskjell i score mellom de tre aldersgruppene (Anova med posthoc Bonferroni).

Vi gjør en korrelasjonsanalyse mellom de fire faktorene med Spearmans rho. Tabell 5 viser at faktor 1, 2 og 3 korrelerer positivt, mens faktor 3 og 4 ikke korrelerer.

## Diskusjon

Variansanalysen vår viser at vi kan redusere skjemaet til 10 spørsmål som fordelt på fire faktorer måler legesentrert og pasientsentrert. Faktorene symptom sjekkliste og forløp hører sammen og måler legesentrert. Faktorene samarbeid og relasjon hører sammen og måler pasientsentrert.

Korrelasjonen mellom materialets 4 faktorer viser at faktor 1 (symptom sjekkliste) og faktor 2 (forløp) korrelerer sterkt positivt sammen. Dette betyr at vår hypotese om at de måler det samme støttes opp. Faktor 3 (Samarbeid) og 4 (relasjon) korrelerer ikke med hverandre, noe som tyder på at de måler forskjellige ting. Dette svekker vår konklusjon om at de hører sammen og kan telle som en faktor. Sannsynligvis måler de forskjellige aspekter ved pasientsentrert. Faktor 3 (samarbeid) mener vi tilsvarer begrepet sharing i PPOS (7). De vektlegger i dette begrepet graden av hvor mye informasjon pasienten ønsker og hvorvidt pasienten ønsker å delta i beslutningsprosessen. Faktor 4 (relasjon) synes å tilsvare domenet "enhancing the doctor-patient relationship" som Stewart beskriver i sin lederartikkel (4).

Vi mener at sammenfallet mellom de beregnede faktorene og våre hypotetiske grupperinger av påstander styrker teorien vår om at pasientsentrerte holdninger og legesentrerte holdninger kan måles hver for seg.

Et interessant funn i korrelasjonsanalysen av materialets fire faktorer er at ingen av faktorene korrelerer negativt. Dette indikerer at pasientene er både legesentrert og pasientsentrert samtidig. Funnet gir støtte til Eivind Hems artikkel hvor han postulerer at det å lage en polarisering mellom pasientsentrert og legesentrert medisin er uheldig. (6)

Vi finner ikke støtte for funn i tidligere studier som har vist at kvinner og yngre er mer pasientsentrert enn den øvrige befolkningen. (8)

Kombinasjonen av resultatene i signifikansanalysen og korrelasjonsanalysen gir oss et inntrykk av at våre deltagere inntar holdningen “Ja, takk begge deler”. Dette forteller oss at de kritiske røstene til både Hem (6) og Olesen (3) som fokuserer på at det er unaturlig med sterke polariseringer, og at det ikke finnes noen form for kommunikasjon som er den eneste rette fortjener oppmerksomhet. En kombinasjon av de to formene for ekstremvariant er sannsynligvis det riktige valget, og man må vurdere hver enkelt konsultasjon før man velger strategi. Olesen (3) hevder at en alvorlig syk pasient for eksempel vil ha et annet behov enn pasienten med ett livvstilsproblem. Meland (5) hevder også i sin artikkel at valgene om strategi bør skifte i løpet av en konsultasjon fra å være pasientsentrert i begynnelsen til å være mer og mer legesentrert mot slutten av konsultasjonen. Vi tenker at Moira Stewarts påstand om at legesentrert og pasientsentrert bør oppfattes som to parallelle skalaer og ikke noe gjensidig utelukkende (4) er en viktig læresetning for leger i fremtiden.

### **Konklusjon**

Vi har utarbeidet og validert et spørreskjema som kan brukes til å måle pasientsentrerte og legesentrerte kommunikasjonsholdninger uavhengig av hverandre. Faktoranalysen forteller oss at skjemaet kan reduseres til ti påstander fordelt på to faktorer som måler legesentrert og pasientsentrert hver for seg.

Våre data viser at pasientene inntar en “både og”-holdning som uttrykkes ved at de er både legesentrerte og pasientsentrerte på samme tid. Dette kan uttrykke at de føler behov for begge tilnærmelsene i samhandlingen med sin doktor.

Vi finner ingen sammenheng mellom kjønn, alder og grad av legesentrert eller pasientsentrert. Dette skiller seg fra tidligere studier som PPOS (7) og Europep (9).

Når det gjelder datainnsamling fra legepopulasjonen er vår konklusjon at det kreves en mer personlig tilnærming for å oppnå resultater. Vi brukte mye tid



på utforming av informasjonsbrev og på å innhente samtykke til deltakelse, men opplevde likevel å bare motta fem svar fra leger, etter å ha invitert 100 legekontor.

