

Det helsevitenskapelige fakultet

Empati i lege-pasientsamtaler i sykehus

En kvalitativ studie av 30 konsultasjoner

—

Ole Magnus Flormælen

Masteroppgave i medisin juni 2018

Veileder: Eirik Hugaas Ofstad

Forord

Denne oppgaven skal utforske hvordan empati benyttes blant leger på sykehus. Idéen kommer fra Bård Fosli Jensen sin 18 minutter lange TEDx-talk på Youtube om kommunikasjon. Derfra tok jeg kontakt med Eirik Hugaas Ofstad som jeg visste også hadde interesse for kommunikasjon, og han pekte ut kompasskursen videre for meg.

Jeg ønsker å takke min veileder for gode tilbakemelding han har gitt i alle døgnets tider. Jeg ønsker også å takke Bård Fosli Jensen og de som har bidratt til innsamling av det verdifulle datamaterialet denne oppgaven bygger på. Ellers ønsker jeg å takke deg, leseren, for din interesse som fører til at du leser denne oppgaven.

4. juni 2018, Trondheim



Ole Magnus Flormælen

Innholdsfortegnelse

FORORD	I
SAMMENDRAG	III
BAKGRUNN	III
METODE	III
RESULTATER	III
KONKLUSJON	III
1 INNLEDNING	1
1.1 DEFINISJONEN AV EMPATI	1
1.2 BETYDNING AV EMPATI	2
1.3 KAN VI BLI MER EMPATISKE?	2
1.4 PROBLEMSTILLING	3
2 METODE	4
2.1 MATERIALE	4
2.2 ANALYSEMETODE	4
3 RESULTATER	6
3.1 KATEGORI 1: EMPATI I INNLEDNINGEN	7
3.2 KATEGORI 2: PÅPEKER KROPPSSPRÅK	10
3.3 KATEGORI 3: EMPATISK FORFØLGELSE AV HINT	10
3.4 KATEGORI 4: BEDRE BESLUTNINGSGRUNNLAG	14
4 DISKUSJON	16
4.1 RESULTATDISKUSJON	16
4.2 METODEDISKUSJON	16
4.3 STYRKER OG SVAKHETER	18
4.4 IMPLIKASJONER	18
5 KONKLUSJON	18
6 REFERANSER	19
7 LITTERATUREVALUERING	22

Sammendrag

Bakgrunn

Empati er en sentral del av kommunikasjonen mellom pasienter og helsepersonell og har gradvis fått større betydning og fokus i den helsevitenskapelige verden. Evnen til empati kan trenes og kan gi mange gevinster i lege-pasientrelasjonen. Kan vi derfor analysere og lære noe å observere leger i samtale med pasienter for å gi svar på følgende spørsmål: Lar det seg identifisere hvilke særtrekk legene har i sin pasientkommunikasjon? Når og hvordan benytter de empati? Og hva slags effekt har deres kommunikasjonsferdigheter på konsultasjonen?

Metode

Jeg gjorde kvalitative analyser med utgangspunkt i systematisk tekstkondensering. Utvalget bestod av 30 videoopptak av lege-pasientkonsultasjoner ved et norsk sykehus. Videoene var strategisk utvalgt basert på tidligere kjennskap til at de enten inneholdt mange empatiske responser eller mange empatiske muligheter. Analysen bestod i å transkribere og kode ordutvekslingen før, under og etter empatiske utsagn eller potensielle empatiske muligheter. Deretter ble det sett på likheter mellom kodene for å produsere generelle beskrivelser som besvarte problemstillingen.

Resultater

Jeg endte opp med fire forskjellige kategorier som beskriver kjennetegn ved empatiske leger. De fire kategoriene beskrev hvordan legene innledet konsultasjonen, hvordan de responderte på pasientens følelsesmessige hint og kroppsspråk og hvilke aspekter fra pasientens perspektiv legen inkluderte ved beslutningstaking.

Konklusjon

Denne studien viser at leger som viser empatiske evner har særtrekk ved sin kommunikasjon og at empati gir mange fordeler. Medisinstudentene og leger kan potensielt lære kommunikasjonsferdigheter av å observere leger som viser empatiske evner. Analyseprosessen i studien medførte for observatøren en subjektiv forbedring i å identifisere kommunikasjonsferdigheter og pasientenes hint med potensielle empatimuligheter. Disse ferdighetene kan observatøren muligens dra nytte av i sin egen pasientkommunikasjon. Fremtidig forskning kan forsøke å teste en slik potensiell endring objektivt.

1 Innledning

Empati er som en sentral del av kommunikasjonen mellom pasienter og helsepersonell og har gradvis fått større betydning og fokus i den helsevitenskapelige verden. I 1960-årene ble "den pasientsentrerte kliniske metode" omsider lansert som en motreaksjon til den rent sykdomssentrert klinisk metode (1). Siden da har legekunstens primærfokus endret seg i retning av å ikke bare behandle sykdommen, men også til å behandle pasienten. I dag er den pasientsentrerte kliniske metode anerkjent innen alle kliniske fag, men har fremdeles et stykke igjen før den er en "ryggmargsrefleks" hos alle leger (2). Selve begrepet "pasientsentrert" innebærer at legen har fokus på hvordan situasjonen oppleves for pasienten. Kommunikasjonsferdigheter står sentralt i utviklingen av god terapeutisk lege-pasientrelasjon. En nøkkelkomponent i lege-pasientrelasjonen er å benytte empati på en måte som hjelper både pasienten og legen (3).

1.1 Definisjonen av empati

Det hersker tilsynelatende stor spredning blant definisjonene av empati (4). Stor norske leksikon definerer empati som "evnen til å identifisere, forstå og anerkjenne gyldigheten av andres følelsesmessige tilstand og reaksjoner" (5). Slik består empati av både en kognitiv komponent og en atferdskomponent. Flere studier antyder at empati i tillegg har en affektiv komponent som ofte kalles emosjonell empati og som innebærer evnen til å subjektivt erfare og dele en annen persons psykologiske tilstand og følelser (6). Emosjonell empati likner derfor svært mye på sympati, som kanskje ikke bør blandes med empati. Sympati betrakter ikke pasientens perspektiv, men heller en persons affektive reaksjon på andres følelser eller situasjon. Uten en emosjonell komponent kan den kognitive komponent og atferdskomponenten ha en negativ side. Hvis man kun bruker disse to sidene ved empati kan man potensielt utnytte og manipulere andre personer (7). Dermed kan kanskje den emosjonelle empatien, eller sympatien, inkluderes i en klinisk definisjon av empati. Men emosjonell empati kan også ha en negativ side. Man kan dele andres følelser i så stor grad at man til slutt blir emosjonelt utslitt og utbrent (8). Derfor kan det være nyttig å introdusere en moralsk motivasjon når man skal benytte empati i en klinisk praksis for å hjelpe pasienten (4, 6, 7). I en lege-pasientrelasjonen er atferdskomponenten også svært viktig. Sik at den kognitive empatien legen besitter kommuniseres verbalt og nonverbalt til pasienten på en hensiktsmessig måte. Kirkscey kaller denne komponenten for relasjonell empati og mener det er en nøkkelkomponent for å oppnå "delt forståelse" i mellommenneskelig kommunikasjon (9).

1.2 Betydning av empati

I boken "Skreddersydde samtaler", skrevet av Pål Gulbrandsen og Arnstein Finset, sammenfattes det en konsis oppsummering av studier som omhandler empati. De påpeker at i mange legekonsultasjoner er pasienten følelsesmessig berørt og at pasientene gir oftest ikke uttrykk for følelser og bekymringer spontant (10). Derimot kommer følelsene oftest fram som en antydning eller hint (11). Flere studier har vist at en positiv sammenheng mellom å utforske slike hint og pasienttilfredshet. Konklusjonen til Gulbrandsen og Finset er dermed at "hovedregelen er at pasienten reagerer positivt på at legen åpner opp for og utforsker pasientens følelser når pasienten er emosjonelt berørt" (10). Likevel understrekes det at legen må tilpasse sin kommunikasjonsstil med hensyn på pasienten og situasjonen, ettersom ulike pasienter åpenbart reagerer ulikt på forskjellige tilnærminger. For eksempel fremkommer det av en norsk studie at engstelige pasienter foretrekker en kommunikasjonsstil som ikke berører deres følelser og psykososiale temaer, mens pasienter med et lavere angstnivå foretrekker konsultasjoner som inkluderer slike temaer (12).

I 2012 publiserte Neuman med flere en oversiktsartikkel som identifiserte effekten av legers empati på en rekke ulike variabler. Studien fant at empatisk kommunikasjon er assosiert med høyere pasienttilfredshet og etterlevelse, bedre mestring av egen sykdom og livssituasjon, mindre depresjon og bedre livskvalitet. Videre fremkommer det at legen, ved å benytte empati, fikk frem flere anamnesticke opplysninger og dermed bedre diagnostikk (6). I tillegg er det vist at empati har en positiv effekt på fysiologiske parametere. Studier har vist assosiasjon mellom pasienter som opplever stor grad av empatisk kommunikasjon og mindre grad av metabolske komplikasjoner, bedre sykdomsforløp ved forkjølelse og positive endringer av IL-8 og neutrofile granulocytter (13-15).

1.3 Kan vi bli mer empatiske?

Flere studier viser at leger oftest ikke oppfatter pasientenes følelsesmessige hint og at leger enda sjeldnere responderer empatisk (11, 16, 17). Det er også vist at medisinstudenters empatiske evner svekkes i løpet av studiet i den forstand at "studentens følelsesmessige respons på andres følelsesmessige erfaringer" svekkes (18). Leger som har vært på 20 timer kommunikasjonskurs etter modellen "Fire gode vaner", hvor en vane er å vise empati minst én gang, viste statistisk signifikant bedring i kommunikasjon i et randomisert kontrollert studie (19). Norfolk med flere (4) konkluderer med at empati i en lege-pasientrelasjon ikke er et mystisk eller eksklusivt konsept, men heller innebærer bruk av spesifikke ferdigheter som alle

kan tilegne seg til et visst nivå. Derfor er det grunn til å anta at leger som jobber innen spesialiteter som krever økt bevissthet omkring sin verbale og nonverbale kommunikasjon kommuniserer mer empatisk.

Spesialitetene gynekologi og obstetrikk omfatter både medisin og kirurgi som berører kvinners mest intime soner, både anamnestic og ved undersøkelse. I begge spesialitetene snakker man om svært personlige temaer som handler om kvinnen selv og kvinnens liv som seksuelt vesen. Folk flest blir ofte sjenerte og ukomfortable når disse temaene kommer på bane. Dette gjelder både pasienter og mange leger, ettersom de færreste har lært hvordan de skal snakke om seksualitet på en avspenst måte med ulike mennesker i alle aldre. Som lege skal man snakke med mennesker om seksualitet på en profesjonell måte. Trening av legens kommunikasjonsferdigheter er derfor nødvendig for å oppnå gode lege-pasientrelasjoner og dermed god medisin.

En gynekologisk undersøkelse krever at legen ser på, berører og bruker ulike hjelpemidler for å samle informasjon om kvinnens kropp, og særlig genitalier. Dette setter henne i en meget sårbar posisjon hvor legen balanserer på en relativt tynn egg som han eller hun raskt kan ramle ned fra og dermed skape unødig uhygge hos pasienten. Enten ved å si eller gjøre noe upassende, eller ved å la være å si eller gjøre noe passende. Obstetrikere møter kvinner som trenger hjelp når de bærer på verdens mest dyrebare pakke. Dette er livssituasjoner som legger stort press på pasienten, både psykososialt og biologisk. Leger som møter gynekologiske og obstetriske pasienter har dermed et godt utgangspunkt for mengdetrening og selvinnsikt i optimal håndtering og kommunikasjon med spesielt sårbare pasienter.

