



Uit

**NORGES
ARKTISKE
UNIVERSITET**

Det Helsevitenskaplige fakultet

«Er det noe mer du lurer på?» – Påvirker legens nonverbale og verbale kommunikasjon hva pasienten svarer, og hvordan følger legen opp svaret?

Linnea Berg Karlsen

Rapport: MED-3950 Masteroppgaven, kull 2013, august 2018

Veileder: Eirik Hugaas Ofstad



1 Forord

Hensikten med denne rapporten var å belyse legers nonverbale og verbale kommunikasjon med pasientene, og se hvordan kommunikasjonen påvirket pasienten. Prosjektet vokste fram fra et ønske om å få et dypere innblikk i legers kommunikative ferdigheter. Suboptimal kommunikasjon er vist å føre til utfordringer med diagnostikk, behandling og gir lavere pasienttilfredshet, og er en av hovedårsakene til pasientklager. Det er blitt et stadig økt fokus på kommunikasjon, men det er fortsatt mye usikkerhet knyttet til hvilke kommunikative ferdigheter som kan være gunstige for klinikeren i møte med pasienten. Forhåpentligvis vil denne rapporten gi et lite bidrag til å øke fokus på viktigheten av kommunikasjon og trening av kommunikative ferdigheter.

Arbeidet med rapporten startet i august 2016 sammen med medstudent Frid Sofie Lichtwarck Bjugn, og i samarbeid med veileder Eirik Hugaas Ofstad ble det utarbeidet en plan og metode for gjennomføring av prosjektet. Jeg vil først og fremst rette en stor takk til min veileder Eirik Ofstad for veiledning gjennom arbeids- og skriveprosessen, gode innspill og konstruktive tilbakemeldinger. Jeg ønsker også å takke Frid for et godt samarbeid og gode råd under hele prosessen. I tillegg vil jeg takke professor Tom Wilsgaard ved Universitetet i Tromsø for hjelp med de statistiske analysene og Kristin Haugland Smith for hjelp med kvalitativ metode. Sist men ikke minst er det på sin plass å rette en stor takk til familien min og vennene mine, uten dere hadde ikke dette vært mulig.

Bodø, 16.08.18


Linnea Berg Karlsen

2 Innholdsfortegnelse

1	Forord.....	I
2	Innholdsfortegnelse.....	III
3	Sammendrag	V
4	Innledning og bakgrunn	6
4.1	Nonverbal og verbal kommunikasjon.....	6
4.2	Kommunikative signal.....	7
4.3	Kommunikasjon mellom lege og pasient	8
4.4	Spørsmålet «Er det noe mer du lurer på?»	10
4.5	Formål.....	11
5	Materiale og metode.....	13
5.1	Studiedesign	13
5.2	Datamateriale og deltakere.....	13
5.2.1	Inklusjon	13
5.2.2	Eksklusjon	14
5.3	Datainnsamling.....	15
5.3.1	Kvalitative analyser - transkripsjon	15
5.3.2	Kvantitative analyser	16
5.4	Kvalitative analyser - systematisk tekstkondensering.....	16
5.5	Kvantitative analyser – statistiske analyser.....	19
5.6	Bias.....	21
5.7	Formelle godkjenninger.....	21
5.8	Litteratursøk	22
6	Resultater	23
6.1	Deskriptiv statistikk	23
6.1.1	Videoer til kvalitativ analyse	23
6.1.2	Videoer til kvantitativ analyse.....	23
6.2	Kvalitative analyser - systematisk tekstkondensering (STC)	24

6.2.1	Hvorfor stiller legen spørsmålet «Er det noe mer du lurer på?».....	24
6.2.2	Hva spør pasientene når legen stiller spørsmålet «Er det noe mer du lurer på?»?»?	26
6.2.3	Hvorfor svarer pasientene som de gjør når legen stiller spørsmålet «Er det noe mer du lurer på?»?»?	27
6.2.4	Hvordan følger legen opp svaret på spørsmålet «Er det noe mer du lurer på?»?»?	28
6.3	Kvantitative analyser - statistiske analyser	30
7	Diskusjon	31
7.1	Sentrale funn	31
7.2	Resultater fra kvalitative analyser	32
7.3	Resultater fra kvantitative analyser	35
7.4	Styrker og svakheter	36
7.5	Tolkning	38
7.6	Validitet og refleksivitet.....	39
7.7	Relevans.....	41
8	Konklusjon	42
9	Referanseliste	43
10	Figurer og tabeller	46
11	Sammendrag av kunnskapsevalueringer	54
	Vedlegg 1	59
	Vedlegg 2	61

3 Sammendrag

Bakgrunn: Nonverbal og verbal kommunikasjon er svært viktig i møtet mellom lege og pasient, og tidligere studier har vist at kommunikasjonen påvirker diagnostikk, behandling og lege-pasient-relasjon. Kommunikasjonssvikt er en av hovedårsakene til klagesaker i helsetjenesten og at pasienter bytter lege.

Formål: Formålet med studien er å belyse om legens nonverbale og verbale kommunikative signal når legen spør «Er det noe mer du lurer på?» påvirker pasientens svar på spørsmålet, og hvordan legen følger opp svaret. Dette gjøres ved hjelp av de fem forskningsspørsmålene hvorfor stiller legen spørsmålet «Er det noe mer du lurer på?», hva spør pasientene om når legen stiller spørsmålet «Er det noe mer du lurer på?», hvorfor svarer pasientene som de gjør når legen stiller spørsmålet «Er det noe mer du lurer på?», hvordan følger legen opp svaret på spørsmålet og hvordan påvirker legens kommunikative signal hva pasienten svarer på spørsmålet.

Materiale og metode: Studien er utført primært ved bruk av systematisk tekstkondensering (STC) modifisert av Malterud, men også binær logistisk regresjon og enkel deskriptiv statistikk. Ti videoer av polikliniske konsultasjoner fra sykehus ble valgt ut til kvalitativ analyse. Det ble utført fire ulike analyser med bruk av STC.

Resultat: Legene stiller spørsmålet «Er det noe mer du lurer på?» for å *avslutte konsultasjonen* eller for å *etablere felles forståelse*. Pasientene spør om *legemidler, livsstil, andre symptom* eller *kontaktrelaterte spørsmål*. Pasientene spør for å *dobbeltsjekke informasjon*, signalere en *bekymring* eller få oppklart en *uklarhet*. Legene følger opp svaret på spørsmålet med et *adekvat svar*, forsøk på å *utsette svaret* eller å *bytte tema*. Binær logistisk regresjon viste ingen signifikante sammenhenger mellom analyserte kommunikative signal og pasientens svar på spørsmålet «Er det noe mer du lurer på?».

Konklusjon: Legens verbale kommunikasjon ser ut til å påvirke svaret på spørsmålet «Er det noe mer du lurer på?». Legen bør aktivt gi pasienten mulighet til å stille spørsmål, og minst en anledning bør gis tidlig i konsultasjonen.

4 Innledning og bakgrunn

4.1 Nonverbal og verbal kommunikasjon

Kommunikasjon defineres som den prosessen der personer eller grupper sender eller utveksler informasjon (1). Alle mennesker er kommunikatorer enten man vil det eller ikke. Dette er en medfødt evne, og noe man ikke klarer å forhindre (2). Kommunikasjon betyr å gjøre noe felles eller ha forbindelse med, og stammer fra det latinske ordet *communicare*. I dagliglivet forstår vi det ofte som å snakke med, oppleve eller forstå hverandre.

Det finnes flere måter å kommunisere på, og kommunikasjon deles typisk inn i 2 grupper: verbal kommunikasjon og nonverbal kommunikasjon. Verbal kommunikasjon består av tale og ord som man uttrykker ovenfor motparten. Nonverbal kommunikasjon har et ikke-språklig innhold, noe som innebærer komponenter av for eksempel ansiktsuttrykk, øyekontakt, øyebevegelser, kroppsholdning, avstand mellom deltakerne, toneleie, kroppsspråk, berøring og bruk av aktive pauser (3). Kommunikasjon ansikt til ansikt vil alltid inneholde nonverbal kommunikasjon, men trenger ikke alltid være verbal. Kommunikasjon hvor partene ikke møtes, for eksempel gjennom brevutveksling eller chatting på Internett, inneholder i mindre grad nonverbal kommunikasjon.

Verbal og nonverbal kommunikasjon kan enten være kongruent eller inkongruent. Ved kongruens har man en overenstemmelse mellom den verbale kommunikasjonen og den nonverbale kommunikasjonen, mens ved inkongruens er det ikke overenstemmelse mellom disse to (2). Et eksempel på kongruens kan være at man svarer «ja» på et spørsmål og nikker bekræftende samtidig. Et eksempel på inkongruens kan være at man svarer at man har det bra samtidig som man gråter, ser ned i bakken og henger med hodet.

4.2 Kommunikative signal

I et kommunikasjonsforhold må det være minimum to personer som utveksler ulike signal eller tegn mellom hverandre. Når den ene parten sender ut signal fortolkes disse av mottakeren. Man sender ofte ut flere nonverbale signal samtidig og disse skal, sammen med eventuell verbal kommunikasjon, settes sammen og tolkes av mottaker. Mottakers forventning, tidligere historie, assosiasjoner, holdninger, ideer, følelser, kultur og innstilling til avsender vil ha betydning for tolkningen (1). Man kan derfor aldri med sikkerhet kunne si om avsenderens uttrykk tolkes slik intensjonen var (2).

I Eide og Eides bok «Kommunikasjon i relasjoner» beskriver de flere kanaler for nonverbale uttrykk. I boken fremkommer det at blikket er blant de viktigste måtene man uttrykker seg nonverbalt. Mangel på blikkontakt kan føre til at mottaker føler seg oversett av avsender(2). Varigheten på denne er også av betydning. Langvarig blikkontakt (stirring) kan føre til at mottaker føler seg overvåket, gransket og vurdert, mens kortvarig blikkontakt kan føre til at mottaker føler seg oversett (4). Det er også her viktig å huske på hvilken bakgrunn personen har. I enkelte kulturer kan lengre blikkontakt oppfattes som uhøflig, mens i andre kulturer er dette mer vanlig (5).

I en samtalesituasjon er det viktig at kroppsspråket bidrar til å skape kontakt og trygghet. Å sitte framoverlent og la knærne peke mot den man samtaler med uttrykker interesse og ønske om kontakt. Dette skaper fortrolighet og trygghet hos mottaker. Motsatt kan man henge eller ligge i stolen eller la knærne peke bort fra mottaker. Dette kan ofte tolkes som likegyldighet eller ønske om avstand. Nikking ansees som et positivt kommunikativt signal, og uttrykker ofte forståelse eller bekreftelse. Risting på hodet, horisontal hodebevegelse, kan oppfattes som avvisning eller misforståelse (6).

Flere forfattere har sammenfattet seks hovedpunkter som de mener uttrykker positive nonverbale kommunikasjonssignaler. Disse er:

- Øyekontakt, uten å stirre
- Mottagende, åpen kroppsholdning
- Henvendt kroppsholdning hvor man lener seg frem mot mottaker
- Bekreftende lyder som «mm», nikk eller beroligende berøring
- At stemme og bevegelser er avslappet, naturlig og vennlig
- At ansiktet uttrykker ro, tilstedeværelse og interesse

De samme forfatterne har også beskrevet at man bør unngå kryssede ben og armer, en hengende, likegyldig og tilbakelent kroppsholdning, og stemmen og bevegelse bør ikke spent, urolig eller rastløs (4, 6-9). Et nonverbalt uttrykk må likevel sees i sammenheng med andre nonverbale uttrykk, og ofte også det verbale uttrykket. Et eksempel på dette er at å rynke pannen kan være et uttrykk for oppgitthet som kan ansees som negativt, men det kan også uttrykke overraskelse og positiv interesse.

4.3 Kommunikasjon mellom lege og pasient

Kommunikasjonen mellom lege og pasient har, som i all annen kommunikasjon, rikelig med både verbalt og nonverbalt innhold. Nonverbal kommunikasjon er en grunnleggende, profesjonell ferdighet som legen bruker i enhver pasientkommunikasjon (9, 10). Dette er viktig for å kunne møte pasienten på en bekreftende, oppmuntrende og styrkende måte. Målet er å skape trygghet og tillit hos pasienten, noe som igjen fører til at pasienten har lettere for å åpne seg og dele tanker og følelser.

Silverman og Kinnersley hevder at nonverbal kommunikasjon støtter opp om lege-pasient-relasjonen og bidrar til å forsterke eller motsi den verbale kommunikasjonen (11). Det er derfor viktig at det er kongruens mellom det legen uttrykker verbalt og nonverbalt da kongruent kommunikasjon fremstår som mer ekte, pålitelig og tillitvekkende (2). Ved inkongruens mellom nonverbal og verbal kommunikasjon påvirkes pasienttilfredshet (12, 13). For personer som av ulike grunner sliter med å forstå verbal kommunikasjon, er tydelig og kongruent nonverbal kommunikasjon spesielt viktig (2). Dette kan for eksempel være barn, demente eller psykisk utviklingshemmede.

Samsvaret mellom nonverbal og verbal kommunikasjon i en lege-pasient-situasjon belyses også av Friedman i artikkelen «Doctor-patient communication: A review of the literature» hvor han stadfester at kun 7 % av emosjonell kommunikasjon fremkommer ved bruk av verbal anvendelse. 22 % fremkommer ved bruk av stemmeleie og 55 % fremkommer ved ulike bruk av nonverbale metoder som øyekontakt og kroppsholdning (14).

Gode kommunikasjonsferdigheter er viktig for å sikre pasienttilfredshet, utredning og korrekt behandling, og minke negative emosjoner uro og engstelse (11, 15-21). Little hevder at selv en liten intervensjon for utvikling av nonverbale kommunikasjonsferdigheter øker pasientens følelse av tilfredshet, reduserer engstelse og virker helsefremmende (22, 23). I en lege-pasient situasjon fremheves legens bruk av øyekontakt som en betydningsfull faktor (15), og i boken «God kommunikasjon i førstelinjen» hevder Bergem at god og direkte blikkontakt er avgjørende for videre og god kommunikasjon mellom en profesjonell aktør og den man skal hjelpe (24).

Kommunikasjonssvikt er en av hovedårsakene til at pasienter bytter lege (15). I et legebytte kan informasjon om pasientens liv, sykdom og person gå tapt. Dette kan føre til dårligere

helse og forringe helsepersonells mulighet til å gi god helsehjelp (25). Suboptimal kommunikasjon er også en av hovedårsakene til pasientklager (26). Det er imidlertid lys i enden av tunnelen: Butalid hevder at legers kommunikative ferdigheter har blitt noe bedre fra 1980-tallet og til 2000-tallet (27).