Hvorfor dette skjer er vanskelig å svare på, men sannsynligvis mottar leger mange henvendelser og de uten et ansikt forsvinner nok lett i hverdagens arbeidspress.

### **Oppgavens sterke sider**

Datamaterialet er basert på en populasjon med 99 pasienter, noe som er mye i forhold til mange av de tidligere studiene på området. I tillegg mener vi spørreskjemaet i seg selv er en styrke i og med at det tydelig inneholder faktorer som kan bekreftes av teorien. Når det gjelder populasjonen er den relativt jevn fordelt med hensyn på kjønn og alder.

### **Oppgavens svake sider**

Det manglende datamaterialet med hensyn på leger er en åpenbar svakhet. Mangelen på denne populasjonen å sammenligne pasientpopulasjonen med fjerner en del av helheten når det gjelder kommunikasjonen. Det at vi ikke kartlegger flere deskriptive data om populasjonen enn kjønn og alder gjør også at vi mister flere aspekter i forhold til tidligere studier. Det bør også nevnes at validiteten av faktor 3 (samarbeid) er noe lav, jamfør Cronbachs alpha på 0,461

### **Feilkilder**

Den viktigste feilkilden vi kan se i forhold til datainnsamling ligger i måten pasientene merker linjen når de angir sitt svar langs aksene fra helt uenig til helt enig. Vi har valgt å regne punktet hvor markeringen skjærer linjen uavhengig om det settes en strek eller et kryss. En annen feilkilde er at linjen for besvarelse ikke inneholder noen markerte endepunkter og vi observerer at besvarerne sjelden angir 0 eller 100. Til slutt er det alltid et spørsmål om hvorvidt besvareren legger den samme betydningen i de ulike påstandene som vi har gjort.

## Kildehenvisninger

1. Balint, M. The doctor, his patient and the illness. London: Pitman Medical Publishing, 1964
2. Engel, GL. The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. *Science* 1977; 196: 129-36
3. Olesen, Frede. Striking the balance: from patient-centered to dialogue-centered medicine. *Scand J Prim Health Care* 2004; 22
4. Stewart, Moira. Towards a global definition of patient centered care. *BMJ* 2001; 322: 444-45
5. Meland, Schei, Bærheim. Pasientsentrert medisn – en oversikt med vekt på bakgrunn og dokumentasjon. *Tidsskr Nor Lægeforen* 2000; 120: 2253-6.
6. Hem E. Pasientsentrerthet eller sykdomssentrert – ja takk, begge deler. *Tidsskr Nor Legeforen* 2001; 121
7. Krupat, Rosenkranz, Yeager, Barnard, Putnam, Inui. The practice orientations of physicians and patients: the effect of doctor-patient congruence on satisfaction. *Patient education and counselling* 2000; 39: 49-59
8. Takemura, Atsumi, Tsuda. Identifying medical interview behaviors that best elicit information from patients in clinical practice. *Tohuko J. Exp. Med.* 2007; 213: 121-127
9. Grol, Wensing, Mainz et al. Patients in Europe evaluate general practice care: an international comparison. *Br J Gen Pract* 2000; 50: 882-87

10. Balint M, Hunt J, Joyce D, Marinker M, Woodcock J. Treatment or diagnosis. A study of repeat prescriptions in general practice. London: Tavistock Publications 1970.

11. Henbest R, Stewart M, Patient-centredness in the consultation. 1: A method for measurement. *Family Practice* 1989; 6: 249-54

## Tabeller og figurer

**Tabell 1**  
**Antall og prosent pasienter fordelt på aldersgrupper**

Aldersgrupper	Antall	%
18-30	35	37,6
31-60	35	37,6
60+	23	24,7
Sum	93	100

**Tabell 2**  
**Score for hver enkelt spørsmål i pasientskjema**  
**(0= helt uenig/100= helt enig)**

Spørsmål	Minimum	Maksimum	Median	Gjennomsnitt	Standardavvik
1	18	99	86	81	17
2	8	99	78	70	26
3	21	100	87	84	14
4	3	100	87	81	20
5	0	99	58	57	34
6	8	100	87	81	17
7	4	99	79	68	28
8	5	99	66	58	32
9	44	100	89	87	9
10	4	100	87	81	17
11	41	99	88	85	10
12	7	100	88	85	13
13	3	100	79	67	29
14	47	100	90	87	10
15	1	100	75	69	27
16	8	100	88	85	13
17	3	99	88	71	31