1.4 Problemstilling

Med utgangspunkt i antakelsen om at gynekologer og obstetrikere besitter på eksklusiv kunnskap i vanskelige kommunikasjonssituasjoner, er det grunn til å tro at analyse av gynekologers og obstetrikeres kommunikasjon vil kunne gi større forståelse. Derfor vil det i denne oppgaven undersøkes hva vi kan lære av gynekologers og obstetrikeres kommunikasjon i håp om å kunne besvare noen av følgende spørsmål: Lar det seg identifisere hvilke særtrekk legene har i sin pasientkommunikasjon? Når og hvordan benytter de empati? Og hva slags effekt har deres kommunikasjonsferdigheter på konsultasjonen som helhet?

2 Metode

2.1 Materiale

Det var tilgjengelig et videomateriale som bestod av 380 av lege-pasientkonsultasjoner. Videoene ble filmet i perioden 2007-2008 som del av et randomisert kontrollert studie for å evaluere effekten av et 20 timer langt kommunikasjonskurs (19). De inkluderte legene arbeidet ved forskjellige kliniske avdelinger ved Akershus universitetssykehus. Fra dette materialet ble 30 videoopptak strategisk utvalgt av min veileder som tidligere har analysert alle videoene med henblikk på medisinsk beslutningstaking. Videoene hadde en varighet på 10 minutter til 1 time. 11 av videoene var opptak av 5 forskjellige gynekologer og obstetrikere. Resten av materialet bestod av 20 leger og opptakene var jevnt fordelt på alder, kjønn og spesialitetene nevrologi, onkologi, ortopedi, endokrinologi, pediatri, øre-nese-hals, infeksjonsmedisin, hematologi, kardiologi, karkirurgi og lungemedisin.

2.2 Analysemetode

Det ble gjort kvalitative analyser med utgangspunkt i metoden "Systematisk tekstkondensering" beskrevet av Kirsti Malterud. Dette er en deskriptiv tverrgående analysemetode av fenomener hvor formålet er å finne kjennetegn ved de fenomenene man studerer. Samtidig forsøker man å sette observatørens forståelse til side i møte med datamaterialet (20). Dette innebærer at videomaterialet ble observert i tilfeldig rekkefølge for å få et helhetsinntrykk uten at jeg hadde noen spesielle fenomener eller kjennetegn i tankene. Samtidig ble dialogelementer hvor legen uttrykket empati eller dialogelementer der jeg syntes at legen kunne uttrykt empati, men ikke gjorde det, transkribert til tekstelementer. Disse tekstelementene bestod av ordrett gjengivelse av hva legene og pasientene sa før, under og etter disse utsagnene. Et empatisk utsagn ble definert som "legens verbale eller nonverbale kommunikasjon som viser at legen forstår og anerkjenner pasientens situasjon, perspektiv og følelser". Dette er en bred definisjon som sikret at jeg fanget opp flest mulig former for og grad av empati og omfatter eksempler som varmt og dynamisk toneleie, hevede øyenbryn, bruk av pauser og utsagn som "jeg forstår", "fjorrige gang må ha vært en forferdelig opplevelse, ble du redd og skremt?" og "det virker som det ikke er så greit å hankses alene med dette for deg". I flere av situasjonene med potensielle empatimuligheter var det vage antydninger eller generelle uttrykk. For eksempel: "det går ikke helt greit", "egentlig ikke", "jeg vet ikke hvor lenge dette holder", "(unaturlig pause) ja/nei" og "det stopper seg selv snart dette her". Slike utsagn ble klassifisert som "hint". Bakgrunnen for

et hint er ofte forankret i pasientens "livsverden"(2). "Livsverden" ble definert etter filosofen Jürgen Habermas sin definisjon, "menneskets levde liv" og består av 3 dimensjoner: (21)

1. Den objektive verden som består av fakta pasienten har om seg selv som blant annet jobb, familie, symptomer, prøvesvar og behandling.
2. Den sosiale verden som består av menneskets normer og regler som styrer hvordan vi forholder oss til hverandre.
3. Den subjektive verden som består av hensikter, tanker, emosjoner og verdier.

For å redusere sannsynligheten for at jeg overså empati og hint, ble de 3 første videoene transkribert i sin helhet og gjennomlest flere ganger for å identifisere all empati og alle hint. I tillegg gjorde jeg to stikkprøver for å sjekke om mine observasjoner og tolkninger av legenes empati stemte med tidligere kodinger. Dette gjorde jeg ved å velge ut et videoopptak hvor jeg mente legen var generelt lite empatisk og et videoopptak hvor legen var generelt empatisk. Opptakene var fra før kodet med "Four Habits Coding Scheme"(22) som inkluderer scoring av empati. Empati-scorene hos den legen jeg vurderte som empatisk hadde høyre score på empati enn den legen jeg vurderte som lite empatisk.

Tekstelementene samlet jeg i et dokument for hver video i tekstredigeringsprogrammet Microsoft Word. Altså totalt 30 dokumenter. Jeg noterte også tidspunkt i videoen tekstelementet var uthentet fra og dersom det var påfallende informasjon om pauser og nonverbal kommunikasjon som syntes å være viktig for tekstelementets betydning ble dette transkribert i parentes. For hver video laget jeg også et PSOAP-notat (23). PSOAP er i hovedsak en skriftlig strukturmetode for lege-pasientkonsultasjoner som inkluderer problemstillingen, subjektivt (pasientens sykehistorie), objektivt (klinisk undersøkelse), analyse (diagnose) og plan videre. Dette notatet var nyttig i analysefasen. Totalt sett ble det 30 PSOAP-notater og 0-5 tekstelementer per video.

I trinn 1 av analysen leste jeg alle transkripsjonene og PSOAP-notatene for å få et helhetsinntrykk. Dette helhetsinntrykket var utgangspunktet for å identifisere foreløpige temaer i tekstelementene som ga kunnskap om problemstillingen. I trinn 2 av analyseprosessen brukte jeg de foreløpige temaene for å danne grunnlag for koder. Ord, setninger eller underliggende fenomener i tekstelementene, som jeg syntes å berøre noen av de foreløpige temaene i trinn 1, ble kodet med abstraherende beskrivelser på 1-10 ord. Eksempler på koder var: "åpent spørsmål om ...", "hint om bekymring for alvorlig sykdom", "påpeker ... kroppsspråk", "innblikk i pasientens subjektive livsverden om ...". Slik ble det svært mange koder. Dersom jeg syntes tekstelementene var viktige uten at de berørte noen av de foreløpige temaene ble også disse

kodet. Temaene fra trinn 1 ble derfor kontinuerlig revidert. Slik ble det en stadig og parallell gjentakelse av trinn 1 og trinn 2 i analyseprosessen. I enkelte tilfeller var det også nødvendig å se hele eller deler av videoen om igjen og transkribere ytterligere dialogelementer før eller etter de primære tekstelementene for å få nok informasjon til å gi en meningsfylt kode.

I tredje og siste trinn brukte jeg kodene til å danne kodegrupper. På dette tidspunktet i analysen syntes jeg kodene representerte ulike kjennetegn ved legens kommunikasjon i de ulike fasene i konsultasjonen. Fasene i konsultasjonen ble delt inn etter BIO-modellen (10)(s. 25-27). BIO-modellen ga utgangspunkt for å sortere kodene i 3 foreløpige kodegrupper: begynnelsen, informasjonsinnhenting og til slutt oppsummering og avslutning. I hver kategori representerte kodene dialogelementer hvor legen benyttet empati og dialogelementer med hint med potensiell empatimulighet. Med utgangspunkt i dette observerte jeg likheter mellom tekstelementene som representerte ordutvekslingen før, under og etter disse to situasjonstypene. Ved å sammenfatte essensen av disse likhetene utformet jeg til slutt kategorier. For hver kategori dannet jeg 2-4 underkategorier som representerte essensen av kodene. Til slutt gikk jeg tilbake til transkripsjonene for å finne tekstelementer som eksemplifiserer en eller flere underkategorier for hver kategori. Jeg fant også eksempler på ordutvekslinger med potensielle empatimuligheter dersom det var nødvendig for å vise effekten av manglende empati.

3 Resultater

Med denne metoden endte jeg opp med fire kategorier som beskriver kjennetegn ved kommunikasjonen. Disse kjennetegnene var særlig uttalt, men ikke utelukkende, hos gynekologene og obstetrikere. I tabell 1 beskrives de fire kategoriene.

Tabell 1.

Kategori	Beskrivelse	Underkategorier
Empati i innledningen	Legen benytter empati for etablering av åpenhet slik at pasienten inviteres til å dele verdier og følelser fra sin livsverden, og at denne informasjonen verdsettes og er nødvendig.	Lest journal på forhånd, åpne spørsmål om pasientens livsverden, legen forsøker å beskrive pasientens tidligere opplevelse, legen etablerer en åpen atmosfære tidlig

Påpeker kroppsspråk	Legen påpeker og kommenterer pasientens kroppsspråk og får frem hvilke tanker pasienten har som fører til aktuelle nonverbale respons.	Legen påpeker pasientens kroppsspråk, legen responderer empatisk på pasientens kroppsspråk
Empatisk forfølgelse av hint	Legen oppfatter hint fra pasientens livsverden og forfølger dem slik at pasienten forteller om de bakenforliggende tankene og/eller følelsen.	Aktiv lytting, empatisk forfølgelse som viser at legen forstår det aktuelle, legen benytter kognitiv empati, legen tenker seg inn i det pasienten frykter
Bedre beslutningsgrunnlag	Legen tar utgangspunkt i pasientens ekspertise og biomedisinsk ekspertise i beslutninger som tas.	Legen inkluderer pasientens livsverden i beslutninger, legen får frem bakgrunnen for pasientens ønske

3.1 Kategori 1: Empati i innledningen

Et kjennetegn ved de empatiske legene i dette materialet var hvordan de innledet konsultasjonen. Flere av legene benyttet åpne spørsmål og de hadde gjort gode forberedelser ved å lese journal og henvisning på forhånd. Gode forberedelser ble observert da legen sa direkte at han hadde lest journalen før konsultasjonen, eller indirekte da legen beskrev for pasienten det legen hadde lest. Med utgangspunkt i journalens innhold kunne legen ofte si noe empatisk. Ved å kombinere pasientjournalens informasjon med legens biomedisinske ekspertise og kognitive empati kunne legen forsøke å sette seg inn i pasientens tidligere opplevelse og sette ord på eventuelle følelser. Ved å fremlegge denne hypotesen for pasienten kunne pasienten enten bekrefte eller avkrefte hypotesen, men det åpnet også for at pasienten kunne korrigere denne hypotesen og dermed komme med sitt perspektiv. For eksempel benyttet en obstetiker denne innledningsstrategien da han gjennomførte sin første svangerskapskontroll med et foreldrepar i gestasjonsuke 12-13 som ventet sitt fjerde barn:

Eksempel 1:

- L(lege): Så du har født tre ganger?