4.4 Spørsmålet «Er det noe mer du lurer på?»

Spørsmålet «Er det noe mer du lurer på» er et spørsmål som ofte stilles mot slutten av konsultasjonen. Det er et lukket spørsmål hvor pasienten enten svarer ja eller nei. Slike spørsmål gir i liten grad helhetlig forståelse av pasientens tanker og situasjon, men er presise og gir enten et bekreftende eller avkreftende svar. Dersom en person svarer ja på dette spørsmålet kan det være naturlig å fortsette med et mer åpent spørsmål hvor pasienten inviteres til å beskrive den nye problemstillingen eller oppfatningen. Et åpent spørsmål defineres som et spørsmål der at svarmulighetene ikke styres av den som stiller spørsmålet, men at den som svarer kan beskrive hendelser, følelser, fakta og begrunnelser (2).

En konsultasjon hos enganglegen på sykehuset arter seg som regel slik:

Håndhilse. Sjekklister spørsmål: Hvordan går det med:

kvalmen?

diaré?

matlyst?

prikninger i fingre og tær?

slimhinnenenes tilstand?

*Så et kort referat av laboratoriefunnene, de hvite blodlegemers tall,
blodplatenes fall, nyrenes tålmodighet og leverens rop om mindre
cellegift nå! Når denne grammofonplate med hakk i som jeg har hørt syv
ganger før, er slutt, spør engangslegen: Er det noe mer?*

Per Fugelli (28)

Spørsmålet «Er det noe mer du lurer på» kan formuleres på flere måter. Et ledende spørsmål betyr at man bruker et lukket spørsmål hvor svaret allerede kommer frem i spørsmålet. Et eksempel på dette er «Det er vel ikke noe mer du lurer på?», hvor legen gir pasienten liten frihet til å kunne svare ja. I følge Eide og Eide skal man være varsom på når man bruker ledende spørsmål som profesjonell hjelper (2).

I artikkelen «Patient-doctor communication» hevder Teutsch at en god avrunding av konsultasjon bør inneholde en mulighet der pasienten kan stille spørsmål, i tillegg til et sammendrag av kliniske funn og videre plan for diagnostikk, behandling og oppfølging (15). Wynn viser til studier som finner at pasienter ofte avstår fra å stille spørsmål til legen om ting de bekymrer seg for, og at mange pasienter ikke etterspør mer informasjon ved behov. Tallene varierer fra 11% til 70% i ulike studier (29). I følge Winefield og Murrell stiller pasienter flere spørsmål mot slutten av konsultasjonen (30). Det er også i denne fasen legen forventer at pasienten stiller spørsmål (29).

4.5 Formål

Formålet med studien er å belyse hvordan legens nonverbale og verbale kommunikative signal når legen spør «Er det noe mer du lurer på?» påvirker pasientens svar på spørsmålet,

og hvordan legen følger opp svaret. Dette gjøres ved å besvare følgende fem forskningsspørsmål:

1. Hvorfor stiller legen spørsmålet «Er det noe mer du lurer på?»
2. Hva spør pasientene om når legen stiller spørsmålet «Er det noe mer du lurer på?»
3. Hvorfor svarer pasientene som de gjør når legen stiller spørsmålet «Er det noe mer du lurer på?»
4. Hvordan følger legen opp svaret på spørsmålet?
5. Hvordan påvirker legens kommunikative signal hva pasienten svarer på spørsmålet?

De fire første forskningsspørsmålene forsøkes besvart primært ved hjelp av kvalitativ metode, mens det femte forskningsspørsmålet forsøkes besvart ved hjelp av kvantitativ analyse.

5 Materiale og metode

5.1 Studiedesign

For å besvare forskningsspørsmålene har jeg benyttet metodetriangulering, men primært med hovedvekt på systematisk tekstkondensering (STC) modifisert av Malterud som verktøy. I tillegg har jeg benyttet meg av kvantitative metoder i form av deskriptiv statistikk og binær logistisk regresjonsanalyse for å besvare det femte forskningsspørsmålet.

5.2 Datamateriale og deltakere

Datamaterialet består opprinnelig av 499 videoer av lege-pasientkonsultasjoner fra sykehus. Opptakene er fra visitt, akuttmottak og av polikliniske konsultasjoner. Det omfatter opptak fra 17 kliniske sykehusavdelinger med unntak av revmatologi, øye, nevrokirurgi og psykiatri. To videoer ble ekskludert siden en lege trakk seg fra studien. Åtte videoer måtte ekskluderes grunnet tekniske problem. Det ble gitt utvidet samtykke for bruk av 380 av videoene til studier av kommunikasjon til og med 2020. Videoene ble tatt opp i forbindelse med en randomisert kontrollert studie ved Akershus Universitetssykehus i perioden 2007-2008.

5.2.1 Inklusjon

Legene som deltok ble rekruttert via e-mail og telefon. Inklusjonskriteriet var alder under 60 år. Pasientene var tilfeldig utvalgte pasienter rekruttert fra venterommet. Alle legene fikk kommunikasjonkurs, men halvparten av videoene ble tatt opp før dette kurset. På kommunikasjonskurset fikk legen eksplisitt trening i å stille spørsmålet «Er det noe mer du lurer på?».

I en studie utført av Ofstad et al ble samtlige 380 videoene analysert og kodet(31). I den forbindelse ble det identifisert videoer der spørsmålet «Er det noe mer du lurer på?» stilles.

Totalt ble spørsmålet registrert i 140 videoer, og for 114 av dem ble også tidspunktet for når spørsmålet ble stilt registrert. På bakgrunn av forskningsspørsmålene har jeg valgt å bare inkludere videoer der spørsmålet «Er det noe mer du lurer på?» stilles under konsultasjonen. 140 videoer ble inkludert fra videomaterialet med utvidet samtykke til studier av kommunikasjon (Figur 1).

5.2.2 Eksklusjon

For å kunne utføre videoanalysene var jeg blant annet avhengig av at ansikt og hode til både pasienten og legen var synlig på videoen. Dette for å kunne analysere øyekontakt og hodebevegelser. Underveis i videoanalysene ble 21 videoer ble ekskludert da videoutsnitt og filmvinkel førte til at hode og ansikt til pasienten, legen eller begge ikke vistes når legen stilte spørsmålet «Er det noe mer du lurer på?».

I 15 videoer stilles spørsmålet to ganger i løpet av konsultasjonen, og det er dermed flere observasjoner av spørsmålet «Er det noe mer du lurer på?» enn videoer i materialet. I en av disse 15 videoene ekskluderte jeg én av observasjonene fordi ansiktene til lege og pasient ikke var synlig (Figur 2).

Noen videoer ble ekskludert før videoanalysene. Ved bruk av tolk blir tolken et ekstra kommunikasjonsledd mellom lege og pasient. Tolken kan påvirke ordlyden i samtalen, og på den måten påvirke den verbale kommunikasjonen og samsvaret mellom verbal og nonverbal kommunikasjon når spørsmålet «Er det noe mer du lurer på?» stilles. Konsultasjoner med tolk ble derfor ekskludert. Når et barn er pasient, altså pasient under 18 år, er det ofte foresatte tilstede under konsultasjonen. Dette gjør at legen må dele oppmerksomheten sin mellom flere personer. Barnets alder og modenhet vil være med på å bestemme om det er naturlig å henvende seg til barnet, til foresatte eller begge deler. Det vil under slike

omstendigheter være vanskelig å vurdere om legen eksempelvis har øyekontakt med et barn som leker på gulvet, eller om legen burde hatt øyekontakt med barnet i stedet for foresatte. Disse videoene var markert med merkelappen «barn/språkproblem» i forkant av videoanalysene. Totalt ble 23 videoer ekskludert grunnet bruk av tolk eller språkproblem eller at pasienten er under 18 år (Figur 1).

5.3 Datainnsamling

5.3.1 Kvalitative analyser - transkripsjon

For analyseringsarbeidet i studien ble det benyttet transkripsjon som verktøy, en prosess som innebærer å omgjøre all tale til tekst. Lydord som «mm» ble også skrevet ned. Nonverbal kommunikasjon ble ikke skrevet systematisk ned. I noen videoer er lyden dårlig, og noen få ganger er ord ikke hørbare. Disse ordene ble markert som «utydelig» i selve transkripsjonen, og utgjør seks ord fra til sammen fire videoer. Dette påvirket ikke den verbale kommunikasjonens meningsinnhold. Ingen av disse ordene kommer i forbindelse med spørsmålet «Er det noe mer du lurer på?».

Transkripsjoner ble gjort i ulike omganger og faser av studien, og med ulike formål. I første omgang ble utdrag fra ti tilfeldig utvalgte videoer høsten 2017 transkribert for nysgjerrighetens skyld. Dette for å se om det kom fram ytterligere informasjon, komme nærmere ordlyden i dialogen og få et dypere innblikk i sammenhengen mellom den verbale og den non-verbale kommunikasjonen. Utdragene ble hentet fra litt før tidspunktet der legen stiller spørsmålet «Er det noe mer du lurer på?» og til det kom en naturlig avslutning eller et temaskifte.

I neste omgang ble det transkribert utdrag fra seks videoer som skilte seg ut fra det totale videomaterialet på 92 videoer, etter at de statistiske analysene var utført. Videoene skilte

seg ut ved å inneholde et eller flere negative kommunikative signal, og formålet var å lete etter fellestrekk blant disse. Det ble lagt spesielt stor vekt på de videoene der legen sendte flere negative signal samtidig. Etter at kvantitativ analyse viste seg å være en lite egnet metode for å besvare forskningsspørsmålene, ble de videoene der pasientene svarte ja på spørsmålet «Er det noe mer du lurer på?» plukket ut blant alle videoene med transkriberte utdrag. Disse ti videoene ble transkribert i sin helhet til bruk i kvalitativ analyse (Figur 3). Dette utgjør 86 sider transkripsjon av totalt 243 minutter video.

5.3.2 Kvantitative analyser

Grunnet datamaterialets størrelse på 92 videoer til kvantitativ analyse ble det vurdert som mest hensiktsmessig å ta utgangspunkt i fem variabler for multivariat analyse. Det ble derfor valgt ut fem variabler til statistiske analyser, som er mål på nonverbale og verbale kommunikative signal. Inkluderte uavhengige variabler er «Øyekontakt», «Risting på hodet», «Armer i kryss» og «Nektende formulering». Valgt avhengig variabel er svar på spørsmålet «Er det noe mer du lurer på?». Det ble utarbeidet en kodetabell for samtlige variabler som ble brukt under videoanalysene (Tabell 1). Variablene ble registrert direkte i det statistiske dataprogrammet IBM SPSS Statistics 25. Ovennevnte analyser ble utført av meg og medstudent. Samarbeidet med medstudent tok slutt i oktober 2017. I ettertid er også alle videoene sett minst en gang til i sin helhet for å verifisere kodingen og utvide videoanalysene.

5.4 Kvalitative analyser - systematisk tekstkondensering

De 10 videoene som ble transkribert i sin helhet ble analysert ved bruk av Malteruds metode for systematisk tekstkondensering (STC), som er beskrevet i boka «Kvalitative metoder i medisinsk forskning» og i artikkelen «Systematic text condensation: A strategy for qualitative analysis.» (32, 33) Dette er en metode som er egnet for forskere uten tidligere

erfaring med og inngående kjennskap til kvalitative forskningsmetoder. Malterud beskriver metoden i fire trinn:

1. Få et helhetsinntrykk. Materialet gjennomgås med fokus på helhet, uten noen form for systematisering. Forskeren forsøker å identifisere og unngå all form for forforståelse. Etter gjennomlesning skrives inntrykk og mulige tema i materialet ned.
2. Identifikasjon av meningsbærende enheter og dekontekstualisering. Systematisk gjennomgang av materialet for å identifisere meningsbærende enheter. Dette er tekstbiter som på en eller annen måte bærer med seg kunnskap om tema fra første trinn. Disse utgjør analysematerialet videre, og annen tekst sorteres ut. De meningsbærende enhetene kodes og systematiseres fortløpende med utgangspunkt i temaene fra trinn 1. Ved oppdagelse av nye koder eller endring av koder, gjennomgås materialet på nytt for å sikre at alle meningsbærende enheter er identifisert. Kodene justeres underveis for utvikling av mest mulig presise koder.
3. Abstraksjon av meningsbærende enheter. Kunnskap fra hver enkelt kodegruppe hentes ut systematisk ved å kondensere innholdet i de meningsbærende enhetene. De meningsbærende enhetene sorteres i grupper etter koder. Det identifiseres subgrupper med meningsbærende enheter for hver av kodene, og det utarbeides et kunstig sitat for hver av subgruppene. Det velges ut sitat for illustrative formål.
4. Rekontekstualisering og sammenfatting. Det utarbeides en innholdsbeskrivelse for hver kodegruppe basert på kunnskapen innhentet i trinn 3. Det velges ut sitat for å illustrere innholdet i teksten. Materialet kryssleses for å validere funnene i forhold til den sammenheng de var hentet ut fra. Det letes også systematisk etter data som motsier konklusjonene forskeren er kommet fram til. Funnene blir så vurdert opp mot foreliggende empiri og teori.

Som uerfaren forsker har jeg lagt vekt på å utnytte egenskapene til Malteruds metode. Alle transkripsjonene ble skrevet ut i fem eksemplar, slik at jeg alltid skulle ha et ekstra eksemplar for å kunne se de meningsbærende enhetene i sin opprinnelige kontekst ved

behov. På forhånd hadde jeg identifisert behovet for å utføre fire ulike analyser for å best mulig kunne svare på de fire første forskningsspørsmålene.

Jeg utførte en analyse av gangen, og startet ikke med neste før jeg anså meg selv som helt ferdig med den forrige analyseprosessen. Dette for å i størst mulig grad unngå sammenblanding av tema. Analyseprosessen ble gjentatt i sin helhet for hver av forskningsspørsmålene. Jeg brukte først analysemetoden STC for det første forskningsspørsmålet: «Hvorfor stiller legen spørsmålet «Er det noe mer du lurer på?», deretter det andre: «Hva spør pasientene om når legen stiller spørsmålet «Er det noe mer du lurer på?»», det tredje: «Hvorfor svarer pasientene som de gjør når legen stiller spørsmålet «Er det noe mer du lurer på?»» og til slutt det fjerde: «Hvordan følger legen opp svaret på spørsmålet?»».