*Merk at scoring for spørsmål 2, 5, 7, 8 og 17 er snudd*

**Tabell 3**  
**Struktur Matrix**

Spørsmål	Faktor			
	1	2	3	4
1. Det er viktig for legen å vite hvor lenge plagene har vedvart	0,120	0,395	-0,024	080
2. Legen bør ikke stille for mange spørsmål om pasientens bakgrunn, da det kan oppfattes som unødig snusing i hans privatliv	0,141	-0,004	0,075	528
3. Det er viktig for legen å vite hva som framprovoserer plagene	0,113	0,113	0,004	221
4. Det er viktig for legen å vite hva som lindrer plagene	0,298	0,103	0,335	0,567
5. Pasienten bør uttrykke enighet med sin doktor for å signalisere respekt og tillit	0,069	0,210	0,160	0,390
6. Det er viktig for legen å vite hvordan plagene oppsto første gang	0,590	0,442	0,274	-0,059
7. Legen bør begrense forklaringen som gis til pasienten om en tilstand for ikke unødig uroe han	0,934	0,404	0,188	0,194
8. Pasienten bør forholde seg til hva legen sier, og ikke søke informasjon om sin sykdom på egenhånd	0,526	0,180	0,316	0,244
9. Det er viktig for legen å vite hvor i kroppen plagene sitter	0,549	0,819	0,120	0,014
10. Legen bør ta pasienten med på råd i de beslutninger som skal tas	0,744	0,411	0,428	-0,074
11. Resultatet av legens undersøkelser er en viktig del av konsultasjonen	0,511	0,322	0,574	-0,383
12. Pasientens beskrivelse av plagene er viktige for å få satt rett diagnose	0,476	0,391	0,626	-0,114
13. Pasienten bør behandles som legens samarbeidspartner, likestilt i makt og status	0,089	-0,041	0,473	0,046
14. Det er viktig for legen å vite hvor intense plagene er	0,514	0,658	0,612	-0,036
15. Legen bør avklare med pasienten hva som skal være tema for konsultasjonen	0,206	0,237	0,139	-0,367
16. Det er viktig for legen å vite hvor ofte plagene har vært tilstede	0,465	0,734	0,328	-0,170
17. Pasienten bør ikke stille flere spørsmål når legen sier han ikke har mer å fortelle	0,271	0,093	0,480	0,154

*Struktur matrixet viser hver enkelt spørsmål lading på den enkelte faktor*

*Extraction method: Maximum Likelihood, Rotatoin method: Oblimin with Kaiser Normalization*

**Tabell 4**  
**Nærmere beskrivelse av faktorenes innhold og validitet**

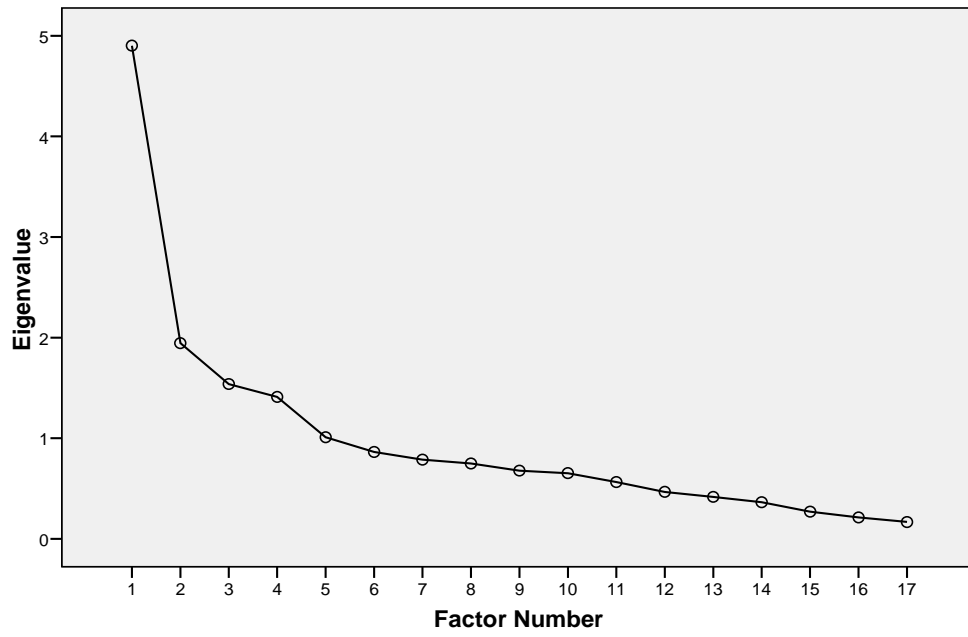
<b>Spørsmål</b>	<b>Chrombachs Alpha</b>	<b>Faktornavn</b>	<b>Hva måler faktorene kombinert</b>
1. Det er viktig for legen å vite hvor lenge plagene har vedvart	0,753	Faktor 1 Symptom sjekkliste	Legesentrert het
3. Det er viktig for legen å vite hva som framprovoserer plagene			
9. Det er viktig for legen å vite hvor i kroppen plagene sitter			
6. Det er viktig for legen å vite hvordan plagene oppsto første gang	0,815	Faktor 2 Forløp	
16. Det er viktig for legen å vite hvor ofte plagene har vært tilstede			
10. Legen bør ta pasienten med på råd i de beslutninger som skal tas	0,461	Faktor 3 Samarbeid	
12. Pasientens beskrivelse av plagene er viktige for å få satt rett diagnose			
13. Pasienten bør behandles som legens samarbeidspartner, likestilt i makt og status			
5. Pasienten bør uttrykke enighet med sin doktor for å signalisere respekt og tillit	0,626	Faktor 4 Relasjon	
8. Pasienten bør forholde seg til hva legen sier, og ikke søke informasjon om sin sykdom på egenhånd			