- M(mor): Ja.
- L: Har du født her da?
- M: Ja, de to siste fødte jeg her.
- L: Så da er du godt kjent her?
- M: Ja.
- L: Ut i fra journalen forstår jeg det slik at siste fødsel var en forferdelig opplevelse, at babyen satt fast og du ble veldig redd og skremt?
- M: Ikke jeg tror jeg, men han (peker på far).
- Lege: Ja, ikke sant. Jeg vet akkurat hvordan fedre har det som står ved siden av og som ikke klarer å si noe og blir redd og hjelpeløs.
- F(far): Ja, det tok bare fem minutter før babyen ble tatt av legen.
- L: Dere tenker sikkert på det nå igjen, når dere er gravid igjen, dere er spent også har jeg skjønt, eller?
- M: Nei, egentlig ikke.
- L: Egentlig ikke?
- M: Nei.
- L: Men du (henvender seg til og ser på far)?
- F: Ja, jeg tenker litt på det.
- L: Ja, ikke sant, og da er det ålreit å snakke om sånne ting som du nå gir uttrykk for, at du har hatt den opplevelsen du har hatt, hvor du stod der og så på og alt, hvor ekkelt det kanskje var (...).

En slik innledning medførte at legen etablerte et miljø for åpenhet tidlig i konsultasjonen og han viste at han verdsatte informasjon om foreldrenes livsverden tidlig i konsultasjonen. Slik at denne åpne atmosfæren preget resten av konsultasjonen. Samtidig følte pasienten seg trolig sett og forstått. Dessuten slapp legen å spørre direkte hva pasienten er bekymret eller stresset for. Direkte utspørring om bekymringer kan oppfattes som en mistenkeliggjøring slik at pasienten i verste fall vegrer seg for å dele relevant informasjon (2).

Dersom legen ikke benyttet en åpen og inkluderende innledning ble det i enkelte tilfeller observert at pasienten i stedet ytret sine tanker mot slutten av konsultasjonen, eller muligens lot være å dele slik informasjon i det hele tatt. Dette førte ofte til "dørklinge problemer" hvor legen stod ovenfor nye problemstillinger mot slutten av konsultasjonen. Det ble observert at dørklinge problemene ofte dreide seg om bekymringer og at legene responderte lite empatisk og kort på disse dørklinge problemene ved å presentere raske løsninger på problemstillingene. Da

en eldre kvinne skulle til anestesitilsyn før en operasjon begynte anestesilegen med lukkede standardspørsmål og legen ble mot slutten stilt ovenfor flere nye problemstillinger. Syv minutter ut i konsultasjonen var legen ferdig med standardspørsmålene og spør:

Eksempel 2:

- L: Men okei, er det noe du lurer på?
- P(pasient): Lurer på mye jeg.
- L: Ja, som har med bedøvelsen å gjøre.
- P: Bare den, ikke operasjonen?
- L: Ja, bare den.
- P: Gjør det vondt?
- L: Nei, bare de stikkene, men du får lokalbedøvelse.
- P: Det er mange som sier epiduralbedøvelse er vondere enn narkose.
- L: Nei, det tror jeg ikke. Du får litt ved siden av.
- P: For denne bedøvelsen har jeg aldri hatt. Operasjonen tar tre til fire timer sa dem.
- L: Ja, vel?
- P: Det synes jeg var lenge, ligge der, men da må jeg få noe jeg kan sove på.
- L: Ja da, du får det (med varmt, dynamisk og empatisk toneleie).
- P: Nei, for jeg vil ikke høre på mens dem driver på, for det er vondt.
- L: Nei, du slipper det. Okei?
- P: Okei, jeg er nervøs. Fryktelig nervøs.
- L: Ja, mhm (pause). Jeg skal skrive på at du får en Vival i morgen tidlig. Okei?
- P: Da blir jeg ikke å prates med noen doktor før?
- L: Det vet jeg ikke. Du har vel snakket med en kirurg?

Her har legen en empatisk mulighet som ikke benyttes. Da pasienten uttrykket en negativ følelse går legen i "løsningsfellen", sannsynligvis med den hensikt å eliminere følelsen. Dette medfører at legen ikke får tak i pasientens tankegang som ligger til grunn for følelsen og legen mister muligheten til å bruke sin egen biomedisinske ekspertise til å potensielt berolige pasienten. For pasientens del kan det hende hun er fornøyd med selve løsningen, men at hun nå sannsynligvis sitter igjen alene med unødige bekymringer. Da legen forlot rommet til pasienten satt hun igjen urørlig på sengekanten med et alvorlig og tankefullt ansiktsuttrykk og et stirrende blikk.

3.2 Kategori 2: Påpeker kroppsspråk

Det andre kjennetegnet ved de empatiske legene i dette materialet var hvordan de forholdte seg til pasientens nonverbale kommunikasjon. I flere av konsultasjonene ble det hos pasienten observert gråt, latter, taushet med tomt blikk, alvorlig ansiktsuttrykk, rynking på nesa og motorisk uroligheter i hender og posisjon i stol. Det var uvisst for observatør hvor mye legene var bevisst denne nonverbale kommunikasjonen, men noen av legene påpekte pasientens nonverbale kommunikasjon verbalt. Ved å påpeke det nonverbale uttrykket forklarte pasientene ofte bakgrunnen for kroppsspråket sitt. Pasienten delte tanker om informasjon som legen akkurat hadde gitt eller beslutninger som var tatt forut for pasientens nonverbale reaksjon. Da en gravid kvinne i 30-årene skulle til siste svangerskapskontroll hos en obstetriker ble det besluttet at fosteret skulle forløses med keisersnitt og at hun dermed skulle innlegges straks. Dette ble besluttet etter sterk anbefaling av legen grunnet komplikasjoner etter tidligere fødsler. Mot slutten av konsultasjonen, mens legen snakket i telefonen for å få kvinnen innlagt ble hun sittende med et alvorlig ansiktsuttrykk og stirret på sine motorisk urolige hender.

Eksempel 3:

- L: (Legger fra seg telefonen) Du ser så veldig betenksom ut.
- P: Hæ? Nei (kort ubekvem latter).
- L: Du ble så alvorlig.
- P: Nei da. Du vet når det plutselig er der.
- L: Ja, men du har gjort det før. Så du vet jo omtrentlig hva du går til. Jeg må jo si at jeg tror at dette er den beste løsningen.
- P: Jeg tror nok det selv også. Det er jo derfor jeg kommer.
- L: Ja, da er vi enige (...)

Tidligere i konsultasjonen gråt kvinnen grunnet hennes ønske om å forløse fosteret vaginalt. Slik var beslutningen om keisersnitt åpenbart en tung avgjørelse for henne. Så da legen påpekte hennes nonverbale kommunikasjon fikk han frem at pasientens kroppsspråk ikke skyldtes tanker om at hun ikke ville ha keisersnitt, men i stedet selve situasjonen hun plutselig befant seg i. Legen fikk dermed informasjon om pasientens syn på beslutningen.

3.3 Kategori 3: Empatisk forfølgelse av hint

Som forutgående temaer har vist medfører åpne spørsmål ofte at pasienten kommer med hint fra sin livsverden. Dette kan legen respondere empatisk på. Det er også kjent at slike hint ofte kommer spontant(17). I dette materialet var hintene ofte knyttet til bekymringer som dreide seg

om sosial utmattelse (stressende jobb, mange barn hjemme, syk ektefelle hjemme), frykt for alvorlig sykdom, redd forut for en medisinsk prosedyre og forverring av sykdom. I noen tilfeller var det ikke mulig å tolke hva pasientens hint var uttrykk for fordi legen terminerte hintet enten bevisst eller ubevisst. Da en eldre mann skulle til pacemakerkontroll ble pasientens hint terminert:

Eksempel 4:

- L: Får du vært noe ut om dagen da?
- P: Nei.
- L: Hvorfor kommer du deg ikke ut?
- P: Jeg gidder ikke.
- L: Du gidder ikke, nei? Det var jo et greit svar. La meg høre på hjertet ditt.

Ved å terminere med temaskifte, biomedisinske spørsmål eller presentere løsninger på problemet hintet antyder gikk legen sannsynligvis glipp av verdifull informasjon om pasientens perspektiv og opplevelse. Samtidig mistet pasienten muligheten til å føle seg sett og forstått. I eksempel 4 forfulgte ikke legen hvorfor pasienten ikke orker å gå ut av huset sitt.

Flere leger greide å oppfatte pasientens hint og responderte med spørrende parafraseringer eller med aktiv lytting som "ok?" og "jaha?". Dermed kunne pasienten utdype ytterligere hva han mente, men ofte var en slik respons fra legen ikke tilstrekkelig for å få pasienten til å fortelle åpent om sin livsverden. Mange leger responderte også med generelle empatiske uttrykk som "jeg skjønner", "jeg forstår", men heller ikke disse responsene var bestandig nok for å penetrere hintene. Videre var det mange leger som responderte med biomedisinske spørsmål slik at pasientens egne tanker forble ukjent. Da en voksen mann skulle til kontroll av sin HIV-medisinerer virker det som legen fanget opp pasientens hint, men han forfulgte ikke hintene adekvat. I stedet er legen hovedsakelig opptatt av den biomedisinske dimensjonen knyttet til den aktuelle diagnosen. Legen og pasienten kjente hverandre fra før.

Eksempel 5:

- L: Hvordan går det med deg?
- P: Det går greit, men ikke helt greit.
- L: Ikke helt greit?
- P: Jeg er litt syk hele tida, men det har ikke vært noe alvorlig så da synes jeg det egentlig ikke er noe.
- L: Har du vært i Thailand?

- P: Ehh, både i Thailand og Norge har jeg vært dårlig, jeg har hatt influensalignende ...
- L: (avbryter pasienten) Hvor lenge var du i Thailand?
- P: Var der i 2,5 måneder.
- L: Ja, okei, men du har hatt en fin tur der?
- P: Ja, litt.
- L: Du trekker litt på det?
- P: Ja, men det er personlig. Litt sånn problemer jeg og kona mi har der nede da, det berører egentlig ikke dere.
- L: Skjønner. Nei, det skal jeg ikke stikke meg i.

Effekten av en slik "inadekvat" respons med manglende forfølgelse av hva pasienten egentlig tenker, var ofte at legen kjørte i sitt eget spor, mens pasienten kjørte i et annet spor. Legen var opptatt med den biomedisinske dimensjonen, mens pasienten var opptatt av sin livsverden. Ofte gjentok pasienten de samme hintene flere ganger i løpet av konsultasjonen dersom legen ikke utforsket dem.

Noen få leger benyttet en forfølgelse der de fikk fram pasientenes følelse og tankegang som var bakgrunn for hintet. I noen tilfeller kunne pasienten være meget tilbakeholden med å dele egne tanker, eller slite med å sette ord på sine bekymringer. Da en middelaldrende kvinne skulle til utredning grunnet forhøyet M-komponent var hun meget nølende og bekymret i sin væremåte. I dette tilfellet var det tydelig at legen benyttet sin kognitive empati ved å sette seg inn i pasientens perspektiv, for så å benytte relasjonell empati for å uttrykke den kognitive empatien til pasienten på en måte som gagnar lege-pasientrelasjonen og hjelper pasienten.