Jeg leste gjennom hele materialet, og noterte ned mulige tema og førsteinntrykk. Videre markerte jeg meningsbærende enheter med markeringstusj i ulike farger for å tydeliggjøre mulige ulike kodegrupper, og noterte dem ned i en matrise for å holde oversikten over hvilke meningsbærende enheter som stammet fra hvilken video. Når jeg identifiserte en meningsbærende enhet som kunne tilhøre en helt ny kodegruppe gikk jeg gjennom materialet fra starten for å unngå og overse meningsbærende enheter. Deretter sorterte jeg de meningsbærende enhetene og gikk gjennom de ulike kodegruppene. Noen kodegrupper ble strøket da de inneholdt få meningsbærende enheter, de meningsbærende enhetene kunne flyttes i en annen kodegruppe eller kodegrupper ble slått sammen. Ved behov ble nye kodegrupper opprettet. Noen antatte meningsbærende enheter viste seg å ikke være relevante eller å ikke være meningsbærende enheter likevel, og ble strøket fra materialet.

Innenfor de identifiserte og endelige kodegruppene identifiserte jeg subgrupper. For å lette arbeidet startet jeg med den kodegruppen som var mest omfattende og rik på informasjon, og prioriterte de ulike subgruppene etter hvilke jeg antok var viktigst. Jeg lagde et kunstig sitat for hver av de ulike subgruppene, og plukket ut relevante og illustrative sitat fra informantene. Til slutt lagde jeg innholdsbeskrivelser for hver av de ulike kodegruppene, der jeg inkluderte sitat. Resultatet ble lest opp mot det originale materialet, og matrisen med de meningsbærende enhetene og kodegruppene ble krysslest horisontalt og vertikalt. Materialet ble deretter lest gjennom i sin helhet for å lete etter data som motsa mine funn.

5.5 Kvantitative analyser – statistiske analyser

I samarbeid med statistiker kom jeg fram til enkel deskriptiv statistikk, binær logistisk regresjon og Kji-kvadrat test som de mest hensiktsmessige kvantitative analysemetodene for å besvare det femte forskningsspørsmålet: hvordan påvirker legens kommunikative signal hva pasienten svarer på spørsmålet. For å kunne utføre binær logistisk regresjon ble videomaterialet under analysen omgjort til tall. En slik tilnærming der forhåndsbestemte tema identifiseres og sorteres, og deretter bearbeides med statistiske metoder kalles ofte innholdsanalyse (34). Hver binære variabel har to forskjellige alternativ for nonverbal kommunikasjon. Det ble bestemt at tallet «0» kodet for det alternativet som sender det antatte negative signalet til pasienten, og at tallet «1» kodet for det alternativet som sender det antatte positive signalet. Hva som er vurdert som negativt og positivt signal ble vurdert ut fra litteratursøket.

Å anvende spesifikke nonverbale kommunikasjonsmetoder kan forbedre diagnostikken og øke pasienttilfredshet i møte med legen (18, 19). Legens bruk av øyekontakt fremheves som en betydningsfull faktor (15). Å ha øyekontakt med motparten vurderes i de aller fleste tilfeller som et positivt kommunikativt signal, og ble kodet «1». Å ikke ha øyekontakt ble

kodet «0». I tvilstilfeller ble det gjort en skjønnsmessig vurdering, eksempelvis når legen snudde seg vekk fra eller mot pasienten i øyeblikket legen stilte spørsmålet.

Hodebevegelser som risting på hodet i horisontal retning eller nikking i vertikal retning er nonverbale signal som forstås og oppfattes fra ung alder (35). Nikking er assosiert med økt pasienttilfredshet (18). Denne oppgaven forholder seg utelukkende til registreringer av risting på hodet når spørsmålet «Er det noe mer du lurere på?» stilles. Horisontal hodebevegelse ble vurdert som et negativt kommunikativt signal, og ble kodet «0». Å ikke riste på hodet ble kodet «1».

En åpen kroppsholdning, eksempelvis ved bruk av håndbevegelser (36), tilrettelegger for at pasienten har mulighet til å komme med mer informasjon. En lukket holdning kan virke avvisende for ytterligere kommunikasjon. Å ha armene i kryss over brystet er assosiert med lavere pasienttilfredshet, mens en åpen kroppsholdning er assosiert med høyere pasienttilfredshet (18). Å holde armene i kryss over brystet kan vurderes som et negativt signal, og ble kodet «0». Å ikke holde armene i kryss over brystet ble kodet «1».

Ulike måter å stille spørsmålet «Er det noe mer du lurere på?» på inkluderes i analysene. En nektende form av spørsmålet har en lukkende effekt som ikke oppmuntrer til ytterligere informasjonsutveksling i situasjonen. Formulering av spørsmålet «Er det noe mer du lurere på?» i nektende form kan vurderes som et negativt signal, og ble kodet «0». Å formulere spørsmålet i ikke-nektende form ble kodet «1».

Etter videoanalysene ble det utført univariat og multivariat binær logistisk regresjon og Kji-kvadrat test for de ulike variablene. Analysene ble utført i IBM SPSS Statistics 25 med

signifikansnivå $p < 0,05$ og 95% konfidensintervall. Det ble også utført enkel deskriptiv statistisk analyse.

5.6 Bias

Før jeg gjorde de kvalitative analysene hadde jeg allerede sett samtlige videoer minst to ganger. Det er derfor risiko for at jeg gikk inn i analyseprosessen med forforståelse eller en forutinntatt holdning. For å minimere dette mest mulig har jeg prøvd å holde meg strengt til analysetrinnene i STC, og hatt en bevisst holdning til mine egne tanker og meninger ved å notere disse ned underveis. Det er likevel sannsynlig at det foreligger en kognitiv bias.

Seleksjonsbias er sannsynlig både blant legen og pasientene. Legene i studien var frivillige deltakere. Det er derfor mulig at legene som deltok i studien ikke er representative.

Pasientene var også rekruttert frivillig, og pasientene som samtykket hadde kanskje andre typer problemstillinger enn de som ikke ønsket å delta. Populasjonsbias i studien problematiseres ytterligere under diskusjon.

Mennesker tolker fenomener og situasjoner i tråd med egen sosiale og kulturelle kontekst og i lys av tidligere erfaringer og læring. Som medisinstudent kan jeg ikke utelukke at jeg vil tolke situasjoner annerledes eller sympatisere mer med legen enn en person som ikke studerer medisin, men jeg har vært bevisst min rolle og har i den grad det er mulig forsøkt å være objektiv.

5.7 Formelle godkjenninger

Før videoene ble tatt i bruk til analyse for første gang i 2007 ble det søkt til REK Sørøst angående anvendelse av videomaterialet, som godkjente søknaden. I ettertid ble det søkt

godkjenning for flere sekundærstudier, første gang i 2009, som alle ble godkjente. Det vises dermed til tidligere vedtak fra REK Sørøst angående sekundærstudier av materialet.

5.8 Litteratursøk

I forbindelse med oppgavens prosjektbeskrivelse, skrevet av undertegnede og medstudent Frid S. L. Bjugn i 2016, ble det gjort et ikke-systematisk litteratursøk i PubMed med søkeord «communication», «nonverbal», «verbal», «physician», «doctor» og «patient» i ulike kombinasjoner for å finne relevant eksisterende litteratur på området.

6 Resultater

Resultatdelen er delt inn i to deler: en kvalitativ hoveddel og en kvantitativ del. Dette skyldes at studiedesignet ble endret fra en primært kvantitativ tilnærming til en primært kvalitativ tilnærming underveis i forskningsprosessen, da kvantitativ analyse viste seg å være uegnet til å besvare studiens formål. Først vil jeg presentere enkel deskriptiv statistikk for materialet til kvalitativ og kvantitativ analyse. Deretter går jeg over til å beskrive resultatene fra de kvalitative analysene, før jeg kort presenterer resultatene fra de kvantitative analysene.

6.1 Deskriptiv statistikk

6.1.1 Videoer til kvalitativ analyse

I de 10 videoene brukt i de kvalitative analysene er det én (10,0%) kvinnelige og ni (90,0%) mannlige leger. Seks (60,0%) av pasientene var kvinner og fire (40,0%) menn (Tabell 2).

Pasientene er mellom 27 og 75 år gamle, i gjennomsnitt 49,3 år gamle. Legene er mellom 32 og 54 år gamle, i gjennomsnitt 44,1 år gamle. Videoene varte i gjennomsnitt 23,4 minutter (standardavvik 11,8 minutter) med variasjonsbredde ni til 42 minutter. Median varighet var 21,5 minutter. Seks av videoene (60,0%) varte i over eller lik 15 minutter, mens fire (40,0%) varte under 15 minutter. I alle videoene svarer pasienten ja på spørsmålet «Er det noe mer du lurer på?».

6.1.2 Videoer til kvantitativ analyse

I de 92 videoene brukt i de kvantitative analysene var det 31 (33,7%) kvinnelige og 61 (66,3%) mannlige leger. 50 (54,3%) av pasientene var kvinner og 42 (45,7%) menn (Tabell 3). Videoene varte i gjennomsnitt 21,6 minutter (standardavvik 12,5 minutter) med variasjonsbredde fire til 58 minutter. Median varighet var 18 minutter. 54 av videoene (58,7%) varte i over eller lik 15 minutter, mens 38 (41,3%) varte under 15 minutter. I 89 (84,0%) av videoene stilles spørsmålet «Er det noe mer du lurer på?» i siste tredel av

videoen. I 17 videoer stilles spørsmålet tidlig i videoen, i ni av disse stilles spørsmålet på nytt ved et senere tidspunkt. I tillegg stilles spørsmålet to ganger i ytterligere fem videoer.

For variabelen øyekontakt hadde 73 av legene direkte øyekontakt med pasienten når spørsmålet «Er det noe mer du lurer på?» ble stilt (Tabell 4). De som ikke hadde øyekontakt så typisk ned i papirer eller på PC-en (

Tabell 5). I seks av videoene ristet legen på hodet samtidig som spørsmålet ble stilt, mens i åtte av videoene hadde legen armene i kryss. I syv av videoene stilte legen spørsmålet «Er det noe mer du lurer på?» i nektende form. I 37 av videoene stilte pasienten ytterligere spørsmål eller fikk en oppklaring, mens pasienten i de resterende 69 videoene svarte nei på spørsmålet «Er det noe mer du lurer på» (Tabell 4). I majoriteten av videoene sendte legen tre eller fire av totalt fire analyserte positive signal (

Tabell 6).

6.2 Kvalitative analyser - systematisk tekstkondensering (STC)

6.2.1 Hvorfor stiller legen spørsmålet «Er det noe mer du lurer på?»

I mitt materiale er det flere årsaker til at legen stiller spørsmålet «Er det noe mer du lurer på?» (Tabell 7). Mange av legene bruker tilsynelatende spørsmålet «Er det noe mer du lurer på?» for å avslutte konsultasjonen. Noen leger gir nonverbalt eller verbalt uttrykk for at de ikke ønsker eller forventer at pasienten hadde flere spørsmål. Eksempelvis sier en av legene: «*Okay, er det noe mer du har lyst til å spørre om (pasientnavn), er jo rimelig greit dette her?*» samtidig som han har blikket vendt vekk fra pasienten og armene i kryss over brystet. Flere

leger benytter seg av denne måten å avslutte på etter at de har hatt en oppsummering av innholdet i konsultasjonen. En lege forklarer funn, bruk av medisiner og planen videre før han stiller spørsmålet til pasienten: *«Så ingen reseptfri nesenspray, bare den du får av meg. Så tar vi kontroll om tre måneder, og så ser vi hvordan det har gått. Har du noen spørsmål?»*.

Analysene viser også at flere leger forsøker få fram pasientperspektivet eller andre problemstillinger i konsultasjonen gjennom å stille spørsmålet. I det analyserte utvalget av videoene er en kvinne gravid i sitt tredje svangerskap, og det blir oppdaget avvikende symfyse-fundus-mål som trolig skyldes økt mengde fostervann. Etter at legen har gått gjennom mulige årsaker til dette og funn fra undersøkelsen åpner han for at pasienten kunne stille spørsmål: *«Er det noe du lurte på? Eller dere?»*.

Andre leger ser ut til å bruke spørsmålet *«Er det noe mer du lurer på?»* for å runde av en fase og drive konsultasjonen videre i en ny fase. En kvinne som tidligere hadde gjennomgått en traumatisk fødsel, er nå gravid igjen. Her bruker legen først god tid på å utforske ulike sider av hennes fødselsangst, og informerer om bakgrunnen for valg av forløsning: *«Fremover etter screening, når du begynner å bli 22-24 uker på vei så følger vi deg med jevne mellomrom med vekt og størrelse og vekst, og så tar vi en ny samtale etter hvert når vi ser hva virkeligheten er. Ikke sant? Og det blir basert på de retningslinjene som jeg prøvde å skissere for deg. Spørsmål?»*. Etterpå går samtalen videre i en litt annen retning. En annen lege går i det påfølgende eksempelet over fra den anamnesticke fasen til den gynekologiske undersøkelsen *«Ja. Så hvis du... Er det noen ting du vil spørre meg om før vi begynner?»*.

6.2.2 Hva spør pasientene når legen stiller spørsmålet «Er det noe mer du lurer på?»?

Det analyserte videomaterialet viser stor diversitet for svar på spørsmålet «Er det noe mer du lurer på?» (Tabell 8). Hyppigst forekommende med 6 av 17 spørsmål er spørsmål rundt andre symptom eller plager enn hovedproblemstillingen i den aktuelle konsultasjonen. Mange pasienter benytter muligheten til å stille spørsmål om andre symptom når de er hos legen. En pasient med kjent lungekreft som har falt på isen, spør om det er normalt å ha ryggvondt i mange måneder etter fallet, mens en annen spør om råd i forbindelse med hyppige forstoppelser. «*Gjør det noe om jeg reagerer mer på melk enn før?*» spør en annen kvinne, som også lurer på om det er normalt å gå på toalettet så hyppig som hun gjør. Flere pasienter stiller også spørsmål rundt livsstil: «*Jeg kan vel spise litt kjøttmat, vanlig mat som ellers?*», og lurer også på om alkohol kan skade magen.

Mange stiller spørsmål i forbindelse med medikamentell behandling av sin tilstand som er hovedproblemstilling i konsultasjonen. En gravid kvinne spør om hun skal fortsette med samme dose på et legemiddel, mens en annen lurer på om nesesprayen er i form av spray eller pulver. En kvinne med hyppige vaginale blødninger lurer på om hun kan erstatte minipillen med hormonspiral: «*Hvis jeg skulle velge hormonspiralen, så kan jeg gjøre det? Eller blir det akkurat samme problem da?*» En pasient spør også om muligheten for å starte opp med trening i regi av sykehuset, som del av behandling for hans hjertesvikt.

Flere pasienter stiller spørsmål som er kontaktrelaterte. En sønn spør hvor lenge faren, som nettopp har gjennomgått et hjerneslag, skal være innlagt på sykehus, og på hvilken avdeling han skal være på: «*Men pappa blir her nå framover?*». Andre har spørsmål i forbindelse med videre utredning av den aktuelle problemstillingen eller tilstanden. «*Hva gjør jeg hvis de blødningene ikke stopper, hvis du ikke finner noe svar på det?*» spør en kvinne. En gravid

kvinne med fødselsangst, som tidligere har gjennomgått en traumatisk fødsel har spørsmål rundt måling av bekkenstørrelse i forkant av fødsel.