**Tabell 5**  
**Korrelasjon mellom materialets fire faktorer**

		<b>Faktor 1</b>	<b>Faktor 2</b>	<b>Faktor 3</b>	<b>Faktor 4</b>
Faktor 1	Korrelasjons koeffisient	1,000	0,791	0,277	0,244
	Signifikans (2-tailed)	.	0,000	0,008	0,018
	N (antall)	94	93	92	93
Faktor 2	Korrelasjons koeffisient	0,791	1,000	0,268	0,065
	Signifikans (2-tailed)	0,000	.	0,008	0,532
	N (antall)	93	97	96	96
Faktor 3	Korrelasjons koeffisient	0,277	0,268	1,000	0,146
	Signifikans (2-tailed)	0,008	0,008	.	0,157
	N (antall)	92	96	97	96
Faktor 4	Korrelasjons koeffisient	0,244	0,065	0,146	1,000
	Signifikans (2-tailed)	0,018	0,532	0,157	.
	N (antall)	93	96	96	98

**Figur 1**

**Scree Plot**





# LEGESKJEMA

## TIL FASTLEGER I NORDLAND

Vi er to medisinstudenter ved Universitetet i Tromsø som ønsker å invitere deg til å delta i en enkel spørreundersøkelse. Forespørselen blir sendt til samtlige fastleger i Nordland fylke. Formålet med spørreundersøkelsen er å se etter hvilke ønsker og krav til kommunikasjon pasienten har, samt hvordan leger tenker om de samme temaene. Alle skjema samles inn anonymt, og det er ingen kobling mellom legen og dennes pasienter. Når du har fylt ut skjemaet legger du det i svarkonvolutt og leverer den i ekspedisjonen eller i nærmeste postkasse. Det er helt frivillig om du vil delta.

På forhånd takk og med vennlig hilsen

Thomas Stenersen og Tore Solheim, 5.års medisinstudenter ved Universitetet i Tromsø  
Veileder for prosjektet er førsteamanuensis Tor Anvik, Institutt for Samfunnsmedisin, Universitetet i Tromsø

**Kjønn:**

**Mann**

**Kvinne**

**Alder:**

**18-40**

**41-60**

**Over 60**

*Ta utgangspunkt i din egen erfaring fra konsultasjoner mellom deg og dine pasienter. Grader hvor enig du er i de følgende påstandene ved å sette ett kryss på linjen bak påstandene. En markering langt til høyre på skalaen vil indikere større enighet enn en markering til venstre på skalaen Du kan markere hvor som helst på linjen. På forhånd takk for deltakelsen!*

*Svært UENIG*

*Svært ENIG*



1. Det er viktig for legen å vite hvor lenge plagene har vedvart

---

2. Legen bør ikke stille for mange spørsmål om pasientens bakgrunn, da det kan oppfattes som unødig snusing i hans privatliv