Eksempel 6:

- L: Hva er det du har blitt fortalt av fastlegen din?
- P: Nei, han sa jo at han hadde funnet noe i blodet mitt, og da ville han ha meg hit til undersøkelse. Han viste ikke om det var noe ondartet eller godartet.
- L: Når var det dere hadde denne samtalen da?
- P: I januar.
- L: Januar, ja.
- P: Så jeg har gått lenge.
- L: Uff ja, så da har du gått lenge og tenkt og bekymret deg?
- P: Mhm (pasienten nikker).

- L: Ja, det vil jeg tro, det blir av og til litt ventetid på de utredelsene her og det er ikke noe særlig å gå og vente på nei. Det som fastlegen har funnet hos deg er noe vi kaller en m-komponent (legen forsetter å forklare kort hva m-komponent er og mulige årsaker). Men disse ukene, når du har gått og tenkt en masse, hvilke ting er det du har gått og tenkt på da?
- P: Jeg har tenkt det verste (stillhet og motorisk urolig i hendene og ser bort fra legen. Det er underforstått at "det verste" er kreft/myelomatose).
- L: (Pause) Du har tenkt det verste? Er det spesielle ting i kroppen som du har tenkt på som betyr at du er syk?
- P: (Rister på hodet)
- L: Du har bare vært redd for at det skulle være noe alvorlig?
- P: (Nikker)
- L: Har du snakket med noen om det?
- P: (Rister på hodet).
- L: Nei, vi er flinke til å holde det inni oss.
- P: (Nikker).
- L: Jeg vet det er greit for meg å si, men det er ikke grunn til bekymring før vi vet at det er noe farlig, som sagt kan det være mange ting, men det er viktig å undersøke det, og jeg så i henvisningsskrivet at du hadde hatt leddgikt?
- P: Ja, det har jeg hatt.
- L: Sånne betennelsestilstander kan også gi litt endret funn på disse immunoglobulinene (...)

Effekten av at legen responderer med en kombinasjon av å tenke seg inn i det pasienten frykter (kognitiv empati) og relasjonell empati på følelsesmessige hint ble observert blant annet da legen skulle berolige og informere pasienten. Ved å få frem nøyaktig hva pasienten vet fra før og samtidig få frem det pasienten tenker og føler om denne informasjonen så kunne legen berolige og informere med god presisjon. Som i eksempel 7 informerte legen blant annet om at sannsynligheten for kreft er mindre enn hva pasienten innbiller seg. Slik at når legen spør mot slutten av konsultasjonen om det er noe mer pasienten lurer på, så svarer pasienten: "Nei, jeg lurer ikke på noe nå. Nå er jeg bare lettet", og pasienten virker også mer munter i sitt nonverbale uttrykk.

3.4 Kategori 4: Bedre beslutningsgrunnlag

I denne kategorien ser man de tre forutgående kategoriernes relasjon til hverandre og en mulig effekt av å benytte empati på konsultasjonen som helhet. Da pasient og lege skulle fatte beslutninger om diagnose, tiltak og plan videre var det forskjellig hvilke synspunkter som var inkludert i betraktningene. Alle legene tok utgangspunkt i sin biomedisinske ekspertise, men enkelte leger inkluderte i større grad også aspekter fra pasientens livsverden. I konsultasjoner der legen benyttet virkemidler som er belyst i tidligere temaer var det tydelig at beslutningene ble fattet med større grad av felles situasjonsforståelse for både lege og pasient, nettopp fordi pasientens livsverden var inkludert i beslutningsprosessen. Da et ektepar skulle til svangerskapskontroll hos en gynekolog/obstetriker som så vidt hadde hilst tidligere, ble tiltaksbeslutningen fattet på et bredt grunnlag basert nettopp på begge parters ekspertise. Legen innledet med åpne spørsmål og viste empati tidlig.

Eksempel 7:

- L: Jeg har skikket i journalen din og sett litt på de tidlige fødslene dine, kan ikke du fortelle meg litt? Hvis du vil da.
- M: Ja, nei, den første jeg fødte kom 6 uker for tidlig og den kom fort på 5 timer cirka, fra vannet gikk hjemme til den var ute, den andre var i sete og det ble litt sånn hast og mye folk og han siste mistet kontakten mot slutten så han ble bare dratt ut. Jeg tenkte ikke så mye der og da men etterpå har jeg fått litt...
- L: (kort pause) Litt skummelt?
- M: Ja, litt ekkelt.
- L: Var du med på dette eller? (ser på far)
- F: Ja.
- L: Hvordan opplevde du det?
- F: Det var kaotisk innimellom, kanskje konsekvensen av flere på en gang.
- L: Det blir ofte litt mye. Det er ikke bestandig at mannen synes det er noe bedre å stå der.

Foreldrene var tredjegangsfødende og forrige fødsel var en tvillingfødsel som startet 6 uker for tidlig. Tvillingfødselen ble satt i gang medikamentelt og dermed gikk tvillingfødselen meget raskt. Legen inviterte foreldrene til å fortelle om selve opplevelsen, hvilket de beskrev som ukontrollert og kaotisk. Derfor ønsket foreldrene keisersnitt denne gangen. Etter at legen hadde anerkjent pasientens tidligere opplevelse og uttrykt empati spurte legen:

- L: Jeg vil gjerne vite hvorfor du tror at det vil bli lettere for deg med 3 små barn hjemme og keisersnitt?
- P: Nei, det er en annen sak. (pause) Nei, vil jo ha mindre smerter og, ja.
- L: Det er jo helt motsatt. Altså, det er klart at det gjør vondt å føde (pause, slik at pasient kommer til ordet).
- P: Ja, ja, men det er bare det at jeg synes det har vært så ukontrollert, så nå synes jeg det er godt å kunne få noe kontrollert.
- L: Mhm.
- P: Rett og slett.
- L: Synes du at keisersnitt er så kontrollert?
- P: Ja, det høres i hvert fall veldig greit ut. Jeg vil jo sove og få et snitt.
- L: De skjærer jo magen. Det er en stor operasjon som gir sår på magen din og det er farligere, både for deg og for barnet ditt. Så det er en større risiko og hvert fall når du har født raskt tidligere så følger det ikke noen grunn for å gjøre keisersnitt.
- P: Ja.
- L: Jeg synes derfor det er en dårlig ide. At vi må prøve å finne på noe bedre. Vi må jo prøve å hjelpe deg på en måte, men at vi (kort pause) er det smertene under fødselen du er mest redd for?
- P: Nei, det jeg er mest redd for er at jeg skal få en hjemmefødsel alene. Rett og slett.
- L: Det skjønner jeg. Det hender jo av og til at det skjer, men de få gangene det har skjedd og hvis man er alene og ikke klarer å kjøre bil eller taxi, så sender man en ambulanse ut til deg. At med din historie, så er du tidlig ute å ringe sykehuset når du kjenner at noe er på gang og at du heller kommer inn her en gang for mye. At vi har lav terskel på det. Selvfølgelig er det en mulighet å sette deg i gang... (lar pasienten komme til ordet)
- P: Nei, det ville vel gått fort det. For meg spiller det egentlig ikke noen rolle om jeg settes i gang eller om det blir keisersnitt, det jeg er mest redd for er hjemmefødsel. Men alt var veldig voldsomt sist da jeg ble satt i gang.
- L: Skjønner (...)

I eksempel 7 ser man at selv om legen etablerer et klima for åpenhet og benytter kognitiv- og relasjonell empati, så er det ikke dermed gitt at pasienten deler alle sine innerste tanker med det første. For mange pasienter kan det være kognitivt vanskelig å ramse opp alle årsaker til et synspunkt dersom det er mange årsaker. Men da legen spurte om det samme igjen med andre ord og viste at pasientens tanker verdsettes og er nødvendige, ble det i dette materialet observert

at pasienten ofte delte flere tanker som lå til grunn i synspunktet. Denne tilnærmelsen medførte en bedre felles situasjonsforståelse. Etter at legen hadde rettet potensielle tiltak mot hovedproblemstillingen, kunne legen også foreslå betryggende tiltak mot og anerkjenne konsekvensene som primærtiltaket medførte fordi han hadde innsikt i pasientens livsverden.

4 Diskusjon

4.1 Resultatdiskusjon

Formålet med denne studien var å identifisere og beskrive når og hvordan empatiske leger uttrykker empati og vurdere hvilke effekter empati har på konsultasjonen som lar seg observere ved hjelp av systematisk tekstkondensering. Det som kjennetegnet de empatiske legene i dette materialet var hvordan de innledet konsultasjonen og hvordan de forholdte seg til pasientenes hint og kroppsspråk underveis. Effekten av å kommunisere på denne måten hadde mange fordeler og flere av disse fordelene er allerede identifisert av Neumann med flere (6). Bedre informasjonsinnhenting om symptomer og bekymringer, presis beroligelse, skreddersydd informasjon og at pasienten sannsynligvis følte seg sett og forstått ble identifisert i denne studien og av litteraturoversikten til Neumann med flere (6). I denne analysen var fordelene med empati ofte fraværende med manglende empati, men også motsatt: ulempene ved manglende empati var fraværende da legen benyttet empati. Videre viser min analyse at empati kan være en nøkkelfaktor når legen skal involvere pasienten i beslutninger fordi empati får frem informasjon om pasientens livsverden. Dette funnet stemmer overens med Kirkscey sin teoretiske tilnærming til sammenhengen mellom empati og delt beslutningstaking som baserer seg på felles situasjonsforståelse og drøfting av pasients preferanser og verdier (9).

4.2 Metodediskusjon

Forskerens egne holdninger og forutsetninger har betydning i kvalitative analyser fordi forskerens tolkning er et bindeledd mellom datamaterialet og resultatene(24, 25). I denne studien var forskeren en 23 år gammel mannlig medisinstudent på femte studieår som fra før hadde relativt lite klinisk erfaring med medisinsk kommunikasjon, sammenliknet med hva man kan forvente av en erfaren lege. Mine kommunikasjonsferdigheter bærer derfor lite preg av innøvde vaner og potensielle uvaner. Analysene av datamaterialet ble utelukkende gjennomført av meg uten noen andres perspektiv. Dermed hadde jeg oversikt over det teoretiske- og det empiriske grunnlaget som preget analysene, og studiens refleksivitet ble enklere ivaretatt. Jeg valgte å ikke benytte eksisterende modeller for å vurdere legenes empati fordi det kunne påvirke

mitt åpne og nøytrale sinn i møte med datamaterialet. Med mine forutsetninger er det mulig at min evne til å oppfatte empati og potensielle empatimuligheter var i utgangspunktet suboptimal og empati og hint kunne potensielt forbigås utranskribert. Derimot var analyseprosessen svært lærerik og jeg tror læringskurven underveis ble bratt og at veldig få empatiske utsagn og hint ble oversett. Innledningsvis brukte jeg lang tid på å observere og transkribere videoopptakene grunnet frykt for å overse de tekstelementene jeg ønsket å identifisere. Etter hvert som jeg transkriberte, merket jeg en progresjon i min evne til å identifisere empati og hint. Progresjonen manifesterte seg i form av redusert tvil om hva dialogelementene egentlig var uttrykk for. Samtidig merket jeg en forbedret automatikk i identifiseringen og det krevde mindre grad av konsentrasjon og tid for å forstå hva som skjedde i konsultasjonene samtidig som jeg identifiserte dialogelementer med potensiell kunnskap. Denne progresjonen opplevde jeg meget givende og motiverende.