6.2.3 Hvorfor svarer pasientene som de gjør når legen stiller spørsmålet «Er det noe mer du lurte på?»?

Det er utfordrende å tolke hva som gjør at pasientene svarer slik de gjør på en god og empirisk måte når pasientene ikke har blitt intervjuet. Analysene viser likevel noen tema som går igjen (Tabell 9). Hyppigst forekommende er at pasientene kommuniserer en underliggende bekymring som ikke har vært tema i løpet av konsultasjonen. Pasientene sender ofte ut hint til legen underveis, og benytter sjansen til å luften bekymringen når legen stiller spørsmålet «Er det noe mer du lurte på?».

Et eksempel på at spørsmålet kan komme fra en underliggende bekymring er spørsmålet søsteren til en eldre pasient stiller. Hun spør om hjertesviktpoliklinikken arrangerer trimgrupper for sine pasienter. Etter spørsmålet kommer det fram at hun synes broren sitter mye alene hjemme: «*Men det var det med trimmen vi lurte på? (...) Få treffe noen andre mennesker, ikke bare sitte inne*». En kvinne gir legen flere hint i løpet av konsultasjonen om at hun er bekymret for at hun har en alvorlig sykdom eller må fjerne livmoren, og forteller at hun og samboeren har lyst på barn. En annen kvinne er bekymret for kreft: «*Tenkte kanskje at man måtte spise litt mindre kjøtt når man har vært utsatt for noe sånt. Man kan jo få kreft av absolutt alt i dag, det er ikke greit å vite*». En pasient som er avhengig av nesenspray er tydelig skeptisk til å skulle slutte på reseptfri nesenspray, og sender hint om at tidligere forsøk på avvenning ved hjelp av reseptbelagt legemiddel ikke hjalp «*Den der sprayen som du snakker om som jeg får... Det er spray, ikke pulver? For jeg har prøvd noe sånt pulver en gang, husker jeg, som jeg fikk av dere*».

En annen årsak til spørsmålet som går igjen er at pasienten har behov for å dobbeltsjekke at han eller hun har oppfattet informasjonen i konsultasjonen korrekt. En gravid kvinne med økt mengde fostervann sier «*Jeg hadde et spørsmål om den armen som dovnet bort og alt det der, men det er nok høyst sannsynlig vannmengden?*». En annen kvinne dobbeltsjekker at hun kan bytte til et gitt medikament uten å få de samme bivirkningene. En gravid kvinne som står på et medikament mot epilepsi kontrollerer at hun har oppfattet dosering av medikamentet korrekt: «*ja, det var egentlig det med medisinene, men da skal jeg fortsette på det (dosen) da?*».

Noen ganger har legen ikke vært tydelig nok i informasjonsutvekslingen, og pasienter stiller spørsmål for å komme til bunns i uklarheter i konsultasjonen. En sønn stiller flere spørsmål om hvor lenge faren kommer til å være innlagt på avdelinga: «*hvor lenge blir han her?*» og «*men pappa blir her nå framover?*». Legen virker tilbakeholden med å gi et bestemt tidsperspektiv, og det kan virke som om sønnen ikke slår seg til ro med svaret. En kvinne har behov for ytterligere oppklaring om hennes symptom og situasjon: «*Hva gjør jeg hvis blødningene ikke stanser, hvis du ikke finner noe svar på det? Skal jeg bare fortsette å blø, da?*». Dette er spørsmål legen tidligere har svart på, men legen har skissert flere mulige videre forløp, og det har kanskje bidratt til å skape forvirring.

6.2.4 Hvordan følger legen opp svaret på spørsmålet «Er det noe mer du lurer på?»?

Hvordan følger så legen opp svaret på spørsmålet «Er det noe mer du lurer på?». I korte trekk velger legen å svare adekvat på spørsmålet, utsette svaret eller bytte tema (Tabell 10). Legene i de utvalgte videoene svarer adekvat på spørsmål fra pasientene i de aller fleste tilfellene. Med adekvate svar menes svar som er tydelige og gjerne også gir en forklaring som underbygger svaret. Et eksempel er en kvinne som spør hva som var veien videre om konsultasjonen ikke gir noe svar på hennes blødningsproblematikk. Legen gir et godt og

utfyllende svar: «Det er ganske avhengig av hva jeg finner på ultralyd. Hvis jeg finner antydning til polypp eller muskelknote i livmor, så søker jeg deg til en annen undersøkelse som heter hysteroskopi hvor man går inn med kikkhullsapparat og eventuelt fjerner polyppen». Et annet eksempel er svaret på en pasients spørsmål om hun skulle endre dosen på legemidlet hun bruker: «foreløpig fortsetter du med samme dose, og så tar vi en blodprøve i dag. (...) Når vi får det svaret, og hvis det ligger utenfor leia og du skal øke medisinene, så ringer jeg deg».

I noen konsultasjoner svarer legen unnvikende på spørsmålet, og ser ut til å, bevisst eller ubevisst, forsøke å utsette svaret til et senere tidspunkt. I en konsultasjon spør pårørende hvor lenge pasienten kommer til å være innlagt på sykehuset. Legen svarer: «Vi må jo teste deg litt, så skal du få starte trening med fysioterapi, ergoterapi skal komme og teste med enkelte tester med hva du trenger hjelp til i alle dagligdagse aktiviteter, og også litt hukommelse. Så må vi starte litt trening, og så får vi se hvor godt det går framover og om du har behov for ytterligere trening etter det.» På et senere tidspunkt i konsultasjonen blir legen på nytt stilt en annen variant av det samme spørsmålet. I en annen video stiller pårørende spørsmål om det var mulig for pasienten å delta i trimgruppe i regi av sykehuset. Legen gir ikke noe konkret på spørsmålet, men utsetter svaret til pasienten kommer til ny konsultasjon «Når skal du på hjertesviktpoliklinikken? (...) Men da kan vi drøfte det litt da.»

I andre videoer svarer legen unnvikende på spørsmålet pasienten stiller, for så å bytte tema og gå videre i konsultasjonen. En pasient som klager over langvarige ryggmerter etter et fall, fikk til svar at skjelettet må være bra, før legen går over til å spørre om pasientens krefthistorikk. En annen pasient er tydelig skeptisk til å skulle slutte med reseptfri nes spray og gå over til reseptbelagt spray, og henter frampå om dette: «For jeg har prøvd noe sånt pulver en gang, husker jeg, da fikk jeg det av dere». Legen plukker ikke opp hintet, men går videre med anamnesen: «du er ikke allergisk for noe, ikke sant?».

6.3 Kvantitative analyser - statistiske analyser

I denne studien har jeg også sett på mulige statistiske sammenhenger mellom ulike uavhengige variabler og pasientens svar på spørsmålet «Er det noe mer du lurer på?». Variablene øyekontakt, armer i kryss, horisontal hodebevegelse og nektende formulerings sammenheng med pasientens svar på spørsmålet «Er det noe mer du lurer på?» er analysert ved hjelp av multivariat binær logistisk regresjon. Variablene lengde på video, legens kjønn, pasientens kjønn eller når i videoen spørsmålet «Er det noe mer du lurer på?» stilles sin sammenheng med pasientens svar på spørsmålet «Er det noe mer du lurer på?» er analysert ved hjelp av univariat binær logistisk regresjon.

Denne studien finner ingen statistisk signifikant sammenheng på 5%-nivå mellom variablene øyekontakt, armer i kryss, horisontal hodebevegelse og nektende formulering og den avhengige variabelen pasientens svar på spørsmålet «Er det noe mer du lurer på?» (Tabell 11). Heller ikke variablene lengde på video, legens kjønn, pasientens kjønn eller når i videoen spørsmålet «Er det noe mer du lurer på?» stilles er statistisk signifikant på 5%-nivå med pasientens svar på spørsmålet «Er det noe mer du lurer på?» (Tabell 12). Når i videoen spørsmålet «Er det noe mer du lurer på?» stilles har lavest p-verdi av alle variablene, både inkluderte og ekskluderte, med p-verdi på 0,095 (Tabell 11, Tabell 12).

7 Diskusjon

Formålet med studien er å belyse om legens nonverbale og verbale kommunikasjon når legen spør «Er det noe mer du lurer på?» påvirker pasientens svar på spørsmålet. Dette forsøkes belyst gjennom fem forskningsspørsmål. STC modifisert av Malterud er brukt som primærmetode for å besvare de fire første forskningsspørsmålene gjennom fire ulike analyser. Under vil jeg først nevne sentrale funn før jeg vil diskutere resultatene i hver av analysene og se på alle analysene under ett. Videre vil jeg redegjøre for studiens styrker og svakheter, diskutere studiens interne og eksterne validitet og avslutningsvis drøfte refleksivitet og relevans.

7.1 Sentrale funn

Legene ser ut til å stille spørsmålet «Er det noe mer du lurer på?» for å avslutte konsultasjonen eller for å etablere felles forståelse. Pasientene spør om legemidler, livsstil, andre symptom eller kontaktrelaterte spørsmål. Det kan se ut som om pasientene svarer slik de gjør for å dobbeltsjekke informasjon, sende signal om en underliggende bekymring eller få oppklart en uklarhet som har oppstått i løpet av konsultasjonen. Legene følger opp svaret på spørsmålet «Er det noe mer du lurer på?» med et adekvat svar, forsøk på å utsette svaret eller å bytte tema.

De aller fleste legene sender i hovedsak positive kommunikative signal når de stiller spørsmålet «Er det noe mer du lurer på?». Det negative signalet som ble registrert klart flest ganger var mangel på øyekontakt. 84% av spørsmålene «Er det noe mer du lurer på?» stilles helt mot slutten.

7.2 Resultater fra kvalitative analyser

Flere studier viser at pasienter lar være å stille spørsmål, selv om de føler behov for det (29). De lar også være å stille spørsmål rundt sentrale emner som diagnose eller behandling selv om legen ikke har gitt noe informasjon om disse (37). Mayou et. al. fant i sin studie at opptil 70% av pasienter med coronarsykdom ikke stiller spørsmål om deres sykdom selv om de har behov for mer informasjon (38). Teutsch hevder at en god konsultasjon bør inneholde muligheten til å stille spørsmål (15). Studiene ovenfor kan tyde på at legen bør ta initiativ og åpne opp for at pasienter skal få en reell mulighet til å stille spørsmål. Halvparten av legene i denne studiens videomateriale har deltatt på kommunikasjonskurs. På kurset ble de blant annet trent spesifikt på å stille spørsmålet «Er det noe mer du lurer på?». Min studie viser at spørsmålet stilles i 140 av 380 videoer. Det er derfor sannsynlig at flere av legene som har deltatt på kommunikasjonskurset stiller spørsmålet.

De fleste legene i dette materialet stiller spørsmålet helt mot slutten av konsultasjonen, noe som er i tråd med tidligere forskning (29, 30, 39). Det samsvarer også med at noen av legene i denne studien tilsynelatende stiller spørsmålet for å avslutte konsultasjonen. Spørsmålet kan brukes for å signalisere at legen er ferdig med «sin» del av konsultasjonen, og sende et høflig signal til pasienten om at konsultasjonen er slutt. Dette tydeliggjøres i enkelte av videoene der legene i tillegg til å stille spørsmålet gjør en eller flere av følgende: oppsummerer konsultasjonen, dikterer, lukker pasientpermen eller gir den til pasienten, informerer om betaling og ny time. Hvor fornuftig er det egentlig å stille spørsmålet helt i slutten? Om pasienten da kommer opp med en helt ny problemstilling eller viktig tilleggsinformasjon, er sjansene store for at tiden avsatt til konsultasjonen allerede er brukt opp og legen vil havne i tidsnød om han skal følge opp den nye informasjonen. Om pasienten har misforstått viktige element i konsultasjonen, eksempelvis rundt medisiner, vil det kanskje heller ikke være nok tid til å rette opp i misforståelsene.

Legene stiller også spørsmålet for å etablere felles forståelse. Dette skjer typisk når legene ønsker å få frem andre aspekt av problemstillingen eller å gå over til en annen fase av konsultasjonen. En gjenganger ved sistnevnte er overgangen fra anamnese til den kliniske undersøkelsen. Dette framstår som et mer fornuftig tidspunkt å stille spørsmålet «Er det noe mer du lurer på?» enn utelukkende på slutten av konsultasjonen. Legen vil fremdeles ha tid til å ta tak i eventuell ny informasjon eller en ny problemstilling, og pasienten får stilt spørsmål om sin tilstand, behandling eller helt andre ting underveis. Det er også tid til å rette opp eventuelle misforståelser. Pasienten får også mulighet til å tenke litt på om han eller hun har noen spørsmål før konsultasjonen er over. Dette gir også legen tenketid i forhold til relevante spørsmål og undersøkelser.

Alle videoene er fra sykehus. Noen av pasientene er innlagt på sykehuset eller har alvorlig sykdom. Enkelte studier viser at pasienter misforstår mellom 5 og 60% av informasjonen som gis (40). Legens bruk av faguttrykk kan virke hemmende for informasjonsutvekslingen(41), noe som kan være årsak til misforståelser i dette materialet. I andre videoer tenker legen høyt angående behandling eller videre plan, noe som kan virke forstyrrende og forvirrende. Mange pasienter stiller spørsmål om tema som allerede har vært oppe under konsultasjonen, og mange har behov for å dobbeltsjekke informasjon. Dette samsvarer med funn i tidligere studier (40), og kan tyde på at legene ikke kommuniserer videre tiltak og plan tydelig nok.

Pasientene i denne studien spør om legemidler, livsstil, andre symptom og kontaktrelaterte spørsmål, eksempelvis varighet av innleggelse eller videre plan. Wynn hevder at siden pasienter sjelden stiller spørsmål selv om deres hovedbekymringer, kan man anta at spørsmålene pasientene faktisk stiller er viktige for pasienten(29, 41). For de pasientene som luffer bekymringer framstår disse ofte som hint de ønsker legen skal plukke opp. En pasient hinner frampå om at han tidligere har forsøkt reseptbelagt nesenspray i stedet for

avhengighetsskapende reseptfri nesenspray, mens en pårørende henter til at pasienten er isolert og alene i hjemmet og trenger og komme seg ut. Det er viktig for leger å være klar over at pasienter eller pårørende kan bruke spørsmålet «Er det noe mer du lurer på?» for å sende slike hint, slik at det blir lettere for legen å plukke opp disse hintene.