---

3. Det er viktig for legen å vite hva som framprovoserer plagene

---

4. Det er viktig for legen å vite hva som lindrer plagene

---

5. Pasienten bør uttrykke enighet med sin doktor for å signalisere respekt og tillit

---

6. Det er viktig for legen å vite hvordan plagene oppsto første gang

---

# LEGESKJEMA

*Svært UENIG*

*Svært ENIG*



7. Legen bør begrense forklaringen som gis til pasienten om en tilstand for ikke unødig uroe han

---

8. Pasienten bør forholde seg til hva legen sier, og ikke søke informasjon om sin sykdom på egenhånd

---

9. Det er viktig for legen å vite hvor i kroppen plagene sitter

---

10. Legen bør ta pasienten med på råd i de beslutninger som skal tas

---

11. Resultatet av legens undersøkelser er en viktig del av konsultasjonen

---

12. Pasientens beskrivelse av plagene er viktige for å få satt rett diagnose

---

13. Pasienten bør behandles som legens samarbeidspartner, likestilt i makt og status

---

14. Det er viktig for legen å vite hvor intense plagene er

---

15. Legen bør avklare med pasienten hva som skal være tema for konsultasjonen

---

16. Det er viktig for legen å vite hvor ofte plagene har vært tilstede

---

17. Pasienten bør ikke stille flere spørsmål når legen sier han ikke har mer å fortelle

---

**Når du har fylt ut skjemaet legger du det i svarkonvolutten og leverer den i ekspedisjonen eller i nærmeste postkasse. Takk for hjelpen!**

# PASIENTSKJEMA

## TIL PASIENTER HOS FASTLEGER I NORDLAND

Vi er to medisinstudenter ved Universitetet i Tromsø som ønsker å invitere deg til å delta i en enkel spørreundersøkelse. Forespørselen blir sendt til samtlige fastleger i Nordland fylke.

Formålet med spørreundersøkelsen er å se etter hvilke ønsker og krav til kommunikasjon pasienten har, samt hvordan leger tenker om de samme temaene. Alle skjema samles inn anonymt, og det er ingen kobling mellom legen og dennes pasienter. Det er helt frivillig om du vil delta. Legen får ikke vite om du har svart, og det får ingen konsekvenser for din behandling hos legen om du svarer eller ikke.

På forhånd takk og med vennlig hilsen

Thomas Stenersen og Tore Solheim, 5.års medisinstudenter ved Universitetet i Tromsø

Veileder for prosjektet er førsteamanuensis Tor Anvik, Institutt for Samfunnsmedisin, Universitetet i Tromsø

**Kjønn:**

**Mann**

**Kvinne**

*Ta utgangspunkt i din egen erfaring fra konsultasjoner mellom deg og din lege.*

**Alder:**

**18-40**

**41-60**

**Over 60**

*Grader hvor enig du er i de følgende påstandene ved å sette ett kryss på linjen bak påstandene. En markering langt til høyre på skalaen vil indikere større enighet enn en markering til venstre på skalaen Du kan markere hvor som helst på linjen. På forhånd takk for deltakelsen!*

*Svært UENIG*

*Svært ENIG*



1. Det er viktig for legen å vite hvor lenge plagene har vedvart

---

2. Legen bør ikke stille for mange spørsmål om pasientens bakgrunn, da det kan oppfattes som unødig snusing i hans privatliv

---

3. Det er viktig for legen å vite hva som framprovoserer plagene

---

4. Det er viktig for legen å vite hva som lindrer plagene

---

5. Pasienten bør uttrykke enighet med sin doktor for å signalisere respekt og tillit

---

6. Det er viktig for legen å vite hvordan plagene oppsto første gang

---

# PASIENTSKJEMA

*Svært UENIG*

*Svært ENIG*



7. Legen bør begrense forklaringen som gis til pasienten om en tilstand for ikke unødig uroe han

---

8. Pasienten bør forholde seg til hva legen sier, og ikke søke informasjon om sin sykdom på egenhånd

---

9. Det er viktig for legen å vite hvor i kroppen plagene sitter

---

10. Legen bør ta pasienten med på råd i de beslutninger som skal tas

---

11. Resultatet av legens undersøkelser er en viktig del av konsultasjonen

---

12. Pasientens beskrivelse av plagene er viktige for å få satt rett diagnose

---

13. Pasienten bør behandles som legens samarbeidspartner, likestilt i makt og status

---

14. Det er viktig for legen å vite hvor intense plagene er

---

15. Legen bør avklare med pasienten hva som skal være tema for konsultasjonen

---

16. Det er viktig for legen å vite hvor ofte plagene har vært tilstede

---

17. Pasienten bør ikke stille flere spørsmål når legen sier han ikke har mer å fortelle

---

**Når du har fylt ut skjemaet legger du det i svarkonvolutten og leverer den i ekspedisjonen eller i nærmeste postkasse. Takk for hjelpen!**