Datamaterialet var strategisk utvalgt for å ivareta validitet. Utvalget ga umiddelbar kunnskap om den problemstillingen jeg ønsket å belyse i form av tekstelementer med empati og potensielle empatimuligheter. At utvalget var strategisk utvalgt og analysen hensiktsmessig kom også til uttrykk da jeg fant tekstelementer som illustrerte og understøttet de generelle beskrivelsene jeg produserte i analysen. Slik sett kan man si at den interne validiteten av mine funn – tidligere identifisert av min veileder – er tilstede. Materialet var også heterogent i den forstand at det var jevnt fordelt på spesialiteter, alder og kjønn. Det var dog overvekt av mannlige obstetrikere og gynekologer. Antallet og mangfoldet i utvalget skapte nyanser slik at jeg kunne sammenlikne empatisk kommunikasjon med mindre empatisk kommunikasjon. Hvis antallet hadde vært større kunne analysen blitt uoversiktlig og overfladisk (20). Denne studien er utelukkende deskriptiv og sier ingenting og graderer ikke bruken av empati og hint. Derfor må resultatene tolkes ut fra situasjonen de er hentet i fra og eventuelt benyttes i samme eller liknende situasjoner. For eksempel viser denne studien at det er fordelaktig å vise empati og få innblikk i hensiktsmessige deler av pasientens livsverden når pasienten er bekymret for alvorlig sykdom eller skal ta avgjørelser med store konsekvenser som kjemoterapi eller keisersnitt, mens en pasient som kommer inn på et allmennelegekontor med akutt bihulebetennelse kan sjeldnere ha behov for å fortelle om store deler av sin livsverden. Det er derfor ikke sikkert om funnene mine har ekstern validitet. Neumann og Kirkscey sine funn styrker min eksterne validitet, men studier lik denne i andre settinger vil være nødvendig for å si noe om overførbarheten av denne studiens funn (6, 9).

4.3 Styrker og svakheter

Videomateriale som kunnskapskilde medfører både styrker og svakheter i denne studien fordi det ga observasjon uten deltakelse. Deltakerne var klar over at deres kommunikasjon skulle vurderes, men de var ikke klar over at akkurat empati og hint ble vurdert. Materialet representerer derfor virkelige hendelser som ikke er iscenesatt på noen annen måte enn at dokumentasjonen gjennomføres. Det er grunn til å tro at et videokameraet i liten grad påvirket hendelsesforløpet fordi erfaring viser at selv om videokameraet kan påvirke en eller flere av deltakerne, glemmer deltakerne ofte at opptaket pågår så snart den virkelige hendelsen er i gang (20). En annen fordel med videoopptakene var at de også ga innsyn i nonverbal kommunikasjon, men dette kunne også medføre en utvalgsskjevhet i transkripsjon av kroppsspråk fordi jeg ikke så legens eller pasientens kroppsspråk grunnet kameravinkelen. I tillegg var lyden av varierende kvalitet slik at jeg ikke hørte enkelte ord eller korte setninger, men aldri i så stor grad at jeg ikke oppfattet og forstod essensen av det som ble sagt.

4.4 Implikasjoner

Kunnskapen og ferdighetene jeg ervervet gjennom analyseprosessene vil sannsynligvis og forhåpentligvis prege min pasientkommunikasjon i fremtiden. Dette er ferdigheter jeg mener alle, særlig leger og medisinstudenter, bør ha. Jeg mener at jeg med denne studien har vist at deskriptiv analyse av videoopptak av lege-pasientkonsultasjoner er en potensielt viktig kunnskapsarena, særlig innen lege-pasientrelasjon. Likevel er det viktig å bemerke at ferdighetene jeg selverklært besitter er subjektive og trenger å testes. Framtidige studier kan derfor undersøke hvorvidt kommunikasjonsferdigheter kan forbedres ved analyse av lege-pasientkonsultasjoner som omfatter problemstillinger der pasientens livsverden bør utforskes.

5 Konklusjon

Denne studien viser at empatiske leger har spesielle særtrekk ved sin kommunikasjon og at empati gir mange fordeler. Medisinstudenter og leger kan lære kommunikasjonsferdigheter av disse empatiske legene. Analysen i studien medførte for observatøren en subjektiv forbedring i å identifisere kommunikasjonsferdigheter og pasientenes hint med potensielle empatimuligheter. Disse ferdighetene kan observatøren muligens dra nytte av i sin egen pasientkommunikasjon. Fremtidig forskning kan forsøke å teste denne forbedringen objektivt.

6 Referanser

1. Mead N, Bower P. Patient-centredness: a conceptual framework and review of the empirical literature. *Social science & medicine* (1982). 2000;51(7):1087-110.
2. Schei E. *Lytt - Legerolle og kommunikasjon*. Oslo: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørk AS; 2015. 334 p.
3. Derksen F, Bensing J, Lagro-Janssen A. Effectiveness of empathy in general practice: a systematic review. *The British journal of general practice : the journal of the Royal College of General Practitioners*. 2013;63(606):e76-84.
4. Norfolk T, Birdi K, Walsh D. The role of empathy in establishing rapport in the consultation: a new model. *Medical education*. 2007;41(7):690-7.
5. Malt U. *Empati: Store norske leksikon*; [updated 20. februar 2018; cited 2018 01.05.2018]. Available from: <https://snl.no/empati>.
6. Neumann M, Scheffer C, Tauschel D, Lutz G, Wirtz M, Edelhauser F. Physician empathy: definition, outcome-relevance and its measurement in patient care and medical education. *GMS Zeitschrift für medizinische Ausbildung*. 2012;29(1):Doc11.
7. Pedersen R. Empathy: a wolf in sheep's clothing? *Medicine, health care, and philosophy*. 2008;11(3):325-35.
8. Silverman J. *Skills for Communicating with Patients Third Edition*. London: Radcliffe Publishing Ltd; 2013.
9. Kirksey R. Bioethical communication: shared decision-making and relational empathy. *Journal of Communication in Healthcare*. 2018:1-11.
10. Pål Gulbrandsen AF. *Skreddersydde samtaler - en veileder i medisinsk kommunikasjon*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS; 2014. 173 p.
11. Zimmermann C, Del Piccolo L, Finset A. Cues and concerns by patients in medical consultations: a literature review. *Psychological bulletin*. 2007;133(3):438-63.
12. Graugaard PK, Finset A. Trait anxiety and reactions to patient-centered and doctor-centered styles of communication: an experimental study. *Psychosomatic medicine*. 2000;62(1):33-9.
13. Del Canale S, Louis DZ, Maio V, Wang X, Rossi G, Hojat M, et al. The relationship between physician empathy and disease complications: an empirical study of primary care physicians and their diabetic patients in Parma, Italy. *Academic medicine : journal of the Association of American Medical Colleges*. 2012;87(9):1243-9.
14. Hojat M, Louis DZ, Markham FW, Wender R, Rabinowitz C, Gonnella JS. Physicians' empathy and clinical outcomes for diabetic patients. *Academic medicine : journal of the Association of American Medical Colleges*. 2011;86(3):359-64.
15. Rakel D, Barrett B, Zhang Z, Hoelt T, Chewning B, Marchand L, et al. Perception of empathy in the therapeutic encounter: effects on the common cold. *Patient education and counseling*. 2011;85(3):390-7.
16. Braddock CH, 3rd, Fihn SD, Levinson W, Jonsen AR, Pearlman RA. How doctors and patients discuss routine clinical decisions. Informed decision making in the outpatient setting. *Journal of general internal medicine*. 1997;12(6):339-45.
17. Levinson W, Gorawara-Bhat R, Lamb J. A study of patient clues and physician responses in primary care and surgical settings. *Jama*. 2000;284(8):1021-7.
18. Newton BW, Barber L, Clardy J, Cleveland E, O'Sullivan P. Is there hardening of the heart during medical school? *Academic medicine : journal of the Association of American Medical Colleges*. 2008;83(3):244-9.
19. Fossli Jensen B, Gulbrandsen P, Dahl FA, Krupat E, Frankel RM, Finset A. Effectiveness of a short course in clinical communication skills for hospital doctors: results of

- a crossover randomized controlled trial (ISRCTN22153332). *Patient education and counseling*. 2011;84(2):163-9.
20. Malterud K. *Kvalitative metoder i medisinsk forskning - En innføring*. Oslo: Universitetsforlaget AS; 2011. 236 p.
 21. Walseth LT, Schei E. Effecting change through dialogue: Habermas' theory of communicative action as a tool in medical lifestyle interventions. *Medicine, health care, and philosophy*. 2011;14(1):81-90.
 22. Krupat E, Frankel R, Stein T, Irish J. The Four Habits Coding Scheme: validation of an instrument to assess clinicians' communication behavior. *Patient education and counseling*. 2006;62(1):38-45.
 23. Weed LL. The problem oriented record as a basic tool in medical education, patient care and clinical research. *Annals of clinical research*. 1971;3(3):131-4.
 24. Haraway D. Situated Knowledges: The Science Question in Feminism and the Privilege of Partial Perspective. *Feminist Studies*. 1988;14(3):575-99.
 25. Malterud K. Shared understanding of the qualitative research process. Guidelines for the medical researcher. *Family practice*. 1993;10(2):201-6

7 Litteraturevaluering

<p>Referanse: Fossli Jensen B, Gulbrandsen P, Dahl FA, Krupat E, Frankel RM, Finset A. Effectiveness of a short course in clinical communication skills for hospital doctors: results of a crossover randomized controlled trial (ISRCTN22153332). Patient education and counseling. 2011;84(2):163-9.</p>			<p>Design: RCT</p>				
			<table border="1"> <tr> <td>Dokumentasjonsnivå</td> <td>Ib</td> </tr> <tr> <td>Grade:</td> <td>Sterk</td> </tr> </table>	Dokumentasjonsnivå	Ib	Grade:	Sterk
Dokumentasjonsnivå	Ib						
Grade:	Sterk						
Formål	Materiale og metode	Resultater	Diskusjon/kommentarer				
<p>Å teste om et 20-timer langt kommunikasjonkurs basert på «4 gode vaner»-modellen kan forbedre lege-pasientkommunikasjon blant sykehusleger i forskjellige spesialiteter.</p>	<p>Crossover-RCT i et norsk sykehus med over 500 sengeplasser med intervensjoner i to parallelle grupper på forskjellig tidspunkt. Analysen bestod av videoopptak og var blindet. Intervensjonen var et 20 timer langt kommunikasjonkurs med teori og praktisk trening med rollespill som var skreddersydd for hver lege. Outcome var forbedring av kommunikasjon i virkelige konsultasjoner. Evalueringen av kommunikasjon ble gjort med 4HCS ("Four Habit Coding Scheme"). 4 erfarne studenter utdannet i psykologi ble trent til å bruke 4HCS. Studentene ble blindet for all informasjon om legene og konsultasjonene, inkludert om intervensjonen var før eller etter videoen. Etter konsultasjonen fullførte pasientene et spørreskjema om global tilfredsstillelse (CAHPS). Eksakt varighet av videoene ble bestemt ut i fra videoopptakene. Lege fullførte også spørreskjemaer før og etter konsultasjonene med spørsmål som blant annet "tror du at du kan forbedre kommunikasjonen gjennom trening?". Det ble filmet 8 videoer for hver lege. Inklusjonskriteriene var sykehusleger <60 år som jobbet innen kliniske spesialiteter. Forbedring ble målt ved å se på forskjellene i 4HCS-scorene før og etter intervensjonen.</p>	<p>Av de 103 legene som ble spurt om å delta ble 72 inkludert, 62 fikk intervensjonen, 51 ble inkludert i hovedanalysen. Studien fant en økning i "Four Habits Coding Scheme" med 7,1 poeng (p = 0,01, 95% CI 1,16-13,3), jevnt distribuert i undergruppene. Det var derfor en signifikant bedring av kommunikasjonsatferden blant legene. Global pasient tilfredsstillelse endret seg ikke. Det var heller ingen påvirkning av konsultasjonsvarighet.</p>	<p>Sjekkliste:</p> <ul style="list-style-type: none"> Er formålet med studien klart formulert? JA Ble utvalget fordelt til de ulike gruppene med randomiseringsprosedyre? JA Ble alle deltakerne gjort rede for på slutten av studien? JA Ble deltakere/studiepersonell blindet mht gruppetilhørighet? JA Var gruppene like ved starten? JA Ble gruppene behandlet likt? JA Kan resultatene overføres til praksis. JA Ble alle utfallsmål vurdert? UKLART Er fordelene verdt ulemper/kostnader? JA <p>Hva diskuterer forfatterne som:</p> <p>Styrke Selv om legene deltok frivillig så var det randomiserte utvalget representativt, bortsett fra kirurgene som var underrepresentert.</p> <p>Svakhet Ingen datasamling om medisinske pasientutfall. 4HCS er validert, men ingen sammen mellom 4HCS og harde endepunkter</p> <p>Viser forfatterne til annen litteratur som styrker/svekker resultatene? Ja, litteraturen styrker de positive funnene, men ikke de negative funnene.</p> <p>Har resultatene plausible biologiske forklaringer? Nei</p>				
Konklusjon							
<p>Det ble demonstrert at et 20-timers kurs kan generaliseres på kryss av medisinske og nasjonale kulturer og forbedre kommunikasjonsferdighetene blant sykehusleger.</p>							
Land							
Norge							
År datainnsamling							
2007-2008							