Hvordan følger så legen opp spørsmålet «Er det noe mer du lurer på?». Mange leger valgte å utsette og svare på spørsmålet. Litteraturen viser at dette er et velkjent problem, og at mellom 13 og 25% av spørsmål blir stående ubesvart (42-44). Dette kan gå ut over pasienttilfredshet og pasientens forståelse, og dermed også pasientcompliance og -samarbeid(29). Mitt materiale har flere eksempler på at legen bevisst eller ubevisst forsøker å utsette og svare på spørsmål fra pasienten. Kanskje skyldes dette at legen ikke har kunnskapen som kreves for å besvare spørsmålet der og da? Det er imidlertid svært få av legene som svarer at de ikke vet eller har nok kunnskap for å svare på pasientens spørsmål.

Et annet interessant funn i min studie er at leger ofte unngår å svare på spørsmålet fra pasienten ved å bytte tema og stille nye spørsmål til pasienten. Dette funnet støttes av tidligere forskning på området, som viser at leger svarer ofte på pasientsspørsmål med nye spørsmål. På den måten tar legen tilbake kontrollen over interaksjonen(29). Ofte er de nye spørsmålene fra legen relatert til tema fra samtalen før pasienten stilte spørsmål (43, 45-49). Kanskje skyldes dette fenomenet at legen egentlig ikke forventet at pasienten skulle svare ja på spørsmålet «Er det noe mer du lurer på?», og dermed ikke er mentalt forberedt på å ta tak i spørsmålet? Det kan også tenkes at legen, som nevnt tidligere, ikke har tid eller kunnskap til å svare på spørsmålet på stående fot.

7.3 Resultater fra kvantitative analyser

Videoanalysene til statistisk analyse har i noen grad blitt utført av to personer. Begge koderne i denne studien har samme medisinske bakgrunn. Dette kan ha ført til en persepsjonell og kulturell bias under datainnsamlingen og analysene. For å minske denne type bias burde videomaterialet blitt analysert av en annen forsker uten medisinsk bakgrunn. Dette er ikke blitt gjort grunnet denne oppgavens begrensede størrelse, omfang og kontekst.

Det kan være vanskelig å kode kommunikasjon med flere nonverbale og verbale komponenter i nært samspill som rene positive eller negative signal. Dette fenomenet kalles ofte oversettelsesproblemet (50). Watzalwick et al. hevder at man ikke kan oversette fra mangetydig analog til entydig digital kommunikasjon uten at store mengder informasjon vil gå tapt (51). Eksempler på utfordringer med koding var når legen først ser på PC, og så snur seg halvveis i spørsmålet og ser pasienten inn i øynene. Forskjellige kodere vil vurdere og kode om legen har øyekontakt med pasienten i en slik situasjon ulikt. En annen svakhet med studien er at noen av variablene er blitt kodet i forhold til de tydeligste ytterpunktene for positive og negative signal. Et eksempel på dette er variabelen «armer i kryss». Andre kroppsholdninger, eksempelvis at legen sitter delvis vendt bort fra pasienten, kan også oppfattes av pasienten som lukkende eller negative signal, men er ikke blitt kodet under analysene.

Siden de fleste legene sender ut få eller ingen negative signal til pasientene, er det totalt få tilfeller der legen rister på hodet, har armene i kryss eller formulerer spørsmålet nektende. At disse gruppene er små påvirker resultatet av den statistiske analysen. I et større materiale kunne forskjellene kanskje blitt statistisk signifikante resultat på 5%-nivå.

7.4 Styrker og svakheter

Videomaterialet til denne studien er i utgangspunktet på 140 videoer, og av disse ble 92 videoer inkludert. Det store antallet videoer til kvantitative analyser må ses på som en styrke. Videoene kan, i motsetning til direkte observasjon av konsultasjoner, ses flere ganger ved behov, noe som gir bedre forutsetninger for å forstå hva som blir sagt og gjort. Trolig vil også kommunikasjonen mellom lege og pasient påvirkes i mindre grad ved videofilming enn om det er en observatør fysisk til stede. Disse faktorene er med på å styrke studien. Det kan likevel ikke utelukkes at kommunikasjonen mellom lege og pasient ble påvirket siden begge parter var informert om at de ble videofilmet. Effekten vil likevel trolig avta utover i videoen når deltakerne glemmer at opptaket pågår (34).

Primærstudien rekrutterte leger ved hjelp av mail og telefon, og det var frivillig å delta i studien. Dette kan ha ført til en populasjonsbias der de legene som deltok i studien var de legene som på forhånd hadde størst interesse for kommunikative ferdigheter, eller hadde andre eller bedre kommunikative ferdigheter enn legene som ikke deltok. Leger over 60 år ble ikke rekruttert, noe som også utgjør en populasjonsbias. Kanskje har yngre og eldre leger ulike kommunikative ferdigheter? At legene og pasientene ikke ble tilfeldig valgt til primærstudien gjennom randomisering er også en svakhet.

Alle legene som deltok i studien gikk på kommunikasjonskurs. Rundt halvparten av videoene ble spilt inn før kurset, mens den andre halvparten ble spilt inn i ettertid. Denne studien har vært blindet for hvilke videoer som ble spilt inn før eller etter kurset, og det har derfor ikke påvirket videoanalysene gjennom mulige fordommer. Likevel er det en populasjonsbias at spørsmålet «Er det noe mer du lurer på?» stilles i 140 av totalt 380 videoer. Kanskje er det de legene med størst kommunikativ kompetanse eller de legene som allerede hadde deltatt på kommunikasjonskurs som oftest stilte spørsmålet «Er det noe mer du lurer på?».

Pasientene ble rekruttert frivillig fra venterommet, og ble informert om videofilmingen. Pasientene som samtykket hadde kanskje andre typer problemstillinger enn de som ikke ønsket å delta. Dette utgjør en populasjonsbias. Kanskje hadde andre problemstillinger eller situasjoner krevd andre eller bedre kommunikative ferdigheter.

Totalt ble 48 videoer ekskludert i denne studien. 23 videoer ble ekskludert grunnet språkproblemer eller bruk av tolk. Kanskje ville den nonverbale og verbale kommunikasjonen utgjort en større forskjell ved språkproblemer eller bruk av tolk. Det er også mulig at disse pasientene har et større behov for å stille spørsmål underveis.

Transkripsjon av et videomateriale er ikke uproblematisk. Malterud skriver i boken «Kvalitative metoder i medisinsk forskning» at transkripsjon er en indirekte representasjon av en indirekte representasjon og at dette fører til at mening går tapt underveis (32). Når en muntlig samtale skal omsettes til skriftlig tekst, vil det alltid skje en fordreining. Transkripsjonene kan ikke fange hele situasjonen, og det er en risiko for at transkripsjonene viser en fordreid virkelighet, selv ved detaljert transkripsjon ord for ord (52). Når transkripsjoner utgjør datamaterialet for studien, vil det dermed være risiko for at transkripsjonene ikke representerer virkeligheten, og videre at materialet og analysene oppfattes og tolkes feil eller unyansert.

En måte å sjekke at transkripsjonene og egen oppfatning av situasjonen som er filmet er korrekt er å utføre kvalitative intervju i etterkant. Slik kan man også få fram mer informasjon, nyanser og en større detaljrikdom. Det er i denne studien ikke blitt utført kvalitative intervju med fokus på hva pasientene følte eller tenkte i ettertid av konsultasjonen, og om pasienten selv følte de hadde fått stilt de spørsmålene de ønsket. Det er ikke blitt gjort grunnet datamaterialets alder. Det er ikke gitt at jeg, legen og pasienten

har samme oppfatning av situasjonen. Dette kan føre til at jeg som forsker ser eller tolker en annen virkelighet i konsultasjonen enn det pasientens og legens oppfatter som sin virkelighet. Det gjør også at jeg går glipp av detaljer, ny, viktig eller presiserende informasjon. I senere studier kan videoanalyse sammen med kvalitative intervju med både legene og pasientene gi verdifull informasjon.

7.5 Tolkning

Hvordan påvirker så legens nonverbale og verbale kommunikasjon hva pasienten svarer på spørsmålet «Er det noe mer du lurer på?», og hvordan følger legen opp svaret? Legene ser ut til å stille spørsmålet «Er det noe mer du lurer på?» for å avslutte konsultasjonen eller for å etablere felles forståelse. Pasientene spør om legemidler, livsstil, andre symptom eller kontaktrelaterte spørsmål. Det kan se ut som om pasientene svarer slik de gjør for å dobbeltsjekke informasjon, sende signal om en underliggende bekymring eller få oppklart en uklarhet som har oppstått i løpet av konsultasjonen. Legene følger opp svaret på spørsmålet «Er det noe mer du lurer på?» med et adekvat svar, et bevisst eller ubevisst forsøk på å utsette svaret eller å bytte tema.

De aller fleste legene sender hovedsakelig ut positive kommunikative signal. Legenes videoanalyserte kommunikasjon ser ikke ut til å påvirke svaret på spørsmålet «Er det noe mer du lurer på?». Dette kan tyde på at pasientene tar vare på muligheten til å stille spørsmål.

For meg synes det fornuftig å gi pasienten en sjanse til å stille spørsmål flere ganger i løpet av konsultasjonen, der minst en gang kommer tidlig. Hvis pasientene gis mulighet til å stille spørsmål tidlig kan det bli enklere å etablere en felles agenda for konsultasjonen, og hva som faktisk opptar og bekymrer pasienten vil komme fram. Det er ikke gitt at lege og pasient har

samme syn på hva som er viktig, eller at legen intuitivt skjønner hva som er viktig for pasienten. Å stille spørsmålet «Er det noe mer du lurer på?» kan rydde opp i eventuelle misforståelser, utforske pasientperspektivet, og kjøpe legen litt tenketid på slutten av konsultasjonen. Kanskje kommer legen på ytterligere spørsmål til pasienten, eller pasienten kommer med nyttig tilleggsinformasjon. Trolig vil også en etablert agenda og spørsmål underveis være med på å hindre tidsnød mot slutten av konsultasjonen.

7.6 Validitet og refleksivitet

Validitet defineres som «gyldighet, eller i hvilken grad man ut fra resultatene av et forsøk eller en studie kan trekke gyldige slutninger om det man har satt seg som formål å undersøke». Validitet deles inn i intern og ekstern validitet, der intern, også kalt indre, validitet brukes om muligheten en studie gir til at funnene kan forklares gjennom den antatte hypotesen (53). Malterud hevder at dersom utfordringene rundt forskerens egen rolle, forutsetninger og konsekvenser knyttet til utvalg, systematisk håndtering av den organisering og fortolkning av materialet som foregår i analyseprosessen ikke møtes med metodologisk kompetanse, kan validiteten bli skadelidende (52).

Før arbeidet med denne studien startet hadde jeg en hypotese om at de legene som sendte flere negative signal til pasientene sine ville få flere nei på spørsmålet «Er det noe mer du lurer på?». Denne hypotesen måtte forkastes. Jeg oppdaget også at det studiedesignet jeg hadde valgt, med en kvantitativ tilnærming, ikke var egnet for å besvare forskningsspørsmålene og oppgavens formål. Dermed ble jeg nødt til å endre strategi, og gå over til en kvalitativ tilnærming i form av STC modifisert av Malterud. Dette førte imidlertid til at jeg ikke gikk inn i de kvalitative analysene med blanke ark – jeg hadde allerede kjennskap til videomaterialet, og trinn 1 i Malteruds STC ikke er blitt gjennomført med like åpent sinn som det burde. Dette er med på å svekke studiens interne validitet. Det er også med på å svekke studiens interne validitet at det kvalitative analysearbeidet er gjort av en

person. Flere forskere, fortrinnsvis med ulik bakgrunn, ville gitt større potensiale og rom for diskusjon og andre syn underveis i analyseprosessen.

STC ble, som nevnt, etterhvert valgt som analysemetoden fordi den ble sett på som en god metode for å besvare forskningsspørsmålene. Etter utførte analyser mener jeg fremdeles metoden er god. Likevel burde det også blitt gjennomført kvalitative intervju med leger og pasienter. Jeg kunne med fordel ha begrenset antall videoer til de kvalitative analysene for å få mer tid til tolkning og bearbeiding av resultatene fra de ulike STCene. Med et så stort materiale som jeg har valgt, er det risiko for at materialet ikke blir grundig nok bearbeidet, og dette svekker studien. Videoanalysene til de kvantitative analysene burde blitt sterkt begrenset eller kuttet ut, da disse analysene viste seg å være lite relevant for denne studien.

Ekstern eller ytre validitet betegner det at resultatene fra en studie av et begrenset omfang kan generaliseres, og dermed regnes for å gjelde en større mengde data enn studien undersøkte (53). Alle videoene stammer fra poliklinikk, akuttmottak eller visitt ved et stort sykehus. Det er derfor ikke gitt at resultatene er overførbare til mindre sykehus, akuttmottak eller allmennpraksis.

Utvalget mitt til de kvalitative analysene består av ti pasienter og ti leger. Det er stor spredning i alder blant pasientene, noe som må sies å være en styrke. Pasientene er i alderen 27 til 75 år, mens legene er mellom 32 og 54 år gamle. Seks av ti pasienter er menn, mens ni av ti leger er menn. Den store overvekten av menn på legesiden er med på å svekke studiens eksterne validitet.

Som medisinstudent bærer jeg alltid med meg erfaringer og kunnskap fra den medisinske verden. For å i størst mulig grad bevare og styrke den indre validiteten har jeg forsøkt å ha et bevisst forhold til egne tanker, forforståelse og holdninger underveis i analyseprosessen, og skrevet ned disse fortløpende. Likevel vil det være naivt å tro at jeg har klart å eliminere disse faktorene fullstendig. Jeg vil lese andre ting ut av et materiale enn en annen forsker uten medisinskfaglig bakgrunn, og det vil påvirke mine resultater, funn og tolkninger. På bakgrunn av de ovennevnte faktorer er det ikke gitt at resultatene fra denne studien er reproduserbare eller at validiteten og refleksiviteten er godt nok bevart og ivaretatt.

7.7 Relevans

Leder så mine resultater til ny kunnskap? Hva kan mine funn brukes til? Det er stadig økende fokus på kommunikasjon, og alle norske universitet underviser nå medisinstudenter i kommunikasjon (54). Få studier har imidlertid fokusert spesifikt på kommunikasjon og spørsmålet «Er det noe mer du lurer på?» med tanke på selve svare på spørsmålet, hvorfor pasientene svarer slik de gjør og hvordan legene videre følger dette opp. Forhåpentligvis kan mine funn bringe ny kunnskap om hvordan pasientene kan få reelle muligheter til å stille spørsmål til legen, og hva legen bør være oppmerksom på under kommunikasjon med pasienter.

8 Konklusjon

Legens verbale kommunikasjon under konsultasjonen ser ut til å påvirke svaret på spørsmålet «Er det noe mer du lurer på?». Legene stiller spørsmålet «Er det noe mer du lurer på?» for å avslutte konsultasjonen eller for å etablere felles forståelse. Pasientene spør om legemidler, livsstil, andre symptom eller kontaktrelaterte spørsmål. Pasientene svarer slik de gjør for å dobbeltsjekke informasjon, sende signal om en underliggende bekymring eller få oppklart en uklarhet som har oppstått i løpet av konsultasjonen. Legene følger opp svaret på spørsmålet «Er det noe mer du lurer på?» med et adekvat svar, forsøk på å utsette svaret eller å bytte tema.

For å besvare forskningsspørsmålet *hvordan påvirker legens kommunikative signal hva pasienten svarer på spørsmålet?* har jeg benyttet meg av kvantitativ metode. De fleste leger sender hovedsakelig ut positive kommunikative signal. Det negative signalet som ble registrert flest ganger var mangel på øyekontakt. Binær logistisk regresjonsanalyse viste ingen signifikante sammenhenger analyserte kommunikative signal og pasientens svar på spørsmålet «Er det noe mer du lurer på?».

For å lettere og bedre etablere felles agenda for konsultasjonen, identifisere pasientens bekymringer og adressere misforståelser vil jeg anbefale at legen aktivt gir pasienten mulighet til å stille spørsmål. Minst en anledning til å stille spørsmål bør gis tidlig i konsultasjonen, siden legen da vil ha tid til å besvare spørsmålet på en adekvat måte og rydde opp i eventuelle misforståelser.

9 Referanseliste

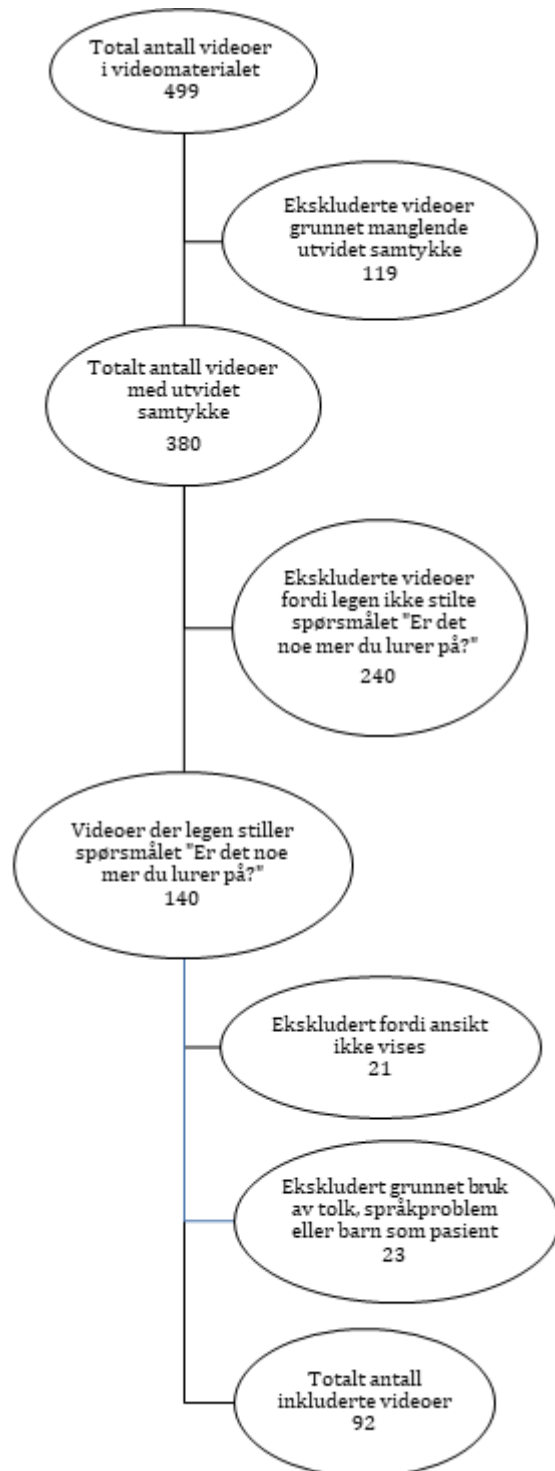
1. Jacobsen DI, Thorsvik J. Hvordan organisasjoner fungerer. 4. utg. ed. Bergen: Fagbokforl.; 2013.
2. Eide H, Eide T. Kommunikasjon i relasjoner : samhandling, konfliktløsning, etikk. 2. rev. og utv. utg. ed. Oslo: Gyldendal akademisk; 2007.
3. M. L. Knapp JAH. Nonverbal communication in human interaction. 5 ed: Harcourt Brace, Fort Worth; 2002.
4. Burgoon JK, Buller DB, Woodall WG. Nonverbal communication : the unspoken dialogue. 2nd ed. ed. New York: McGraw-Hill; 1996.
5. Ivey AE, Ivey MB. Intentional Interviewing and Counseling: Facilitating Client Development in a Multicultural Society: Brooks/Cole Pub.; 1999.
6. Eide T, Eide H. Kommunikasjon i praksis : relasjoner, samspill og etikk i sosialfaglig arbeid. Oslo: Gyldendal akademisk; 2004.
7. Bradley JC, Edinberg MA. Communication in the nursing context. 2nd ed. ed. Norwalk, Conn: Appleton & Lange; 1986.
8. Egan G. The skilled helper : a systematic approach to effective helping. 4th ed. ed. Pacific Grove, Calif: Brooks/Cole; 1990.
9. Burgoon J, Bacue A. Nonverbal communication skills 2003. 179-219 p.
10. Hill CE, O'Brien KM. Helping Skills: Facilitating Exploration, Insight, and Action: APA Books; 1999.
11. Silverman J, Kinnersley P. Doctors' non-verbal behaviour in consultations: look at the patient before you look at the computer. *British Journal of General Practice*. 2010;60(571):76-8.
12. DiMatteo MR, Taranta A, Friedman HS, Prince LM. Predicting patient satisfaction from physicians' nonverbal communication skills. *Medical care*. 1980;18(4):376-87.
13. Gorawara-Bhat R, Hafskjold L, Gulbrandsen P, Eide H. Exploring physicians' verbal and nonverbal responses to cues/concerns: Learning from incongruent communication. *Patient education and counseling*. 2017;100(11):1979-89.
14. Ong LM, de Haes JC, Hoos AM, Lammes FB. Doctor-patient communication: a review of the literature. *Soc Sci Med*. 1995;40(7):903-18.
15. Teutsch C. Patient-doctor communication. *Medical Clinics of North America*. 2003;87(5):1115-45.
16. Bensing J. Doctor-patient communication and the quality of care. *Social Science & Medicine*. 1991;32(11):1301-10.
17. Larsen KM, Smith CK. Assessment of nonverbal communication in the patient-physician interview. *The Journal of family practice*. 1981;12(3):481-8.
18. Beck RS, Daughtridge R, Sloane PD. Physician-patient communication in the primary care office: a systematic review. *The Journal of the American Board of Family Practice*. 2002;15(1):25-38.
19. Mast MS. On the importance of nonverbal communication in the physician-patient interaction. *Patient education and counseling*. 2007;67(3):315-8.
20. Clark NM, Cabana MD, Nan B, Gong ZM, Slish KK, Birk NA, et al. The clinician-patient partnership paradigm: outcomes associated with physician communication behavior. *Clinical pediatrics*. 2008;47(1):49-57.

21. Verheul W, Sanders A, Bensing J. The effects of physicians' affect-oriented communication style and raising expectations on analogue patients' anxiety, affect and expectancies. *Patient education and counseling*. 2010;80(3):300-6.
22. Little P, White P, Kelly J, Everitt H, Mercer S. Randomised controlled trial of a brief intervention targeting predominantly non-verbal communication in general practice consultations. *The British journal of general practice : the journal of the Royal College of General Practitioners*. 2015;65(635):e351-6.
23. Little P, White P, Kelly J, Everitt H, Gashi S, Bikker A, et al. Verbal and non-verbal behaviour and patient perception of communication in primary care: an observational study. *The British journal of general practice : the journal of the Royal College of General Practitioners*. 2015;65(635):e357-65.
24. Bergem AK. Forstå. God kommunikasjon for folk i førstelinjen. Fagbokforlaget Vigmostad og Bjørke AS. 2015:158.
25. Bradley CP. Review: interventions for health care providers improve provider-patient interactions and patient satisfaction. *ACP journal club*. 2002;137(1):34.
26. Reader TW, Gillespie A, Roberts J. Patient complaints in healthcare systems: a systematic review and coding taxonomy. *BMJ quality & safety*. 2014;23(8):678-89.
27. Butalid L, Verhaak PF, Tromp F, Bensing JM. Changes in the quality of doctor-patient communication between 1982 and 2001: an observational study on hypertension care as perceived by patients and general practitioners. *BMJ Open*. 2011;1(1):e000203.
28. Engvold HO, Johnsen K. *Klinisk kommunikasjon i praksis*. Oslo: Universitetsforl.; 2013. 252 s. ill. p.
29. Wynn R. *Provider-patient Interaction: A Corpus-based Study of Doctor-patient and Student-patient Interaction*: Høyskoleforlaget - Norwegian Academic Press; 1998.
30. Winefield HR, Murrell TG. Speech patterns and satisfaction in diagnostic and prescriptive stages of general practice consultations. *The British journal of medical psychology*. 1991;64 (Pt 2):103-15.
31. Ofstad EH, Frich JC, Schei E, Frankel RM, Šaltytė Benth J, Gulbrandsen P. Clinical decisions presented to patients in hospital encounters: a cross-sectional study using a novel taxonomy. *BMJ Open*. 2018;8(1).
32. Malterud K. *Kvalitative metoder i medisinsk forskning*. 2. utgave ed: Universitetsforlaget; 2003. 240 p.
33. Malterud K. Systematic text condensation: a strategy for qualitative analysis. *Scandinavian journal of public health*. 2012;40(8):795-805.
34. Malterud K. *Kvalitative metoder i medisinsk forskning*. [Oslo]: Tano Aschehoug; 1996.
35. Fusaro M, Vallotton CD, Harris PL. Beside the point: Mothers' head nodding and shaking gestures during parent-child play. *Infant behavior & development*. 2014;37(2):235-47.
36. Driskell JE, Radtke PH. The effect of gesture on speech production and comprehension. *Human factors*. 2003;45(3):445-54.
37. Boreham P, Gibson D. The informative process in private medical consultations: a preliminary investigation. *Soc Sci Med*. 1978;12(5a):409-16.

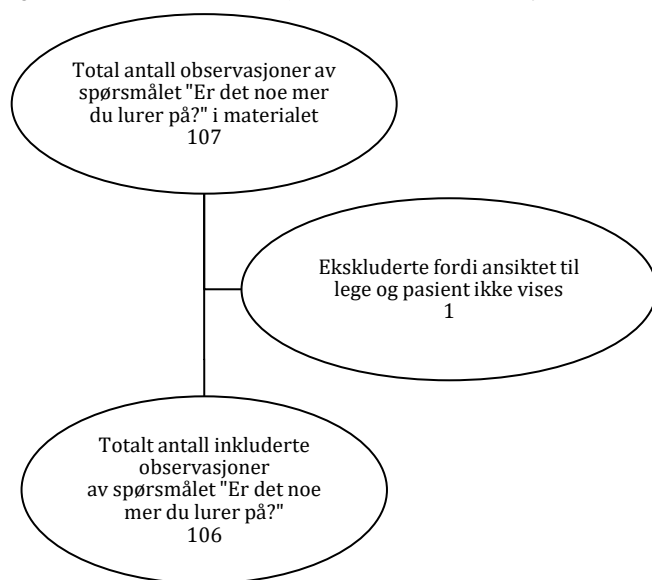
38. Mayou R, Foster A, Williamson B. Hospital-treated myocardial infarction and the general practitioner. *The Journal of the Royal College of General Practitioners*. 1976;26(170):654-9.
39. Fisher S. Doctor-patient communication: a social and micro-political performance. *Sociology of health & illness*. 1984;6(1):1-29.
40. Ley P. *Communicating with patients : improving communication, satisfaction, and compliance*. London: Croom Helm; 1988.
41. Korsch BM, Gozzi EK, Francis V. Gaps in doctor-patient communication. 1. Doctor-patient interaction and patient satisfaction. *Pediatrics*. 1968;42(5):855-71.
42. Coulthard M, Ashby M. Talking with the doctor, 1. *The Journal of communication*. 1975;25(3):140-7.
43. West C. *Routine complications : troubles with talk between doctors and patients / Candace West*. Bloomington: Indiana University Press; 1984.
44. von Friedrichs-Fitzwater MM, Callahan EJ, Flynn N, Williams J. Relational Control in Physician-Patient Encounters. *Health Communication*. 1991;3(1):17-36.
45. Frankel BR, Piercy FP. THE RELATIONSHIP AMONG SELECTED SUPERVISOR, THERAPY, AND CLIENT BEHAVIORS*. *Journal of Marital and Family Therapy*. 1990;16(4):407-21.
46. Korsch BM, Negrete VF. Doctor-patient communication. *Scientific American*. 1972;227(2):66-74.
47. Frankel RM. From sentence to sequence: Understanding the medical encounter through microinteractional analysis. *Discourse Processes*. 1984;7(2):135-70.
48. Mishler EG. *The discourse of medicine : dialectics of medical interviews*. Norwood, N.J: Ablex Publishing; 1984.
49. Coulthard M, Brazil D, Coulthard M. *Exchange Structure*.
50. Jensen P, Aspelien H. *Ansikt til ansikt: kommunikasjons- og familieperspektivet i helse- og sosialarbeid*. Oslo: Gyldendal akademisk; 2009. 220 s. fig. p.
51. Watzlawick P, Bavelas JB, Beavin JH, De Avila Jackson D. *Pragmatics of Human Communication: A Study of Interactional Patterns, Pathologies, and Paradoxes*: Norton; 1967.
52. Malterud K. [Qualitative methods in medical research--preconditions, potentials and limitations]. *Tidsskrift for den Norske lægeforening : tidsskrift for praktisk medicin, ny række*. 2002;122(25):2468-72.
53. Dahlum S. Validitet Store norske leksikon: Store norske leksikon; 2018 [updated 20.02.2018. Available from: <https://snl.no/validitet>.
54. Gude T, Anvik T, Baerheim A, Fasmer OB, Grimstad H, Hjortdahl P, et al. [Teaching clinical communication to medical students in Norway]. *Tidsskrift for den Norske lægeforening : tidsskrift for praktisk medicin, ny række*. 2003;123(16):2277-80.