<p><u>Referanse:</u> Levinson W, Gorawara-Bhat R, Lamb J. A study of patient clues and physician responses in primary care and surgical settings. <i>Jama</i>. 2000;284(8):1021-7.</p>			<p>Design: Kvalitativt</p>																																																																																																																																																																	
			Dokumentasjonsnivå	Ikke mulig																																																																																																																																																																
			Grade:	Ikke mulig																																																																																																																																																																
Formål	Materiale og metode	Resultater	Diskusjon/kommentarer																																																																																																																																																																	
<p>Å vurdere hvordan pasienter presenter hint og hvordan leger responderer på disse hintene i allmennpraksis og kirurgi.</p>	<p>Datamaterialet i denne studien ble samlet for et større forskningsprosjekt for å vurdere sammenhengen mellom lege-pasientrelasjonen og medisinsk malpraksis. Studien inkluderte 59 allmennpraktikere og 65 kirurger. Legene ble valgt basert på deres malpraksishistorie (2 eller mer vs ingen). 10 pasienter per lege ble valgt fra ventrommene og konsultasjonene ble filmet. I allmennpraksis måtte pasienten ha hatt minst 2 tidligere konsultasjoner og alle kirurgipasienter, bortsett fr de som kun hadde en prosedyrekonsultasjon, ble inkludert. Dette medførte 124 konsultasjoner hvor 1 var valgt randomisert per lege. 8 video ble eliminert grunnet dårlig kvalitet. 116 videoer ble transkribert av et team av 4 kodere som identifiserte pasientenes følelsesmessige og sosiale hint. Teamet bestod av 4 personer og møttes jevnlig for å sammenlikne kodene og utvikle konsensus for kodekategorier.</p>	<p>Tabell 1 viser legens positive respons på hint:</p> <table border="1"> <caption>Table 1. Types of Physician Positive Responses and Missed Opportunities</caption> <thead> <tr> <th>Type of Response</th> <th>Definition</th> <th>Positive Response</th> <th>Example</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Acknowledgment</td> <td>Physician names patient's feelings or acknowledges life concerns</td> <td>Physician encourages, praises, or offers reassurance</td> <td>Ph: I'm very frustrated, so I'm sure that your frustration is much more than mine. . . . Ph: I think people like you, who care enough about your diabetes control, that you'll hang in there. . . .</td> </tr> <tr> <td>Encouragement, praise, reassurance</td> <td>Physician encourages, praises, or offers reassurance</td> <td>Physician is supportive of patient's concerns</td> <td>Ph: I think it's really important you get second opinions for the complicated problems. . . you want the best for yourself</td> </tr> <tr> <td>Supportive</td> <td>Physician is supportive of patient's concerns</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td colspan="4" style="text-align: center;">Missed Opportunity</td> </tr> <tr> <td>Inadequate acknowledgment</td> <td>Physician acknowledges clue, but does not respond to patient's underlying concerns</td> <td></td> <td>Ph: I just am so tired. . . . Ph: I would like you to do as much as you feel like doing. . . I used to encourage you to get out and walk, I can't really tell you anymore, you know. . . .</td> </tr> <tr> <td>Inappropriate humor</td> <td>Physician jokes or laughs inappropriately</td> <td></td> <td>Ph: I guess, we're just gonna have to, you know. . . you're getting so old. . . we're gonna have to shoot ya. . . that's all there is to it. . . .</td> </tr> <tr> <td>Denial</td> <td>Physician denies patient's concerns</td> <td></td> <td>Ph: This really isn't a big deal.</td> </tr> <tr> <td>Terminator</td> <td>Physician terminates discussion of emotions</td> <td></td> <td>Ph: Haha, I'm a wimp, huh huh, I'm imagining. . . . Ph: All right. . . We'll see you Friday, do you have any questions?</td> </tr> </tbody> </table> <p>*Ph indicates physician; Pt, patient.</p> <p>Tabell 2 og 3 viser karakteristikken ved hintene:</p> <table border="1"> <caption>Table 2. Frequency and Types of Clues in the Medical Visit</caption> <thead> <tr> <th>Interviews and Clues</th> <th>Primary Care</th> <th>Surgery</th> <th>Total</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>No. of interviews</td> <td>64</td> <td>67</td> <td>131</td> </tr> <tr> <td>Interviews with clues, No. (%)</td> <td>28 (52)</td> <td>33 (53)</td> <td>61</td> </tr> <tr> <td>Total No. of clues (mean No. of clues per interview with clues)</td> <td>72 (2.6)</td> <td>62 (1.5)</td> <td>134</td> </tr> <tr> <td colspan="4">Patient-initiated clues, No. (%)</td> </tr> <tr> <td>Emotional</td> <td>51 (71)</td> <td>43 (69)</td> <td>94</td> </tr> <tr> <td>Social</td> <td>39</td> <td>26</td> <td>65</td> </tr> <tr> <td>Physician-initiated clues, No. (%)</td> <td>12</td> <td>17</td> <td>29</td> </tr> <tr> <td>Emotional</td> <td>21 (28)</td> <td>19 (31)</td> <td>40</td> </tr> <tr> <td>Social</td> <td>12</td> <td>6</td> <td>20</td> </tr> <tr> <td>Total</td> <td>9</td> <td>11</td> <td>20</td> </tr> </tbody> </table> <table border="1"> <caption>Table 3. Categories of Emotional Patient-Initiated Clues in Surgical and Primary Care Visits</caption> <thead> <tr> <th>Types of Patient-Initiated Clues</th> <th>Primary Care</th> <th>Surgery</th> <th>Total</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Weight related to biomedical condition (eg, frustration, fear, and/or guilt)</td> <td>8</td> <td>16</td> <td>26</td> </tr> <tr> <td>Ageing</td> <td>9</td> <td>0</td> <td>9</td> </tr> <tr> <td>Stress (eg, work related, other global life concerns)</td> <td>5</td> <td>1</td> <td>6</td> </tr> <tr> <td>Loss of family member</td> <td>3</td> <td>2</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>Concerns about life changes (eg, last child to college, wife no longer home, all kids have died, retirement, and probation ending)</td> <td>3</td> <td>0</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>Feeling depressed</td> <td>6</td> <td>0</td> <td>6</td> </tr> <tr> <td>Other</td> <td>5</td> <td>5</td> <td>10</td> </tr> <tr> <td>Total</td> <td>39</td> <td>26</td> <td>65</td> </tr> </tbody> </table> <p>Tabell 4 viser frekvensen av legenes respons på pasient-initierte emosjonelle hint:</p> <table border="1"> <caption>Table 4. Frequency of Physicians' Responses to Patient-Initiated Emotional Clues*</caption> <thead> <tr> <th>Response</th> <th>Primary Care</th> <th>Surgery</th> <th>Total</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Total No. of patient-initiated emotional clues</td> <td>39</td> <td>26</td> <td>65</td> </tr> <tr> <td>Positive, No. (%)</td> <td>8 (21)</td> <td>10 (38)</td> <td>18 (28)</td> </tr> <tr> <td>Acknowledgement</td> <td>4</td> <td>4</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>Encouragement, praise, reassurance</td> <td>1</td> <td>3</td> <td>4</td> </tr> <tr> <td>Supportive</td> <td>3</td> <td>3</td> <td>6</td> </tr> <tr> <td>Missed opportunities, No. (%)</td> <td>31 (79)</td> <td>16 (62)</td> <td>47 (72)</td> </tr> <tr> <td>Inadequate acknowledgment</td> <td>24</td> <td>12</td> <td>36</td> </tr> <tr> <td>Inappropriate humor</td> <td>2</td> <td>1</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>Denial</td> <td>2</td> <td>1</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>Terminator</td> <td>3</td> <td>2</td> <td>5</td> </tr> </tbody> </table> <p>*Data are presented as number unless otherwise indicated.</p> <p>Oppsummert: Pasientene presenterte vage hint i halvparten av konsultasjonene og hintene var ofte kamuflert i konteksten i diskusjonen slik at legen legene overså flertallet av hint.</p>	Type of Response	Definition	Positive Response	Example	Acknowledgment	Physician names patient's feelings or acknowledges life concerns	Physician encourages, praises, or offers reassurance	Ph: I'm very frustrated, so I'm sure that your frustration is much more than mine. . . . Ph: I think people like you, who care enough about your diabetes control, that you'll hang in there. . . .	Encouragement, praise, reassurance	Physician encourages, praises, or offers reassurance	Physician is supportive of patient's concerns	Ph: I think it's really important you get second opinions for the complicated problems. . . you want the best for yourself	Supportive	Physician is supportive of patient's concerns			Missed Opportunity				Inadequate acknowledgment	Physician acknowledges clue, but does not respond to patient's underlying concerns		Ph: I just am so tired. . . . Ph: I would like you to do as much as you feel like doing. . . I used to encourage you to get out and walk, I can't really tell you anymore, you know. . . .	Inappropriate humor	Physician jokes or laughs inappropriately		Ph: I guess, we're just gonna have to, you know. . . you're getting so old. . . we're gonna have to shoot ya. . . that's all there is to it. . . .	Denial	Physician denies patient's concerns		Ph: This really isn't a big deal.	Terminator	Physician terminates discussion of emotions		Ph: Haha, I'm a wimp, huh huh, I'm imagining. . . . Ph: All right. . . We'll see you Friday, do you have any questions?	Interviews and Clues	Primary Care	Surgery	Total	No. of interviews	64	67	131	Interviews with clues, No. (%)	28 (52)	33 (53)	61	Total No. of clues (mean No. of clues per interview with clues)	72 (2.6)	62 (1.5)	134	Patient-initiated clues, No. (%)				Emotional	51 (71)	43 (69)	94	Social	39	26	65	Physician-initiated clues, No. (%)	12	17	29	Emotional	21 (28)	19 (31)	40	Social	12	6	20	Total	9	11	20	Types of Patient-Initiated Clues	Primary Care	Surgery	Total	Weight related to biomedical condition (eg, frustration, fear, and/or guilt)	8	16	26	Ageing	9	0	9	Stress (eg, work related, other global life concerns)	5	1	6	Loss of family member	3	2	5	Concerns about life changes (eg, last child to college, wife no longer home, all kids have died, retirement, and probation ending)	3	0	3	Feeling depressed	6	0	6	Other	5	5	10	Total	39	26	65	Response	Primary Care	Surgery	Total	Total No. of patient-initiated emotional clues	39	26	65	Positive, No. (%)	8 (21)	10 (38)	18 (28)	Acknowledgement	4	4	8	Encouragement, praise, reassurance	1	3	4	Supportive	3	3	6	Missed opportunities, No. (%)	31 (79)	16 (62)	47 (72)	Inadequate acknowledgment	24	12	36	Inappropriate humor	2	1	3	Denial	2	1	3	Terminator	3	2	5	<p>Intern validitet Diskuteres ikke av forfatterne. Datamaterialet og analysemetoden ga kunnskap problemstillingen.</p> <p>Eksten validitet Forfatterne diskuterer at utvalget bestod hovedsakelig av menn basert på deres malpraksishistorie og dette sannsynligvis ikke er overførbart til legepopulasjonen. Studien betraktet ikke nonverbal kommunikasjon slik at nonverbale hint ikke ble belyst og at legene kan ha vist nonverbal empati.</p> <p>Refleksivitet Diskuteres ikke av forfatterne. Forskerens egne holdninger og forutsetninger til temaet belyses ikke.</p> <p>Relevans Forfatterne sammenlikner ikke funnene opp mot tidligere studier som berører samme problemstilling, men redegjør for kjent kunnskap om temaet i innledningen.</p> <p>Disse resultatene bør sannsynligvis tolkes ut i fra situasjonen de er hentet i fra.</p>	
Type of Response	Definition	Positive Response	Example																																																																																																																																																																	
Acknowledgment	Physician names patient's feelings or acknowledges life concerns	Physician encourages, praises, or offers reassurance	Ph: I'm very frustrated, so I'm sure that your frustration is much more than mine. . . . Ph: I think people like you, who care enough about your diabetes control, that you'll hang in there. . . .																																																																																																																																																																	
Encouragement, praise, reassurance	Physician encourages, praises, or offers reassurance	Physician is supportive of patient's concerns	Ph: I think it's really important you get second opinions for the complicated problems. . . you want the best for yourself																																																																																																																																																																	
Supportive	Physician is supportive of patient's concerns																																																																																																																																																																			
Missed Opportunity																																																																																																																																																																				
Inadequate acknowledgment	Physician acknowledges clue, but does not respond to patient's underlying concerns		Ph: I just am so tired. . . . Ph: I would like you to do as much as you feel like doing. . . I used to encourage you to get out and walk, I can't really tell you anymore, you know. . . .																																																																																																																																																																	
Inappropriate humor	Physician jokes or laughs inappropriately		Ph: I guess, we're just gonna have to, you know. . . you're getting so old. . . we're gonna have to shoot ya. . . that's all there is to it. . . .																																																																																																																																																																	
Denial	Physician denies patient's concerns		Ph: This really isn't a big deal.																																																																																																																																																																	
Terminator	Physician terminates discussion of emotions		Ph: Haha, I'm a wimp, huh huh, I'm imagining. . . . Ph: All right. . . We'll see you Friday, do you have any questions?																																																																																																																																																																	
Interviews and Clues	Primary Care	Surgery	Total																																																																																																																																																																	
No. of interviews	64	67	131																																																																																																																																																																	
Interviews with clues, No. (%)	28 (52)	33 (53)	61																																																																																																																																																																	
Total No. of clues (mean No. of clues per interview with clues)	72 (2.6)	62 (1.5)	134																																																																																																																																																																	
Patient-initiated clues, No. (%)																																																																																																																																																																				
Emotional	51 (71)	43 (69)	94																																																																																																																																																																	
Social	39	26	65																																																																																																																																																																	
Physician-initiated clues, No. (%)	12	17	29																																																																																																																																																																	
Emotional	21 (28)	19 (31)	40																																																																																																																																																																	
Social	12	6	20																																																																																																																																																																	
Total	9	11	20																																																																																																																																																																	
Types of Patient-Initiated Clues	Primary Care	Surgery	Total																																																																																																																																																																	
Weight related to biomedical condition (eg, frustration, fear, and/or guilt)	8	16	26																																																																																																																																																																	
Ageing	9	0	9																																																																																																																																																																	
Stress (eg, work related, other global life concerns)	5	1	6																																																																																																																																																																	
Loss of family member	3	2	5																																																																																																																																																																	
Concerns about life changes (eg, last child to college, wife no longer home, all kids have died, retirement, and probation ending)	3	0	3																																																																																																																																																																	
Feeling depressed	6	0	6																																																																																																																																																																	
Other	5	5	10																																																																																																																																																																	
Total	39	26	65																																																																																																																																																																	
Response	Primary Care	Surgery	Total																																																																																																																																																																	
Total No. of patient-initiated emotional clues	39	26	65																																																																																																																																																																	
Positive, No. (%)	8 (21)	10 (38)	18 (28)																																																																																																																																																																	
Acknowledgement	4	4	8																																																																																																																																																																	
Encouragement, praise, reassurance	1	3	4																																																																																																																																																																	
Supportive	3	3	6																																																																																																																																																																	
Missed opportunities, No. (%)	31 (79)	16 (62)	47 (72)																																																																																																																																																																	
Inadequate acknowledgment	24	12	36																																																																																																																																																																	
Inappropriate humor	2	1	3																																																																																																																																																																	
Denial	2	1	3																																																																																																																																																																	
Terminator	3	2	5																																																																																																																																																																	
Konklusjon																																																																																																																																																																				
Denne studien antyder at både allmennpraktikere og kirurger kan forbedre deres evne til å respondere på pasienthint.																																																																																																																																																																				
Land																																																																																																																																																																				
USA																																																																																																																																																																				
År datainnsamling																																																																																																																																																																				
1994																																																																																																																																																																				