10 Figurer og tabeller

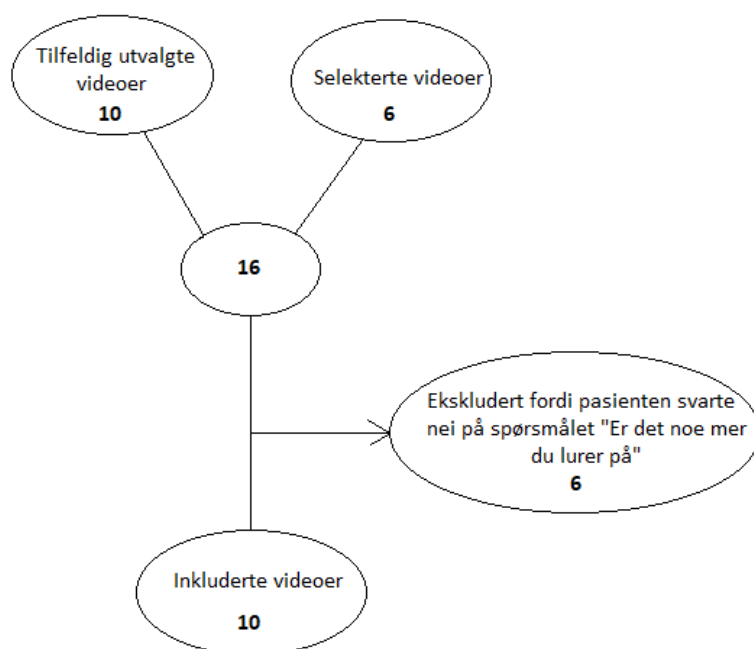
Figur 1 Flytdiagram over inklusjon og eksklusjon av videoer



Figur 2 Inkluderte observasjoner til kvantitativ analyse



Figur 3 Seleksjonsprosess for videoer til kvalitativ analyse



Tabell 1 Kodetabell for variabler til videoanalyser

	0	1
Øyekontakt	Nei	Ja
Risting på hodet	Ja	Nei
Armer i kryss	Ja	Nei
Nektende formulering	Ja	Nei
Er det noe mer du lurer på?	Nei	Ja
Videolengde	Under 15 min	Over 15 min
Når i videoen	Siste 1/3 av videoen	Første 2/3 av videoen
Spørsmålet stilles to ganger	Nei	Ja
Kjønn lege	Kvinne	Mann
Kjønn pasient	Kvinne	Mann

Tabell 2 Kjønnfordeling i videomaterialet til kvalitativ analyse

	KVINNE	MANN	ANTALL VIDEOER
LEGE	1 (10,0%)	9 (90,0%)	10 (100%)
PASIENT	6 (60,0%)	4 (40,0%)	10 (100%)

Tabell 3 Kjønnfordeling i videomaterialet til kvantitativ analyse

	KVINNE	MANN	ANTALL VIDEOER
LEGE	31 (33,7%)	61 (66,3%)	92 (100%)
PASIENT	50 (54,3%)	42 (45,7%)	92 (100%)

Tabell 4 Fordeling av positive og negative signal for de ulike uavhengige variablene.

	JA	NEI	TOTALT ANTALL OBSERVASJONER (N)
MANGLENDE ØYEKONTAKT	33 (31,1%)	73 (68,9%)	106 (100%)
HORISONTAL HODEBEVEGELSE	6 (5,7%)	100 (94,3%)	106 (100%)
ARMER I KRYSS	8 (7,5%)	98 (92,5%)	106 (100%)
NEKTENDE FORMULERING	7 (6,6%)	99 (93,4%)	106 (100%)
ER DET NOE MER DU LURER PÅ?	37 (34,9%)	69 (65,1%)	106 (100%)

Tabell 5 Oversikt over hvor legene ser når de ikke har øyekontakt med pasienten

HVOR LEGENE SER	ANTALL (%)
I PAPIRER	22 (66,7%)
PÅ PC	8 (24,2%)
ANDRE STEDER	3 (9,1%)
TOTALT	33 (100%)

Tabell 6 Oversikt over sammenhengen mellom antall negative kommunikative signal og pasientens svar på spørsmålet «Er det noe mer du lurer på?».

ANTALL NEGATIVE KOMMUNIKATIVE SIGNAL	ANTALL JA PÅ SPØRSMÅLET (%)	ANTALL NEI PÅ SPØRSMÅLET (%)	TOTALT ANTALL OBSERVASJONER
0 AV 4	21 (56,8%)	37 (53,6%)	58 (54,7%)
1 AV 4	14 (37,8%)	30 (43,5%)	44 (41,5%)
2 AV 4	1 (2,7%)	2 (2,9%)	3 (2,8%)
3 AV 4	1 (2,7%)	0 (0%)	1 (0,9%)
4 AV 4	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)
SUM	37 (100%)	69 (100%)	106 (100%)

Tabell 7 Oversiktstabell for forskningsspørsmålet *Hvorfor stiller legen spørsmålet "Er det noe mer du lurer på?"*

Hvorfor stiller legen spørsmålet «Er det noe mer du lurer på?»	
For å avslutte konsultasjonen	For å etablere felles forståelse
Anser seg ferdig	Få fram andre aspekt
Oppsummerer funn	Gå over i ny konsultasjonsfase

Tabell 8 Oversiktstabell for forskningsspørsmålet *Hva spør pasientene om når legen stiller spørsmålet "Er det noe mer du lurer på?"*

Hva spør pasientene om når legen stiller spørsmålet «Er det noe mer du lurer på?»			
Legemidler	Livsstil	Andre symptom	Kontaktrelatert

Tabell 9 Oversiktstabell for forskningsspørsmålet *Hvorfor svarer pasientene som de gjør når legen stiller spørsmålet "Er det noe mer du lurer på?"*

Hvorfor svarer pasienten som de gjør når legen stiller spørsmålet «Er det noe mer du lurer på?»		
Dobbeltsjekke informasjon	Underliggende bekymring	Uklarhet i løpet av konsultasjonen

Tabell 10 Oversiktstabell for forskningsspørsmålet Hvordan følger legen opp svaret på spørsmålet "Er det noe mer du lurer på?"

Hvordan følger legen opp svaret på spørsmålet «Er det noe mer du lurer på?»		
Svarer adekvat	Utsetter svaret	Bytter tema

Tabell 11 Regresjonstabell. Multivariat binær logistisk regresjonsanalyse for sammenhengen mellom de uavhengige variablene øyekontakt, hodebevegelse, armer i kryss og nektende formulering og når pasienten svarer ja spørsmålet "Er det noe mer du lurer på?».

	ODDS RATIO (95% KI)	P- VERDI	KJI-KVADRAT (P- VERDI)
HAR ØYEKONTAKT	1,051 (0,436-2,536)	0,912	0,006 (0,940)
RISTER IKKE PÅ HODET	2,638 (0,293-23,721)	0,387	0,931 (0,335)
HAR IKKE ARMER I KRYSS	0,543 (0,127-2,329)	0,387	0,868 (0,352)
IKKE NEKTENDE FORMULERING	0,764 (0,160-3,660)	0,764	0,209 (0,648)

Tabell 12 Regresjonstabell. Univariat binær logistisk regresjonsanalyse for sammenhengen mellom de uavhengige variablene kjønn hos lege, kjønn hos pasient, videolengde og når i videoen spørsmålet stilles og når pasienten svarer ja på spørsmålet "Er det noe mer du lurer på?".

	ODDS RATIO (95% KI)	P- VERDI	KJI-KVADRAT (P- VERDI)
MANNLIG LEGE	1,042 (0,445- 2,440)	0,925	0,009 (0,925)
MANNLIG PASIENT	1,042 (0,467- 2,323)	0,920	0,010 (0,920)
VIDEOLENGDE OVER 15 MIN	1,191 (0,525- 2,700)	0,675	0,176 (0,675)
SPØRSMÅLET STILLES I FØRSTE 2/3 AV VIDEOEN	2,451 (0,856- 7,019)	0,095	2,779 (0,096)

11 Sammendrag av kunnskapsevalueringer

Referanse: Little P, White P, Kelly J, Everitt H, Mercer S. Randomised controlled trial of a brief intervention targeting predominantly non-verbal communication in general practice consultations. The British journal of general practice : the journal of the Royal College of General Practitioners. 2015;65(635):e351-6.			Studiedesign: RCT	
			Dokumentasjonsnivå	Ib
			GRADE	Høy-middels
Formål	Materiale og metode	Resultater	Diskusjon/kommentarer	
Vurdere effekten av kortvarig trening av hovedsakelige nonverbale ferdigheter hos allmennpraktikere gjennom en kortvarig intervensjon.	16 rekrutterte fastleger ble randomisert til 2 grupper, der den ene gruppen gjennomførte en kortvarig intervensjon. Den andre gruppen fikk ingen trening. I intervensjonsgruppen fikk legene presentert en forelesning på 5-10 minutter om kommunikasjon, samt utdelt informasjonshefter. De skulle også filme egne konsultasjoner og ble oppfordret til å se dem i ettertid, men det var opp til legene selv hvordan de ønsket å bruke opptakene. Legene skulle også plukke ut 3 ting de ønsket å endre i egen atferd. Etter 1-3 uker ble intervensjonsgruppen filmet på nytt. Resultatene ble målt ved at pasientene i etter konsultasjonen fylte ut MISS-skjema og spørreskjema som omhandlet angst og konfunderende faktorer. Pasientene var over 16 år og samtykkekompetente. Alvorlig syke og pasienter som hadde problemer med lesing og skriving ble ekskludert.	De rekrutterte legene var erfarne, og hadde minst 10 års erfaring som fastleger. De to randomiserte gruppene var like fra starten, og resultatet var uendret ved kontroll for ulikheter. Pasientene i intervensjonsgruppen (124 stykker) rapporterte høyere pasienttilfredshet, mindre engstelse, økt følelse av at fastlegen spilte på lag, økt helsefremmende effekt og høyere MISS-score enn pasientene i kontrollgruppen (100 stk).	Intervensjonen var enkel, lett gjennomførbar, krevde ingen reisetid og lite arbeid. Gruppene var like fra starten. Selv om intervensjonen var enkel, var den likevel kompleks i form av mange ulike tiltak. Det er usikkert hvilke tiltak som hadde effekt, og i hvilken grad. Ved hjelp av en internett-basert intervensjon kunne man trolig rekruttert flere leger. Noen leger ønsket mer individuell oppfølging, og noen syntes endringsprosessen var krevende. For legene forelå det trolig en seleksjonsbias i form av at de legene som på forhånd var mest interessert i kommunikasjon ble rekruttert til studien. Det forelå ingen eksklusjonskriterier for legene. Det er også usikkert om resultatene kan overføres til en annen legepopulasjon da alle legene var erfarne. Dette gjenspeiles også i at NISS-scoren i utgangspunktet var høy. Dette kan også ha maskert effektene av intervensjonen. Få leger deltok i studien.	
Konklusjon				
Kortvarig trening av hovedsakelige nonverbale ferdigheter og videofilming av allmennpraktikere økte pasientenes oppfattelse av tilfredshet, følelsen av at fastlegen spilte på lag med dem, ga mindre engstelse og virket helsefremmende.				
Land				
England				
År innsamlet data				
2001-2014				

Referanse: Little P, White P, Kelly J, Everitt H, Gashi S, Bikker A, et al. Verbal and non-verbal behaviour and patient perception of communication in primary care: an observational study. The British journal of general practice : the journal of the Royal College of General Practitioners. 2015;65(635):e357-65.			Studiedesign: Observasjonsstudie
			Dokumentasjonsnivå
			GRADE
			Ila
			Middels
Formål	Materiale og metode	Resultater	Diskusjon/kommentarer
Finne sammenhengen mellom uavhengige observatørers scoring av legeatferd og pasientens oppfatning av konsultasjonen.	Fastlegekonsultasjoner ble filmet og verbal og nonverbal kommunikasjonsatferd ble scoret av uavhengige kodere. Disse var blindet for avhengig variabel. Første og siste minutt av videoene ble kodet, med unntak av noen videoer der hele ble kodet.	275 videoer ble inkludert, av disse hadde 251 også MISS-score registrert. MISS-score viste høy tilfredshet, kommunikasjonsscore, score for partnerskap, personlig relasjon og interesse for pasientens liv. Pasienttilfredshet økt med fremoverlent posisjon, antall håndbevegelser og back-channeling. Sosial småprat var assosiert med økt tilfredshet. Studien viste negativ effekt ved reservert holdning i slutten av konsultasjonen, dominant og patroniserende holdning, bruk av nonverbale avbrytelser og en optimistisk holdning i starten av konsultasjonen.	Studien har flere styrker. En er at det er et stort datamateriale med mange videoer. Forskerne benyttet flere uavhengige kodere som var blindet for avhengige variabler. Variablene ble kontrollert for konfunderende faktorer. Studiens svakheter er at det ikke kan utelukkes at det fremdeles foreligger konfunderende faktorer eller type I-feil. Med så mange variabler er det også risiko for over-fitting og revers kausalitet. Koderne vil gi sine subjektive oppfatninger om kommunikasjonen. Få leger deltok i studien, og det er risiko for seleksjonsbias for både pasient- og legeguppen. Få leger fikk lav score av pasientene, som øker risiko for feil i analysene av denne gruppen.
Konklusjon	Pasientene fylte ut MISS-skjema og andre skjema som målte hvor pasientsentrert konsultasjonen var. Data ble analysert ved hjelp av multippel lineær regresjon.	Studien viste positiv effekt ved fysisk kontakt, småprat, støttende holdning i starten, profesjonell reservert holdning i starten av konsultasjonen og når legen viste at han hadde kjennskap til pasienten og pasientens journal.	
Resultatene antyder at pasienter responderer på nonverbal og ikke-spesifikk verbal atferd i større grad enn verbal atferd. Endring av dynamikk underveis i konsultasjonen kan være nyttig.	Pasientene ble rekrutterte av legene selv. Pasientene kom for ny eller gammel problemstilling, men enkle konsultasjoner som reseptfornyng ble ekskludert. Voksne og barn med foresatte som samtykket ble inkludert. Svært syke eller engstelige, pasienter med demens eller svært alvorlig depresjon ble ekskludert. Legene ble rekruttert fra Southampton-området.		
Land			
England			
År innsamlet data			
2006-2010			

Referanse: Clark NM, Cabana MD, Nan B, Gong ZM, Shish KK, Birk NA, et al. The clinician-patient partnership paradigm: outcomes associated with physician communication behavior. Clinical pediatrics. 2008;47(1):49-57.			Studiedesign: kohortstudie	
			Dokumentasjonsnivå	Ila
			GRADE	Middels-høy
Formål	Materiale og metode	Resultater	Diskusjon/kommentarer	
Identifisere legers kommunikasjonsatferd som er assosiert med oppfatningen av kvaliteten på helsehjelpen og som predikerer positive pasientutfallsmål.	452 familier som hadde et barn i familien i alderen 2-12 år med diagnostisert og aktiv astma. Eksklusjonskriterier var andre sykdommer assosiert med lungekomplikasjoner. 48 barneleger ble tilfeldig valgt ut fra 101 rekrutterte leger fra 10 ulike delstater i USA. De rekrutterte legene måtte være direkte involvert i behandling av barn og ha et register over deres pasienter med astma. Legene var blindet for hvilke av deres pasienter som ble valgt ut til studien.	Hver pediater hadde i gjennomsnitt 171 pasienter med astma. Ulik kommunikasjonsatferd påvirket ulike pasientoppfatninger. Det var signifikant reduksjon i legebesøk ved legeatferdene interaktiv kommunikasjon, gått gjennom kortsiktige terapimål og at legen ga pasientene kriterier for beslutningsstøtte hjemme angående ulike behandlinger. Det var signifikant reduksjon i besøk til akuttmottak ved legeatferden tilpasset behandlingsregime. Legeatferden med den største påvirkningen av bruk av helsetjenester var gjennomgang av langtidsplan for behandling, som ga reduksjon i besøk til akuttmottak, akuttimer til legen og i antall innleggelser. Atferden reduserte også antall telefonsamtaler til legekontoret.	Studien er en del av en større RCT-studie som så på utdanningsprogrammet for leger i 10 byer i USA. Legene og pasientene ble valgt ut fra kontroll-gruppen i RCT-studien. Styrker: studien er omfattende, og har sett på mange ulike variabler. Det er mange leger og pasienter med i studien. Legene er blindet for hvilke av pasientene som ble valgt ut til studien. Svakheter: mange ulike variabler fører til økt risiko for over-fitting, konfunderende og revers kausalitet. Det er risiko for informasjonsbias siden telefonintervjuene ble utført etter konsultasjonen. Svakheterne i studien er ikke diskutert av forskerne selv.	
Konklusjon	Oppfatninger og bruk av helsetjenester ble målt ved baseline og etter 12 måneder ved hjelp av telefonintervju og innsyn i journal. 10 forskjellige bestemte kommunikative atferder ble målt, samt mål på bruk av helsetjenester og beskrivelser av legenes ytelse. Data ble analysert ved multivariat logistisk regresjon.			
Legenes kommunikative atferd predikerte bruk av helsetjenester og oppfatning av kvaliteten på helsehjelpen.				
Land				
USA				
År innsamlet data				
Ukjent				

Referanse: Butalid L, Verhaak PF, Tromp F, Bensing JM. Changes in the quality of doctor-patient communication between 1982 and 2001: an observational study on hypertension care as perceived by patients and general practitioners. <i>BMJ Open</i> . 2011;1(1):e000203.			Studiedesign: observasjonsstudie	
			Dokumentasjonsnivå	IIb
			GRADE	Middels
Formål	Materiale og metode	Resultater	Diskusjon/kommentarer	
Undersøke om skiftet mot mer oppgave-fokusert tilnærming i allmennpraksis følges av endringer i opplevd kvalitet av lege-pasientkommunikasjonen.	Videokonsultasjoner av 81 pasienter og 23 leger fra 1982-1984, og videokonsultasjoner av 108 pasienter og 108 leger fra 2000-2001 ble inkludert i studien. Disse ble tilfeldig plukket ut fra tidligere studier, men alle hadde problemstillingen hypertensjon. Uavhengige fastleger med minst 5 års klinisk erfaring kodet det første datamaterialet i 1987. Uavhengige pasienter med hypertensjon, fulgt opp minst 1 gang det siste året, kodet samtlige videokonsultasjoner fra begge periodene i 2010. Eksklusjonskriterier for pasientkoderne var pågående helserelatert søksmål eller pasientklage, eller manglende språkkunnskaper. Til sammen ble hver video kodet av 5 eller 6 ulike pasienter. Konsultasjonene ble scoret på en skala fra 1 til 10 for tre ulike kvalitetsdimensjoner: medisinsk-teknisk kvalitet, psykososial kvalitet og kvalitet på interpersonlig atferd. Variablene ble analysert med multivariat logistisk regresjon.	I studiepopulasjonen fra 80-tallet var alle legene menn. I 2000-2001 var 74% menn. Kvalitetsvurderingene korrelerte positivt mellom alle de tre ulike kvalitetsdimensjonene av helse, og for legene og pasientene. Interpersonlig atferd hadde høyest score, fulgt av medisinsk-tekniske dimensjonen og til slutt den psykososiale dimensjonen. Videokonsultasjonene fra 2000-tallet fikk høyere score i alle 3 dimensjonene sammenliknet med videokonsultasjonene fra 1982-1984. Legene scoret konsultasjonene litt lavere enn pasientene for alle 3 dimensjonene, men forskjellene var ikke statistisk signifikant. Pasientenes score hadde relativt høy varians.	Studiens mål var å undersøke om skiftet mot en mer oppgave-fokusert tilnærming i allmennpraksis endret opplevd kvalitet av lege-pasient-kommunikasjon. Resultatet indikerer at til tross for dette skiftet, og at pasient og lege dermed snakket mindre om bekymringer og hadde mindre grad av relasjonsbygging, ser det ikke ut til å påvirke legens grad av pasientfokus. Styrker: videofilming av ekte konsultasjoner ga mulighet til å analysere det som faktisk skjedde under konsultasjonen, og er en validert metode for å se på kommunikasjon mellom lege og pasient. Hver video ble scoret av 5 eller 6 forskjellige pasienter. Svakheter: videoene fra 80-tallet ble scoret av leger i 1986, mens de samme videoene ble scoret av pasienter i 2010. Kontekstuelle effekter kan påvirke scoringene. Flesteparten av videoene var kontrollkonsultasjoner for hypertensjon, dette kan påvirke fokuset på den psykososiale dimensjonen da disse konsultasjonene kan oppleves mindre stressende og belastende for pasientene enn andre konsultasjoner med andre problemstillinger.	
Konklusjon	Hypertensjons-konsultasjoner i allmennpraksis i Nederland fikk høyere score av allmennleger og pasienter på medisinsk-teknisk kvalitet, psykososial kvalitet og kvaliteten på interpersonlig atferd i 2000-2001 sammenliknet med på 1980-tallet.			
Land	Nederland			
År innsamlet data	1982-1984 og 2000-2001			

Referanse: Verheul W, Sanders A, Bensing J. The effects of physicians' affect-oriented communication style and raising expectations on analogue patients' anxiety, affect and expectancies. Patient education and counseling. 2010;80(3):300-6.		Studiedesign: Eksperimentell RCT	
		Dokumentasjonsnivå	IIb
		GRADE	Lav
Formål	Materiale og metode	Resultater	Diskusjon/kommentarer
Å undersøke den relative effekten av legers affektorienterte kommunikasjonsstil og hvilke forventninger rundt behandling som fremmes til pasienten.	30 friske kvinner, rekruttert ved hjelp av brosjyrer, spilte pasienter med menstruasjonssmerter ut fra et skriftlig manus. Inklusjonskriterier var alder 18-45 år, egenerfaring med menstruasjonssmerter og tilstrekkelig språkkunnskap. Eksklusjonskriterier var kjennskap til legen.	Kvinnene var i gjennomsnitt 25 år gammel med utdanningsnivå middels til høy. De rapporterte at det var lett å leve seg inn i rollen og at konsultasjonen følte ekte. En varm, empatisk kommunikasjon kombinert med positive forventninger ga signifikant mindre engstelse. Pasientens positive og negative følelser ble påvirket av legens affektorienterte kommunikasjonsstil. Negative følelser og forventninger til utfallsmål ble påvirket av legens forventning av behandlingseffekt.	Studien har et eksperimentelt design og bruker videofilmede konsultasjoner der forventninger og følelser ble manipulert i et 2x2 design. Styrker: eksperimentelt design som gir bedre kontroll på flere forhold og effekten av de ulike endringene i kommunikasjonen. Svakheter: fokuset er på en relativt ikke- alvorlig tilstand som bare rammer kvinner. Resultatet er dermed ikke nødvendigvis generaliserbart. Selv om rollespillet følte ekte for deltakerne, er det ikke sikkert man hadde fått samme resultat under en ekte konsultasjon.
Konklusjon	2x2 RCT der legene ble randomisert i 4 ulike grupper. De ulike gruppene skulle kommunisere på en varm og empatisk eller kald og formell måte og presentere positive eller usikre forventninger. De hadde på forhånd fått opplæring i hvordan de skulle spille rollen. Pasientene og forskerne var blindet for hvilken gruppe legen tilhørte. Etter rollespillet fylte pasienten ut spørreskjema og så en nøytral video. Etter 15 minutter så pasienten opptaket av konsultasjonen, før de deretter fylte ut spørreskjema igjen. Pasientens engstelse, affektive tilstand og utfallsmål ble målt. Data ble analysert ved hjelp av GLM og t-test.		
Manipulasjon av legers affektorienterte og forventningsrelaterte kommunikasjon kan ha stor påvirkning på pasientens følelser og forventning av sykdom. En kombinasjon av varm og empatisk kommunikasjonsstil og å fremme positive forventninger til behandling førte til bedring av utfallsmål.			
Land			
Nederland			
År innsamlet data			
Ukjent			

Vedlegg 1

Avtale med databehandler

Denne avtalen gjelder et materiale bestående av videoopptak av samtaler mellom leger og pasienter ved Akershus universitetssykehus fra perioden 2007-2008. Materialet er samlet inn i forbindelse med et forskningsprosjekt, "Bedre klinisk kommunikasjon i sykehus", finansiert av Helse Sør-Øst RHF og Akershus universitetssykehus HF. Det er avgitt informert samtykke fra leger og pasienter. Et flertall av legene og pasientene har gitt utvidet samtykke til bruk av materialet frem til og med 2020. Legene har samtykket til at bruken omfatter "forskning på kommunikasjon mellom leger og pasienter", og pasienter og pårørende har samtykket til at bruken omfatter "samtaler mellom leger og pasienter/pårørende". Denne avtalen gjelder den delen av materialet der dette utvidede samtykket foreligger.

Behandlingsansvarlig institusjon er Universitetet i Oslo, og daglig ansvar er tillagt professor Pål Gulbrandsen. I henhold til pasientenes og legenes informerte samtykke oppbevares materialet ved Universitetet i Oslo i henhold til personvernlovgivningen.

Linnea Berg Karlsen, masterstudent ved Universitetet i Tromsø, gis med denne avtalen tilgang til definerte deler av materialet i forbindelse med forskningsprosjektet: skjer når legen spør "Er det noe mer du lurer på?" i lege-pasientkonsultasjoner?». Avtalen innebærer at Linnea Berg Karlsen er databehandler på vegne av databehandlingsansvarlig.

Materialet som gjøres tilgjengelig skal oppbevares på isolert og kryptert harddisk og må aldri kopieres til noe annet sted eller annen innretning. Harddisken skal aldri knyttes til nettverk. Den skal befinne seg i lokaler databehandler disponerer, som er avlåst når databehandler ikke er til stede. Den skal være tyverisikret slik at ingen kan benytte den om den skulle bli stjålet el. mistet. Databehandler er personlig ansvarlig for disse forhold. Brudd på avtalen vil bli anmeldt.

Tromsø, 28. september 2016


Linnea Berg Karlsen


Pål Gulbrandsen

Databehandler

databehandlingsansvarlig

Universitetet i Tromsø

Universitetet i Oslo

Vedlegg 2

STROBE Statement—Checklist of items that should be included in reports of *cross-sectional studies*

	Item No	Recommendation
Title and abstract	1	<u>(a) Indicate the study's design with a commonly used term in the title or the abstract (b) Provide in the abstract an informative and balanced summary of what was done and what was found</u>
Introduction		
Background/rationale	2	Explain the scientific background and rationale for the investigation being reported
Objectives	3	State specific objectives, including any prespecified hypotheses
Methods		
Study design	4	Present key elements of study design early in the paper
Setting	5	Describe the setting, locations, and relevant dates, including periods of recruitment, exposure, follow-up, and data collection
Participants	6	<u>(a) Give the eligibility criteria, and the sources and methods of selection of participants</u>
Variables	7	Clearly define all outcomes, exposures, predictors, potential confounders, and effect modifiers. Give diagnostic criteria, if applicable
Data sources/ measurement	8*	For each variable of interest, give sources of data and details of methods of assessment (measurement). Describe comparability of assessment methods if there is more than one group
Bias	9	Describe any efforts to address potential sources of bias
Study size	10	Explain how the study size was arrived at
Quantitative variables	11	Explain how quantitative variables were handled in the analyses. If applicable, describe which groupings were chosen and why
Statistical methods	12	<u>(a) Describe all statistical methods, including those used to control for confounding</u>
		<u>(b) Describe any methods used to examine subgroups and interactions</u>
		<u>(c) Explain how missing data were addressed</u>
		<u>(d) If applicable, describe analytical methods taking account of sampling strategy</u>
		<u>(e) Describe any sensitivity analyses</u>

Results		
Participants	13*	(a) Report numbers of individuals at each stage of study—eg numbers potentially eligible, examined for eligibility, confirmed eligible, included in the study, completing follow-up, and analysed
Descriptive data	14*	(a) Give characteristics of study participants (eg demographic, clinical, social) and information on exposures and potential confounders (b) Indicate number of participants with missing data for each variable of interest
<u>Outcome data</u>	<u>15*</u>	Report numbers of outcome events or summary measures
Main results	16	(a) Give unadjusted estimates and, if applicable, confounder-adjusted estimates and their precision (eg, 95% confidence interval). Make clear which confounders were adjusted for and why they were included
		(b) Give reasons for non-participation at each stage
		(c) Consider use of a flow diagram
		(b) Report category boundaries when continuous variables were categorized
		(c) If relevant, consider translating estimates of relative risk into absolute risk for a meaningful time period
Other analyses	17	Report other analyses done—eg analyses of subgroups and interactions, and sensitivity analyses
		1
Discussion		
Key results	18	Summarise key results with reference to study objectives
Limitations	19	Discuss limitations of the study, taking into account sources of potential bias or imprecision. Discuss both direction and magnitude of any potential bias
Interpretation	20	Give a cautious overall interpretation of results considering objectives, limitations, multiplicity of analyses, results from similar studies, and other relevant evidence
Generalisability	21	Discuss the generalisability (external validity) of the study results
Other information		

Funding 22 Give the source of funding and the role of the funders for the present study and, if applicable, for the original study on which the present article is based

*Give information separately for exposed and unexposed groups.

Note: An Explanation and Elaboration article discusses each checklist item and gives methodological background and published examples of transparent reporting. The STROBE checklist is best used in conjunction with this article (freely available on the Web sites of PLoS Medicine at <http://www.plosmedicine.org/>, Annals of Internal Medicine at <http://www.annals.org/>, and Epidemiology at <http://www.epidem.com/>). Information on the STROBE Initiative is available at www.strobe-statement.org.