Referanse: Newton BW, Barber L, Clardy J, Cleveland E, O'Sullivan P. Is there hardening of the heart during medical school? Academic medicine : journal of the Association of American Medical Colleges. 2008;83(3):244-9.			Design: Kohort
			Dokumentasjonsnivå III
			Grade: Lav
Formål	Materiale og metode	Resultater	Diskusjon/kommentarer
Avgjøre om emosjonell empati reduseres, og om studentene som velger spesialiteter med større pasientkontakt, opprettholder empati bedre enn studentene som velger spesialiteter med mindre pasientkontakt.	Datamaterialet ble samlet fra et amerikansk medisinerstudium. Studentene startet i 1997, 1998, 1999 og 2000 fulgte studentene til de var ferdige i 2001, 2002, 2003 og 2004. De besvarte en spørreundersøkelse i begynnelsen av alle skoleår. 535 avgangselever ble spurt om de tillot deres data å bli brukt i denne studien. 419 (78,3%) studenter godtok, 1 sa nei og 115 studenter svarte ikke. Spørreundersøkelsen BEES (balansert emosjonell empatiskala). Hver student ble klassifisert ut i fra ønske om spesialitet i avgangsåret. Kjernespesialiteter: fx indremedisin, familiemedisin, pediatri, gyn/obs og psykiatri. Ikke-kjerne spesialiteter: fx kirurgi, patologi og radiologi.	Blant de 4 klassene fullførte 25,7% i 2001, 26% i 2002, 23,4% i 2003 og 24,8% i 2004. Det var totalt 272 menn (64,8% og 147 kvinner (35,1%). Til sammenlikning hadde hele studiet totalt 64,5% menn og 34,5% kvinner. Mellom klassene var det ingen signifikant forskjell mellom studentenes empatiscore. Den gruppen som ikke svarte hadde ingen statistisk signifikant forskjellig i sammensetning av kjønn og hvilke spesialiteter de ønsket. Det var en signifikant forskjell mellom kjønn og ønske om spesialitet. 94 (63,9%) av kvinnene hadde planer om å begynne i <u>kjernespesialiteter</u> sammenliknet med 134(48,9%) menn (P = .004). Kvinnene hadde alltid signifikant høyere BEES-score enn menn (P < .001). Kvinnelige studenter på førsteåret av studiet hadde samme empatiscore som den normale kvinnelige befolkning, men scoren deres ble redusert etter fullførelse av tredjeåret (P .003). Da kvinnene ble klassifisert etter "kjerne" og "ikke-kjerne", var "kjerne" alltid sammenliknbar med normen (P > .05), mens "ikke-kjerne" var sammenliknbar med normen (P = .14), men ble signifikant redusert etter fullføring av førsteåret (P < .002). For både menn og kvinne sank empatiscorene over de 4 tidspunktene for spørreundersøkelsen. (P < .001 for menn og P = .023 for kvinner). Kvinner som valgte <u>kjernespesialiteter</u> hadde minst reduksjonen på 38,7% i løpet av de 4 årene.	Var gruppene sammenliknbare i forhold til viktige bakgrunnsfaktorer? Ja Er gruppene rekruttert fra samme populasjon/befolkningsgruppe? Ja Var de eksponerte individene representative for en definert befolkningsgruppe/populasjon? Ja Var studien prospektiv? Ja Ble eksposisjon og utfall målt likt og pålitelig i de to gruppene? Ja Ble mange nok personer i kohorten fulgt opp? Ja Er det utført frafallsanalyser? Nei Var oppfølgingstiden lang nok til å påvise positive og/eller negative utfall? Ja Er det tatt hensyn til viktige konfunderende faktorer i design/gjennomføring? Ja Er den som vurderte resultatene (endepunktene) blindet gruppetilhørighet? Ukjent Hva diskuterer forfatterne som: Styrke: Studiets oppbygning endre seg ikke i løpet av perioden. Svakhet: Ingen spørreundersøkelse etter fullføring av siste året. 115 studenter svarte ikke, men gruppen var like de som svarte. Viser forfatterne til annen litteratur som styrker/svekker resultatene? Ja
Konklusjon			
Funnene tyder på at grunnutdanningen i medisin kan være en viktig determinant som påvirker studenters empati. Den største effekten oppsto hos menn som valgte "ikke-kjerne" spesialiteter. Den signifikante nedgangen i emosjonell empati er bekymringsfull, fordi empati er avgjørende for et vellykket forhold mellom pasient og pasient.	De benyttet deskriptiv statistikk i form av ANOVA-tabeller og lineære modeller produsert av SPSS. Signifikans ble testet med "post hoc"-tester.		
Land			
England			
År datainnsamling			
2005			

Referanse: Norfolk T, Birdi K, Walsh D. The role of empathy in establishing rapport in the consultation: a new model. Medical education. 2007;41(7):690-7.			Design: Kvalitativ	
			Dokumentasjonsnivå	Ikke mulig.
			Grade:	Ikke mulig.
Formål	Materiale og metode	Resultater	Diskusjon/kommentarer	
Validering av en modell forfatterne har utviklet som beskriver ferdighetene som medfører delt situasjonsforståelse for lege og pasient.	Hovedkomponentene i modellen kom fra forskjellige kilder. Dels fra psykologisk litteratur og dels fra medisinsk forskning. Består av empatisk motivasjon, empatiske ferdigheter, kommunikasjonsferdigheter og empatisk forståelse. For å validere innholdet brukte forskerne en kvalitativ analyse på kryss av to populasjoner hvor en terapeutisk relasjon er viktig: allmennmedisin og kliniske psykologer.	<p>Empatisk motivasjon: Motivasjon var en del av alle deltakernes beskrivelse av utvikling av relasjon. Kilder til motivasjon var nysgjerrighet, varme eller profesjonell dedikasjon. Forventninger basert på tidligere erfaringer var også ment å påvirke motivasjon og innledningen i konsultasjonene.</p> <p>Empatiske ferdigheter: To nivåer av ferdigheter kom frem av datamaterialet. 1: fange opp hint og 2: bygge oppfatninger fra disse hintene.</p> <p>Kommunikasjonsferdigheter: Kommunikasjon var akseptert som en valid komponent i modellen av alle deltakere.</p> <p>Empatisk forståelse (og terapeutisk relasjon): Terapeutisk relasjon var definert av både psykologer og allmennleger å være delt forståelse mellom behandler og pasient. Empati var sett på som en nøkkelkomponent i utviklingen av relasjon av alle deltakere.</p> <p>Modellspesifikasjoner:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Sekvensering: Feedback loops, særlig fra empatisk forståelse til empatisk ferdighet, slik at et visst nivå av felles forståelse kunne <u>fasilitere</u> innhenting av mer og dypere informasjon. - Terminologi: Alle psykologer var kjent med terminologien. Flertallet av allmennpraktikere fant terminologien noe kunstig, men synes den representerte tydelig og klart språk straks de ble kjent med den. 	<p>Forfatterne sier det er sterk evidens for modellens validitet på kryss av og innad populasjonene. Alle konseptene var relevant.</p> <p>Svakheter: De fleste allmennpraktikere hadde noe kunnskap om modellen før intervjuene grunnet tidligere treningsaktiviteter som hadde referert til eller inkorporert konsepter brukt i modellen. Det ble ikke innsamlet data fra pasientens eller klientens perspektiv siden validiteten ble evaluert ut fra behandlerens perspektiv.</p>	
Konklusjon	6 erfarne allmennleger og 6 erfarne <u>psykologer med</u> gjennomsnittlig erfaring 16-19 år, ble identifisert gjennom <u>"opportunity sampling"</u> . Hver deltaker deltok i et 90-minutters <u>semi</u> -strukturert intervju hvor deltakeren initialt ble spurt om å beskrive spesifikke pasientsituasjoner for utviklingen av relasjon hadde gått bra og situasjoner hvor det var vanskelig. Deltakerne ble så spurt om å beskrive konseptet "rapport" og sammenhengen mellom empati og "rapport". Til slutt ble de spurt om deres profesjonelle mening om validiteten til modellen. Inversjonene ble transkribert og det de benyttet <u>"template analysis"</u> . Dermed ble materialet kodet og de produserte 5 temaer: empatiske ferdigheter, kommunikasjonsferdigheter, empatisk forståelse og spesifikasjoner ved modellen.			
Land	England			
År datainnsamling	2007			

Referanse: Braddock CH, 3rd, Fihn SD, Levinson W, Jonsen AR, Pearlman RA. How doctors and patients discuss routine clinical decisions. Informed decision making in the outpatient setting. Journal of general internal medicine. 1997;12(6):339-45.		Design: Deskriptivt tverrsnittstudie																																																					
		Dokumentasjonsnivå	III																																																				
		Grade:	Lav																																																				
Formål	Materiale og metode	Resultater	Diskusjon/kommentarer																																																				
Å karakterisere informert samtykke i en rutinepreget allmennmedisinsk setting.	En tverrsnitts- og retrospektiv analyse av lege-pasientkonsultasjoner som var tatt opp på lydbånd som del av et tidligere randomisert forsøk for å forbedre kommunikasjonsferdigheter. 53 allmennpraktikere med 473 lydbånd ble rekruttert. Det ble tilfeldig valgt to kontorbesøk for forskjellige pasienter for et tilfeldig antall leger. De valgte 88 besøk som involverte 44 leger. Alle besøkende skjedde før legene fikk kommunikasjonstrening. Ingen lege var klar over evalueringen. Tre kodere, en lege og to studenter i medisinsk etikk ble trent med 20 pilotlydopptak for å bli enige og trene på koding. Koderne kategoriserte beslutningene ut i fra om en elementene i tabell 1 var inkludert eller ikke.	Av de 88 videoene kunne ikke 7 kodes grunnet tekniske problemer. Tabell 2 viser frekvensen av forskjellige kliniske beslutninger:	Hva diskuterer forfatterne som. Styrke Direkte observasjon av legen i diskusjoner som leder til beslutninger.																																																				
Konklusjon	Table 1. Elements of Informed Decision Making*	Table 2. Extent of Discussion for Different Types of Clinical Decisions*	Svakhet Lydopptakene fanget ikke nonverbal kommunikasjon. Diskusjoner som ledet til en beslutning kan ha tatt sted i andre konsultasjoner. Legen og pasienten kan allerede ha etablert en metode for beslutningstaking.																																																				
Diskusjoner som ledet til kliniske beslutninger fylte ikke kriteriene som er ansett som en del av informert beslutningstaking. Legene beskrev hyppig valgets natur, men sjeldnere risikoer og fordeler, og enda sjeldnere pasientens forståelse av valget.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Discussion of the clinical issue and nature of the decision to be made[†] 2. Discussion of the alternatives[†] 3. Discussion of the pros (or benefits) and cons (or risks) of the alternatives[†] 4. Discussion of uncertainties associated with the decision[†] 5. Assessment of patient's understanding 6. Asking the patient to express a preference 	<table border="1"> <thead> <tr> <th>Type of Clinical Decision</th> <th>Frequency(%)</th> <th>Mean Number of Elements Discussed</th> <th>95% Confidence Interval</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>New medication</td> <td>19</td> <td>1.41</td> <td>1.17-1.65</td> </tr> <tr> <td>Medication renewal</td> <td>17</td> <td>1.36</td> <td>1.05-1.66</td> </tr> <tr> <td>Routine diagnostic laboratory test</td> <td>15</td> <td>1.13</td> <td>0.88-1.37</td> </tr> <tr> <td>Office procedure</td> <td>6</td> <td>1.56</td> <td>1.01-2.11</td> </tr> <tr> <td>Specific dietary regimen</td> <td>6</td> <td>1.27</td> <td>0.88-1.66</td> </tr> <tr> <td>Specific physical activity</td> <td>5</td> <td>1.15</td> <td>0.74-1.57</td> </tr> <tr> <td>Routine x-ray/ imaging study</td> <td>4</td> <td>1.00</td> <td>0.52-1.48</td> </tr> <tr> <td>Specialist referral</td> <td>3</td> <td>1.71</td> <td>1.02-2.41</td> </tr> <tr> <td>Medication dosage change</td> <td>3</td> <td>1.33</td> <td>0.67-2.00</td> </tr> <tr> <td>Cholesterol screening</td> <td>3</td> <td>1.14</td> <td>0.50-1.78</td> </tr> <tr> <td>Physical therapy referral</td> <td>2</td> <td>1.33</td> <td>0.79-1.88</td> </tr> <tr> <td>Cervical cancer screening</td> <td>2</td> <td>1.00</td> <td>0.61-1.94</td> </tr> </tbody> </table>	Type of Clinical Decision	Frequency(%)	Mean Number of Elements Discussed	95% Confidence Interval	New medication	19	1.41	1.17-1.65	Medication renewal	17	1.36	1.05-1.66	Routine diagnostic laboratory test	15	1.13	0.88-1.37	Office procedure	6	1.56	1.01-2.11	Specific dietary regimen	6	1.27	0.88-1.66	Specific physical activity	5	1.15	0.74-1.57	Routine x-ray/ imaging study	4	1.00	0.52-1.48	Specialist referral	3	1.71	1.02-2.41	Medication dosage change	3	1.33	0.67-2.00	Cholesterol screening	3	1.14	0.50-1.78	Physical therapy referral	2	1.33	0.79-1.88	Cervical cancer screening	2	1.00	0.61-1.94	<p>Viser forfatterne til annen litteratur som styrker/svekker resultatene? Ja Har resultatene plausible biologiske forklaringer? Nei</p>
Type of Clinical Decision	Frequency(%)	Mean Number of Elements Discussed	95% Confidence Interval																																																				
New medication	19	1.41	1.17-1.65																																																				
Medication renewal	17	1.36	1.05-1.66																																																				
Routine diagnostic laboratory test	15	1.13	0.88-1.37																																																				
Office procedure	6	1.56	1.01-2.11																																																				
Specific dietary regimen	6	1.27	0.88-1.66																																																				
Specific physical activity	5	1.15	0.74-1.57																																																				
Routine x-ray/ imaging study	4	1.00	0.52-1.48																																																				
Specialist referral	3	1.71	1.02-2.41																																																				
Medication dosage change	3	1.33	0.67-2.00																																																				
Cholesterol screening	3	1.14	0.50-1.78																																																				
Physical therapy referral	2	1.33	0.79-1.88																																																				
Cervical cancer screening	2	1.00	0.61-1.94																																																				
Land																																																							
USA	<i>*These six elements were developed from synthesis of important models of informed consent in bioethics literature (see text).</i>																																																						
År datainnsamling	<i>† During audiotape coding, elements were counted as present if any discussion occurred, however brief.</i>																																																						
1997	Frekvensen av kliniske beslutninger ble sammenliknet med beslutninger som involverer kontorprosedyrer (fx signering) for å teste om slike prosedyrer er sjelde. Benyttet Student's t-test og Wilcoxon Signed-Rank test. Resten av analysen bestod av ANOVA eller Chi-kvadrat-test i 2x2 krysstabeller.	Diskusjonene som ledet til kliniske beslutninger feilet ofte i å møte kriteriene som er inkludert i informert samtykke (tabell 1). Av 262 diskusjoner, inkluderte 15% bare et element. Gjennomsnittlig antall elementer var 1,30(95% CI 1,19-1,41). 24% av 2 elementer, 6% inkluderte, 2% inkluderte 4 og 1% inkluderte 5. Ingen inkluderte alle seks. Beslutninger om behandling inneholdt signifikant flere elementer enn dem om diagnose (x ² -analyse for trend, p = .05). 11% av beslutningene om behandling inkluderte 3 eller flere elementer, sammenliknet med kun 3% av diskusjonene om diagnose (p = .04). Til tross for disse trendene mellom kliniske beslutninger, var det få forskjeller mellom diskusjonene som ledet til spesifikke typer beslutninger. Med ett unntak var diskusjoner som ledet til kontorprosedyrer, som inkluderte signifikant flere elementer enn diskusjoner som ledet til diagnostisk laboratorietester. (one-way ANOVA, korrigert for multiple sammenlikninger, p < .05). Elementet som var hyppigst representert i diskusjoner som ledet til kliniske beslutninger var naturen av det kliniske problemet som ledet til diskusjonen (83% av diskusjonene). Diskusjon av risikoer og fordeler var mindre representert (9%). Det elementet som var minst representert var pasientens grad av forståelse (2%).																																																					